HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN PEMBATASAN KONSUMSI GARAM PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS KOTA MALANG

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan

Oleh :

MUHAMMAD SYAIFULLOH MAHDZUR

NIM 185070209111036

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

2019DAFTAR ISI

repository.ub.ac.id

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

repository.ub.ac.id

Halaman

Judul i

Halaman Persetujuan ii

Pernyataan Keaslian Tulisan iii

Kata Pengantar iv

Abstrak vi

Daftar Isi viii

Daftar Tabel xiii

Daftar Gambar xiv

Daftar Lampiran xv

Daftar Singkatan xvi

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah 1

1.2 Rumusan Masalah 5

1.3 Tujuan Penelitian 6

1.3.1 Tujuan Umum 6

1.3.2 Tujuan Khusus 6

1.4 Manfaat Penelitian 6

1.4.1 Manfaat Akademik 6

1.4.2 Manfaat Praktis 6

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi 8

2.1.1 Definisi Hipertensi 8

2.1.2 Etiologi Hipertensi 9

2.1.3 Manifestasi Klinis Hipertensi 9

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

2.1.4 Klasifikasi Hipertensi..... 10
2.1.5 Faktor Risiko Hipertensi..... 11
2.1.6 Patofisiologi Hipertensi..... 11
2.1.7 Komplikasi Hipertensi..... 12
2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi..... 14
2.2 Konsep Kepatuhan..... 17
2.2.1 Definisi Kepatuhan..... 17
2.2.2 Kepatuhan Penderita Hipertensi..... 18
2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan..... 19
2.2.4 Metode Pengukuran Kepatuhan..... 21
2.3 Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam..... 22
2.3.1 Definisi Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam..... 22
2.3.2 Tujuan Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam..... 23
2.3.3 Jenis Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam..... 23
2.3.4 Pengaturan Makanan Program Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam..... 24
2.4 Konsep Dukungan Keluarga..... 27
2.4.1 Definisi Dukungan Keluarga..... 27
2.4.2 Jenis Dukungan Keluarga..... 27
2.4.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga..... 29

BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep..... 31
3.2 Deskripsi Kerangka Konsep..... 32
3.3 Hipotesis Penelitian..... 32

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian..... 33

4.2 Populasi Dan Sampel 33
4.2.1 Populasi 33
4.2.2 Sampel Penelitian 34
4.2.3 Teknik Sampling 36
4.3 Variabel Penelitian 36
4.3.1 Variabel Independen 36
4.3.2 Variabel Dependen 36
4.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian 37
4.4.1 Lokasi Penelitian 37
4.4.2 Waktu Penelitian 37
4.5 Instrumen Penelitian 37
4.5.1 Data Demografi 37
4.5.2 Dukungan Keluarga 37
4.5.3 Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam 38
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas 38
4.6.1 Uji Validitas 38
4.6.2 Uji Reliabilitas 38
4.7 Definisi Operasional 40
4.8 Prosedur Pengumpulan Data 43
4.9 Analisa Data 44
4.9.1 Pre Analisa 44
4.9.2 Analisis (Univariat dan Bivariat) 45
4.10 Etika Penelitian 46

BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1 Karakteristik Responden 49

5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin 49
5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Usia 50
5.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Tekanan Darah .. 51
5.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan 51
5.1.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan 51
5.2 Data Dukungan Keluarga 53
5.3 Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam 53
5.4 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam 54

BAB 6. PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian 55
6.1.1 Dukungan Keluarga 56
6.1.2 Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam 55
6.1.3 Hubungan Dukungan Keluarga Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam 59
6.2 Implikasi Dalam Keperawatan 61
6.3 Keterbatasan Penelitian 61

BAB 7. PENUTUP

7.1 Kesimpulan 62
7.2 Saran 62

Daftar Pustaka 64
Lampiran 69

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1 Tabel Klasifikasi Tekanan Darah Menurut AHA 2017 10

Tabel 2.2 Tabel Daftar Bahan Makanan Tinggi Natrium..... 26

Tabel 2.3 Tabel Daftar Makanan Tinggi Natrium 27

Tabel 4.1 Tabel Definisi Operasional 40

Tabel 5.1 Tabel Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin 49

Tabel 5.2 Tabel Distribusi Berdasarkan Usia 50

Tabel 5.3 Tabel Distribusi Berdasarkan Kategori Hipertensi 51

Tabel 5.4 Tabel Distribusi Berdasarkan Tingkat Pendidikan 51

Tabel 5.5 Tabel Distribusi Berdasarkan Pekerjaan 52

Tabel 5.6 Tabel Distribusi Berdasarkan Dukungan Keluarga 53

Tabel 5.7 Tabel Distribusi Kategori Kepatuhan 53

Tabel 5.8 Tabel Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan 54

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1 Kerangka Konsep 31

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian 69

Lampiran 2 Pernyataan Persetujuan Untuk Berpartisipasi dalam Penlitian 72

Lampiran 3 Kisi-Kisi Instrumen 73

Lampiran 4 Kuesioner Demografi 75

Lampiran 5 Kuesioner Dukungan Keluarga 76

Lampiran 6 *Food Recall* 79

Lampiran 7 Daftar URT bahan makanan 86

Lampiran 8 *Hasil Uji Validits dan Reliabilitas* 90

Lampiran 9 Output Data Hasil Penelitian 91

Lampiran 10 *Output* Analisis *SPSS* 97

Lampiran 11 Surat Izin Penelitian 100

Lampiran 12 *Ethical Clereance* 103

Lampiran 13 *Lembar Konsultasi* 104

Lampiran 14 Dokumentasi 108

Lampiran 15 *Curriculum Vitae* 109

DAFTAR SINGKATAN

AHA	: *American Heart Association*
BB	: Berat Badan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DM	: Diabetes Mellitus
PROLANIS	: Program Pengelolaan Penyakit Kronis
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
WHL	: *World Hypertension League*
WHO	: *Word Health Organization*

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMBATASAN KONSUMSI GARAM PADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS KOTA MALANG

Oleh:

Muhammad Syaifulloh Mahdzur

185070209111036

Telah diuji pada:
Hari : Kamis
Tanggal : 19 Desember 2019
Dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

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

Pembimbing –I/Penguji II

Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep
NIP. 19810824 201504 2 001

Pembimbing-II/Penguji III

Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc
NIK. 2012088602252001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

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

repository.ub.ac.id

ABSTRAK

Mahdzur, Muhammad Syaifulloh. 2019. **Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kota Malang**. Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universtas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep (2) Ns.Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.

Hipertensi merupakan penyebab paling umum terjadinya penyakit kardiovaskular yang menjadi masalah utama di negara maju maupun berkembang. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam memerlukan waktu yang cukup lama sehingga dibutuhkan dukungan keluarga agar tercapainya kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi. Tujuan penelitian ini adalah Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang. Desain penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Sampling pada penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling dengan jumlah sampel 99 orang responden. Dukungan keluarga pasien hipertensi di Puskesmas kota malang sebanyak 70 responden (70,7%) dalam kategori cukup mendukung. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang sebanyak 91 (91,9%) responden dalam kategori patuh. Analisis statistik dengan uji statistik koefisien kontigensi didapatkan hasil analisis SPSS dengan p-value 0,032 < alpha 0,05 yang berarti terdapat pengaruh signifikan dari dukungan keluarga terhadap kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi. Kesimpulan pada penelitian ini terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang. Saran yaitu perlunya tenaga kesehatan melibatkan keluarga dalam penatalaksanaan dan pengelolaan hipertensi.

Kata Kunci : Dukungan keluarga, kepatuhan pembatasan konsumsi garam, hipertensi

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

repository.ub.ac.id

ABSTRACT

Mahdzur, Muhammad Syaifulloh. 2019. ***Corelation Of Family Support With Adherence To Restrictions On Salt Consumption In Hypertension Patients In Malang City Health Center***. Final Assigment, Nursing Program Faculty Of Medicine Universitas Brawijaya. Supervisors: (1) Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep., M.Kep (2) Ns.Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.

Hypertension is the most common cause of cardiovascular disease which is a major problem in both developed and developing countries. Low salt diet complience is needed for a long time, it need family. The purpose of this study was to determine the corelation of family assistance with salt support in hypertensive patients in Malang City Health Center. The design of this study was observational analytic with cross sectional design. Sampling uses a purposive sampling technique with a sample size of 99 respondents. Family support for hypertension patients in Malang city health center is 70 respondents (70.7%) in the sufficient support category. Compliance who consumed salt in hypertensive patients in Malang City Health Center was 91 (91.9%) respondents in the compliant category. Statistical analysis with contingency coefficient statistical test obtained SPSS analysis results with p-value 0.032 <alpha 0.05. this showed that there was a significant corelation family support and adherence low salt diet. This study Suggested was family should be involved in the management and treatment of hypertension.

Keyword : Family Support, Adherence To Restrictions On Salt Consumption, hipertension

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Universitas Brawijaya

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyebab paling umum terjadinya penyakit kardiovaskular yang menjadi masalah utama di negara maju maupun berkembang. Penyakit kardiovaskular juga menjadi penyebab nomor satu kematian di dunia setiap tahunnya. Data *World Health Organization (*WHO) 2015 menunjukkan sekitar 1,13 miliar orang di dunia menderita hipertensi. Jumlah penderita hipertensi di dunia terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi, artinya pada setiap tahun ada 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi. Berdasarkan Riskesdas 2013 dengan metode hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur diatas 18 tahun di Indonesia sebesar 31,7%. Sedangkan Provinsi Jawa timur mempunyai prevalensi hipertensi sebesar 37,4% (Kementrian kesehatan RI, 2013). Hipertensi menjadi masalah pada lanjut usia karena sering ditemukan sekaligus menjadi faktor utama penyakit jantung koroner. Nugroho (2008) menyatakan bahwa lebih dari separuh kematian diatas usia 60 tahun disebabkan oleh penyakit jantung dan serebrovaskuler. Hasil yang sama juga dikemukaan oleh Kementrian Kesehatan berdasarkan riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013 yaitu hipertensi merupakan penyakit tidak menular urutan pertama yang menyerang lansia dengan presentase 57,6%.

Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat membuat seseorang terkena hipertensi meliputi kelebihan berat badan, kurang berolahraga, mengkonsumsi makanan dengan kadar garam tinggi (Palmer & Williams, 2007). Upaya yang dapat dilakukan untuk menghambat atau mengurangi tekanan darah tinggi yaitu dengan cara farmakologi (pengobatan medik)

atau dengan cara non farmakologi. Cara nonfarmakologi yaitu dengan cara modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan salah satunya dengan membatasi asupan garam (kementrian kesehatan RI, 2016)

Garam khususnya garam dapur (NaCl) marupakan komponen bahan makanan yang penting. Konsumsi NaCl biasanya lebih banyak diatur oleh rasa, kebiasaan, dan tradisi dari pada keperluan. Data *World Hypertension League (*WHL*)* menyebutkan bahwa lebih dari sepertiga dari 1,5 miliar jiwa penderita hipertensi di seluruh dunia disebabkan oleh konsumsi garam yang berlebih (9-12 g/hari)(WHL, 2009). Asupan natrium yang berlebih, terutama dalam bentuk natrium klorida atau garam dapur dapat menyebabkan ganguan keseimbangan cairan tubuh, sehingga menyebabkan edema atau asites dan hipertensi (Almatsier, 2011).

Hipertensi disebabkan konsumsi garam berlebih akan mengakibatkan perubahan tekanan osmotik pada cairan ekstrasel yang membuat viskositas darah terganggu. Hal ini akan membuat jantung serta pembuluh darah bekerja keras untuk memompa darah ke seluruh tubuh dan mengakibatkan tekanan darah meningkat (Sutomo, 2009). Oleh karena itu WHO merekomendasikan pola konsumsi natrium yang dapat mengurangi resiko hipertensi atau kepatuhan pembatasan konsumsi garam yakni dengan mengkonsumsi garam tidak lebih dari 1 sendok teh (5-6 g/hari). Kepatuhan pembatasan konsumsi garam adalah diet dengan mengkonsumsi makanan yang rendah garam atau tanpa garam, umumnya makanan tersebut dimasak dengan mengurangi penggunaan bahan makanan yang mengandung natrium, dengan kata lain diet rendah natrium tidak hanya membatasi konsumsi garam saja tetapi juga membatasi makanan yang tinggi natrium (Purwati, 2007).

Di Indonesia pola konsumsi yang dianjurkan tersebut cenderung sulit dilakukan. Hal ini karena tingkat pemahaman masyarakat akan garam yang masih rendah sehingga mengakibatkan kepatuhannya cenderung rendah. Di Pekanbaru dari total 60 pasien hipertensi, 34 orang (54,7%) tidak patuh dalam pemenuhan diet hipertensi dan hanya 26 orang (43,3%) yang patuh (Agrina, 2011). Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah pola konsumsi garam di Indonesia yang menyukai makanan asin. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2010 menunjukkan bahwa hampir seperempat (24,5%) penduduk di Indonesia diatas usia 10 tahun mengkonsumsi masakan asin satu kali atau lebih setiap hari. Selain itu menurut perhimpunan hipertensi Indonesia, negara Indonesia juga merupakan salah satu negara dengan konsumsi garam yang tinggi yakni sekitar 15g/hari atau 3 kali lebih besar dari anjuran WHO.

Beberapa faktor yang menjadi kendala penderita hipertensi dalam melaksanakan pembatasan konsumsi garam adalah kejenuhan, kurangnya motivasi perilaku hidup sehat dan kurangnya dukungan keluarga (Sumarman, 2010). Berbeda dengan faktor-faktor lainnya, seperti dukungan keluarga merupakan faktor ekternal terdekat dari pasien yang dapat menjadi faktor penguat (*reinforcing factor*) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidup (Green&Kreuter, 2011). Selain itu, dukungan keluarga yang baik dapat meningkatkan tingkat kepatuhan 1,6 kali lebih besar dibandingkan dengan yang memiliki dukungan keluarga yang kurang. Menurut Piferi & Lawler (2006) individu yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik dapat meningkatkan *self efficacy* dan harga diri, serta menurunkan depresi dan stress dibandingkan dengan yang kurang mendapatkan dukungan. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa

memberi dukungan dapat memberikan suatu efek pada kesehatan yakni dengan mengendalikan tekanan darah serta dapat membantu meningkatkan penatalaksanaan terapi.

Hasil yang berbeda didapatkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Leon *et al.,* (2015) dan Britain *et al*., (2010) yang menyatakan secara umum faktor psikososial termasuk dukungan social dan keluarga tidak berhubungan secara signifikan terhadap tekanan darah maupun kepatuhan diet DASH (*Dietary Approch to Stop Hypertension*) pada pasien hipertensi di Amerika. Hal tersebut disebabkan oleh perbedaan budaya dimana kedua jurnal menyebutkan bahwa responden penelitian tersebut hidup mandiri sehingga faktor internal berupa pengetahuan dan pemahaman terhadap komplikasi hipertensi merupakan faktor penentu kepatuhan diet.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilaksanakan peneliti pada bulan Mei 2019 di Dinas Kesehatan Kota Malang. Jumlah penderita hipertensi di Kota Malang pada tahun 2018 sejumlah 42.920 penderita hipertensi. Sebagai salah satu upaya penanganan pasien hipertensi Badan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (BPJS) melalui Puskesmas melakukan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) khususnya pada pasien hipertensi. Fasilitas kesehatan tingkat 1 yang memiliki capaian tertinggi dalam pelaksaan Prolanis adalah Puskesmas Bareng, Puskesmas Kendalsari dan Puskesmas Arjuno. Dari ketiga Puskesmas tersebut didapatkan hasil bahwa hipertensi merupakan salah penyakit yang banyak diderita warga di tiga Puskesmas tersebut. Hal ini berdasarkan data Prolanis terdapat 68 pasien hipertensi di Puskesmas Bareng, di Puskesmas Arjuno terdapat 37 pasien dan 46 pasien hipertensi di Puskesmas Kendalsari, salah satu faktor yang menyebabkan tingginya angka hipertensi adalah

masyarakat yang menyukai mengkonsumsi makanan asin sebagai makanan sehari-hari.

Peneliti juga mewawancarai 5 pasien hipertensi yang berobat di Puskesmas Bareng terkait kebiasaan makan. Hasilnya 3 dari 5 orang mengatakan menyukai makanan yang cenderung asin seperti ikan asin dan sayuran yang dihangatkan berulang. Saat ditanya terkait informasi makanan yang boleh dimakan dan dihindari 4 dari 5 orang mengatakan mendapat informasi dari Puskesmas. Untuk wawancara terkait dukungan keluarga yang diberikan 5 orang responden menjawab bahwa dalam untuk makanan sehari hari tidak dibedakan dengan keluarga yang tidak hipertensi. 3 dari 5 Responden juga mengatakatan pada saat berobat atau kontrol ke Puskesmas diantar oleh keluarganya.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kota Malang".

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah tersebut, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut: "Adakah Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam Pada pasien Hipertensi Di Puskesmas Kota Malang?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga terhadap pasien yang mengalami hipertensi.
2. Mengidentifikasi kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi.
3. Menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

Penelitian ini dapat berguna untuk menambah pengetahuan dalam bidang komunitas dan keperawatan medikal bedah terutama dalam hal dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi peneliti

   Peneliti dapat mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang.

2. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi penderita hipertensi dan keluarga dengan anggota keluarganya yang mengalami hipertensi untuk menambah pengetahuan tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan sistol, yang tingginya tergantung umur individu tertentu yang terkena. Hipertensi digolongkan sebagai hipertensi ringan, sedang, dan berat berdasarkan tekanan diastole. Hipertensi ringan bila tekanan darah diastolnya 95-104 mmHg, hipertensi sedang bila tekanan diastolenya 105-114 mmHg, sedangkan hipertensi berat tekanan diastolnya >115 mmHg (Tambayong, 2012).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada dua fase dalam setiap denyut jantung yaitu fase sistolik 140 menunjukkan fase darah yang sedang dipompa oleh jantung dan fase diastolik 90 menunjukan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2014).

Menurut WHO dalam Triyanto (2014) menyatakan bahwa batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah kurang dari 130/80 mmHg. Sedangkan bila lebih dari 140 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi dan diantara nilai tersebut disebut sebagai normal-tinggi.

Tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah didalam arteri. Pada hipertensi sistolik terisolasi, tekanan sitolik mencapai 140 mmHg atau lebih, tetapi tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg dan tekanan diastolik masih dalam kisaran normal, hipertensi seperti ini sering ditemukan pada usia lanjut (Triyanto, 2014).

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Universitas Brawijaya

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015) penyebab dari penyakit Tekanan darah tinggi beragam diantaranya:

1. Stress

   Stress dapat merangsang sistem saraf simpatis mengeluarkan adrenalin yang berpengaruh terhadap kerja jantung.

2. Kegemukan (obesitas)

   Dapat meningkatkan LDL yang buruk untuk tubuh manusia pencetus aterosklerosis.

3. Merokok

   Merokok yang menahun dapat merusak endotel arteri dan nikotin menurunkan HDL yang baik untuk tubuh manusia.

4. Alkoholisme

   Alkohol yang dapat merusak hepar dan sifat alkohol mengikat air mempengaruhi viskositas dan tekanan darah.

5. Konsumsi garam

   Garam mempengaruhi viskositas darah dan memperberat kerja ginjal yang mengeluarkan renin angiotensin yang dapat meningkatkan tekanan darah.

2.1.3 Manifestasi Klinis Hipertensi

Manifestasi klinis hipertensi menurut Ardiansyah (2012) muncul setelah penderita mengalami hipertensi selama bertahun-tahun antara lain :

1. Terjadi kerusakan susunan saraf pusat yang menyebabkan ayunan langkah tidak mantap.
2. Sakit kepala, pusing dan keletihan

   Sakit kepala, pusing dan keletihan disebabkan oleh penurunan perfusi darah akibat vasokonstriksi pembuluh darah.
3. Penglihatan kabur

Penglihatan kabur merupakan akibat dari kerusakan retina akibat dari hipertensi.

4. Nokturia

Nokturia merupakan dampak dari peningkatan aliran darah darah ke ginjal sehingga terjadi peningkatan filtrasi oleh glomerulus.

2.1.4 Klasifikasi Hipertensi

*American Hearth Assosiation (*AHA*)* mengklasifikasikan tekanan darah pada orang dewasa sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah menurut AHA 2017

Kategori	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolik
Normal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Meningkat (*Elevated*)	120-129 mmHg	< 80 mmHg
Hipertensi Stadium 1	130-139 mmHg	80-89 mmHg
Hipertensi Stadium 2	≥ 140 mmHg	≥ 90 mmHg

Sumber : AHA, 2017

2.1.5 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor genetik mempunyai peran didalam terjadinya hipertensi. Riwayat keluarga juga merupakan masalah yang memicu masalah terjadinya hipertensi, karena hipertensi cenderung merupakan penyakit keturunan. Jika seorang dari orang tua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi.

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat risiko hipertensi. Hipertensi juga

sering disebabkan oleh perubahan alamiah didalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Jenis kelamin juga sangat erat kaitannya dengan hipertensi. Perbandingan antara pria dan wanita, ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi saat berusia 55 tahun dan ketika seorang wanita mengalami menopause.

Faktor lingkungan seperti stress juga dapat memicu timbulnya hipertensi. Hubungan antara stress dan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis. Saraf simpatis adalah saraf yang bekerja pada saat kita beraktivitas, saraf parasimpatis adalah saraf yang bekerja pada saat kita tidak beraktivitas. Peningkatan aktivitas saraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Stress yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan darah menjadi tinggi (Dalimartha, 2008).

2.1.6 Patofisiologi Hipertensi

Pengaturan tekanan arteri meliputi kontrol sistem saraf yang kompleks dan hormonal yang saling berhubungan satu sama lain dalam mempengaruhi curah jantung dan tahanan vaskular perifer. Hal lain yang ikut dalam pengaturan tekanan darah adalah refleks baroreseptor. Curah jantung ditentukan oleh volume sekuncup dan frekuensi jantung. Tahanan perifer ditentukan oleh diameter arteriol. Bila diameternya menurun (Vasokontriksi), tahanan perifer meningkat. Bila diameternya meningkat (vasodilatasi), tahanan perifer akan menurun.

Pengaturan primer tekanan arteri dipengaruhi oleh baroreseptor pada sinus karotikus dan arkus aorta yang akan menyampaikan impuls ke pusat saraf simpatis di medula oblongata. Impuls tersebut akan menghambat stimulasi saraf simpatis. Bila tekanan arteri meningkat, maka ujung-ujung baroreseptor akan teregang dan memberikan respons terhadap penghambat pusat simpatis, dengan respon terjadinya pusat akselerasi gerak jantung dihambat. Sebaliknya hal ini akan menstimulasi pusat penghambat penggerak jantung yang bermanifestasi pada penurunan curah jantung.

Hal ini dari pengaruh stimulasi baroreseptor adalah dihambatnya pusat vasomotor sehingga terjadi vasodilatasi. Gabungan vasodilatasi dan penurunan curah jantung akan menyebabkan terjadinya penurunan tekanan darah. Sebaliknya, pada saat tekanan darah turun, maka respon reaksi cepat untuk melakukan proses homeostasis tekanan darah supaya berada dalam kisaran normal (Muttaqin, 2014).

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

Menurut Triyanto (2014) hipertensi apabila tidak dikontrol akan menimbulkan berbagai macam komplikasi yaitu:

1. Stroke

   Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan darah di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpejan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang dialiri berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatnya kemungkinan terbentuknya aneurisma. Gajala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba seperti orang bingung, linglung atau bertingkah laku seperti orang mabuk. Salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak.

2. Infark Miokard

   Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat mensuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemi jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi

ventrikel sehingga terjadi distrimia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan Corwin (2000) dalam Triyanto (2014).

3. Gagal Ginjal

Gagal ginjal terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerolus. Dengan rusaknya glomerolus, darah akan mengalir keunit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerolus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik.

4. Ketidakmampuan jantung

Ketidakmampuan jantung dalam memompa darah kembalinya kejantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki, dan jaringan lain yang sering disebut edema. Cairan didalam pada kelainan paru-paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema. Ensefalopati dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang intertisium diseluruh susunan saraf pusat sehingga neuron di sekitarnya kolap dan terjadi koma.

2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Menurut Yekti dan Wulandari (2011), penatalaksanaan hipertensi dapat melalui dua cara yaitu penetalaksanaan farmakologis dan penatalaksanaan non farmakologis, meliputi:

1. Penatalaksanaan farmakologis

a. Golongan diuretik

Diuretik thiazide merupakan obat pertama yang diberikan untuk mengobati hipertensi. Diuretik membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan

mengurangi volume cairan di seluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah.

b. Penghambat adrenergik

Penghambat adrenergik merupakan sekelompok obat yang terdiri dari alfa-blocker, beta-blocker dan alfa-beta-blocker labetalol yang menghambat efek sistem saraf simpatis. Sistem saraf simpatis adalah sistem saraf yang dengan segera akan memberikan respon terhadap stres, dengan cara meningkatkan tekanan darah. Yang paling sering digunakan adalah beta-blocker yang efektif diberikan kepada: penderita usia muda, penderita yang pernah mengalami serangan jantung, penderita dengan denyut jantung yang cepat, angina pektoris (nyeri dada), sakit kepala migren.

c. ACE-inhibitor

Angiotensi converting enzyme inhibitor (ACE-inhibitor) menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri. Obat ini efektif diberikan kepada: orang kulit putih, usia muda, penderita gagal jantung, penderita dengan protein dalam air kemihnya yang disebabkan oleh penyakit ginjal menahun atau penyakit ginjal diabetik, pria yang menderita impotensi sebagai efek samping dari obat yang lain.

d. Angiotensin-II-bloker

Angiotensin-II-bloker menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip dengan ACE-inhibitor.

e. Antagonis kalsium

Antagonis kalsium menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang benar-benar berbeda. Sangat efektif diberikan kepada: orang kulit hitam, lanjut usia, penderita angina pektoris (nyeri dada), denyut jantung yang cepat, sakit kepala migren.

f. Vasodilator

Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah. Obat dari golongan ini hampir selalu digunakan sebagai tambahan terhadap obat anti-hipertensi lainnya.

2. Penatalaksanaan non farmakologis

a. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam

Kepatuhan pembatasan konsumsi garam dihubungkan dengan penurunan tekanan darah. Efek diperkuat dengan diet kalium yang rendah. Penurunan diet natrium dari 180 mmol (10,5 g) perhari menjadi 80-100 mmol (4,7-5,8 g) per hari menurunkan tekanan darah sistolik 4-6 mmHg. Penurunan Natrium menjadi 40 mmol (2,3 g) per hari ternyata cukup aman pada orang tua. Tujuan kepatuhan pembatasan konsumsi garam natrium ialah sampai <100 mmol (5,8 g) per hari atau <6g NaCl per hari menurut WHO.

b. Terapi relaksasi progresif

Relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang berdasarkan pada cara kerja sistem syaraf simpatis dan parasimpatis. Terapi relaksasi progresif terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.

c. Senam

Olah raga seperti senam dapat menurunkan tekanan darah tinggi, seperti senam aerobik, senam yoga, dan senam ergonomik. Senam aerobik untuk hipertensi merupakan senam aerobic low impact dan ritmis yang telah dilaksanakan di kelompok-kelompok hipertensi diseluruh Indonesia. senam ini bertujuan meningkatkan kesegaran jasmani atau nilai yang optimal untuk penderita hipertensi. Intervensi senam yoga umumnya efektif dalam mengurangi berat badan, tekanan darah, kadar glukosa dan kolesterol tinggi serta fikiran, relaksasi fisik dan emosional. Senam yoga menstimulasi hormon endorphin. Hormon ini berfungsi sebagai obat penenang alami yang diproduksi

otak yang melahirkan rasa nyaman dan meningkatkan kadar endorphin dalam tubuh untuk mengurangi tekanan darah tinggi. Senam ergonomik juga dapat menurunkan tekanan darah tinggi, kolesterol, asam urat, dan membetulkan posisi tubuh.

d. Herbal

Terapi komplementer merupakan suatu metode penyembuhan dengan menggunakan semua sistem, modalitas, dan praktik yang sesuai teori dan kepercayaan, terapi komplementer bukan sekedar dipengaruhi oleh politik sistem kesehatan atau budaya yang telah berjalan dalam periode waktu tertentu. Biological Base Therapies (BBT) merupakan sebuah jenis terapi komplementer yang menggunakan bahan alam, yang termasuk kedalam BBT adalah herbal.

2.2 Konsep Kepatuhan

2.2.1 Definisi Kepatuhan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia tahun 2015 patuh berarti suka, menurut, taat dan berdisiplin. Sementara kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan. Menurut Pranoto (2007) istilah kepatuhan (*compliance*) adalah sikap suka, menurut perintah, taat pada perintah. Secara sederhana kepatuhan adalah perilaku yang sesuai aturan dan berdisiplin. Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah atau aturan (Slamet, 2007). Kepatuhan penderita adalah perilaku penderita dalam mengambil suatu tindakan untuk pengobatan seperti diet, kebiasaan hidup sehat, dan ketepatan berobat serta mengikut jadwal pemeriksaan (Syuadzah, 2015).

Menurut Siti Noor Fatmah (2012) mendifinisikan kepatuhan adalah sebagai perilaku untuk menaati saran-saran dokter atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi

antara pasien dan keluarga pasien sebagai orang kunci dalam kehidupan pasien dengan dokter sebagai penyedia jasa medis. Kepatuhan terapi pada pasien hipertensi merupakan hal yang penting untuk diperhatikan mengingat hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikendalikan (Palmer dan William, 2007).

Kepatuhan dapat juga diartikan sebagai konsep mencakup berbagai jenis perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Kepatuhan medis yang baik mengarah pada peningkatan pengendalian penyakit dan lebih sedikit komplikasi terkait penyakit hipertensi. Pasien hipertensi yang mematuhi pengobatan mereka dapat mengalami peningkatan kualitas hidup dan sebaliknya (Maciel *et al*., 2016).

2.2.2 Kepatuhan Penderita Hipertensi

kepatuhan penderita hipertensi menurut Pranoto (2007) dinilai dalam hal:

1. Terapi Diet

   Terapi diet merupakan salah satu usaha untuk mempertahankan tekanan darah dalam kisaran normal dengan memperhatikan asupan makanan dan minuman yang masuk.

   Tujuan terapi diet adalah:

   a. Mempertahankan dan memperbaiki tekanan darah dalam rentang nilai normal.
   b. Mempertahankan dan memperbaiki berat badan yang normal.
   c. Mempertahankan dan mencapai kadar lipid serum yang normal.
   d. Meningkatan derajat derajat kesehatan dengan gizi yang optimal.

2. Kebiasaan hidup sehat

   Kebiasaan hidup sehat yang dianjurkan dalam hipertensi adalah latihan jasmani secara teratur tiga sampai empat kali dalam seminggu yang bersifat ringan dan tidak membebani. Contohnya olah raga ringan berjalan kaki selama 30 menit.

3. Ketepatan berobat

Kepatuhan dalam melakukan pengobatan pada pasien hipertensi sangat mempengaruhi tekanan darah.

4. Mengikuti jadwal pemeriksaan

Mengikuti jadwal pemeriksaan dengan rutin bertujuan untuk mengontrol tekanan dengan cara edukasi agar penderita semakin patuh dalam menjalani pengobatan, aktivitas fisik dan diet sesuai dengan saran dalam penatalaksanaan hipertensi.

2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi perilaku patuh ditentukan oleh tiga faktor utama (Notoatmodjo, 2007) yaitu :

1. Faktor predispoisisi (faktor pendorong)

   Faktor predisposisi adalah faktor-faktor yang mempermudah atau memicu terjadinya perilaku sesorang antara lain :

   a. Kepercayaan

      Kepercayaan atau agama merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap kepercayaannya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaanya. Kepercayaan seseorang dapat mempengaruhi untuk melakukan kontrol penyakitnya dimana penderita yang memiliki keyakinan kuat akan lebih patuh terhadap anjuran dan larangan.

   b. Sikap

      Sikap merupakan hal yang paling kuat dalam diri individu sendiri. Keinginan untuk tetap mempertahankan kesehatannya. Sikap sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kontrol penyakitnya.

c. Pengetahuan

Penderita dengan kepatuhan yang rendah adalah mereka yang tidak teridentifikasi mempunyai gejala sakit. Mereka berfikir bahwa dirinya sembuh dan sehat sehingga tidak perlu melakukan kontrol terhadap kesehatannya.

2. *Reinforcing factor* (faktor pendukung)

Faktor pendukung merupakan faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku yang terwujud dalam sikap dan perilaku seseorang, antara lain :

a. Dukungan petugas kesehatan

Dukungan dari petugas kesehatan sangatlah besar artinya bagi penderita sebab petugas kesehatan adalah pengelola penderita yang paling sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis lebih baik dengan sering berinteraksi, sangat mempengaruhi rasa percaya dan selalu menerima kehadiran petugas kesehatan termasuk anjuran-anjuran yang diberikan.

b. Dukungan keluarga

Keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tentram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan diri untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan baik.

3. *Enabling factor* (faktor pemungkin)

Faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku dan tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana untuk terjadinya perilaku sehat misalnya Puskesmas, Rumah Sakit, Posyandu dan sebagainya.

2.2.4 Metode Pengukuran Kepatuhan Diet

Terdapat beberapa alat ukur yang dapat digunakan untuk menentukan tingkat kepatuhan seseorang diantaranya:

a. *Food Recall*

Dalam penelitian Widyaningrum (2012) tentang hubungan konsumsi makanan dengan kejadian hipertensi, instrumen yang digunakan untuk mengukur kepatuhan diet adalah *food recall.* Metode ini digunakan untuk mencatat makanan yang dikonsumsi oleh responden. Pada metode ini responden diminta untuk mencatat semua yang dimakan dan minum dihari sebelumnya dalam Ukuran Rumah Tangga (URT) atau ukuran lainnya yang digunakan sehari-hari. Dari URT jumlah pangan dikonversi ke satuan berat (gram) dengan menggunakan daftar URT yang umum berlaku dalam periode tertentu (2-4 hari berturut-turut), termasuk cara persiapan dan pengelolaan makanan tersebut. Kemudian menganalisis bahan makanan kedalam zat gizi dan membandingkan dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG).

b. *Nutrisurvey*

Nutrisurvey merupakan program untuk menganalisis kandungan zat gizi bahan makanan dan/atau resep makanan, menentukan kebutuhan zat gizi berdasarkan umur, jenis kelamin, aktivitas fisik, status gizi berdasarkan umur dan jenis kelamin. Cara kerja software ini yaitu dengan menghitung data nilai gizi makanan tunggal atau berupa resep baik berupa mentah atau mentah matang (Bardosono, 2010).

2.3 Konsep Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam

2.3.1 Definisi Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam

Kepatuhan pembatasan konsumsi garam adalah diet dengan mengkonsumsi makanan yang rendah garam atau tanpa garam. Umumnya makanan tersebut dimasak dengan mengurangi penggunaan bahan makanan yang mengandung natrium (Purwati, 2007). Adapun yang dimaksud dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam adalah rendah natrium (Na) atau sodium. Anjuran penggunaan asupan garam adalah dibawah 6 gram perhari (kurang lebih satu sendok teh) (Gunawan, 2006).

Pada pasien hipertensi, diet yang dianjurkan adalah DASH (Dietary Appoach to Stop Hypertension). Diet DASH kemudian dikombinasikan dengan pengurangan kansumsi natrium agar penurunan tekanan darah lebih optimal. Diet ini menekankan pada pembatasan konsumsi garam dapur dan sumber natrium lainnya seperti kecap, saos, monosodium glutamate(MSG), dan baking soda.

2.3.2 Tujuan Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam

Menurut persatuan ahli gizi Indonesia (PERSAGI) (2009) tujuan kepatuhan pembatasan konsumsi garam adalah membantu menghilangkan garam garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah. Selain garam, makanan olahan yang banyak mengandung natrium sebaiknya dibatasi.

2.3.3 Jenis Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam

Menurut Almatsier (2011) kepatuhan pembatasan konsumsi garam diberikan kepada pasien dengan edema atau pasien asites dan hipertensi seperti terjadi pada penyakit dekompensasi kordis, sirosis hati, penyakit ginjal tertentu, toksemia pada kehamilan, dan hipertensi esensial. Diet ini mengandung cukup zat gizi sesuai dengan keadaan penyakit dapat diberikan berbagai tingkat kepatuhan pembatasan konsumsi garam sebagai berikut:

1. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam I (200-400 mg Na)

   Kepatuhan pembatasan konsumsi garam I diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan hipertensi berat (sistol >180 mmHg dan diastole >110 mmHg).

2. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam II (600-800 mg Na)

   Kepatuhan pembatasan konsumsi garam II diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan hipertensi sedang (sistole 160-179 mmHg dan diastole 100-109 mmHg).

3. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam III (1000-1200 mg Na)

   Kepatuhan pembatasan konsumsi garam III diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan hipertensi ringan (sistole 130-159 mmHg dan diastole 90-99 mmHg).

2.3.4 Pengaturan Makanan Program Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam

1. Bahan Makanan Diet yang dianjurkan menurut Almatsier (2011) yaitu:

   a. Sumber karbohidrat

      Beras, kentang, singkong, terigu, tapioca, hunkwe, gula, makanan yang diolah dari bahan makanan tersebut diatas tanpa garam dapur dan soda seperti: macaroni, mie, bihun, roti, biscuit, kue kering.

   b. Sumber protein hewani

      Daging dan ikan maksimal 100 gram per hari, telur maksimal 1 butir per hari.

   c. Sumber protein nabati

      Semua kacang-kacangan dan hasilnya dimasak tanpa garam dapur.

   d. Sayuran

      Semua jenis sayuran segar, sayuran yang diawet tanpa garam dapur dan natrium benzoat.

   e. Buah

      Semua jenis buah, buah yang diawet tanpa garam dapur dan natrium benzoat.

   f. Lemak

Minyak goreng, margarin, dan mentega tanpa garam.

g. Minuman:

Air putih dan susu

h. Bumbu

Semua bumbu-bumbu kering yang gtidak mengandung garam dapur dan yang berikatan natrium, garam dapur sesuai ketentuan untuk kepatuhan pembatasan konsumsi garam II dan III.

2. Bahan Makanan Diet yang Dihindari menurut Almatsier (2011) yaitu:

a. Sumber karbohidrat

Roti, biscuit dan kue-kue yang dimasak dengan garam dapur dan atau baking powder dan soda.

b. Sumber protein hewani

Otak, ginjal, lidah, sarden, pindang, ham, bacon, dendeng, abon, keju, kornet, ebi, dan telur asin.

c. Sumber protein nabati

kacang-kacangan yang diolah dengan garam dapur.

d. Sayuran

sayuran yang diawetkan dan dimasak dengan garam dan mengandung ikatan natrium.

e. Buah-buahan

buah-buahan yang diawetkan dengan garam dapur dan mengandung ikatan natrium.

f. Lemak

Margarin dan mentega biasa.

g. Minuman

Teh dan kopi.

h. Bumbu

Garam dapur untuk kepatuhan pembatasan konsumsi garam I, baking powder, vetsin, dan bumbu-bumbu yang mengandung garam dapur seperti: kecap asin, terasi, petis, dan taucho.

Tabel 2.2 Daftar bahan makanan tinggi natrium

Nama Bahan Makanan	Berat/kandungan	Kandungan Natrium
Keju	Mg/100 gram bahan makanan	1250 mg
Sosis		1000 mg
Kecap		4000 mg
Keju kacang tanah		607 mg
Lemak babi		1500 mg
Margarine		987 mg
Bouillon blok		5000 mg
Garam dapur		38758 mg
Saos tomat		2100 mg

Sumber : Almatsier, 2011

Tabel 2.3 Daftar makanan tinggi natrium

Nama Makanan	Berat Dalam Gram	Kandungan Natrium
Chicken Breast Sandwich	210	1340 mg
Double Beef Whopper and Cheese	374	1535 mg
Ham and Cheese	230	1534 mg
Hot Dog	100	830 mg
Roasted Beef	247	1288 mg
Super Hot Dog With Cheese	196	1605 mg

Sumber : Kementerian Kesehatan 2014

2.4 Konsep Dukungan Keluarga

2.4.1 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Friedman (2014) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

2.4.2 Jenis Dukungan Keluarga

Friedman (2014) menyatakan bahwa terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

1. Dukungan emosional

   Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk bersitirahat dan juga menenangkan pikiran. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga yang menderita hipertensi untuk menjalankan dietnya.

2. Dukungan penghargaan

   Keluarga bertindak sebagai penegah dalam memecahkan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam memecahkan masalah yang sedang dihadapi oleh individu. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu meliputi ungkapan penghormatan positif bagi penderita hipertensi dalam menjalankan dietnya sehingga dapat menambah harga dirinya.

3. Dukungan instrumental

   Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan kebutuhan individu. Keluarga mencarikan solusi yang dapat membantu individu

dalam melakukan kegiatan meliputi bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan pada pasien hipertensi dalam menjalankan dietnya.

4. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang sedang dihadapi. Bentuk dukungan yang diberikan keluarga adalah dorongan semangat, nasihat, mengawasi pola makan sehari-hari. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai, dan termasuk bagian dari masyarakat.

2.4.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Purnawan (2009) faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga yaitu:

1. Faktor internal

a. Tahap perkembangan

Dukungan dapat ditentukan faktor usia, dengan demikian setiap rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b. Tingkat pendidikan

Latar belakang pendidikan, pengetahuan, dan pengalaman masa lalu akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk keyakinan pentingnya dukungan keluarga.

c. Faktor emosi

Emosi mempengaruhi setiap individu dalam memberikan respon dukungan berupa respon saat stress yang cenderung melakukan hal mengkhawatirkan dan merugikan, tetapi saat respon emosionalnya kecil akan lebih tenang dalam menanggapi masalah.

d. Aspek spiritual

Aspek ini mencangkup nilai dan keyakinan seseorang dalam menjalani hubungan dengan keluarga, teman, dan kemampuan mencari arti hidup.

2. Faktor eksternal

a. Menerapkan fungsi keluarga

Aspek ini mencangkup sejauh mana keluarga mampu mempengaruhi anggota keluarganya yang lain saat mengalami masalah kesehatan serta membantu dalam memenuhi kebutuhannya.

b. Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi mempengaruhi keyakinan kesehatan keluarga serta cara pelaksanaanya. Biasanya individu dengan ekonomi diatas rata-rata akan lebih cepat tanggap terhadap masalah kesehatan yang dihadapi.

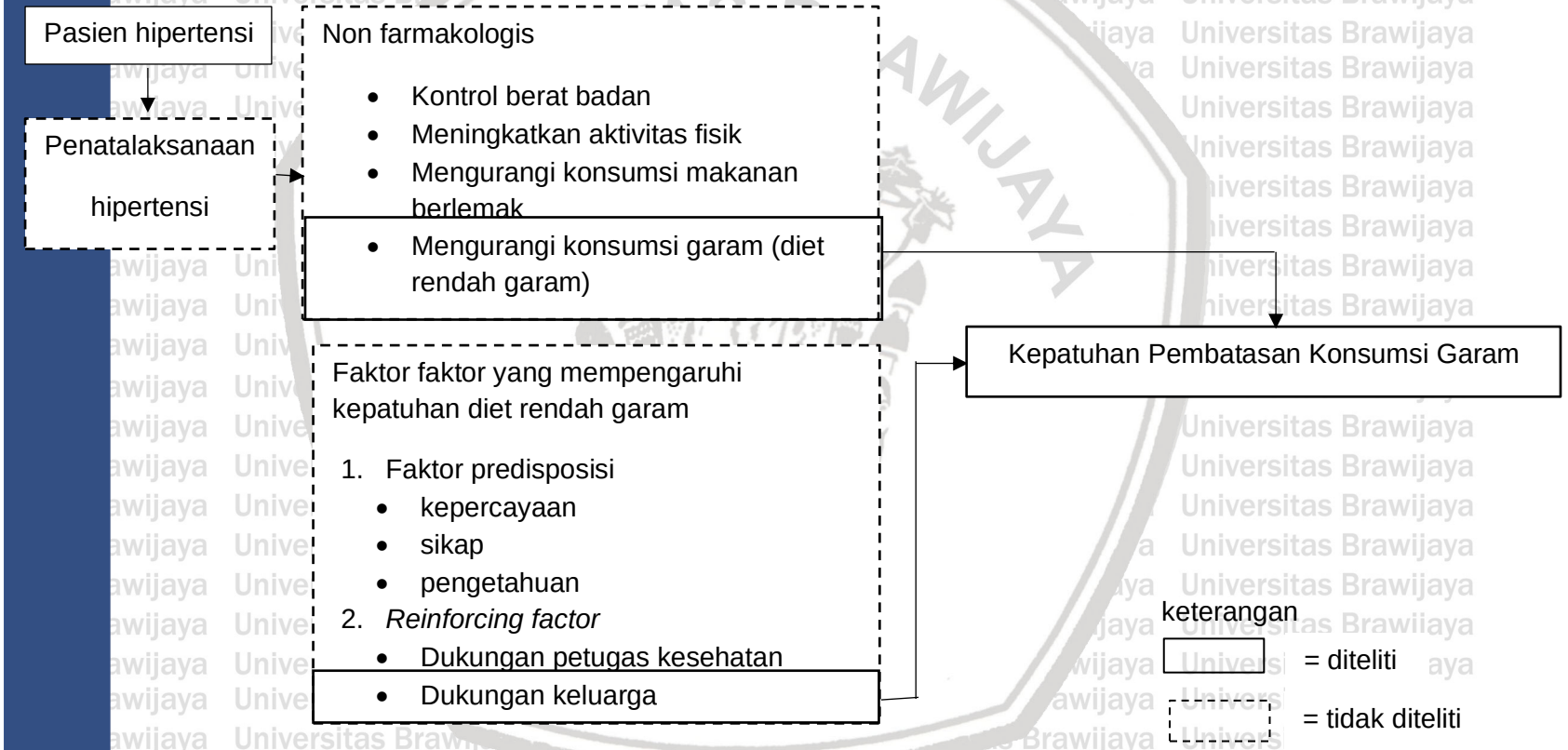
c. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi nilai, keyakinan, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan serta cara mengatasi masalah.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas kota Malang

3.2 Deskripsi kerangka konsep

Bersadarkan gambar 3.1 pasien hipertensi dapat mengontrol tekanan darah dengan menggunakan cara non farmakologis berupa kepatuhan pembatasan konsumsi garam, kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga merupakan faktor ekternal terdekat dari pasien yang dapat menjadi faktor penguat (*reinforcing factor*) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidup (Green&Kreuter, 2011).

3.3 Hipotesis Penelitian

H1 : terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas kota Malang.

BAB 4
METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional.* Dharma (2011) menyatakan bahwa desain *cross sectional* adalah desain penelitian analitik yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independent dan variabel dependen diidentifikasi pada satu satuan waktu, dapat digunakan untuk meneliti banyak sampel sekaligus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien hipertensi yang menjalani pengobatan dan berdomisili diwilayah kerja Puskesmas Bareng, Puskesmas Arjuno dan Puskesmas Kendalsari kota Malang. Berdasarkan data Prolanis periode November 2018 - April 2019 terdapat 68 pasien hipertensi sebagai peserta Prolanis Puskemas Bareng, di Puskesmas Arjuno terdapat 37 pasien hipertensi dan 46 pasien hipertensi di Prolanis

Puskemas Kendalsari sehingga total populasi penelitian sebanyak 151 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian adalah pasien hipertensi yang menjalani pengobatan dan berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Bareng kota Malang. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Lameshow (1997)

$$n = \frac{Z^2 - \alpha/2\ p\ (1-p)\ N}{d^2\ (N-1) + Z^2 - \alpha/2\ p\ (1-p)}$$

$$n = \frac{1{,}96^2\ x\ 0{,}75\ x\ (1-0{,}75) x\ 151}{0{,}05^2\ (151-1) + 1{,}96^2\ x\ 0{,}75\ x\ (1-0{,}75)}$$

$$n = \frac{3{,}84\ x\ 0{,}75\ x\ 0{,}25\ x\ 151}{0{,}0025\ X\ 150 + 3{,}84\ x\ 0{,}75\ x\ 0{,}25}$$

$$n = \frac{108{,}72}{0{,}375 + 0{,}72}$$

$$n = \frac{108{,}72}{1{,}095}$$

n = 99

Keterangan:

N = Jumlah populasi

n = Jumlah sampel

p = Proporsi penelitian yang patuh (0,75 dari penelitian yang sama sebelumnya)

d = Kelonggaran karena ketidakefektifan karena kesalahan pengambilan sampel yang ditolelir (e=0,05)

$Z^2$1-α/2 = Nilai distribusi normal standar yang sama dengan tingkat kemaknaan (1,96)

Dari total sampel 99 responden, akan ditentukan jumlah sampel untuk setiap Puskesmas. Berikut perhitungan untuk menentukan besaran sampel masing-masing Puskesmas yaitu:

1. Puskesmas Bareng

$$n = \frac{\Sigma \text{ Peserta Prolanis Hipertensi Puskesmas Bareng}}{\Sigma \text{ Populasi Prolanis Hipertensi di 3 Puskesmas}} \text{ X sampel yang dibutuhkan}$$

$$n = \frac{68}{151}\ x\ 99$$

$$n = 44$$

2. Puskesmas Arjuno

$$n = \frac{\Sigma \text{ Peserta Prolanis Hipertensi Puskesmas Bareng}}{\Sigma \text{ Populasi Prolanis Hipertensi di 3 Puskesmas}} \text{ X sampel yang dibutuhkan}$$

$$n = \frac{37}{151}\ x\ 99$$

$$n = 24$$

3. Puskemas Kendalsari

$$n = \frac{\Sigma \text{ Peserta Prolanis Hipertensi Puskesmas Bareng}}{\Sigma \text{ Populasi Prolanis Hipertensi di 3 Puskesmas}} \text{ X sampel yang dibutuhkan}$$

$$n = \frac{46}{151}\ x\ 99$$

$$n = 31$$

4.2.3 Teknik Sampling

Pengambilan sampel menggunakan teknik *non probability sampling* dengan menggunakan pendekatan *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan atas pertimbangan dan kesesuain dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria inklusi penelitian yaitu :
    a. Bersedia menjadi responden penelitian
    b. Responden berusia diatas 18 tahun
    c. Didiagnosa hipertensi minimal 6 bulan berdasarkan rekam medis
    d. Responden telah mendapatkan edukasi tentang pembatasan konsumsi garam dari Puskesmas
    e. Responden merupakan anggota Prolanis Puskesmas Bareng, Puskesmas Arjuno atau Puskesmas Kendalsari
    f. Responden tinggal Bersama keluarga
    g. Responden dapat berkomunikasi dengan baik
    h. Responden kooperatif
2. Kriteria ekslusi penelitian yaitu :
    a. Responden dengan hipertensi yang memiliki komplikasi seperti stroke, Diabetes Militus (DM) dan gagal jantung.

4.3 Variable Penelitian

4.3.1 Variabel Bebas Penelitian (Independen)

Variable bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga

4.3.2 Variable Terikat Penelitian (Dependen)

Variable terikat pada penelitian adalah kepatuhan pembatasan konsumsi garam

4.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Prolanis Puskesmas Bareng kota Malang, Puskesmas Kendalsari Kota Malang dan Puskesmas Arjuno Kota Malang.

4.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai sejak penyusunan proposal bulan Februari 2019 sampai November 2019.

4.5 Instrument Penelitian

Instrument penelitian ini menggunakan tiga kuesioner, yaitu data demografi, kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner kepatuhan pembatasan konsumsi garam. Jenis kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup. Cara pengisian kuesioner ini adalah peneliti akan membacakan pertanyaan dan memberikan anda centang pada pilihan yang dipilih responden.

4.5.1 Data Demografi

Kuesioner karakteristik responden yang terdiri dari identitas penderita hipertensi meliputi, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, pekerjaan, lama terdiagnosa hipertensi dan keluarga yang tinggal bersama.

4.5.2 Dukungan Keluarga

Variablel independent diukur dengan wawancara terstruktur menggunakan lembar kuesioner dukungan keluarga didapatkan dari Yuliawati (2017) dan dimodifikasi sesuai kebutuhan peneliti. Masing-masing dukungan dibuat

dalam 4 soal sehingga jumlah total pertanyaan 16 item. Skala yang digunakan skala pengukuran Likert. Tiap pertanyaan terdiri dari 4 pilihan yaitu selalu, sering, jarang dan tidak pernah. Masing-masing pertanyaan diberi bobot 3=selalu, 2=sering, 1=jarang, dan 0= tidak pernah.

4.5.3 Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam

Variable dependen diukur dengan wawancara menggunakan *food recall* tiga hari yang digunakan untuk mengukur intake dan mengevaluasi kepatuhan diet. Alat ini biasanya digunakan dipemeriksaan klinik untuk menkaji *intake* diet dalam waktu tiga hari kebelakang untuk menangkap variasi makanan tiap hari pada individu (Arcand dkk, 2005).

4.6 Uji Validitas Dan Reliabilitas

4.6.1 Uji Validitas

Validitas suatu tes adalah taraf sejauh mana alat tes itu dapat mengukur apa yang seharusnya diukur, dan semakin tinggi validitas alat tes, makin mengenai sasaran (Arikunto, 2016). Instrument kuesioner dukungan keluarga pada penelitian ini diuji validitasnya menggunakan teknik produk moment pearson pada program *Statistical Product And Services Solution* (SPSS) versi 23 yang kompatibel dengan windows dengan tingkat kepercayaan 95% atau level signifikasi 5% (p=0,05). Pertanyaan dikatakan valid apabila nilai r hitung > r Tabel (0,576). Pada penelitian ini uji validitas dilakukan pada bulan Oktober dengan 15 responden di Puskesmas Bareng kota Malang.

4.6.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Ada 3 prinsip dalam melihat reliabilitas suatu penelitian yaitu stabilitas, akuivalen dan homogenitas (Nursalam, 2008). Teknik pengujian adalah dengan menggunakan koefisien alpha *Cronbach* sebesar 5%. Suatu instrument dikatakan reliabel apabila memiliki koefisien reliabilitas 0,6 atau lebih. Pada penelitian ini uji reliabilitas dilakukan pada bulan Oktober dengan 15 responden di Puskesmas Bareng kota Malang degan hasil 0,764.

4.7 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Tabel definisi operasional

No	Variable	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
1	Dukungan keluarga	Batuan yang diberikan oleh pasangan, anak dan orang yang tinggal dalam satu rumah dari pasien hipertensi berupa perhatian, penghargaan, nasihat, maupun bantuan langsung untuk mengurangi konsumsi garam	**1. Dukungan emosional** Berupa suasana kekeluargaan yang menunjang pembatasan konsumsi garam pasien hipertensi secara emosional. **2. Dukungan penilaian** Berupa tindakan keluarga yang memberikan dukungan dan perhatian pada pasien hipertensi dalam menjalankan pembatasan konsumsi garam sehingga pasien merasa dihargai	Kuesioner dukungan keluarga (Yuliawati, 2017)	Ordinal	Skor minimum = 0 Skor maksimum = 48 Panjang kelas = 16 **Dengan ketegori** 0-16 = kurang mendukung 17-32 = cukup mendukung 33-48 = sangat mendukung

		(natrium) sehari-hari.	**3. Dukungan instrumental** Berupa keluarga yang menyediakan dukungan jasmaniah dalam pembatasan konsumsi garam. **4. Dukungan informasional** Berupa dukungan keluarga yang memberikan informasi terkait pembatasan konsumsi garam.			
2	Kepetuhan pembatasan konsumsi garam	Kepatuhan pasien dalam melaksanakan pembatasan konsumsi garam	1. Jumlah natrium yang dikonsumsi oleh responden yang didapatkan dari wawancara menggunakan *Food Recall* kemudian data dimasukkan ke software Nutrisurvey 2. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam I (200-400 mg Na) untuk pasien	*Food Recall*	Nominal	a. Patuh sesuai dengan pembatasan konsumsi garam yang ditentukan b. Tidak patuh Tidak sesuai atau lebih dari pembatasan konsumsi garam yang ditentukan

			hipertensi berat (sistole >180 mmHg dan diastole >110 mmHg) 3. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam II (600-800 mg Na) untuk pasien hipertensi (sistole 160-179 mmHg dan diastole 100-109 mmHg) 4. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam III (1000-1200 mg Na) untuk pasien hipertensi ringan (sistole 130-159 mmHg dan diastole mmHg) (Almatsier, 2011)			

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

1. Peneliti mengajukan surat pengantar penelitian dari institusi yang di tujukan ke Dinas Kesehatan Kota Malang.
2. Peneliti mengajukan surat izin untuk melakukan penelitian di Puskesmas Bareng, Puskesmas Arjuno dan Puskesmas Kendalsari.
3. Peneliti melakukan perizinan kepada pihak Puskesmas untuk melakukan penelitian diwilayah kerja Puskesmas.
4. Setelah diizinkan, peneliti melakukan proses *screening* untuk mendapatkan responden sesuai kriteria inklusi melalui data registrasi Puskesmas.
5. Selanjutnya peneliti memulai mengumpulkan data dengan cara menghadiri kegiatan prolanis yang diselenggarakan oleh pihak Puskesmas.
6. Kemudian peneliti membina hubungan saling percaya dan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
7. Peneliti melakukan *screening* terhadap responden dengan cara mengukur tekanan darah, serta wawancara untuk mendapatkan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi.
8. Pada responden yang memenuhi kriteria inklusi, peneliti memberikan *informed consent* sebagai persetujuan untuk di tanda tangani.
9. Setelah mendapatkan persetujuan peneliti melakukan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner.
10. Peneliti mengecek kelengkapan jawaban responden.
11. Peneliti melakukan pengolahan data (*editing, coding, scoring,* dan *tabulating*).
12. Kemudian peneliti melakukan Analisa data (univariat dan bivariat) sesuai data yang telah ditetapkan
13. Hasil analisa data kemudian akan disimpulkan.

4.9 Analisa Data

4.9.1 Pre Analisa Data

Data yang telah terkumpul kemudian diolah dan dianalisis dengan menggunakan uji koefisien kontigensimelalui tahapan tahapan sebagai berikut

1. Editing

   Mengecek kembali kuesioner yang telah didapat apakah sesuai denga kerangka konsep penelitian yaitu berupa variabel penelitian dan pengisian kuesioner, kejelasan jawaban, relevansi jawaban, kelengkapan identitas responden meliputi inisial,umur,dan jenis kelamin.

2. Coding

   Mengklasifikasikan jawaban dan memberikan tanda atau kode pada masing-masing jawaban lembar kuesioner. Kode yang diberikan untuk dukungan keluarga adalah

   - Kode 3 = Skor 33-48 → sangat mendukung
   - Kode 2 = Skor 17-32 → cukup mendukung
   - Kode 1 = Skor 0-16 → kurang mendukung

   Sedangkan kode yang diberikan untuk kepatuhan pembatasan konsumsi garam adalah

   - Kode 2 = patuh
   - Kode 1 = tidak patuh

3. Skoring

   Untuk variabel dukungan keluarga dan kepatuhan pembatasan konsumsi garam dilakukan penentuan skor dengan rumus

$$P = \frac{sp}{sm} x100\%$$

Keterangan:

P = presentase data

Sp = Jumlah skor yang diperoleh

Sm = Jumlah skor tertinggi

4. Tabulating

Memasukkan data kedalam Tabel yang sudah disiapkan, dimana data-data yang telah terkumpul dari kuesioner akan dihitung dan dikelompokkan menurut jawaban dan dimasukkan kedalam tabel yang telah disediakan.

4.9.2 Analisis

1. Analisa univariat

Analisia univariat digunakan untuk melihat pola distribusi frekuensi pada variabel dependen dan independent. Analisa univariat dilihat dengan frekuensi kejadian dalam bentuk presentase ataupun proporsi yang disajikan dalam bentuk-bentuk tabel. Analisa univariat bertujuan menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Didalam kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian ini mengandung data demografi, dukungan yang diberikan keluarga dan kepatuhan pasien dalam menjalankan pembatasan konsumsi garam.

2. Analisa bivariat

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi. Uji ststistik yang digunakan adalah uji koefisien kontigensi dengan menggunakan software SPSS versi 23. Uji koefisien kontigensi dipilih karena kedua variabel penelitian mengunakan skala data ordinal dan nominal dengan kelompok data tidak berpasangan serta bentuk penelitian korelatif.

4.10 Etik Penelitian

4.10.1 Menghormati Autonomi Pasien (*Respect For Autonomy*)

Otonomi secara literatur adalah aturan yang mengatur diri sendiri secara tenang dan tidak tergesa-gesa. Dasar-dasar *respect for autonomy* terkait erat dengan dasar mengenai rasa hormat terhadap martabat manusia dengan segala karakteristik yang dimilikinya karena responden adalah seorang manusia yang memiliki nilai dan berhak untuk meminta. Otonomi adalah aturan personal yang bebas dari campur tangan pihak lain. Respect for autonomy merupakan sesuatu yang hanya diwajibkan bila ia tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip kaidah penelitian yang utama (Afandi, 2017). Pada penelitian ini subjek atau responden memiliki hak untuk menentukan kesediaannya menjadi responden dan mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang penatalaksanaan penelitian meliputi tujuan, manfaat, prosedur penelitian, dan keuntungan yang mungkin diperoleh juga kerahasiaan tentang identitas responden.

4.10.2 Berbuat Baik (*Beneficence*)

Menurt teori Beuchamp dalam Afandi (2017) mengungkapkan bahwa prinsip atau kaidah ini tidak hanya menuntut manusia memperlakukan sesamanya sebagai makhluk yang otonom dan tidak menyakiti mereka, tetapi juga dituntut agar manusia tersebut dapat menilai kebaikan orang lain selanjutnya. Tindakan tersebut diatur dalam dasar- dasar *beneficence* menuntut lebih banyak agent dibandingkan dengan dasar-dasar *non maleficence*. Pada penelitian ini, responden akan diberikan beberapa pertanyaan oleh peneliti sesuai dengan yang tertulis dalam kuesioner.

4.10.3 Tidak Merugikan Orang Lain (*Non Malefience*)

Tujuan prinsip ini adalah untuk melindungi seseorang yang tidak mampu (cacat) atau orang yang non-otonomi. Seperti yang telah dijelaskan, orang ini juga dilindungi oleh prinsip berbuat baik. Jawaban etik yang benar adalah dengan melihat kebaikan lebih lanjut dari diri seseorang, tidak diperbolehkan untuk menyakiti orang lain. Prinsip ini mengemukakan bahwa keharusan untuk tidak melukai keharusan

untuk berbuat baik (Afandi, 2017). Penelitian ini tidak menimbulkan penderitaan kepada responden. Waktu yang dibutuhkan responden menjawab kuesioner sekitar 15 menit sehingga telah meminimalisir terganggunya aktifitas dari responden.

4.10.4 Keadilan (*Justice*)

Affandi (2017) menyatakan bahwa teori keadilan sangat erat kaitannya dengan sikap adil seseorang pada orang lain, seperti memutuskan siapa yang membutuhkan pertolongan kesehatan terlebih dahulu dilihat dari derajat keparahan penyakitnya. konsepsi khusus teori keadilan dalam bentuk dua prinsip yaitu : setiap orang memiliki hak sama sejauh yang dapat dicakup kseluruhan sistem kesamaan kemerdekaan fundamental yang setara bagi kemerdekaan semua warga yang lain dan ketidaksamaan sosial dan ekonomi ditata sehingga dapat menguntungkan yang tertinggal juga melekat pada posisi/ jabatan terbuka bagi semua dibawah syarat kesamaan kesempatan yang fair. Pada penelitian ini responden diperlakukan secara adil sejak sebelum, selama, hingga sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa membedakan ras, usia, status ekonomi. Penelitian ini dilaksanakan tanpa adanya diskriminasi.

BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Dalam bab ini akan dipaparkan hasil penelitian dan analisa data yang telah peneliti lakukan di Puskesmas Arjuno, Bareng dan Kendalsari wilayah kota Malang pada tanggal 16 – 30 November 2019 terhadap 99 responden yang menjadi sampel penelitian. Data karakteristik demografi responden yang diamati meliputi jenis kelamin, usia, tekanan darah, tingkat pendidikan dan pekerjaan yang akan diuraikan secara deskriftif menggunakan tabel. Kemudian data khusus dalam penelitian ini antara lain dukungan keluarga dan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi yang akan diuraikan dalam bentuk pengujian hipotesis korelasi.

5.1 Karakteristik Umum Responden

5.1.1 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Hasil statistik deskriptif data demografi berdasarkan jenis kelamin adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Puskesmas Kota Malang

Jenis kelamin	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Laki-laki	22	22.2
Perempuan	77	77.8
Total	99	100

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 99 responden penderita hipertensi yang tergabung dalam klub Prolanis dan terlibat

dalam penelitian, sebagian besar memiliki jenis kelamin perempuan yaitu 77 responden (77.80 %).

5.1.2 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Usia

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan usia adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Di Puskesmas Kota Malang

Usia Dalam Tahun	Frekuensi (n)	Presentase (%)
36 – 45	5	5,1
46 – 55	30	30,3
56 - 65	35	35,4
>65	29	29,3
TOTAL	99	100

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa presentase usia dari 99 responden penderita hipertensi yang tergabung dalam klub Prolanis, sebagian besar pada usia 56- 65 tahun yaitu sebanyak 35 responden (35.4 %) .

5.1.3 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Kategori Hipertensi

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan kategori hipertensi adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Hipertensi Di Puskesmas Kota Malang

Kategori Hipertensi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Hipertensi Ringan	96	96.7
Hipertensi Sedang	3	33,3
TOTAL	99	100

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa presentase tekanan dari 99 responden penderita hipertensi sebagian besar menderita hipertensi ringan yaitu sebanyak 96 responden (96.7 %).

5.1.4 Karakteristik Umum Responden Tingkat Pendidikan

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan tingkat pendidikan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Puskesmas Kota Malang

Tingkat Pendidikan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
SD	43	43.4
SMP	18	18.2
SMA	33	33.3
PT	5	5.1
Total	99	100

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 99 responden penderita hipertensi sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan SD yaitu sebanyak 43 responden (43.4 %).

5.1.5 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Pekerjaan

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi pekerjaan sebagai berikut:

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan pekerjaan Di Puskesmas Kota Malang

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Wiraswasta	10	10.1
Pensiunan	12	12.1
IRT	70	70.7
Tidak Bekerja	7	7.1
Total	99	100

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 99 responden penderita hipertensi sebagian besar sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) 70 responden (70.7 %).

5.2 Data Dukungan Keluarga

Variabel tingkat kepatuhan mengikuti Prolanis di wilayah kota Malang secara keseluruhan disajikan dalam bentuk Tabel dibawah ini:

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Dukungan Keluarga Di Puskesmas Kota Malang

Dukungan Keluarga	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Sangat Mendukung	16	16.2
Cukup Mendukung	70	70.7
Kurang Mendukung	13	13.1
Total	99	100

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa kategori dukungan keluarga dari 99 sebagian besar memiliki dukungan keluarga responden yang cukup yaitu sebanyak 70 responden (70.7%).

5.3 Data Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam

Variabel kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas wilayah kota Malang secara keseluruhan disajikan dalam bentuk tabel sebagaimana dibawah ini:

Tabel 5.7 Distribusi Kategori Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam Responden di Puskesmas Kota Malang

Kepatuhan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Patuh	8	8.1
Patuh	91	91.9
Total	99	100

Berdasarkan tabel 5.7 diatas, sebagian besar responden patuh dengan pembatasan konsumsi garam yaitu sebanyak 91 Responden (91.9%).

5.4 Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kepetuhan Pembatasan Konsumsi Garam di Puskesmas Kota Malang

Untuk mengetahui adanya korelasi antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam, maka diperlukan sebuah pengujian korelasi yang dalam penelitian ini mengunakan uji koefisien kontigensi dengan program SPSS *23 for windows* dengan level signifikan *alpha* = 0.05 (5%). Hasil uji koefisien kontigensikedua variable disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 5.8 Tabel Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepetuhan Pembatasan Konsumsi Garam di Puskesmas Kota Malang

		Kepatuhan		Koefisien korelasi (r)	Nilai p
		Tidak Patuh	Patuh		
Dukungan keluarga	Kurang	6 (6,1)	7 (7,1)	0,712	0,032
	Cukup	2 (2,0)	68 (68,7)		
	Sangat	1 (1,0)	15 (15,2)		
Total		9 (9,1)	90 (90,9)		

Berdasarkan hasil uji koefisien kontigensi didapatkan nilai signifikan 0.032 (p-value < 0.05) yang berarti bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam, sehingga diputuskan Ho ditolak. Nilai koefisien korelasi nilai r sebesar 0,712 menggambarkan bahwa terdapat kekuatan korelasi kuat dan terdapat hubungan positif. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang.

BAB 6
PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan terkait hasil-hasil penelitian yang telah diperoleh mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kota Malang. Pembahasan diuraikan dengan membandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya atau teori yang mendukung atau berlawaan dengan hasil penelitian ini.

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

6.1.1 Dukungan Keluarga Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kota Malang

Berdasarkan data penelitian mengenai dukungan keluarga pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang, didapatkan 99 responden berdasarkan kriteria inklusi. Berdasarkan data yang didapat peniliti menunjukkan bahwa kategori dukungan keluarga dari 99 responden sebagian besar memiliki dukungan keluarga yang cukup yaitu sebanyak 70 responden (70.7%). Data tersebut menunjukkan bahwa keluarga telah memberikan dukungan yang cukup dalam membantu keluarganya yang hipertensi dalam menjalankan pembatasan konsumsi garam yang direkomendasikan tetapi belum maksimal. Kategori cukup pada dukungan keluarga dikarenakan masih ada dukungan yang kurang maksimal seperti memasakkan olahan yang tidak sesuai pembatasan konsumsi garam dan membelikan makanan yang tidak sesuai untuk pembatasan konsumsi garam seperti ikan asin, mie instan dan makanan olahan dalam kaleng.

Hal ini sejalan dengan penelitian Yuliawati (2017) yang menyatakan bahwa sebagian sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga yang cukup dengan skor rata-rata dukungan keluarga sebesar 22,68 hal tersebut dikarenakan reponden (keluarga) pada penelitian ini sebagian besar laki-laki yang jarang memasakkan makanan untuk keluarganya yang sesuai dengan diet yang dianjurkan.

Dukungan keluarga dalam hal ini sangat berperan dalam meningkatkan kepatuhan menjalankan diet yang dianjurkan karena keluarga merupakan unit terdekat dengan pasien. Adanya perhatian dan dukungan dalam mengontrol dan mengingatkan apabila pasien lupa untuk meminum obat, menjalankan diet dengan baik dan merubah gaya hidup sesuai dengan petunjuk medis, dapat mempercepat proses kesembuhanya. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan dapat berupa dorongan, semangat, pemberian nasehat, kepercayaan dan perhatian. Bentuk dukungan tersebut membuat seseorang memiliki perasaaan nyaman, yakin, dipedulikan dan dicintai oleh keluarga sehingga seseorang dapat mengadapi masalah dan melaksanakan kepatuhan diet hipertensi dengan baik (Friedman, 2010).

6.1.2 Kepatuhan Pembatasan Konsumsi Garam Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kota Malang

Berdasarkan data penelitian mengenai kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang. Didapatkan 99 responden hipertensi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Dari data yang didapat menyatakan bahwa sebagian besar responden patuh dengan pembatasan konsumsi garam yaitu sebanyak 91 Responden (91.9%).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan pembatasan konsumsi garam, faktor yang pertama adalah usia. Dalam penelitian ini rata rata-rata usia responden adalah 55 tahun yang merupakan masa dewasa menengah (Depkes, 2009). Khan (2014) menyebutkan bahwa usia secara umum dapat mempengaruhi kepatuhan pembatasan konsumsi garam walaupun mekanismenya terjadi belum jelas. Usia >50

tahun memiliki kepatuhan yang tinggi karena pada usia dewasa menengah memiliki keinginan untuk sembuh yang lebih kuat sehingga lebih patuh dalam menjalankan pembatasan konsumsi garam yang direkomendasikan (Yuliawati, 2017).

Faktor yang kedua adalah jenis kelamin. Berdasarkan data penelitian terdapat 91 responden berjenis kelamin perempuan yang mengalami hipertensi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Smeltzer dan Bare (2011) yang menyatakan bahwa hipertensi banyak menyerang perempuan daripada laiki-laki, hal ini dikarenakan adanya faktor hormonal, bagi perempuan usia diatas 40 tahun sudah memasuki masa menopause. Salah satu hormon yang berpengaruh tersebut adalah hormon esterogen yang memiliki sejumlah efek metabolik, salah satunya yaitu untuk pemeliharaan struktur normal pembuluh darah . jika produksi hormon esterogen menurun maka fungsi pemeliharaan pembuluh darah juga akan ikut menurun. Hal ini yang menjadikan perempuan rentan terhadap hipertensi. Hal serupa juga ditemukan dalam penelitian Priambodo (2010) yang menunjukkan bahwa sebagian besar 57,1% atau 28 orang responden yang patuh dalam diet hipertensi berjenis kelamin perempuan hal ini karena perempuan mempunyai *self care* yang lebih baik dibandingkan laki-laki.

Faktor yang ketiga adalah pendidikan. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 99 responden penderita hipertensi yang, sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan SD yaitu sebanyak 43 responden (43.4 %). Rosdiana (2014) yang menyatakan prevalensi hipertensi cenderung lebih tinggi pada kelompok pendidikan lebih rendah akibat ketidaktahuan tentang pola makan yang baik. Hal ini bertentangan dengan penelitian Graubard (2007) yang menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan jenis kelamin dengan jumlah garam yang dikonsumsi. Realita yang didapat peniliti dilapangan bahwa sebagian besar responden (43.4%) berpendidikan SD tetapi mayoritas dari responden (91.9%) patuh dengan pembatasan kepatuhan pembatasan konsumsi garam, penilitian ini dilakukan pada kelompok prolanis sehingga tingkat pengetahuan responden mengenai pembatasan konsumsi garam tidak bisa mengacu pada tingkat pendidikan karena pada kelompok

prolanis terdapat edukasi mengenai pembatasan konsumsi garam atau dengan kata lain pengetahuan responden mengenai pembatasan konsumsi garam sudah baik.

Faktor keempat adalah pekerjaan. Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa dari 99 responden penderita hipertensi sebagian besar sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) 70 responden (70.7 %). Hal ini sesuai dengan penelitian Angrina (2011) menyatakan bahwa perempuan yang bekerja sebagai IRT berisiko lebih tinggi menderita hipertensi. Hal ini disebabkan oleh kurangnya aktivitas yang dilakukan, dimana kebanyakan hanya berdiam diri dirumah dengan rutinitas yang membuat suntuk dan malas, sehingga setelah pekerjaan selesai lebih banyak berdiam diri dirumah dengan menonton TV, memakan camilan yang tidak sehat dan jarang melakukan olahraga sehingga pelaksanaan diet hipertensi tidak berjalan dengan semestinya.

Faktor yang kelima adalah tekanan darah. Cappucio (2013) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tekanan darah dan kepatuhan kepatuhan pembatasan konsumsi garam karena tingkat kepatuhan tidak berdasarkan keparahan hipertensi melaikan berdasarkan kemampuan seseorang untuk membatasi asupan garamnya.

6.1.3 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pembatasan Konsumsi Garam Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kota Malang

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diperoleh hasil bahwa dukungan keluarga pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang sebagian besar memiliki dukungan keluarga yang cukup yaitu sebanyak 70 responden (70.7%) dan kepatuhan terhadap pembatasan konsumsi garam sebagian besar responden patuh dengan pembatasan konsumsi garam yaitu sebanyak 91 Responden (91.9%). Dari uji koefisien kontigensididapatkan hasil bahwa kedua variabel memiliki hubungan yang signifikan karena p value 0,032 < 0,05. Dengan demikian terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas Kota Malang. Nilai koefisien korelasi nilai r sebesar 0,721 menggambarkan bahwa terdapat kekuatan korelasi kuat dan terdapat hubungan

positif, sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi juga kepatuhan pembatasan konsumsi garam. Dukungan dari keluarga menjadi faktor penting yang mempengaruhi pasien saat menjalankan diet. Dengan adanya pemberian dukungan yang baik, maka pasien akan merasa nyaman serta dipedulikan, sehingga dapat meningkatkan motivasi yang akan menciptakan perilaku untuk menjalankan diet dengan patuh (Friedman, 2010).

Pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi membutuhkan waktu yang relatif lama karena berkaitan dengan kebiasaan sehingga dibutukan keteraturan dalam pelaksanaannya. Supaya mendapatkan hasil yang maksimal pasien dituntut untuk selalu patuh terhadap diet yang diberikan. Sebagai orang terdekat dari pasien, keluarga merupakan faktor pendorong terhadap masalah pada anggota keluargannya. Hal ini sejalan dengan penelitian Rosyana (2008) yang mengungkapkan bahwa keterlibatan keluarga dalam perawatan merupakan hal yang penting untuk mengontrol tekanan darah dan kurangnya dukungan keluarga dapat menyebabkan kurang stabilnya seluruh rencana perawatan.

Dukungan keluarga yang baik merupakan salah satu faktor penting dalam kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi, hal ini sejalan dengan penelitian Chung *et al., (2015)* yang menyatakan bahwa dukungan keluarga yang baik dapat meningkatkan tingkat kepatuhan 1,6 kali lebih besar dibandingkan dengan orang yang memiliki dukungan keluarga kurang. Oleh karena itu, dalam pengobatan hipertensi seharusnya informasi tidak hanya diberikan kepada pasien tetapi juga diberikan kepada keluarga pasien. Hal ini dimaksudkan supaya keluarga juga dapat memahami tindakan yang harus dilakukan kepada pasien hipertensi termasuk menjalankan pembatasan konsumsi garam sehingga keluarga dapat memberi dukungan dan mengawasi terapi yang diberikan.

6.2 Implikasi Dalam Keperawatan

1. Hasil penelitian ini dapat memberikan tambahan pengetahuan bagi departemen keperawatan komunitas tentang dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan terhadap kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi.
2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai rujukan untuk penelitian selanjutnya. Selain itu penelitian ini dapat menambah perbendaharaan karya ilmiah dalam bidang keperawatan komunitas.

6.3 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini menggunakan *software Nutrisurvey* untuk perhitungan kandungan natrium dalam makanan atau minuman yang dikonsumsi oleh responden yang mana pada *software* ini peneliti tidak bisa mengetahui data rinci dari komposisi suatu makanan karena data pada *software* ini sudah berdasarkan menu makanan.

BAB 7
PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan, dapat dirumuskan kesimpulan sebagai berikut:

1. Dukungan keluarga pasien hipertensi di Puskesmas kota malang sebanyak, 70 responden (70,7%) dalam kategori cukup mendukung.
2. Kepatuhan pembatasan konsumsi garam pasien hipertensi di Puskesmas kota Malang sebanyak 91 responden (91,9%) patuh.
3. Tedapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan Kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi di Puskesmas kota Malang dengan nilai *p value* 0,032 < *alpha* 0,05. Nilai koefisien korelasi nilai r sebesar 0,721 menggambarkan bahwa terdapat kekuatan korelasi kuat dan terdapat hubungan positif, semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi juga kepatuhan pembatasan konsumsi garam

7.2 Saran

1. Institusi Tempat Penelitian

a. Diharapkan Puskesmas dapat memberikan edukasi tentang hipertensi dan penatalaksanaanya khususnya pembatasan konsumsi garam yang melibatkan keluarga sehingga diharapkan keluarga dapat memenuhi dan mengelola kebutuhan pasien terutama terkait pada pemberian

makanan yang sesuai dengan diet yang ditetapkan untuk pasien hipertensi di dirumah.

2. Penelitian Selanjutnya

a. Perlu dilakukan penelitian dengan jumlah sampel lebih besar agar didapatkan gambaran dukungan keluarga dengan kepatuhan pembatasan konsumsi garam pada pasien hipertensi.

b. Pada peneliti selanjutkan disarankan untuk menambah durasi *food* recall agar mendapatkan gambaran atau data yang lebih baik untuk melihat kebiasaan makan dari responden.

c. Pada penelitian selanjutnya disarankan menggunakan instrumen atau metode perhitungan natrium lain yang dapat mengetahui jumlah natrium dari suatu makanan berdasarkan komposisi makanan atau minuman yang dikonsumsi responden.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Universitas Brawijaya

DAFTAR PUSTAKA

Affandi, D. (2017). Kaidah Dasar Bioetika dalam Pengambilan Keputusan Klinis yang Etis. Retrieved from https://doi.org/10.22338/mka.v40.i2.p111-121.2017

Agrina, Rini, S. S., & Hairitama, R. (2011). Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi Dalam Pemenuhan Diet Hipertensi. *Jaournal Keperawatan Universitas Riau*, *6*.

Almatsier, S. (2011). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka.

Almeida, K. S. M., Souza, G. C., & Rabelo-silva, E. R. (2013). Validity and reliability of the Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ), *28*(5), 1702–1709. https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6679

Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah Untuk Mahasiswa*. Yogyakarta: Diva Ekspres.

Azizah, L. . (2011). *Keperawatan lanjut usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Britain, K., Taylor, J., & Wu, C. (2010). Family Adaptability among American Women Hypertension. *The Journal of Nurse Practionery*, 786–793.

Cappuccio, P., Capewell, S. (2013). *Salt: The Dying Echoes Of The Food Industry.* American Journal of Hypertension, 279-281

Chung, H. (2015). *A Study on the National Survey of Multicultural Families.* Seoul: Ministry of Gender Equality and Family

Dalimartha, S. (2008). *Care Your Self Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus.

Depkes, R. (2014). Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI: Situasi Kesehatan Jantung.

Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

Fatmah, N. (2012). *Kepatuhan Pasien yang Menderita Penyakit Kronis dalam*

Mengkonsumsi Obat Harian. Retrieved from http://fpsi.mercubuana-yogya.ac.id/wp-content/upload/2012/06/noor-kepatuhan...pdf

Friedman. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.

Green, L. W., & kreuter, W, M. (2011). *Health Program Planing: An Educational And Ecological Approach*. New York: Mcgraw-Hill.

Green, L. W., & kreuter, W, M. (2011). *Health Promotion Planning an Educational and Environmental Approach* (Vol. 2nd ed). Mountain View: Mayfield Publishing Company.

Gunawan, L. (2006). *Hipertensi*. Yogyakarta: Kanisius.

Hariyanto, A., & Sulistyowati, R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah I*. jogjakarta: AR-Ruzz Media.

kementrian kesehatan RI. (2016). Mencegah dan Mengontrol Hipertensi Agar Terhindar dari Kerusakan Organ Jantung, Otak dan Ginjal.

Khan M. S., Bawany F. I., Mirza A, Hussain M. *Frequency And Predictor Of Non Complience To Dietary Recomendation Among Hipertensive Patients*. (2014). J Community Health,. 39 : 732-736

Leon, N., Charles, S., Victoire, A. ., Magloire, D., Clemence, M., & Azandjeme, C. (2015). Determinans of Adherence to Stop Hypertension in Adults with Hypertension Treatead in a Hospital in Benin. *Universal Journal of Public Health*, *3*(5), 213–219.

Maciel, A., Pimenta, H., Caldeira, A., (2016). Quality of Life and Meication Adherence in Hypertension Patients. *Acta Paulista de Enfermagem*, 258. https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600075

Maryam, S., Ekasari, M. fatma, Rosidawati, Jubaedi, A., & Batubara, I. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.

Miller, C. . (2012). Nursing for wellness in order adults, 6th edition. *Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.*

Mumpuni, Y., & Wulandari, A. (2011). *Cara Jitu Mengatasi Kolesterol*. Yogyakarta: CV Andi Offset.

Muttaqin, A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi* (1st ed.). Jogjakarta: AR-RUZ MEDIA.

Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho, W. (2008). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. (M. Ester, Ed.) (pertama). Jakarta: EGC.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Palmer & Williams. (2007). *Tekanan Darah Tinggi*. ERLANGGA.

Piferi, R. ., & Lawer, K. . (2012). Social Support and Ambulatory Blood Pressure: An Examination of Both Receiving and Giving. *International Journal of Psychophysiology*, *2*(62), 328–336.

Pranoto. (2007). *Ilmu Kebidanan*. Yogyakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo.

Priambodo, K. 2010. *Gambaran Faktor Faktor Kepatuhan Diet Lanjut Usia Penderita Hipertensi Di Desa Mergosari*. Yogyakarta:Stikes Aisyiyah Yogyakarta

Rahmi Syuadzah. (2015). *Hubungan Antara Tingkat Kepatuhan Mengikuti Kegiatan Prolanis Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Kadar Hba1c. Universitas Sebelas Maret*.

Rosyana, S, C., Lidya, T, N. (2008). *Family Support In The Control Of Hypertension. Rev Latino-am Enfermagem 16(5):871-6*

Stanley, M., & Beare, P. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. (N. Juniarti, Ed.). Jakarta: EGC.

Strait, J., & Lakatta, E. (2012). Aging-Associated Cardiovascular Changes and Their Relationship to Heart Failure. Heart Failure Clinics. Retrieved from http://dx.doi.org/10. 1016/j.hfc.2011.08.011

Sumarman. (2010). *Penderita Hipertensi Primer: Pengetahuan Tentang Diet Rendah Garam, Kepatuhan Dan Kendalannya*. semarang: UMS.

Sutomo, B. (2009). *Menu Sehat Penakluk Hipertensi* (Edisi Pert). Jakarta: Gramedia.

Tambayong, J. (2012). *Patofisiologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

WHO. (2014). Regional Office for South-East Asia: Non Communicate Disease Hypertension. *Departement of Sustainable Development and Healthy Enviroments*.

World Hypertension League. (2009). Salt and High Blood Pressure. *Burnaby*.

Yuliawati, E. dwi. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Rendah Garam Pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kendalsari*. Universitas Brawijaya.

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Universitas Brawijaya