PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI KESEHATAN BAGI KADER POSYANDU LANSIA TERHADAP PERAN KADER DAN KEPATUHAN DIET RENDAH GARAM PADA PASIEN HIPERTENSI YANG MENGIKUTI KEGIATAN POSYANDU LANSIA

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan



Oleh:

Hanna Mardhotillah Fachrudin

NIM: 145070200131008

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2018

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan	
Kata Pengantar	iv
Abstrak	
Abstrac	
Daftar Isi	
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Praktis	5
1.4.2 Manfaat Teoritis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hipertensi	7

	2.1.1	Definisi Hipertensi
	2.1.2	Klasifikasi Hipertensi7
	2.1.3	Faktor Resiko Hipertensi8
	2.1.4	Patofisiologi Hipertensi8
	2.1.5	Manifestasi Klinis Hipertensi9
	2.1.6	Penatalaksanaan Hipertensi9
2.2	Konse	p Diet Rendah Garam11
	2.2.1	Definisi Diet Rendah Garam11
	2.2.2	Tujuan Diet Rendah Garam12
	2.2.3	Syarat Diet Rendah Garam12
	2.2.4	Sumber-Sumber Kandungan Garam dalam Makanan12
2.3	Konse	p Kepatuhan15
	2.3.1	Definisi Kepatuhan15
	2.3.2	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan15
	2.3.3	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan16
	2.3.4	Hubungan Kepatuhan Diet Rendah Garam dengan Hipertensi17
2.4	Konse	p Peran Kader Posyandu Lansia19
	2.4.1	Definisi Peran Kader Posyandu Lansia19
	2.4.2	Tugas dan Peran Kader Posyandu Lansia19
	2.4.3	Hubungan Peran Kader Posyandu Lansia dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pada Pasien Hipertensi21
2.5	Konsep I	Program Edukasi Kesehatan22
	2.5.1	Pengertian Program Edukasi Kesehatan22
	2.5.2	Tujuan Program Edukasi Kesehatan22
	2.5.3	Program Edukasi Kesehatan Berbasis Komunitas23

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1	Kerangka Konsep	25
3.2	Penjelasan Kerangka Konsep	26
3.3	Hipotesis Penelitian	26
BAB I	IV METODE PENELITIAN	
4.1	Rancangan Penelitian	27
4.2	Populasi dan Sampel	27
4.2.1	Populasi	27
	4.2.2 Sampel	28
	4.2.3 Teknik Sampling	28
4.3	Variabel Penelitian	30
	4.3.1 Variabel Independen	
	4.3.2 Variabel Dependen	
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	
	4.4.1 Lokasi Penelitian	
	4.4.2 Waktu Penelitian	
4.5	Instrumen Penelitian	
	4.5.1 Alat Ukur Penelitian	
	4.5.2 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	32
4.6	Definisi Operasional	36
4.7	Prosedur Penelitian	38
4.8	Analisis Data	39
	4.8.1 Analisis Bivariat	39

	4.8.2 Teknik Pengolahan Data40
4.9	Etika Penelitian41
BAB \	/ HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA
5.1	Karakteristik Subyek Penelitian43
5.2	Pengetahuan Pasien Mengenai Definisi dan Komplikasi Hipertensi44
5.3	Pengetahuan Pasien Mengenai Terapi Hipertensi (HK-LS)45
5.4	Peran Kader Menurut Pasien Kelompok Intervensi48
5.5	Faktor Berhubungan Kepatuhan Diet Rendah Garam Hipertensi49
5.6	Kepatuhan Diet Rendah Garam Kelompok Kontrol50
5.7	Kepatuhan Diet Rendah Garam Kelompok Intervensi50
5.8	Kepatuhan Diet Rendah Garam Kedua Kelompok Sebelum Intervensi51
5.9	Kepatuhan Diet Rendah Garam Kedua Kelompok Setelah Intervensi52
BAB \	/I PEMBAHASAN
6.1	Karakteristik Subyek Penelitian53
6.2	Peran Kader Menurut Pasien54
6.3	Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi56
6.4	Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan Bagi Kader Posyandu Lansia Terhadap Peran Kader dan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Yang Mengikuti Posyandu Lansia
6.5	Implikasi Keperawatan60
6.6	Keterhatasan Penelitian 61

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1	Kesimpulan	63
7.2	Saran	63
DAFT	AR PUSTAKA	65
LAMP	IRAN	68



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI KESEHATAN BAGI KADER POSYANDU LANSIA TERHADAP PERAN KADER DAN KEPATUHAN DIET RENDAH GARAM PASIEN HIPERTENSI YANG MENGIKUTI POSYANDU LANSIA

Oleh:

Hanna Mardhotillah Fachrudin NIM 145070200131008

Telah diuji pada

Hari: Selasa

Tanggal: 17 April 2018 dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji

Ns. Heri Kristianto, M.Kep., Sp. KMB

NIP. 198211262008121001

Pempimbing-I,

dr. M. Saifur Roman , SpJP (K), PhD

NIP. 196810311997021001

Ketua Program Studi Ilau Keperawatan

Pembimbing-II,

NIK. 2010038602252001

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

VIP 996408141964011001

ABSTRAK

Fachrudin, H.M. 2018. Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan Bagi Kader Posyandu Lansia Terhadap Peran Kader dan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien HIpertensi yang Mengikuti Kegiatan Posyandu Lansia. Tugas Akhir, Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Pembimbing: (1) dr. M. Saifur Rohman, SpJP (k), PhD (2) Ns. Mifetika Lukitasari, S.kep, M.Sc

Upaya pemerintah dalam pengendalian hipertensi telah terlaksanakan seperti pembentukan kader dan pelaksanaan posyandu lansia. Peran kader menjadi sangat penting dengan wujud kegiatannya yaitu bersifat promotif dan preventif hipertensi. Untuk mencapai keberhasilan wujud kegiatan tersebut, kader masih memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang memadai yang salah satunya dengan pemberian edukasi kesehatan. Metode penelitian ini adalah Quasi eksperimental dengan desain pretest- posttest menggunakan kelompok pembanding (kontrol). Intervensi yang dilakukan adalah pemberian edukasi kesehatan kepada kader posyandu lansia. Responden pada penelitian ini adalah pasien hipertensi yang mengikuti kegiatan posyandu lansia berjumlah 164 orang. Variable independent dalam penelitian ini adalah pemberian edukasi bagi kader posyandu lansia dan variable dependent adalah kepatuhan diet rendah garam dan peran kader. Berdasarkan uji Independent t-test, Chi Square, Marginal Homogeneity dan McNemar terdapat perbedaan signifikan (0.000) < alpha (0.050) kepatuhan diet rendah garam dan peran kader sebelum dan setelah dilakukan pemberian edukasi bagi kader pada kelompok intervensi dan tidak terdapat perubahan signifikan (0.542) < alpha (0.050) kepatuhan diet rendah garam pada kelompok kontrol. Kepada kader diharapkan lebih aktif dapat meningkatkan peran dan pengetahuannya dan kepada pasien hipertensi diharapkan lebih patuh dalam pelaksanaan kepatuhan diet rendah garam dan aktif mengikuti kegiatan posyandu lansia agar tekanan darah dapat terkontrol.

Kata Kunci : Hipertensi, Peran Kader Posyandu Lansia, Kepatuhan Diet Rendah Garam, Edukasi Kesehatan, Posyandu Lansia

ABSTRACT

Fachrudin, H.M. 2018. The Influence of Providing Health Education for Community Health Worker Against the Role of Community Health Worker and Compliance of Low-Salt Diet Patient Hypertension Following Posyandu Lansia Activity. Final Project, Department of Nursing Faculty of Medicine Brawijaya University Malang. Counselor: (1) dr. M. Saifur Rohman, SpJP (k), PhD (2) Ns. Mifetika Lukitasari, S.kep, M.Sc

Government efforts in controlling hypertension have been implemented such as the formation of Community Health Worker and the implementation of posyandu lansia. The role of Community Health Worker becomes very important with the form of activities that are promotive and preventive. To achieve the success of these activities, the Community Health Worker are still seeking the knowledge and skills that one of them is by giving health education. This research method is experimental True with pretest-posttest design using comparison group (control). Intervention done is providing health education to Community Health Worker. Respondents in this study were patients who participated in posyandu activities of remote elderly 164 people. Variable independent in this research is giving education for Community Health Worker and dependent variable is low salt diet adherence and role of Community Health worker. Based on the Independent t-test, Chi Square, Marginal Homogeneity and McNemar test there was a significant amount (0.000) <alpha (0,050) confirmation of low-salt diet and roles before and after education for Community Health Worker in the intervention group and no significant effect (0,542) <alpha (0,050) in the control group. To the Community Health Worker is expected to be more active joi can increase the role and knowledge and to hypertensive patients are expected to be more obedient in the implementation of low-salt diet adherence and actively follow the posyandu elderly activities so that blood pressure can be controlled.

Keywords: Hypertension, Community Health Worker, Low Salt Salt Diet, Health Education, Posyandu Lansia

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Satu milyar orang diseluruh dunia menderita tekanan darah tinggi, di tahun 2020 sekitar 1,56 milyar orang dewasa akan hidup dengan hipertensi. 1.5 juta orang setiap tahunnya meninggal karena hipertensi di Asia. (WHO, 2015). Di Indonesia sendiri, menurut laporan hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 25,8%. Dan menurut Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkernas) tahun 2016 bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia akan meningkat menjadi 32,4%. 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. Berdasarkan data Puskemas 2014 Malang, 3 Puskesmas yang paling banyak penderita hipertensi adalah pada Puskesmas Mojolangu dengan presentase 103, 70%, lalu Puskesmas Bareng dengan presentase 69,45% dan Puskesmas Dinoyo dengan presentase 68,19%.

Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the



Eighth Joint National Committee (JNC 8) menguraikan 9 rekomendasi spesifik untuk memodifikasi farmakoterapi dan memodifikasi gaya hidup untuk pasien dengan hipertensi. Salah satunya dengan mengadopsi pola makan DASH (Dietry Approaches to Stop Hypertension) yang dapat menurunkan tekanan darah sistolik 8-14 mmHg. Lebih banyak makan buah, sayur-sayuran, dan produk susu lemak jenuh kaya potassium dan calcium. Restriksi garam harian dapat menurunkan tekanan darah sistolik 2-8 mmHg. Konsumsi sodium chloride kurang dari 6 g/hari (100 mmol sodium/hari). Kepatuhan akan diet rendah garam akan sangat mempengaruhi kestabilan tekanan darah pasien hipertensi. Sebagaimana sebuah survei menemukan bahwa hasil tabulasi silang antara diet natrium dengan kestabilan tekanan darah pada hipertensi primer menunjukkan tekanan darah stabil lebih banyak karena diet natrium yang baik. (Sobirin, 2005).

Dalam pelaksanaan kepatuhan diet rendah garam, ada beberapa faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan diantaranya pemahaman pasien mengenai hipertensi; kurangnya interaksi antara pasien dan tenaga kesehatan; perilaku tidak sehat; dan tidak melibatkan keluarga sebagai sarana pendukung terhadap pasien hipertensi (Neil Niven, 2002). Upaya pemerintah dalam pencegahan dan pengendalian hipertensi yang sudah terlaksanakan seperti optimalisasi sistem rujukan, peningkatan mutu pelayanan dan meningkatkan pencegahan dan pengendalian hipertensi berbasis masyarakat. Penelitian Bagong (2005) membuktikan bahwa edukasi berbasis komunitas dapat meningkatkan *self-management* pasien hipertensi. Wujud kegiatannya bersifat promotif dan preventif.



Peran kader yang bersifat promotif adalah peningkatan kesehatan pasien dan keluarga pasien berupa penyuluhan hipertensi; mempertahankan autonomi keluarga; serta memotivasi klien dan keluarga. Sedangkan peran sebagai preventif adalah menggerakkan pasien, keluarga dan kelompok dalam merubah perilaku dan pola hidup dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

Dampak keberadaan kader ditengah masyarakat penyelenggaraan program pengendalian diet rendah garam hipertensi sangat penting. Penilaian keberhasilan kader dalam pengendalian dari peningkatan hipertensi dilihat sosialisasi lansia berkembangnya jumlah orang lansia diberbagai aktivitas pengembangan hipertensi; berkembangnya jenis pelayanan konseling hipertensi pada lembaga; berkembangnya jangkauan pelayanan kesehatan bagi lansia; penurunan daya kesakitan dan kematian akibat penyakit pada lansia penderita hipertensi. Untuk mencapai keberhasilan tersebut, terkadang kader mengalami beberapa kendala seperti kurang pemahaman terkait pengertian dan komplikasi hipertensi; kurang keterampilan untuk mengukur tekanan darah; dan tidak ada motivasi untuk melakukan penyuluhan mengenai hipertensi kepada pasien dan keluarga pasien hipertensi. (Henniwati, 2008).

Guna memberi solusi dan meningkatkan pencitraan diri seorang kader. salah satunya dengan meningkatkan pengetahuan keterampilan kader. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan ini salah satunya dilakukan melalui program edukasi berbasis komunitas. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas kader dalam memberikan



penyuluhan dan penatalaksanaan kepada pasien dan keluarga pasien hipertensi, serta masyarakat di wilayah kerja posyandu lansia. Selain tingkat pengetahuan dan keterampilan, tingkat keaktifan kader juga mempengaruhi kualitas kesehatan pasien, diharapkan setelah kader memiliki pengetahuan keterampilan yang dan disempurnakan dengan keaktifan menjalankan program kesehatan dengan baik.

Dari uraian diatas, peneliti tertarik melakukan penelitian tentang pengaruh pemberian edukasi kesehatan bagi kader posyandu lansia terhadap peran kader dan kepatuhan diet rendah garam pada pasien hipertensi yang mengikuti kegiatan posyandu lansia.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh pemberian edukasi kesehatan bagi kader posyandu lansia terhadap peran kader dan kepatuhan diet rendah garam pada pasien hipertensi yang mengikuti kegiatan posyandu lansia?

1.3 **Tujuan Penelitian**

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh pemberian program edukasi kesehatan bagi kader posyandu lansia terhadap peran kader dan kepatuhan diet rendah garam pada pasien hipertensi yang mengikuti kegiatan posyandu lansia

1.3.2 Tujuan Khusus

- Mengidentifikasi peran kader posyandu lansia di Kota Malang sebelum diberikan edukasi kesehatan
- Mengidentifikasi tingkat kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia sebelum diberikan edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia
- Mengidentifikasi peran kader posyandu lansia di Kota Malang setelah diberikan edukasi kesehatan
- Mengidentifikasi tingkat kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia setelah diberikan edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia
- Menganalisis pengaruh pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader dan tingkat kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

Sebagai bahan informasi pada kader posyandu lansia serta masyarakat penderita hipertensi mengenai konsumsi garam yang benar sehingga kader dan masyarakat mengetahui pengaruh garam dalam proses berkembangnya hipertensi dan diharapkan adanya perubahan perilaku dalam mengkonsumsi garam.

1.4.2 Manfaat Teoritis

Sebagai sumbangan pemikiran dan bahan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan, meningkatkan pemahaman



kader posyandu lansia dan meningkatkan kepatuhan pelaksanaan diet rendah garam pada pasien hipertensi dan sebagai dasar penelitian lebih lanjut terkait kepatuhan diet rendah garam pada pasien hipertensi dan peran kader posyandu lansia di komunitas.





BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 **Konsep Hipertensi**

2.1.1 Definisi Hipertensi

Menurut The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Presssure 7 (JNC 7, 2004) seseorang dinyatakan menderita hipertensi apabila tekanan sistoliknya ≥ 140 mmHg dan tekanan diastoliknya ≥ 90 mmHg dan apabila tekanan sistoliknya ≥ 130 mmHg dan tekanan diastoliknya ≥ 80 mmHg bagi penderita diabetes melitus (Smeltzer & Bare, 2005).

Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut tingginya tekanan darah ditunjukka dalam tabel 2.1

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC-VII

Klasifikasi TD	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)
Normal	< 120	dan < 80
Prehipertensi	120-130	atau 80-89
Stage 1: Hipertensi	140-159	atau 90-99
Stage 2: Hipertensi	≥ 160	atau ≥ 100



2.1.3 Faktor Resiko Hipertensi

Gangguan emosi, obesitas, konsumsi alkohol yang berlebihan, dan rangsangan kopi yang berlebihan, tembakau dan obat-obatan yang merangsang dapat berperan disini, tetapi penyakit ini sangat dipengaruhi faktor keturunan (Smeltzer & Bare, 2005). Sedangkan menurut Willian dan Hopper (2007), kombinasi dari faktor resiko genetik (non-modifikasi) dan lingkungan (dapat dimodifikasi) telah dipertimbangkan ikut bertanggung jawab dari perkembangan hipertensi meskipun penyebabnya sendiri belum dapatdiketahui.

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Renin dan angiotensin memegang peranan dalam pengaturan tekanan darah. Ginjal memproduksi renin yaitu suatu enzim yang bertindak sebagai substrat protein plasma untuk memisahkan angiotensin I, yang kemudian diubah oleh converting enzym dalam paru menjadi bentuk angiotensin II kemudian menjadi angiotensin III. Angiotensin II dan III mempunyai aksi vasokonstriktor yang kuat pada pembuluh darah dan terhadap merupakan makanisme pelepasan kontrol aldosteron. bermakna dalam hipertensi terutama Aldosteron sangat pada aldosteronisme primer. Melalui peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis, angiotensin II dan III juga mempunyai efek inhibiting atau penghambatan ekskresi garam (Natrium) dengan akibat peningkatan tekanan darah.

Sekresi renin tidak tepat diduga sebagai penyebab meningkatnya tahanan periver vaskular pada hipertensi esensial. Pada tekanan darah tinggi, kadar renin harus tinggi diturunkan karena peningkatan tekanan



arteriolar renal mungkin menghambat sekresi renin. Namun demikian, sebagian orang dengan hipertensi esensial mempunyai kadar renin normal.

Peningkatan tekanan darah terus-menerus pada klien hipertensi esensial akan mengakibatkan kerusakan pembuluh darah pada organorgan vital. Hipertensi esensial mengakibatkan hyperplasia medial (penebalan) arteriole-arteriole. Karena pembuluh darah menebal, maka perfusi jaringan menurun dan mengakibatkan kerusakan organ tubuh. Hal ini menyebabkan infark miokard, stroke, gagal jantung, dan gagal ginjal.

Auteregulasi vaskular merupakan mekanisme lain yang terlibat dalam hipertensi. Auteregulasi vaskular adalah suatu proses yang mempertahankan perfusi jaringan dalam tubuh relatif konstan. Jika aliran berubah, proses-proses autoregulasi akan menurunkan tahanan vaskular dan mengakibatkan pengurangan aliran, sebaliknya akan meningkatkan tahanan vaskular sebagai akibat dari peningkatan aliran. Auteregulasi vaskular nampak menjadi mekanisme penting dalam menimbulkan hipertensi berkaitan dengan overload garam dan air...

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 berdebardebar, pusing, penglihatan kabur, rasa sakit didada, mudah lelah dll (Depkes RI, 2013).



2.1.6 Penatalaksanaan Hipertensi

Pengobatan hipertensi secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Pengobatan non farmakologis

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendekatan nonfarmakologis, termasuk obat rendah garam, penurunan berat badan, pembatasan alkohol, penghentian merokok, latihan dan relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi anti hipertensi. Beberapa penatalaksanaan non farmakologis antara lain:

- a) Olahraga
- b) Perubahan pola makan (Diet Rendah Garam)
- c) Membatasi konsumsi alkohol
- d) Menurunkan berat badan
- e) Penghentian merokok

2. Pengobatan Farmakologis

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.

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. (Depkes RI, 2013).

b) Golongan (ACE) dan ARB)

Penghambat angiotensin converting inhibitor/ACEI) menghambat kerja ACE sehingga perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokontriktor) terganggu. Sedangkanangiotensin receptor blocker (ARB) menghalangi ikatan zat angiotensi II pada reseptornya. Baik ACEI maupun ARB mempunyai efek vasodilatasi, sehingga meringankan beban jantung. (Depkes RI, 2013).

c) Golongan Calcium Channel Blockers (CCB)

Golongan ini menghambat masuknya kalsium kedalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan juga arteri perifer. (Depkes RI, 2013).

2.2 **Konsep Diet Rendah Garam**

2.2.1 **Definisi Diet Rendah Garam**

Menurut Dietary Guidelines for American (USDA) (2005). Rekomendasi untuk konsumsi natrium adalah kurang dari 2,300 mg (kurang lebih 1 sendok teh) per hari. Dan menurut The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure 7 (JNC 7, 2004), konsumsi garam tidak boleh lebih dari 6 gram atau 1 sendok teh. Sedangkan

untuk populasi khusus seperti individu dengan hipertensi, ras kulit hitam, dewasa tengah dan lanjut usia, konsumsi ditujukan tidak lebih dari 1,500 mg natrium per hari yang setara dengan 4 gram atau 2/3 sendok teh (DASH Eating Plan, 2006).

2.2.2 Tujuan Diet Rendah Garam

Tujuan diet rendah adalah membantu garam menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi (Almatsier, 2004). Telah diperkirakan bahwa pengurangan konsumsi natrium sampai dengan 1840 mg/hari (kurang lebih satu sendok teh garam meja per hari) dapat menurunkan 5-6 mmHg tekanan sistolik darah (Joffres, Campbell, Manns 2007 dalam Papadakis et al 2010).

Syarat Diet Rendah Garam

Syarat-syarat diet rendah garam adalah:

- 1. Cukup energi, protein, mineral dan vitamin.
- 2. Bentuk makanan sesuai dengan keadaan penyakit
- 3. Jumlah natrium disesuaikan dengan berat tidaknya retensi garam atau air dan/atau hipertensi (Almatsier, 2004)

Sumber-Sumber Kandungan Garam dalam Makanan

Di Amarika, diperkirakan 77% dari pemasukan sodium berasal dari olaan dan masakan restoran dan sekitra 11% berasal dari garam meja dan proses memasak dalam penelitian menyatakan bahwa sebagian besar sodium berasal dari kategori



makanan yang mengandung banyak kalori yang dikonsumsi, makanan mungkin tidak berasa asin. Biji-bijian berkontribusi terhadap tingginya jumlah natriu dan kalori, diikuti oleh daging. Natrium terdapat secara alami di banyak makanan. Kebanyakan berupa natrium klorida (garam NaCl) atau yang biasa disebut garam meja. Susu, seledri termasuk mengandung natrium seperti air minum juga walaupun jumlahnya tergantung dari seberapa banyak sumbernya (tabel). Natrium juga ditambahkan pada beberapa macam produk makanan. Beberapa dalam bentuk zat adiktif.

Tabel 2.2 Bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan:

Bahan makanan	Dianjurkan	Tidak dianjurkan
sumber karbohidrat	beras, kentang, singkong, terigu,	roti, biskuit dan kue-kue
	tapioka, hunkwe, gula, makanan	yang dimasak dengan
	yang diolah dari bahan makanan	garam dapur atau baking
	tanpa garam dapur dan soda	powder dan soda
	seperti: makaroni, mi, bihun, roti,	
	biscuit dan roti kering	
sumber protein	daging dan ikan maksimal 100	otak, ginjal, lidah, sardine;
hewani	gram sehari; telur maksimal 1	daging, ikan, susu dan
	butir sehari	telur yang diawet dengan
		garam dapur seperti
		daging asap, ham, bacon,
		dendeng, abon, keju, ikan

		asin, ikan kaleng, kornet,
		ebi, udang kering, telur
		asin dan telur pindang
sumber protein	semua kacang-kacangan dan	keju kacang tanah dan
nabati	hasilnya diolah dan dimasak	semua
	tanpa garam dapur	kacang-kacangan dan
		hasilnya yang dimasak
	CASRA	dengan garam dapur dan
/ ,051	TAIL.	lain ikatan natrium
Sayuran	semua sayuran segar, sayuran	sayuran yang dimasak
	yang diawet tanpa garam dapur	dan diawet dengan garam
5 3	dan natrium benzoate;	dapur dan lain ikatan
Tr.		natrium, seperti sayuran
		dalam kaleng, sawi asin,
1		asinan dan acar
Buah-buahan	semua buah-buahan segar, buah	Buah-buahan yang diawet
	yang diawet tanpa garam dapur	dengan garam dapur dan
	dan natrium benzoat;	lain ikatan natrium, seperti
		buah dalam kaleng
Lemak	minyak goreng, margarin dan	;
	mentega tanpa garam	margarin dan mentega
		biasa
Minuman	Teh dan kopi	minuman ringan

2.3 Konsep Kepatuhan

2.3.1 Definisi Kepatuhan

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, kepatuhan didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku seseorang mengambil obat, mengikuti diet, dan/atau melaksanakan perubahan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi yang disepakati dari penyedia pelayanan kesehatan (Ramasamy, 2008)

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Smeltzer dan Bare dalam *Brunner & Suddath Texbook of Medical-Surgical Nursing 10th edition* (2006), faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah:

- Faktor demografi seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio ekonomi dan tingkat pendidikan
- Faktor penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi
- Faktor program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan
- 4. Faktor psikososial seperti intelengensia, tersedianya dukungan dari orang terdekat (terutama anggota keluarga), sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya.
- Faktor finansial, terutama biaya langsung atau tidak langsung yang berhubungan dengan regimen pengobatan yang dibutuhkan,



2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Menurut Neil Niven dalam bukunya Psikologi Kesehatan (2002)menjelaskan faktor-faktor mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi:

1. Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorang pun dapat mematuhi instruksi jika ia paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesalahan dalam memberikan informasi lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

2. Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara profrsional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat Kurangnya kepatuhan. minat yang diperlihatkan kesehatan, penggunaan istilah-istilah medis yang berlebihan, kurangnya empati dan tidak diperolehnya kejelasan tentang penyebab penyakit dari keluarga sering kali menimbulkan kecemasan yang diakibatkan kurangnya kualitas interaksi.

3. Isolasi Sosial dan Dukungan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam nenentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit.

4. Keyakinan, sikap dan kepribadian



Kepribadian antara orang yang patuh dengan orang yang gagal, orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatan, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan memiliki kehidupan sosial yang lebih.

5. Tingkat Ekonomi

Tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, akan tetapi ada kalanya sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk membiayai semua program pengobatan dan perawatan. (Power park C,E., 2002).

6. Perilaku Sehat

Perilaku sehat dapat dipengaruhi oleh kebiasaan, oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku namun membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut.

7. Dukungan profesi kesehatan

Dukungan profesi kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan penderita. Dukungan mereka terutama berguna saat penderita menghadapi kenyataan bahwa perilaku sehat yang baru itu merupakan hal yang penting

2.3.4 Hubungan Kepatuhan Diet Rendah Garam dengan Hipertensi

Kepatuhan diet rendah garam berpengaruh pada kestabilan tekanan darah pada pasien hipertensi. Pasien yang



secara teratur mematuhi diet rendah garam cenderung terjaga kestabilan tekanan darahnya dibandingkan dengan pasien yang tidak mematuhi secara teratur diet rendah garam tersebut. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Aris Sobirin bahwa hasil tabulasi silang antara diet Natrium dengan kestabilan tekanan darah pada hipertensi primer menunjukan tekanan darah stabil lebih banyak pada diet Natrium baik, sedangkan tekanan darah tidak stabil lebih banyak pada responden yang diet natriumnya kurang baik (Sobirin. A, 2005). Hal ini dapat terlihat dari asupan natrium pasien sesuai atau tidaknya dengan tingkat retensi garam atau hipertensi. Pasien yang menjalani diet Rendah Garam I dengan tekanan darah ≥ 180 / ≥ 110 mmHg asupan natriumnya maksimal ≤ 400 mg Na/hari, diet Rendah Garam II 160-179/100-109 dengan tekanan darah mmHg natriumnya maksimal ≤ 800 mg Na/hari dan diet Rendah Garam III dengan tekanan darah 140-159/90-99 mmHg asupan natriumnya maksimal ≤ 1200 mg Na/hari (Almatsier, 2006)

Dr. Gregg C. Fonarow, profesor Kardiologi di Universitas Carolina, Los Angeles, setuju bahwa garam dapat berperan di dalam resistensi hipertensi. Penelitian ini sangat menarik karena menunjukkan bahwa pasien hipertensi resisten, dengan diet rendah garam yang dilakukan dan dikonsumsi secara teratur memiliki pengaruh besar di dalam menurunkan tekanan darahnya dengan cara mengurangi retensi atau penumpukan cairan di

intravaskuler dan memperbaiki fungsi vaskularisasi atau pembuluh darah (Sapardan, 2012).

2.4 Konsep Peran Kader Posyandu Lansia

Definisi Peran Kader Posyandu Lansia

Peran adalah aspek dinamis dari kedudukan (status). Salah satu faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah kader, peran peran dikembangkan menjadi kader sebagai koordinator, sebagai penggerak masyarakat, sebagai pemberi promosi kesehatan, sebagai pemberi pertolongan dasar, dan pendokumentasian yang semuanya mengarah pada peningkatan kualitas dan pemanfaatan posyandu. (Anderson, 1975).

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)

2.4.2 Tugas dan Peran Kader Posyandu Lansia

2.4.2.1 Sebagai Penggerak Masyarakat

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 didapat pada masyarakat vang telah memberitahukan pentingnya kegiatan posyandu.

2.4.2.2.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 cara pengontrolan bagaimana hipertensi, meliputi kepatuhan terapi, diet, dan perubahan gaya hidup.

2.4.2.3 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.

2.4.2.4 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



pegambilan 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).

2.4.3 Hubungan Peran Kader Posyandu Lansia dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pada Pasien Hipertensi

Upaya pemerintah dalam pencegahan dan pengendalian hipertensi sudah terlaksanakan seperti optimalisasi sistem rujukan, peningkatan mutu pelayanan dan meningkatkan pencegahan dan pengendalian hipertensi berbasis masyarakat. Menurut (buku panduan), organisasi berbasis komunitas dilaporkan dapat menjadi intervensi sosial yang sangat efektif untuk meningkatkan kepatuhan managemen hipertensi. Wujud kegiatannya bersifat promotif dan preventif. Peran kader yang bersifat promotif adalah peningkatan kesehatan pasien dan keluarga pasien yang berupa penyuluhan hipertensi; mempertahankan autonomi keluarga; serta memotivasi klien dan keluarga. Sedangkan peran sebagai preventif adalah menggerakkan pasien, keluarga dan kelompok dalam merubah perilaku dan pola hidup dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

Kader kesehatan berperan sebagai penggerak dan pemberi informasi pada pasien dan keluarga pasien hipertensi. Hal ini dapat membantu pasien hipertensi untuk patuh dalam diet

rendah garam dan mampu memotivasi pasien untuk selalu patuh agar hipertensi dapat terkontrol dengan baik. Selain itu, kader juga berperan sebagai pemantau kesehatan masyarakat melalui dokumentasi yang disimpan. Kader seharusnya paham dengan perkembangan penyakit di wilayahnya, termasuk hipertensi. Kader juga berperan sebagai pemberi pertolongan dasar. Dalam hal ini, kader seharusnya dapat membantu mengingatkan penderita hipertensi di wilayahnya untuk kontrol rutin ke puskesmas dan dapat memberikan penyuluhan ke pasien dan keluarga pasien sehingga dapat mengetahui perkembangan terapi penderita hipertensi.

2.5 Konsep Program Edukasi Kesehatan

2.5.1 Pengertian Program Edukasi Kesehatan

Program edukasi kesehatan atau pendidikan kesehatan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsure-unsur input (sasaran dan pendidik dari pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) dan output (melakukan apa yang diharapkan). Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan. (Notoadmojo, 2012).

2.5.2 Tujuan Program Edukasi Kesehatan

Edukasi Kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi edukasi kesehatan bertujuan untuk:

- a. Mengunggah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan penigkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya masyarakatnya. Promosi ini dilakukan dengan penyuluhan kesehatan, pameran kesehatan, iklan-iklan layanan kesehatan, billboard, dan sebagainya.
- b. Agar masyarakat dapat memberdayakan masyarakat agar mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara memberikan kemampuan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.
- c. Untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan 16 sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat

2.5.3 Program Edukasi Kesehatan Berbasis Komunitas

Menurut Ottawwa Charter (2001) yang dikutip dari Notoatmodjo S, memberikan pengertian edukasi kesehatan komunitas adalah proses untuk meningkatkan kemampuan komunitas dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan social, maka komunitas harus mampu mengenal

BRAWIJAYA

dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dam mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial, budaya, dan sebagainya).

Edukasi kesehatan komunitas adalah upaya untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, masyarakat, agar melaksanakan perilaku hidup sehat. Sedangkan secara operasional, edukasi kesehatan merupakan suatu kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek komunitas dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri dan masyarakat sekitarnya (Notoatmodjo, 2003).

2.5.4 Pengaruh Edukasi Kesehatan bagi Kader Posyandu lansia terhadap Peran Kader dan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi

Kader diasumsikan dapat berperan dalam membantu pasien hipertensi untuk patuh diet rendah garam. Hal ini karena kader telah mendapatkan pelatihan tentang hipertensi dan mendapatkan informasi mengenai peran-peran seorang kader. Kader berperan sebagai penggerak dan pemberi informasi pada masyarakat, di mana kader seharusnya dapat menyampaikan kepada penderita bahwa diet rendah garam sangatlah penting dan mampu memotivasi penderita untuk selalu patuh agar hipertensi dapat terkontrol dengan baik. 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.



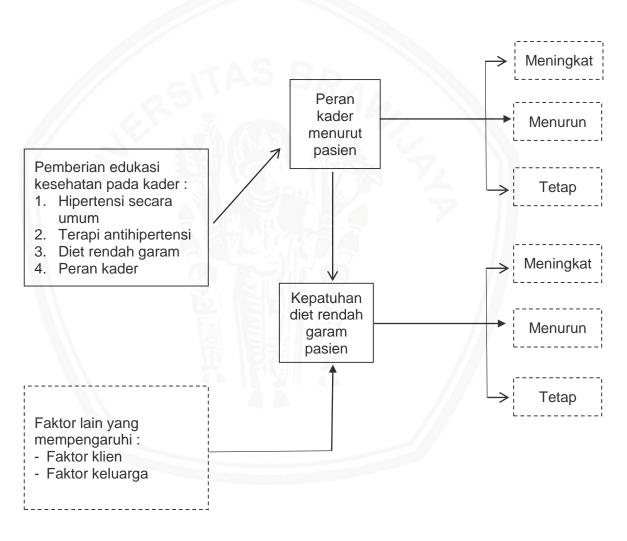


BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

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 diet rendah garam pasien hipertensi yang mengikuti kegiatan posyandu lansia.

Variabel tidak diukur

Variabel yang diukur

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Peneliti akan menilai kepatuhan diet rendah garam penderita hipertensi dan peran kader sebagai penggerak masyarakat, pemberi promosi kesehatan dan perujuk ke puskesmas sebelum diberikan edukasi kesehatan oleh peneliti, edukasi tersebut meliputi hipertensi secara umum, terapi obat hipertensi, diet rendah garam dan peran yang seharusnya dilakukan oleh seorang kader. Peneliti akan memberikan flipchart kepada kader sebagai media yang akan digunakan untuk pemberian edukasi terhadap penderita hipertensi saat posyandu.

Setelah kader memberikan edukasi kepada penderita hipertensi diwilayahnya, peneliti akan kembali menilai peran kader menurut penderita dan kepatuhan diet rendah garam penderita itu sendiri. Peneliti akan menilai peran kader apakah meningkat, tetap atau menurun dan kepatuhan diet rendah garam pun akan dinilai apakah meningkat, tetap atau menurun jika dibandingkan dengan sebelum diberikan edukasi kesehatan

Selain itu peneliti juga akan menilai faktor perancu yang dapat mempengaruhi kepatuhan diet rendah garam penderita hipertensi, meliputi faktor klien dan faktor keluarga.

3.3 Hipotesis Penelitian

H: Pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia tidak berpengaruh pada peran kader dan kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang mengikuti posyandu lansia

BRAWIJAY.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini adalah *Quasi-Eksperimental* dengan pendekatan *Pretest-Posttest with Control Group Design.* Peneliti akan 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* pada kedua kelompok tersebut. Bentuk rancangan ini adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012):

Pretest	Perlakuan	Posttest	
R (Kel. Eksperimen)	01	X	02
R (Kel. Kontrol)	01		02

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Seluruh penderita hipertensi yang aktif mengikuti kegiatan posyandu lansia di wilayah kerja Puskesmas Arjuno, Puskesmas Dinoyo, Puskesmas Arjowinangun, Puskesmas Rampal Celaket, Puskesmas Kendalsari, Puskesmas Pandanwangi, Puskesmas Janti, dan Puskesmas Ciptomulyo Kota Malang.



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 (Depkes RI, 2009)
- 3) Berada di wilayah kerja kerja Puskesmas Arjuno, Puskesmas Dinoyo, Puskesmas Arjowinangun, Puskesmas Rampal Celaket, Puskesmas Kendalsari, 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) Mampu berkomunikasi dengan baik sehingga dapat dimengerti oleh peneliti

Kriteria eksklusi:

- Tidak kooperatif
- Tidak membawa kartu identitas responden

4.2.3 Teknik Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik probability sampling dengan pendekatan simple random sampling. Teknik ini



merupakan teknik pemilihan sampel yang dilakukan pada unit sampling yang setiap unit sampling memperoleh peluang yang sama untuk menjadi sampel. Penetapan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus (Sastroasmoro & Ismael, 2010):

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

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 minimal sampel pasien hipertensi pada penelitian ini adalah :

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

$$= \frac{[(1,96 + 0,84). 0,9^{2}]}{(0,52)^{2}}$$

$$= 23,51$$

$$= 24$$

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.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah pemberian edukasi kesehatan bagi kader posyandu lansia.

4.3.2 Variabel Dependen

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel dependen adalah peran kader dan kepatuhan diet rendah garam pada pasien hipertensi yang mengikuti kegiatan posyandu lansia

Lokasi dan Waktu Penelitian 4.4

4.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilakukan di posyandu lansia wilayah kerja kerja Puskesmas Arjuno, Puskesmas Dinoyo, Puskesmas Arjowinangun, Puskesmas Rampal Celaket, Puskesmas Kendalsari, Puskesmas Pandanwangi, Puskesmas Janti, dan Puskesmas Ciptomulyo Kota Malang

4.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan November 2017 -Januari 2018



4.5 **Instrumen Penelitian**

4.5.1 **Alat Ukur Penelitian**

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisioner atau daftar pertanyaan, dengan penjelasan sebagai berikut:

Kuisioner A (Identitas umum) a.

Pada poin ini dicantumkan beberapa data demografi responden, yakni nama, umur, jenis kelamin, jumlah obat hipertensi yang dikonsumsi, terakhir kontrol ke dokter, dan dengan siapa responden tinggal.

Kuisioner B (Peran kader posyandu lansia)

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

C. Kuisioner C (Kepatuhan diet rendah garam)

Kuisioner yang digunakan untuk mengukur kepatuhan diet rendah garam adalah kuisioner yang mengandung 11 item pertanyaan. Selain itu, ditambahkan pula 1 item pertanyaan yang menjadi faktor perancu kepatuhan seseorang terhadap diet rendah garam. Kuisioner akan diisi oleh peneliti dengan melakukan wawancara kepada responden sesuai dengan jawaban yang telah disediakan dan dianggap benar untuk responden.

Kuisioner D (Pengetahuan mengenai Hipertensi) d.

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

Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Penyusunan kuisioner untuk peran kader posyandu lansia disusun sendiri oleh peneliti, sehingga sebelum digunakan instrumen ini terlebih dahulu diuji validitas dan reliabilitasnya.

4.5.2.1 Uji Validitas

Pengujian validitas sangat diperlukan dalam suatu penelitian, khususnya yang menggunakan kuisioner dalam memperoleh data. Pengujian validitas dimaksudkan untuk mengetahui keabsahan menyakngkut pemahaman



mengenai keabsahan antara konsep dan kenyataan empiris. Uji validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkattingkat kevalidan dan kesahihan suatu instrumen. Sebuah instrument dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang ingin diukur atau dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Tinggi rendahnya validitas instrument 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 mengggunakan 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 4.1 Uji Validitas Variabel

Item	r Hitung	Sig.	r Tabel	Keterangan
X1	0.738	0.009	0.602	Valid
X2	0.667	0.025	0.602	Valid
Х3	0.682	0.021	0.602	Valid
X4	0.682	0.021	0.602	Valid
X5	0.885	0.000	0.602	Valid
X6	0.897	0.000	0.602	Valid
X7	0.738	0.009	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 (α = 0.05) yang berarti tiaptiap indikator variabel adalah valid, sehingga dapat disimpulkan bahwa indikator-indikator tersebut dapat digunakan untuk mengukur variabel penelitian

4.5.2.2 Uji Reliabilitas

. Uji ini digunakan untuk mengetahui sejauh mana jawaban seseorang konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. 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 4.2 Uji Reabilitas Variabel

No.	Variabel	Keterangan	
1	X1	0,876	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 yang digunakan untuk penelitian sudah reliabel.

4.3 **Definisi Operasional**

Tabel 4.3 Definisi Operasional Pengaruh Program Edukasi Kesehatan Bagi Kader Posyandu Lansia Terhadap Peningkatan Peran Kader dan Kepatuhan Diet Rendah Pada Pasien Hipertensi yang Mengikuti Kegiatan Posyandu Lansia

Variab	el	Definisi Operasional	Parameter	Skala Ukur	Alat Ukur	Skor
Dependen: Kepatuhan diet r garam	endah	Usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya terhadap pengurangan jumlah garam yang dikonsumsi yang meliputi: • Jumlah • Jenis	Kepatuhan pelaksanaan diet rendah garam meliputi: • Jumlah kadar garam dalam makanan yang dikonsumsi perhari • Jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan pada pasien hipertensi	Ordinal	Wawancara terstruktur menggunakan kuisoner kepatuhan yang terdiri dari 11 pertanyaan dan 1 pertanyaan untuk faktor perancu	Hasil skoring digolongkan dengan nilai patokan: Skor 0-2 = kepatuhan rendah Skor 3-6 = kepatuhan sedang Skor 7-11 = kepatuhan tinggi
Dependen: Peran kader lansia	posyandu	Perilaku atau aktivitas yang dilakukan oleh kader posyandu lansia dalam upaya peningkatan kesehatan,	Peran sebagai : 1. Sebagai penggerak masyarakat	Ordinal	Wawancara terstruktur menggunakan	Penilaian: Skor 3- 7 = peran tinggi Skor 1–2 = peran rendah

	terutama peningkatan kepatuhan diet rendah garam pada penderita hipertensi	 Sebagai pemberi promosi kesehatan Sebagai perujuk ke puskesmas Sebagai pendokumentasi kegiatan posyandu 	kuisioner yang terdiri dari 7 pertanyaan
Independen: Pemberian edukasi kesehatan bagi kader posyandu lansia	Pelatihan mengenai hipertensi yang diberikan pada kader posyandu lansia yang aktif di seluruh Kota Malang	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	

4.7 Prosedur Penelitian

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 membuatkan 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 akan hadir pada beberapa posyandu lansia untuk mengambil data uji validitas. Apabila kuisioner sudah valid, peneliti menghubungi masing-masing penanggung jawab posyandu lansia dari lima 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 menggunkaan kuisioner kepatuhan diet rendah garam dan 2 item pertanyaan faktor perancu) pada penderita hipertensi saat pelaksanaan

BRAWIJAY/

posyandu lansia. Bersamaan dengan itu, peneliti akan membagikan kartu identitas pada penderita hipertensi di setiap puskesmas yang didatangi.

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 kuisioner akan ditabulasikan dan dianalisis sehingga diperoleh pengaruh antara pemberian edukasi kesehatan pada kader posyandu lansia terhadap peran kader dan kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang mengikuti kegiatan posyandu lansia

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Bivariat

Peneliti menggunakan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara dua 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, Mc. Nemar* dan uji *Marginal Homogeneity*. 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 menggunakan uji Mc Nemar sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok yang saling berkaitan dalam tabel 2x2, dan untuk kepatuhan diet rendah garam peneliti menggunakan uji Marginal Homogeneity yaitu membandingkan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok yang saling berkaitan dalam tabel 3x3

Teknik Pengolahan Data

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

1. Editing

Pada tahap editing data, peneliti menilai kelengkapan pengisian kuisoner.

2. Coding

Setelah semua kuisioner diedit atau disunting, selnajutnya 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. Pada setiap kuisioner diberi kode R1 (responden 1) untuk kader dan R2 (responden 2) untuk pasien hipertensi.

Selain itu, identitas reponden juga diberi kode 1-(sesuai jumlah reponden).

- 3. Scoring
- a. Variabel peran kader posyandu lansia

Pemberian skor pada kuisioner :

$$Ya = 1$$

Tidak
$$= 0$$

Dari hasil keseluruhan, dikategorikan sebagai berikut:

Skor
$$1-2$$
 = peran rendah

Variabel kepatuhan diet rendah garam:

$$Ya = 1$$

Tidak
$$= 0$$

Dari hasil keseluruhan, dikategorikan sebagai berikut :

4. Tabulating

Tabulasi adalah membuat tabel-tabel yang berisikan data yang telah diberi kode sesuai dengan analisis.

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 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 kuisioner. Penelitian ini memberikan manfaat bagi responden, yakni dapat membantu agar pasien lebih patuh diet rendah garam

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 Subyek Penelitian

Tabel 5.1 Karakteristik Subyek Penelitian

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#		7	
Ya	5 (6.1)	6 (7.3)	
Tidak	75 (91.5)	76 (92.7)	0.350
Tidak Tahu	2 (2.4)	0 (0.0)	
Terdiagnosis HT (Ya)#	60 (73.2)	68 (84.0)	0.138
Riwayat Orangtua 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 telah diberikan edukasi kesehatan dan 82 orang kelompok kontrol yang kader di wilayahnya tidak diberikan edukasi kesehatan. Hasil analisis pada karakteristik subyek penelitian



seluruh sampel 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, serta terdiagnosis hipertensi. Kedua kelompok berbeda signifikan dalam hal memiliki riwayat hipertensi, didapatkan pada kelompok intervensi lebih tinggi 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

Т	Variabel	Kontrol	Intervensi	Р
D	efinisi (Benar)	000 116		
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
K	omplikasi (Benar)			
1.	Peningkatan tekanan darah dapat	25 (30.5)	72 (87.8)	0.000
2.	menyebabkan kematian dini jika tidak diobati Peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan penyakit jantung,	25 (30.5)	71 (86.6)	0.000
	seperti serangan jantung jika tidak diobati	30 (36.6)	77 (93.9)	0.000

_				
3.	Peningkatan tekanan darah dapat			
	menyebabkan stroke, jika tidak	11 (13.4)	70 (85.4)	0.000
	diobati			
4.	Peningkatan tekanan darah dapat			
	menyebabkan gagal ginjal, jika	2 (2.4)	64 (78.0)	0.000
	tidak diobati			
5.	Peningkatan tekanan darah dapat			
	menyebabkan gangguan			
	penglihatan, jika tidak diobati			

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

Hasil analisis skor pengetahuan pasien mengenai definisi hipertensi pada kedua kelompok sampel menunjukkan pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol antara pengetahuan peningkatan tekanan darah diastolik mengindikasikan hipertensi (p=0.011) dan tingginya tekanan darah sistolik atau diastolik mengindikasikan hipertensi (p= 0.001). Hasil analisis selanjutnya terkait skor pengetahuan pasien mengenai komplikasi hipertensi pada kedua kelompok sampel menunjukkan pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol antara pengetahuan peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan kematian dini jika tidak diobati (p=0.000), peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan penyakit jantung seperti serangan jantung jika tidak diobati (p=0.000), peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan stroke jika tidak diobati (p=0.000), peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan gagal ginjal jika tidak diobati (p=0.000) dan peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan gangguan penglihatan jika diobati (p=0.000).

5.3 Pengetahuan Pasien Mengenai Terapi Hipertensi (HK-LS)

Tabel 5.3 Skor Pengetahuan Pasien Mengenai Terapi Hipertensi

	Variabel	Kontrol	Intervensi	Р
Р	engobatan Medis			
1.	Obat hipertensi harus diminum	35 (42.7)	75 (91.5)	0.000
	setiap hari			
2.	Seseorang dengan hipertensi	22 (26.8)	81 (98.8)	0.000
	harus minum obat hanya ketika			
	merasakan sakit			
3.	Seseorang dengan hipertensi	20 (24.4)	62 (75.6)	0.000
	harus minum obat seumur hidup			
4.	Seseorang dengan hipertensi	19 (23.2)	62 (75.6)	0.000
	harus minum obat sesuai dengan			
	caranya masing-masing yang			
	dapat membuat mereka merasa			
	lebih baik			
			14	
Р	emenuhan Obat		77	
1.	Jika obat hipertensi dapat	54 (65.9)	82 (100)	0.000
	mengontrol tekanan darah, maka			
	tidak perlu mengubah gaya hidup			
2.	Hipertensi adalah akibat dari	50 (61)	60 (78)	0.027
	penuaan, maka pengobatan tidak		//	
	perlu dilakukan			
3.	Jika seseorang hipertensi sudah	23 (28)	63 (76.8)	0.000
	mengubah gaya hidupnya, maka			
	tidak perlu pengobatan			
4.	Sesorang dengan hipertensi dapat	11 (13.4)	82 (100)	0.000
	mengonsumsi asin selama			
	meminum obat secara rutin			
G	aya Hidup			
1.	Seseorang dengan hipertensi	82 (100)	82 (100)	
	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	53 (64.6)	68 (82.9)	0.013
4.	Untuk seseorang dengan			
	hipertensi, cara yang memasak			
	terbaik adalah dengan digoreng	69 (84.1)	75 (91.5)	0.233
5.	Untuk seseorang dengan			
	hipertensi, cara memasak yang			
	terbaik dalah dengan direbus	BRA		
	// 23 "			
Di	et	AF _		
1.	Jenis daging yang terbaik untuk	68 (82.9)	75 (91.5)	0.161
	seseorang dengan hipertensi		14	
	adalah daging putih		7	
2.	Jenis daging yang terbaik untuk	65 (79.3)	75 (91.5)	0.047
	seseorang dengan hipertensi			
	adalah daging merah			

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

Hasil analisis pengetahuan pasien mengenai terapi hipertensi terkait pengobatan medis pada kedua kelompok sampel menunjukkan pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol antara obat hipertensi harus diminum setiap hari (p=0.000), seseorang dengan hipertensi harus minum obat hanya ketika merasakan sakit (p=0.000), seseorang dengan hipertensi harus minum obat seumur hidup (p=0.000) dan seseorang dengan hipertensi harus minum obat sesuai dengan caranya masing-masing yang dapat membuat mereka merasa lebih baik (p=0.000). Hasil analisis selanjutnya terkait pemenuhan obat pada kedua kelompok menunjukkan pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu pada obat hipertensi

dapat mengontrol tekanan darah maka tidak perlu mengubah gaya hidup (p=0.000), hipertensi adalah akibat dari penuaan maka pengobatan tidak perlu dilakukan (p=0.027), jika seseorang hipertensi sudah mengubah gaya hidupna maka tidak perlu pengobatan (p=0.000) dan seseorang dengan hipertensi dapat mengonsumsi asin selama meminum obat secara rutin (p=0.000). Hasil analisis pengetahuan pasien mengenai terapi hipertensi selanjutnya terkait gaya hidup pada kedua kelompok sampel menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan pada cara memasak dengan direbus dan terdapat perbedaan signifikan antara seseorang dengan hipertensi dapat minuman beralkohol, seseorang dengan hipertensi tidak boleh merokok, seseorang dengan hipertensi harus mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran secara rutin dan untuk seseorang dengan hipertensi cara memasak yang terbaik adalah dengan digoreng (p=0.013). Hasil analisis pengetahuan pasien mengenai terapi hipertensi selanjutnya terkait diet pada kedua kelompok sampel menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan dan didapatkan kelompok intervensi lebih tinggi pada jenis daging yang terbaik untuk seseorang dengan hipertensi adalah daging putih dan terdapat perbedaan signifikan pada jenis daging yang terbaik untuk seseorang dengan hipertensi adalah daging merah (p=0.047).

5.4 Peran Kader Menurut Pasien Kelompok Intervensi Sebelum dan Setelah Diberikan Edukasi Kesehatan

Tabel 5.4 Proporsi Peran Kader Menurut Pasien Sebelum dan Setelah Diberikan Edukasi Kesehatan

Peran Kader	Pre	Post	P
Tinggi	16 (19.5)	82 (100.0)	0.000



Rendah	66 (80.5)	0 (0.0)	

Keterangan : Data dipresentasikan dengan n. Data dianalisis dengan mcNemar

Hasil analisis keaktifan kader menurut pasien sebelum dan setelah kader diberikan edukasi kesehatan (hipertensi secara umum, terapi antihipertensi, diet rendah garam dan peran kader) pada seluruh sampel menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan pada peran kader sebelum dan setelah diberikan edukasi kesehatan, didapatkan pada peran kader yang sebelumnya tinggi terjadi peningkatan setelah kader diberikan edukasi dan peran kader yang sebelumnya rendah terjadi penurunan setelah diberikan edukasi kesehatan (p=0.000).

5.5 Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam Hipertensi

Tabel 5.5 Proporsi Faktor Memasak Makanan Sehari-hari yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam

Va	ariabel	Kontrol	Intervensi	P
	Sendiri	60 (73.2)	65 (79.3)	
Memasak	Istri	15 (18.3)	9 (11.0)	
Makanan sehari-	Beli Diluar	7 (8.5)	1 (1.2)	0.010
hari	Menantu	0 (0.0)	4 (4.9)	
	Anak	0 (0.0)	3 (3.7)	

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

square



Hasil analisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet rendah garam hipertensi dalam hal memasak makanan sehari-hari pada seluruh sampel menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara memasak sendiri, dimasakan oleh istri, membeli masakan diluar, dimasakan oleh menantu dan dimasakan oleh anak pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi.

5.6 Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Pada Kelompok Kontrol (Kader Tidak Diberi Intervensi)

Tabel 5.6 Proporsi Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Kadernya Tidak Diberi Intervensi

Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi	Pre	Post	P
Tinggi	32 (39.0)	39 (47.6)	
Sedang	31 (37.8)	27 (32.9)	0.542
Rendah	19 (23.2)	16 (19.5)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan chisquare dan hasil p dianalisis dengan marginal homogeneity test

Hasil analisis proporsi kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang kadernya tidak diberikan edukasi kesehatan pada seluruh sampel menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara klasifikasi kepatuhan diet rendah garam pre maupun post.

5.7 Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Kelompok Intervensi

Tabel 5.7 Proporsi Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi yang Kadernya Diberi Intervensi

Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi	Pre	Post	P
Tinggi	31 (37.8)	70 (85.4)	
Sedang	21 (25.6)	8 (9.8)	0.000
Rendah	30 (36.6)	4 (4.9)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan chisquare dan hasil p dianalisis dengan marginal homogeneity test

Hasil analisis proporsi kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang kadernya diberikan edukasi kesehatan pada seluruh sampel menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara klasifikasi kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi dengan kader sebelum dan setelah diberikan edukasi kesehatan, didapatkan pada kader yang telah dilakukan edukasi kesehatan terjadi peningkatan dibandingkan dengan sebelum diberikan edukasi kesehatan (p= 0.000).

5.8 Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Sebelum Kader Diberikan Intervensi

Tabel 5.8 Proporsi Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Sebelum Kader Diberikan Intervensi

Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi	Intervensi	Kontrol	P
Tinggi	31 (37.8)	32 (39.0)	
Sedang	21 (25.6)	31 (37.8)	0.110
Rendah	30 (36.6)	19 (23.2)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan chisquare dan hasil p dianalisis dengan marginal homogeneity test

Hasil analisis proporsi kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi pada kelompok intervensi (kader sebelum diberikan edukasi kesehatan) dan



kelompok kontrol (kader tidak diberikan edukasi kesehatan) pada seluruh sampel menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara klasifikasi kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi dengan kelompok intervensi (kader sebelum diberikan edukasi kesehatan) maupun kelompok kontrol (kader tidak diberikan edukasi kesehatan).

5.9 Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Setelah Kader diberikan Intervensi

Tabel 5.9 Proporsi Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Pada Kedua Kelompok Setelah Kader diberikan Intervensi

Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi	Intervensi	Kontrol	P
Tinggi	70 (85.4)	39 (47.6)	
Sedang	8 (9.8)	27 (32.9)	0.000
Rendah	4 (4.9)	16 (19.5)	

Keterangan : Data dipresentasikan dalam n (%). Data dianalisis dengan *chisquare* dan hasil p dianalisis dengan *marginal homogeneity test*

Hasil analisis proporsi kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi pada kelompok intervensi (kader telah diberikan edukasi kesehatan) dan kelompok kontrol (kader yang tidak diberikan edukasi kesehatan) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kepatuhan diet rendah garam dengan kelompok intervensi (kader telah diberikan edukasi kesehatan) dan kelompok kontrol (kader tidak diberikan edukasi kesehatan), didapatkan pada kelompok intervensi (kader telah diberikan edukasi kesehatan) mengalami peningkatan dibandingkan dengan kelompok kontrol (kader tidak diberikan edukasi kesehatan) (p=0.000)



BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Subyek Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan kepada 164 orang penderita hipertensi yang terdiri dari 82 orang kelompok intervensi yang kader di wilayahnya telah diberikan edukasi kesehatan dan 82 orang kelompok kontrol yang kader di wilayahnya tidak diberikan edukasi kesehatan.

Berdasakan tabel 5.1, diketahui pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki rata-rata usia yang relatif sama yaitu pada rentang 60-61 tahun. Semakin bertambahnya umur lansia maka meningkatkan ketergantungan lansia kepada kaum yang lebih muda yang disebabkan secara alami lansia mengalami perubahan fisik, mental, ekonomi, dan psikososial. Sehingga menyebabkan lansia memerlukan pelayanan kesehatan terpadu seperti posyandu lansia (Maryam, 2008). Penelitian lain menyatakan bahwa lansia dengan umur rata-rata 60 tahun sangat butuh sarana pelayanan kesehatan terkait penurunan berbagai fungsi dan kelemahan (Hardywinoto 2010).

Pada penelitian ini didapatkan jenis kelamin seluruh responden 82% pada kelompok kontrol dan 85% pada kelompok intervensi didominasi oleh perempuan. Hal ini didukung oleh penelian sebelumnya 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 mudah mengatasi berbagai masalah kesehatannya, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya dengan mengunjungi dan memanfaatkan posyandu lansia (Meijer, 2009).

Pada penelitian ini didapatkan pada kelompok intervensi 84% pasien telah terdiagnosis hipertensi. Sedangkan di kelompok kontrol didapatkan 73.2% pasien yang telah terdiagnosis hipertensi. Hal ini berkaitan dengan data Riskesdas dari perkiraan prevalensi hipertensi yang sudah mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit hipertensi bedasarkan diagnosis kesehatan hanya 7,2%. Yang sadar dan menjalani pengobatan hipertensi hanya 0.4%. dan sisanya tidak mengetahui bahwa dirinya mengidap hipertensi. Berdasarkan hasil penelitian seluruh responden didapatkan 73.2% pasien terdiagnosa hipertensi dikarenakan riwayat dari orangtua pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 30.5% pasien (Riskesdas, 2012). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa prevalensi hipertensi yang dikarenakan riwayat dari orangtua sebesar 46.77% (Putri, 2013).

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

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa peran kader posyandu lansia yang dinilai oleh pasien hipertensi diwilayahnya sebelum diberikan edukasi kesehatan, didapatkan sejumlah 19% pasien hipertensi yang menilai bahwa peran kader diwilayahnya tergolong tinggi dan sejumlah

80% pasien hipertensi yang menilai bahwa peran kader diwilayahnya masih tergolong rendah. Sedangkan setelah diberikan edukasi kesehatan, responden yang menyatakan kader di wilayahnya berperan tinggi, meningkat menjadi 100.% Penilaian tinggi dan rendahnya peran terukur dari pengetahuan dan keterampilan kader dalam menyampaikan informasi terkait jumlah maksimal sendok garam perhari, sumber-sumber garam dari makanan dan minuman, makanan yang dianjurkan, dan makanan yang tidak diperbolehkan atau dikurangi dan juga kinerja kader terkait mengajak, memotivasi pasien datang ke posyandu dan keterampilan terkait penggunaan tensimeter dan pembacaan hasil dari tekanan darah.

Hal ini sesuai dengan penetian sebelumnya bahwa sikap, pengetahuan dan keterampilan kader kesehatan merupakan domain yang sangat penting sebagai dasar dalam meningkatkan kualitas posyandu lansia (Djarot, 2011). Dan juga sesuai dengan penelitian sebelum yang menyatakan bahwa program *community based education* efektif untuk menurunkan tekanan darah dengan cara non farmakologis (Shimamoto, Yokota, Sankai, Jacobs & Komachi, 2010.) Menurut standar dari Depkes bahwa kinerja seorang kader dapar diukur bedasarkan uraian tugasnya baik saat pelaksanaan posyandu lansia maupun diluar hari pelaksanaan posyandu lansia (Depkes, 2011). Dan juga standar dari Kemenkes RI bahwa kader posyandu lansia mempunyai peran serta yang besar terhadap pemeliharaan hipertensi pada lansia, yang bersifat promotif berupa pemberian penyuluhan dan preventif berupa menggerakkan lansia dalam kegiatan posyandu lansia (Kemenkes RI, 2011).

6.3 Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Sebelum dan Setelah Kader di Wilayahnya Diberikan Edukasi Kesehatan

Pada penelitian ini terkait kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang diukur menggunakan kuesioner pada kelompok intervensi sebelum kader diwilayahnya diberikan edukasi kesehatan terdapat 36.6% pasien dengan kepatuhan rendah, 25.6% pasien dengan kepatuhan sedang dan 37.8% pasien dengan kepatuhan tinggi. Sedangkan setelah kader diwilayahnya diberikan edukasi kesehatan terdapat 4.9% pasien dengan kepatuhan rendah, 9.8% pasien dengan kepatuhan sedang dan 85.4% pasien dengan kepatuhan tinggi. Sementara itu, pada kelompok kontrol yang kader diwilayahnya tidak diberikan edukasi kesehatan saat pengambilan data pre terdapat 23.2% pasien dengan kepatuhan rendah, 37.8% pasien dengan kepatuhan sedang dan 39% pasien dengan kepatuhan tinggi. Sedangan saat pengambilan post terdapat 19.5% pasien dengan kepatuhan rendah, 32.9% pasien dengan kepatuhan sedang dan 47.6% pasien dengan kepatuhan tinggi.

Berdasarkan table 5.2, hasil skor analisis HK-LS (Hypertension Knowledge-Level Scale) pada kedua kelompok responden didapatkan pengetahuan pasien mengenai definisi dan komplikasi hipertensi terdapat perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang menunjukkan bahwa kelompok intervensi secara kesuluruhan lebih baik jika dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Perbedaan hasil yang signifikan antara sebelum dan setelah kader diwilayahnya diberikan edukasi disebabkan oleh proses menerima

informasi terkait hipertensi yang disampaikan oleh kader di wilayahnya. Responden mulai mengerti bahwa apa yang dilakukan dalam mengkonsumsi makanan masih salah. Salah dalam penerapan jenis makanan yang dikonsumsi, seperti makanan asin, memasak menggunakan bumbu penyedap dan mengkonsumsi makanan instan dengan jumlah yang tidak sesuai dengan takaran diet rendah garam hipertensi. Sementara itu, pada responden kelompok kontrol yang tidak mendapatkan edukasi kesehatan yang masih menunjukkan tidak tejadi perubahan terkait kepatuhan diet rendah garam karena tidak ada proses penerimaan informasi.

Hal ini didukung oleh pendapat peneliti sebelumnya bahwa pengetahuan mempunyai 6 tingkatan, yaitu tahu, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, sintesis dan evaluasi (Notoadmojo, 2008). Responden setelah tahu apa yang salah pada dirinya dalam diet rendah garam hipertensi kemudian memahami akibat yang yang terjadi apabila tetap mengkonsumsi makanan dihindari yang mengaplikasikan dalam kehidupan sehaari-hari. Bentuk kepatuhan diet rendah garam hipertensi juga dapat dilihat dari jenis makanan seperti konsumsi sayur dan tidak bersantan, mengurangi rasa asin, dan tetap menjaga kesehatan. Tidak bertambahnya kepatuhan diet rendah garam menggambarkan pendapat peneliti sebelumnya bahwa seseorang dalam hal kesehatan dapat dipengaruhi oleh pengetahuan yang kemudian merubah sikap menjadi lebih baik dan berpengaruh pada perilaku dalam hidup sehat secara baik juga (Notoadmojo, 2010).

Pada penelitian ini terkait analisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet rendah garam hipertensi dalam hal memasak makanan sehari-hari pada seluruh sampel menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara memasak sendiri, dimasakan oleh istri, membeli masakan diluar, dimasakan oleh menantu dan dimasakan oleh anak pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi.

Secara keseluruhan penelitian ini didukung oleh hasil penelitian sebelumnya bahwa pengaruh edukasi kesehatan terhadap kepatuhan dan tekanan darah pasien hipertensi di Puskesmas Beji Kota Depok, dengan jumlah responden 122 orang, yang mengalami peningkatan kepatuhan sebanyak 68 orang, 48 orang tetap, dam 2 orang mengalami penurunan kepatuhan (Norman ,2012). Dan juga didukung oleh penelitian sebelumnya bahwa terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan (Pratiwi, 2011)

6.4 Pengaruh Pemberian Edukasi Kesehatan Bagi Kader Posyandu Lansia Terhadap Peran Kader dan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pasien Hipertensi Yang Mengikuti Posyandu Lansia

Pada penelitian ini didapatkan hasil kepatuhan mengenai diet rendah garam hipertensi pada kelompok intervensi diketahui terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan setelah kader diwilayahnya diberikan edukasi kesehatan. Sementara itu, hasil kepatuhan pada kelompok kontrol diketahui tidak terdapat perbadaan yang signifikan antara pre dan post. Jenis makanan yang sama setiap harinya, serta keterbatasan jenis makanan yang ada menjadikan kepatuhan diet rendah garam hipertensi sulit dilakukan.

Berdasarkan tabel 5.3, hasil skor analisis HK-LS (Hypertension Knowledge-Level Scale) pada kedua kelompok responden didapatkan bahwa pengetahuan pasien mengenai terapi hipertensi yaitu pengobatan medis, pemenuhan kebutuhan obat, gaya hidup dan diet hipertensi pada kelompok sampel terdapat perbedaan signifikan menunjukkan bahwa pengetahuan terapi hipertensi pada kelompok intervensi secara kesuluruhan lebih baik jika dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Hal ini juga didukung oleh peneliti sebelumnya bahwa faktor yang mempengaruhi proses kepatuhan adalah memodifikasi lingkungan dan sosial (Niven ,2009). Hal ini berhubungan dengan membangun dukungan sosial seperti kader dan keluarga pasien untuk tetap menjaga agar pasien hipertensi patuh dalam melakukan diet rendah garam secara ketat. Sedangkan hasil wawancara dengan responden kelompok kontrol didapatkan bahwa kurangnya motivasi untuk patuh terhadap program diet rendah garam, mereka berpendapat selama tidak ada gejala-gejala hipertensi seperti pusing dan berat ditengkuk, maka tidak perlu melakukan diet rendah garam. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya bahwa faktor ketidakpatuhan pasien yaitu ketidakseriusan pasien terhadap penyakit yang dialami (Rantucci ,2008).

Secara keseluruhan penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya bahwa edukasi kesehatan yang dilakukan oleh kader terbukti dapat merubah pengetahuan, sikap, maupun perilaku sehat (Acjhar, 2011). Selain itu, proses edukasi kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya pada 45 responden di RSUD Tugurejo Semarang yang menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan sosial seperti kader dengan kepatuhan diet rendah garam (Partilia, 2012).

Program edukasi berbasis komunitas tentang self-management pada kelompok pasien hipertensi dapat dilakukan oleh kader sebagai bagian dari masyarakat. Hal ini sesuai dengan pendapat dari penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa upaya intervensi harus berfokus pada pemberdayaan masyarakat yang mana dalam hal ini melibatkan kader untuk dapat mempengaruhi gaya hidup pada pasien hipertensi (Cempell ,2014). Penelitian lain yang mendukung penelitian ini menyatakan bahwa efektivitas peran kader dapat menjadi alternatif kebijakan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. (Fulton, Schelffer, Sparkes, Auh, Vujicic & Soucat ,2011)

6.5 Implikasi Keperawatan

Keperawatan komunitas adalah suatu bidang keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat (public health) dengan dukungan peran masyarakat secara aktif serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif yang berkesinambungan tanpa mengabaikan perawatan kuratif dan rahabilitatif secara menyeluruh dan terpadu yang ditunjukkan kepada individu, keluarga, kelompok serta masyarakat. Tujuan dari keperawatan komunitas adalah memberikan pelayanan keperawatan dan perhatian



BRAWIJAY

langsung dengan mempertimbangkan permasalahan atau isu kesehatan masyarakat.

Strategi intervensi yang dapat diterapkan sebagai perawat komunitas salah satunya sebagai pendidik atau edukator adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok masyarakat yang kader kesehatan dan merubah perilaku beresiko tinggi maupun kesehatan masyarakat. Sesuai dengan penelitian ini, perawat diharapkan mampu memperdayakan kader dengan menambah pengetahuan dan keterampilan kader sebagai seorang penggerak di lingkungan masyarakat. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan ini salah satunya dilakukan melalui program edukasi berbasis komunitas. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas kader dalam memberikan penyuluhan dan penatalaksanaan kepada pasien dan keluarga pasien hipertensi, serta masyarakat di wilayah kerja posyandu lansia. Selain tingkat pengetahuan dan keterampilan, tingkat keaktifan kader juga mempengaruhi kualitas kesehatan pasien, diharapkan setelah kader memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai, disempurnakan dengan keaktifan menjalankan program kesehatan dengan baik secara mandiri dan sesuai dengan standar dari Kemenkes RI bahwa kader posyandu lansia mempunyai peran serta yang besar terhadap pemeliharaan hipertensi pada lansia, yang bersifat promotif berupa pemberian penyuluhan dan preventif berupa menggerakkan lansia dalam kegiatan posyandu lansia (Kemenkes RI, 2011).

6.6 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti sadar menemukan keterbatasanketerbatasan, diantaranya 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 241 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 2 bulan dan kurangnya tindak lanjut dalam edukasi berkala pada kader di Kota Malang.
- 4. Penelitian ini kemungkinan terjadi bias subyektivitas kepatuhan diet rendah garam hanya diukur melalui kuesioner yang diisi oleh pasien, peneliti tidak dilakukan observasi langsung kepada pasien yang berbeda dengan standar 24-hour Dietary Recall (24HR)



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- Peran kader menurut pasien pada kelompok intervensi meningkat secara signifikan setelah diberikan edukasi kesehatan oleh peneliti
- Tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kepatuhan diet rendah garam pasien kelompok kontrol saat pengambilan data pre dan post karena kader di wilayahnya tidak diberikan edukasi oleh peneliti
- Kepatuhan diet rendah garam pasien pada kelompok intervensi meningkat secara signifikan setelah kader di wilayahnya diberikan edukasi kesehatan oleh peneliti
- Terdapat pengaruh dari pemberian edukasi kesehatan bagi kader posyandu lansia terhadap peran kader dan kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi yang mengikuti kegiatan 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 diet rendah garam hipertensi.



BRAWIJAYA

Untuk penelitian selanjutnya, disarankan tidak hanya menggunakan kuisioner untuk menilai kepatuhan seseorang, tetapi juga dilakukan observasi secara langsung oleh peneliti, seperti menggunakan metode *24-hour Dietary Recall (24HR)*. Hal ini akan meminimalisir bias karena tidak hanya berdasarkan pengakuan dari responden.

Untuk kader kesehatan diharapkan untuk lebih aktif mengikuti seminar pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya sehingga perannya dapat meningkat juga dan untuk pasien hipertensi diharapkan untuk lebih patuh dalam pelaksanaan kepatuhan diet rendah garam dan rutin mendatangi posyandu lansia setiap bulannya untuk mengetahui tekanan darah

DAFTAR PUSTAKA

- Agrina. et al. 2011. Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi dalam Pemenuhan Diet Hipertensi. Ilmu Keperawatan Universitas Riau. http://eprints.qut.edu.aul/12080/1/12080.pdf
- Androgue, Horaciu J., Madias, Nicolaos E. 2007 (updated 2011). Sodium in The Diet. http://www.ext.colostate.edu/pubs/foodnut/09354.html
- Anderson, J., Young, L., Long L., and Prior, S. 2007. *Mechanism of Disease Sodium and Potassium in The Pathogenesis of Hypertension*
- Bentley, Brooke. et al. 2005. Factors Related to Non Adhenrence to Low Sodium Diet Recommendation in Heart Failure Patients. Sage Journal. http://cnu.sagepub.com/content/4/4/331.abstract
- Depkes RI. 2008a. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional* 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI
- Depkes RI. 2008b. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007 Provinsi Jawa Timur.*Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI
- DiMatteo, MR. 2004. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. Health Psychology. The American Psychological Association Inc.
- Effendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Prakrik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medik
- Ganiswarna, Sulistia G. 1995. Farmakologi dan Terapi. UI Press: Jakarta
- Gayuh, 2007. *Usia harapan hidup*, (Online), (http://www.scribd.com/doc/28256402/20734167-Makalah-Kesehatan-ReproduksiUsia-Harapan-Hidup), diakses 9 April 2018
- Grahacendikia, 2009. Faktor faktor Yang Mempengaruhi Penurunan Minat Lansia Terhadap Posyandu Lansia (Online), (grahacendikia.wordpress.com), diakses 9 April 2018
- Hardywinoto, 2003. *Panduan Gerentologi, Tinjaun dari berbagai aspek.* Jakarta: Gramedia Pustaka Utama



- Hyun Ju Kim, Hee Young Paik, Sim Yeol Lee et al. 2007. Salt Usage Behaviour Are Related to Urinary Sodium Excretion in Normotensive Korean Adults. Asia Pacific Journal of Clicical Nutrition.
- Kyngas H, Lahdenpera T.1999. Compliance of Patientss With Hypertension And Associated Factors. J Ad Nurs.
- Lee, J.K, 2013. Evaluation of a Medication Self Management Education Program for Elderly with Hypertension Living in the Community. J. Korean Acad Nurs. 43 (2): 267-275.
- Martins, D.; Gor, D.; Teklehaimanot, S.; Norris, K, 2001. High blood pressure knowledge in an urban African-American community. Ethn. Dis. 2001, 11, 90-96.
- Maryam, 2008. Mengenal usia lanjut dan perawatannya. (http://www.waspada.co.id/index.php/index.php?option=com_content&vie w=article &id=17039), diakses 9 April 2018
- Masjoer, Arif dkk. 1999. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta: Media Aesculapius.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. 2004. Complete Report The Seventh of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Teatment of High Blood Pressure. U.S. Department of Health and Human Service. NIH Publication NO. 04-5230
- Nurkhalida, (2003). Kesehatan Masyarakat, Depkes RI, Jakarta.
- Notoatmodjo, 2007. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pinzon R. Indeks Massa Tubuh Sebagai Faktor Resiko Hipertensi Pada Usia Muda. Cermin Dunia Kedokteran No 123, 1999.
- Putri, 2010. Insidens Riwayat Hipertensi dan Diabetes Melitus pada Pasien Penyakit Jantung Koroner di RS. Dr. M. Djamil Padang. Padang: Akademi Kesehatan Sapta Bakti
- Riskesdas, 2012. Prevalensi diagnosa hipertensi. Jakarta
- Sabouhi, F.; Babaee, S.; Naji, H.; Zade, A.H, 2009. Knowledge, awareness, attitudes and practice about hypertension in hypertensive patients



- referring to public health care centers in Khoor & Biabanak. Iran. J. Nurs. Midwifery Res. 2011, 16, 35-4
- Smet, Bart. 1994. Psikologi Kesehatan, Jakarta: Grasindo
- Sugiyono. 2011. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta
- Sutomo, Budi. 2009. Menu Sehat Penakluk Hipertensi. Jakarta: DeMedia. Pembaca ahli: dr. Gatot Ibrahim.
- WHO. 2001. Pengendalian Hipertensi Laporan Komisi Pakar WHO. Bandung: Penerbit ITB. Penerjemah: Prof.Dr.Kosasih Padwinata. Penyunting: Dra. Sofia Mansoor.



