

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN DIET PENDERITA HIPERTENSI
DI POSYANDU LANSIA PUSKESMAS NANGA PINOH**



SKRIPSI

Oleh :

SASPRI LINTIN

NPM. 131 510 780

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK**

2015

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEPATUHAN DIET PENDERITA HIPERTENSI
DI POSYANDU LANSIA PUSKESMAS NANGA PINOH**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Melengkapi Sebagian Persyaratan Menjadi
Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)**

Oleh :

SASPRI LINTIN
NPM. 131 510 780

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT K.SINTANG
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK**

2015
PENGESAHAN

Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Proposal
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak
Dan Diterima Untuk Memenuhi Sebagian Syarat Guna Memperoleh
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)
Pada Tanggal, 27 Oktober 2017

Dewan Penguji :

1. Ismael Saleh, SKM, M.Sc :
2. Gandha Sunaryo Putra, SKM, M.Kes :
3. Andri Dwi Hernawan, SKM, M. Kes (Epid) :

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK

Dekan,

Dr. Linda Suwarni, SKM, M. Kes
NIDN. 1125058301
SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)
Peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP)

Oleh :

SASPRI LINTIN
NPM. 131510780

Pontianak, Oktober 2017

Mengetahui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Ismael Saleh, SKM, M.Sc
NIDN. 1204097901

Gandha Sunaryo Putra, SKM, M.Kes
NIDN. 1116069001

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Segala proses dalam penyusunan skripsi saya jalankan melalui prosedur dan kaidah yang benar serta didukung dengan data-data yang dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya. Jika dikemudian hari ditemukan kecurangan, maka saya bersedia untuk menerima sanksi berupa pencabutan hak terhadap ijazah dan gelar yang saya terima. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Pontianak, 27 Oktober 2017

Saspri Lintin
NPM . 131510780

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*Memulai dengan sebuah keyakinan
Menjalankan dengan penuh keikhlasan
Menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan*

KU PERSEMBAHKAN UNTUK :

- ❖ Tuhan Yesus Kristus. Terimakasih untuk berkat dan kasih karuniaNya yang selalu baru setiap hari.
- ❖ Alm. papa yang terkasih, kenangan akan nasehat dan bimbinganmu tak akan pernah lekang oleh waktu.
- ❖ Untuk mama dan kedua mertua saya yang terkasih. Terimakasih untuk segala doa, kasih, dukungan, bimbingan, dan perhatian yang telah diberikan kepada saya, selama ini.
- ❖ My best partner in my life suami tercinta Gideon Tandi Rerong yang selalu setia memberi dukungan baik moril dan materil.
- ❖ Anakku terkasih Juan Tristan Gumilang Lintin yang kadang iseng mengganggu bunda saat lagi konsentrasi mengerjakan skripsi ini.
- ❖ Trima kasih yang tak terhingga kepada dosen pembimbing utama bapak Ismael Saleh, SKM, M.Sc dan dosen pembimbing pendamping bapak Gandha Sunaryo Putra, SKM, M.Kes yang selalu rela meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan membimbing penulis dalam penyelesaian skripsi ini
- ❖ Sahabat dan teman kerja terimakasih untuk segala doa, kasih, dukungan, dan sumber keceriaan bagi saya selama ini.



BIODATA PENULIS

Nama : Saspri Lintin
Tempat, Tanggal Lahir : Sarira, 01 April 1980
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Nama Orang Tua
Bapak : Alm. D.B.Lintin
Ibu : Mina
Alamat : Nanga Pinoh Kabupaten Melawi

JENJANG PENDIDIKAN

1. TK : TK Pertiwi Rantelemo tahun 1985-1986
2. SD : SD Negeri 11 Sarira tahun 1986-1992
3. SMP : SMP Katolik Pato Nonongan tahun 1992-1995
4. SMA : SMA Kristen Rantepao tahun 1995 – 1998
5. Diploma III : D III Gizi AIGI YPAG Makassar tahun 2001-2004
6. Strata I : S1 Kesehatan Masyarakat tahun 2013-2015

PENGALAMAN KERJA

1. Dinas Kesehatan di Pemerintahan Daerah Kabupaten Melawi.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN DIET PENDERITA HIPERTENSI DI POSYANDU LANSIA PUSKESMAS NANGA PINOH “**

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak memperoleh bimbingan, arahan dan dukungan dari beberapa pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih yang tiada terhingga kepada bapak **Ismael Saleh, SKM, M.Sc** selaku pembimbing utama dan bapak **Gandha Sunaryo Putra, SKM, M.Kes** selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan membimbing penulis dalam penyelesaian skripsi ini. Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Helman Fachri, SE., MM. selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Pontianak
2. Ibu Dr. Linda Suwarni, S.K.M., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak..
3. Bapak Ismael Saleh, SKM, M.Kes., selaku pembimbing pertama dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Ganda Sunaryo Putra, SKM, M.Kes., selaku pembimbing kedua dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu Staf pengajar Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pontianak
6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Melawi, yang telah membantu dan mendukung penulis dalam proses perijinan.
7. Kepala Puskesmas Nanga Pinoh, yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Segenap staf Dinas Kesehatan Kabupaten Melawi dan staf Puskesmas Nanga Pinoh yang telah membantu dalam pengambilan data penelitian.

9. Orang tua terkasih, papa (alm) dan mama serta orang yang tercintai suami (Gideon Tandi Rerong) dan anakku terkasih (Juan Tristan G Lintin) yang senantiasa memberikan dukungan dan doa-doanya yang tulus untuk keberhasilan dan kebahagiaan penulis.
10. Rekan-rekan satu angkatan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Kelas Sintang yang telah banyak mengisi waktu bersama dengan penuh keakraban selama menjalani proses belajar di program studi ini, serta telah banyak membantu penulis selama masa pendidikan.

Juga kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, semoga segala amal kebbaikannya mendapat imbalan yang tak terhingga dari Tuhan Yang Maha Kuasa. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis berharap untuk dapat memperoleh saran, masukan dan kritikan yang membangun demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak demi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang Kesehatan Masyarakat.

Pontianak, Oktober 2017

Penulis

ABSTRAK

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK
AGUSTUS 2015

SASPRI LINTIN
FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN DIIT
PENDERITA HIPERTENSI DI POSYANDU LANSIA PUSKESMAS
NANGA PINOH

xv + 69 halaman + 18 tabel + 3 gambar + 3 lampiran.

Hipertensi merupakan keadaan dimana tekanan darah seseorang lebih dari 140/90 mmHg. Kejadian hipertensi di Puskesmas Nanga Pinoh mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitu tahun 2012 jumlah prevalensi kasus sekitar 6,25%, tahun 2013 menjadi 10,4%, dan tahun 2014 sampai bulan maret sekitar 3,42%. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diit penderita hipertensi di posyandu Lansia Puskesmas Nanga Pinoh. Penelitian ini merupakan penelitian *explanatory research* dengan pendekatan secara *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 81 responden. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji *Chi Square* dengan nilai signifikansi alpha 5% ($\alpha = 0,05$) dengan uji fisher sebagai alternatifnya. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara kerentanan yang dirasakan ($p = 0,483$), tidak ada hubungan antara keparahan atau ancaman yang dirasakan ($p = 0,302$), tidak ada hubungan antara Persepsi yang dirasakan ($p = 0,402$), tidak ada hubungan antara Persepsi halangan ($p = 0,402$), tidak ada hubungan antara Isyarat untuk bertindak ($p = 0,144$) dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia. Saran bagi keluarga yaitu selalu memberikan motivasi dan kepedulian terhadap kesembuhan pasien. Kesembuhan pasien ini harus ditunjang dengan partisipasi petugas kesehatan dalam meningkatkan pemahaman pasien terhadap diit hipertensi.

Kata Kunci : Faktor, Kepatuhan Diit Hipertensi, Teori HBM

Daftar Pustaka : 26 (2002 - 2015)

ABSTRACT

**FACULTY OF HEALTH SCIENCE MUHAMMADIYAH UNIVERSITY,
PONTIANAK AUGUST 2015**

SASPRI LINTIN

**FACTORS RELATED TO DIET COMPLIANCE WITH HYPERTENSION
PATIENTS AT POSYANDU ELDERLY NANGA PINOH PUSKESMAS**

xv + 69 pages + 18 tables + 3 pictures + 3 attachments.

Hypertension is a condition where a person's blood pressure is over 140/90 mmHg. The incidence of hypertension at the Nanga Pinoh Health Center has increased every year, namely in 2012 the number of cases prevalence was around 6.25%, in 2013 it was 10.4%, and from 2014 to March it was around 3.42%. The purpose of this study was to analyze factors related to dietary adherence of hypertension sufferers at the Elderly Posyandu at Nanga Pinoh Health Center. This research is an explanatory research with a cross sectional approach. The population in this study were 81 respondents. Data analysis was carried out univariate and bivariate using Chi Square test with a significance value of 5% alpha ($\alpha = 0.05$) with Fisher's test as an alternative. The conclusion of this study is that there is a relationship between perceived vulnerability ($p = 0.483$), there is no relationship between perceived severity or threat ($p = 0.302$), there is no relationship between perceived vulnerability ($p = 0.402$), there is no relationship between perceived barriers ($p = 0.402$), there was no relationship between cues to action ($p = 0.144$) and adherence to the elderly hypertension diet. Suggestions for families are to always provide motivation and care for the patient's recovery. This patient's recovery must be supported by the participation of health workers in increasing the patient's understanding of the hypertension diet.

Keywords : Factors, Hypertension Diet Compliance, HBM Theory

References : 26 (2002 - 2015)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
BIODATA	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1 Latar Belakang.....	1
I.2 Rumusan Masalah	7
I.3 Tujuan Penelitian.....	7
I.4 Manfaat Penelitian.....	8
I.5 Keaslian Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
II.1 Teori Tinjauan Pustaka.....	11

II.2 Kerangka Teori.....	29
BAB III KERANGKA KONSEP	30
III.1 Kerangka Konsep	30
III.2 Variabel Penelitian.....	30
III.3 Definisi Operasional	31
III.4 Hipotesis	32
BAB IV METODE PENELITIAN	33
IV.1 Desain Penelitian	33
IV.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	33
IV.3 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	33
IV.4 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	35
IV.5 Teknik Pengolahan dan Penyampaian Data	36
IV.6 Teknik Analisis Data	36
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
V.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	38
V.2 Gambaran Proses Penelitian	40
V.3 Hasil.....	41
V.4 Pembahasan	51
V.5 Keterbatasan dan Hambatan Penelitian	68
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	69
VI.1 Kesimpulan.....	69
VI.2 Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA.....	70

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel I.1	Keaslian Penelitian	9
Tabel III.1	Defenisi Operasional.....	31
Tabel V.1	Jenis Kelamin Responden.....	41
Tabel V.2	Pendidikan Terakhir.....	42
Tabel V.3	Jenis Pekerjaan.....	42
Tabel V.4	Umur Responden	43
Tabel V.5	Lama Menderita Hipertensi	43
Tabel V.6	Kepatuhan Diet	44
Tabel V.7	Kerentanan yang dirasakan.....	44
Tabel V.8	Keparahan atau ancaman yan dirasakan	45
Tabel V.9	Persepsi yang dirasakan	45
Tabel V.10	Persepsi halangan.....	46
Tabel V.11	Isyarat untuk bertindak	46
Tabel V.13	Hubungan kerentanan yang dirasakan dengan kepatuhan diet ...	47
Tabel V.14	Hubungan keparahan atau ancaman yang dirasakan dengan kepatuhan diet	48
Tabel V.15	Hubungan persepsi yang dirasakan dengan kepatuhan diet.....	49
Tabel V.16	Hubungan persepsi halangan dengan kepatuhan diet	50
Tabel V.17	Hubungan isyarat untuk bertindak dengan kepatuhan diet.....	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar II. 2 Kerangka Teori.....	29
Gambar III.1 Kerangka Konseptual.....	30
Gambar V.1 Peta Nanga Pinoh	38

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2** Data Mentah SPSS
- Lampiran 3** Hasil Analisa Bivariat dan Univariat

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak semua orang yang perlu mendapatkan perhatian dari semua pihak. Hidup dengan sehat merupakan suatu kebutuhan yang penting dari kondisi secara fisik maupun psikis yang memungkinkan seseorang hidup lebih produktif. Untuk itu perlu dilakukan upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat yaitu dengan meningkatkan kesadaran hidup sehat, upaya pencegahan dan penyembuhan penyakit, serta pengobatan yang dilakukan sesuai dengan anjuran petugas kesehatan yang professional (Rini N, 2012)

Menurunnya derajat kesehatan masyarakat diakibatkan oleh meningkatnya angka kesakitan pada keluarga sasaran khususnya keluarga rawan, keluarga yang rentan terhadap masalah kesehatan. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa faktor antara lain meningkatnya suatu penyakit di masyarakat, kurangnya kegiatan perawatan kesehatan masyarakat oleh petugas, kurang akuratnya data yang tersedia dan lingkungan yang tidak sehat dan bersih (Rini N, 2012).

Dewasa ini, penyakit degeneratif yang banyak terjadi di masyarakat dan mempunyai tingkat mortalitas yang cukup tinggi serta mempengaruhi kualitas hidup dan produktifitas seseorang salah satunya adalah penyakit hipertensi. Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan gangguan pada sistem

peredaran darah yang dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas nilai normal, yaitu melebihi 140 / 90 mmHg (Marliani, 2007).

Para peneliti dari UC Davis dilaporkan dalam *Journal of American Academy of Neurology* bahwa tekanan darah tinggi selama usia pertengahan dapat meningkatkan risiko penurunan kognitif di kemudian hari (MNT, 2015).

Menurut Abdullah (2009) dalam Widyaningrum S (2012), Hipertensi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat pada kelompok lansia. Sebagai hasil pembangunan yang pesat dewasa ini dapat meningkatkan umur harapan hidup, sehingga jumlah lansia bertambah tiap tahunnya, peningkatan usia tersebut sering diikuti dengan meningkatnya penyakit degeneratif dan masalah kesehatan lain pada kelompok ini (Widyaningrum, 2012).

Menurut Agrina (2011) menyebutkan bahwa hipertensi belum diketahui faktor penyebabnya, namun ditemukan beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi yaitu usia lanjut dan adanya riwayat tekanan darah tinggi dalam keluarga. Selain itu juga terdapat faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi yaitu kelebihan berat badan yang diikuti dengan kurangnya berolahraga, serta mengonsumsi makanan yang berlemak dan berkadar garam tinggi (Agrina, 2011)

Selain itu Palmer juga menyebutkan bahwa hampir 1 miliar atau sekitar seperempat dari seluruh populasi orang dewasa di dunia menyandang tekanan darah tinggi, dan jumlah ini cenderung terus meningkat. Penyakit ini

diperkirakan mengenai lebih dari 16 juta orang di Inggris, dengan 34% pria dan 30% wanita menyandang tekanan darah tinggi diatas 140/90 mmHg. Pada populasi usia lanjut, angka penyandang tekanan darah tinggi lebih banyak lagi, dialami oleh lebih dari separuh populasi orang berusia di atas 60 tahun. Pada tahun 2025 diperkirakan penderita tekanan darah tinggi mencapai hampir 1,6 miliar orang di dunia (Agrina, 2011).

Menurut *American Heart Association* (AHA) tahun 2013, penduduk Amerika yang berusia di atas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Di Asia Tenggara, 1,5 juta orang per tahun meninggal akibat hipertensi (WHO, 2013).

Setiap tahun, tekanan darah tinggi menyumbang kepada kematian hampir 9,4 juta orang akibat penyakit jantung dan stroke, dan jika digabungkan, kedua penyakit ini merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Hipertensi juga meningkatkan risiko gagal ginjal, kebutaan, dan beberapa kondisi lain. Hipertensi kerap terjadi bersamaan dengan faktor-faktor risiko lain seperti obesitas, diabetes, dan kolesterol tinggi yang meningkatkan risiko kesehatan (WHO, 2013)

Secara global, prevalensi keseluruhan peningkatan tekanan darah pada orang dewasa berusia 18 dan lebih sekitar 22% pada tahun 2014. Di daerah prevalensi tekanan darah yang meningkat tertinggi yaitu Afrika, di mana itu adalah 30% untuk kedua jenis kelamin dikombinasikan serta untuk pria dan wanita secara terpisah. Prevalensi terendah tekanan darah yang meningkat

adalah di Wilayah Amerika yaitu 18% untuk kedua jenis kelamin. Pria di wilayah ini memiliki prevalensi lebih tinggi daripada perempuan (21% untuk pria dan 16% untuk perempuan). Di semua negara, pria memiliki prevalensi sedikit lebih tinggi dari tekanan darah yang meningkat dibanding wanita. Melihat data dengan kelompok pendapatan Bank Dunia, prevalensi tekanan darah yang meningkat lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dibandingkan dengan negara-negara berpenghasilan menengah dan berpenghasilan tinggi (WHO, 2015).

Prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari populasi pada usia 18 tahun ke atas. Sekitar 60% penderita hipertensi berakhir pada stroke. Sedangkan sisanya mengakibatkan penyakit jantung, gagal ginjal, dan kebutaan. Hipertensi sebagai penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis, jumlahnya mencapai 6,8% dari proporsi penyebab kematian pada semua umur di Indonesia (Riskesdas, 2013).

Data Riskesdas (2013) didapat bahwa lebih dari 25% orang Indonesia menderita hipertensi tapi sayangnya 76% tak sadar kalau dirinya hipertensi. Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8% , tertinggi di Bangka Belitung 30,9%, diikuti Kalimantan Selatan 30,8%, Kalimantan Timur 29,6% dan Jawa Barat 29,4%. Sedangkan Provinsi Kalimantan Barat sebesar 28,3%, hasil ini menunjukkan bahwa di Kalbar prevalensi penyakit Hipertensi masih tinggi dikarenakan melebihi prevalensi nasional.

Fenomena ini disebabkan karena perubahan gaya hidup masyarakat secara global, seperti semakin mudahnya mendapatkan makanan siap saji membuat konsumsi sayuran segar dan serat berkurang, kemudian konsumsi garam, lemak, gula, dan kalori yang terus meningkat sehingga berperan besar dalam meningkatkan angka kejadian hipertensi (Agrina, 2011).

Menurut Julianti 2005 dalam Novian A menyebutkan bahwa makanan yang dimakan secara langsung atau tidak langsung berpengaruh terhadap kestabilan tekanan darah. Kandungan zat gizi seperti lemak dan sodium memiliki kaitan yang erat dengan munculnya hipertensi. Pelaksanaan diet yang teratur dapat menormalkan hipertensi, yaitu dengan mengurangi makanan dengan tinggi garam, makanan yang berlemak, mengonsumsi makanan yang tinggi serat dan melakukan aktivitas olahraga (Novian A, 2013).

Berat badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT) berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Resiko relatif untuk menderita hipertensi pada orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang berat badannya normal. Pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20%-30% memiliki berat badan lebih (Nugraheni, 2008).

Menurut Wirakusumah dalam Widyaningrum S menyebutkan bahwa dalam upaya menghambat perubahan yang terjadi pada lansia maka perlu beradaptasi dengan keterbatasan yang menyertai proses penuaan maka diperlukan penyusunan menu khusus bagi lansia agar keperluan gizi pada

lansia tercukupi secara optimal. Asupan zat gizi yang tepat berperan dalam menciptakan kesehatan lanjut usia secara optimal. Kecukupan gizi yang akan terpenuhi jika para lanjut usia memperhatikan pola makan yang beragam dan gizi seimbang. Selain itu untuk mengatasi defisiensi berkelanjutan pada lansia dibutuhkan pendekatan yang bersifat multifaktorial (Widyaningrum S, 2012).

Teori *Health Belief Model* (HBM) didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang akan berhubungan dengan kesehatan. Teori ini dituangkan dalam lima segi pemikiran dalam diri individu, yang mempengaruhi upaya yang ada dalam diri individu untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya, yaitu *perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan/ diketahui), *perceived severity* (bahaya/ kesakitan yang dirasakan), *perceived benefit of action* (manfaat yang dirasakan dari tindakan yang diambil), *perceived barrier to action* (hambatan yang dirasakan akan tindakan yang diambil), *cues to action* (isyarat untuk melakukan tindakan) (Hayden J, 2014). HBM digunakan sebagai model teoritik karena merupakan model yang dianggap paling baik untuk menjelaskan kepatuhan medis (Evanytha, 2004).

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti diperoleh hasil bahwa Posyandu Lansia Puskesmas Nanga Pinoh memiliki jadwal rutin melakukan pengukuran tekanan darah dan kegiatan lainnya. Hampir semua lansia mengalami hipertensi namun mereka masih mengkonsumsi makanan-makanan yang dapat meningkatkan resiko penyakit hipertensinya. Masyarakat sekitar Posyandu sangat sering melakukan pesta atau kegiatan

kemasyarakat dengan menyugukan masakan yang mempunyai risiko tinggi hipertensi.

Para lansia juga mengetahui bahwa apabila mereka hipertensi tidak boleh mengkonsumsi makanan tersebut tetapi karena sudah menjadi kebiasaan maka pantangan tersebut tidak diindahkannya. Para kader di posyandu lansia juga hanya sekedar mengukur tekanan darah saja tanpa memberikan edukasi mengenai hipertensi dan bahaya terhadap kesehatan. Pihak Puskesmaspun bisa dibilang tidak ada melakukan penyuluhan mengenai hipertensi dan menjaga pola makan kepada masyarakat sekitar.

I.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu faktor apakah yang berhubungan dengan kepatuhan diet penderita hipertensi di posyandu lansia Puskesmas Nanga Pinoh?

I.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet penderita hipertensi di posyandu lansia Puskesmas Nanga Pinoh.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan kerentanan yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet pada Lansia Penderita Hipertensi di posyandu lansia Puskesmas Nanga Pinoh.

- b. Untuk mengetahui hubungan keparahan atau ancaman yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet pada Lansia Penderita Hipertensi di posyandu lansia Puskesmas Nanga Pinoh.
- c. Untuk mengetahui hubungan persepsi yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet pada Lansia Penderita Hipertensi di posyandu lansia Puskesmas Nanga Pinoh.
- d. Untuk mengetahui hubungan persepsi halangan dengan Kepatuhan Diet pada Lansia Penderita Hipertensi di posyandu lansia Puskesmas Nanga Pinoh.
- e. Untuk mengetahui hubungan isyarat untuk bertindak dengan Kepatuhan Diet pada Lansia Penderita Hipertensi di posyandu lansia Puskesmas Nanga Pinoh.

I.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai upaya meningkatkan pengetahuan perilaku dan promosi kesehatan masyarakat.

1.4.2. Bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas

Agar dapat memberikan masukan dalam perencanaan, pengambil kebijakan dan strategi dalam pelaksanaan program pencegahan dan pengobatan hipertensi pada lansia.

1.4.3. Bagi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak

Hasil penelitian ini dapat menambah bahan bacaan dan dijadikan bahan penelitian lebih lanjut terutama yang berhubungan langsung dengan penelitian ini..

1.4.4. Bagi peneliti

Sebagai bahan tambahan ilmu pengetahuan dan pengalaman diluar bangku kuliah dalam mengembangkan ilmu pengetahuan yang berhubungan langsung ke masyarakat dengan masalah penelitian ini serta untuk kepentingan penelitian selanjutnya.

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel I.1 Keaslian Penelitian

NO	Nama Peneliti (tahun)	Judul	Metode Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Agrina, Rini SS	Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi Dalam Pemenuhan Diet Hipertensi Di Kelurahan Sidomulyo Barat Tampan Kota Pekanbaru	Cross sectional	Pola perilaku konsumsi makanan pada lansia	Variabel bebas: karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan). Variabel terikat: kepatuhan diet.

2.	Evanytha. 2004	Pengaruh komponen health belief model dan dukungan sosial terhadap kepatuhan medis pada individu pengidap hipertensi	Cross sectional	Variabel bebas, yaitu persepsi keparahan. persepsi manfaat, isyarat bertindak dan dukungan sosial tidak berpengaruh terhadap kepatuhan medis	Persepsi hambatan dan persepsi kerentanan berpengaruh terhadap kepatuhan medis 17% varian kepatuhan medis bisa dijelaskan oleh variable persepsi hambatan.
3.	Siti Widyaningrum (2012)	Hubungan antara konsumsi makanan dengan kejadian hipertensi pada lansia (Studi di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jember)	Cross sectional	Pola perilaku konsumsi makanan pada lansia	variabel bebas: karakteristik lansia (usia, jenis kelamin, enetic), tingkat konsumsi (karbohidrat, lemak, natrium, serat), pola konsumsi (konsumsi makanan pemicu dan pencegah hipertensi) Variabel terikat: kejadian hipertensi pada lansia. Data primer yang dikumpulkan adalah karakteristik lansia, tinggi badan lansia dengan menggunakan tinggi lutut dan berat badan lansia, tekanan darah tingkat konsumsi dan pola konsumsi pencegah dan pemicu hipertensi

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

V.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

V.1.1 Geografi Tempat Penelitian

Kecamatan Nanga Pinoh terletak di Kabupaten Melawi dimana posisinya terletak pada $0^{\circ} 07' \text{ LS} - 0^{\circ} 52' \text{ LS}$ Lintang Selatan serta $111^{\circ} 40' \text{ BT} - 112^{\circ} 04' \text{ Bujur Timur}$.

Secara Administratif, batas wilayah Kecamatan Nanga Pinoh adalah sebagai berikut :

1. Sebelah Utara : berbatasan dengan Kecamatan Pinoh Utara,
2. Sebelah Selatan : berbatasan dengan Kecamatan Pinoh Selatan,
3. Sebelah Timur : berbatasan dengan Kecamatan Ella Hilir,
4. Sebelah Barat : berbatasan dengan Kecamatan Belimbing.



Gambar 5.1 Peta Wilayah Kerja Puskesmas Nanga Pinoh

V.1.2 Demografi

Kecamatan Nanga Pinoh memiliki luas wilayah administrasi seluas 408,80 km² yang sebagian besar didominasi oleh perbukitan dengan luas 275,2 km² dan wilayah dataran seluas 133,6 km². Kecamatan Nanga Pinoh terbagi menjadi 17 Desa yang terdiri dari 66 dusun. Desa terluas adalah desa Poring yang mencakup 17,7% dari luas kecamatan Nanga Pinoh. Desa dengan luas terkecil adalah desa Tanjung Niaga yang luasnya hanya mencapai 0,2% dari luas Kecamatan Nanga Pinoh.

Sementara itu Kecamatan Nanga Pinoh meliputi 17 (tujuh belas) Desa, 66 (Enam Puluh Enam) Dusun dan 175 (Seratus Tujuh Puluh Lima) Rukun Tetangga (RT) dengan jumlah penduduk 43.537 Jiwa, 11.713 Kepala Keluarga (KK), Laki-laki 22.227 Jiwa dan Perempuan 21.310 Jiwa dengan Kepadatan Penduduk berkisar 30 Jiwa/Km².

Penduduk wilayah kerja Puskesmas Nanga Pinoh bersifat heterogen dengan total jumlah penduduk 43.537 jiwa. Sebagian besar Wilayah kerja Puskesmas Nanga Pinoh mata pencariannya sangat beraneka ragam yaitu sebagai berikut :

- a. Petani
- b. Pedagang
- c. PNS (Pegawai Negeri Sipil)
- d. POLRI (Polisi Republik Indonesia)
- e. TNI (Tentara Nasional Indonesia)
- f. Swasta

Pendidikan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Nanga Pinoh cukup baik karena di dukung adanya sarana pendidikan, yaitu :

- a. Taman Kanak-kanak (TK) 12
- b. Sekolah Dasar (SD) Negeri / Swasta 32
- c. Sekolah Lanjutan Pertama (SLTP) Negeri / Swasta 17
- d. Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri / Swasta 12.

V.1.3 Kejadian Kasus Hipertensi

Angka kejadian kasus hipertensi di Puskesmas Nanga Pinoh dengan jumlah prevalensi kasus (6,25%) pada tahun 2012, sedangkan pada tahun 2013 meningkat menjadi 10,4%, dan tahun 2014 hingga bulan Maret sebesar 3,42%

V.2 Gambaran Proses Penelitian

Adapun gambaran dalam penelitian ini dimulai dengan koordinasi kepada pihak Dinas Kesehatan Melawi kemudian membuat tembusan kepada Puskesmas Nanga Pinoh yang terlebih dahulu melalui surat yang telah dibuat oleh pihak Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak, setelah berkoordinasi dan mendapatkan izin dengan pihak Puskesmas Nanga Pinoh, peneliti selanjutnya meninjau kembali data primer yang ada di Puskemas Nanga Pinoh, dengan maksud untuk meninjau sampel yang dimana pasien hipertensi yang telah berobat di Puskesmas Nanga Pinoh, Setelah mendapatkan data mengenai penderita

hipertensi melalui buku register puskesmas peneliti kemudian melakukan wawancara kepada responden melalui alat kuesioner. Penelitian ini dimulai pada tanggal 6 Juni 2015 hingga tanggal 14 Juli 2015, pengambilan sampel dengan menggunakan kuesioner yang dilakukan peneliti dimana dalam sehari peneliti berhasil mewawancarai responden sebanyak 6 hingga 7 orang responden

V.3 Hasil

V.3.1 Karakteristik Responden

1. Jenis Kelamin Responden

Tabel V.1

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	35	43.2
Perempuan	46	56.8
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 46 orang (56.8%), dan sebagian kecil berjenis kelamin laki-laki sebanyak 35 orang (43,2%).

2. Pendidikan Terakhir

Tabel V.2
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan terakhir

Pendidikan Terakhir	Frekuensi(f)	Persentase (%)
Tidak sekolah/Tidak tamat SD	12	14.8
SD	23	28.4
SMP	24	29.6
SMA	22	27.2
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan terakhir SMP sebanyak 24 orang (29,6%) dan sebagian kecil tidak tamat sekolah/tidak tamat SD sebanyak 12 orang (14,8%),,

3. Jenis Pekerjaan

Tabel V.3
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Jenis Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak bekerja/IRT	15	18.5
Swasta	39	48.1
Tani	27	33.3
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden jenis pekerjaannya swasta sebanyak 39 orang (48,1 dan sebagian kecil tidak bekerja/IRT sebanyak 15 orang (18,5%).

4. Umur Responden

Tabel V.4
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Responden

Umur Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
40-50 tahun	12	14.8
51-60 tahun	26	32.1
61-70 tahun	29	35.8
71-80 tahun	11	13.6
81-90 tahun	3	3.7
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.4 menunjukkan bahwa umur sebagian besar responden antara 61-70 tahun sebanyak 29 orang (35,8%) dan sebagian kecil umur responden antara 81-90 tahun sebanyak 3 orang (3,7%).

5. Lama Menderita Hipertensi

Tabel V.5
Distribusi Frekuensi Responden Lama Menderita Hipertensi

Lama Menderita Hipertensi	Frekuensi(f)	Persentase (%)
1-5 bulan	26	32.1
6-10 bulan	32	39.5
11-15 bulan	19	23.5
16-20 bulan	3	3.7
>20 bulan	1	1.2
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.5 dapat diketahui bahwa lama menderita hipertensi paling besar antara 6-10 bulan sebanyak 32 orang (39,5%) dan paling kecil lama menderita hipertensi antara >20 bulan sebanyak 1 orang (1,2%).

6. Kepatuhan Diet

Tabel V.6

Distribusi Frekuensi Responden Kepatuhan Diet

Kepatuhan Diet	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak Patuh	46	56.8
Patuh	35	43.2
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.5 dapat diketahui bahwa kepatuhan dietnya patuh sebanyak 35 orang (43,2%), kepatuhan dietnya tidak patuh sebanyak 46 orang (56,8%).

7. Kerentanan yang dirasakan (*Percived Susceptibility*)

Tabel V.7

Distribusi Frekuensi Responden *Kerentanan yang dirasakan*

<i>Kerentanan yang dirasakan</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Mudah menderita penyakit hipertensi	36	44.4
Sulit menderita penyakit hipertensi	45	55.6
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.7 dapat diketahui bahwa *Kerentanan yang dirasakan* mudah menderita penyakit hipertensi sebanyak 36 orang (44,4%), *Kerentanan yang dirasakan* sulit menderita penyakit hipertensi sebanyak 45 orang (55,6%).

8. **Keparahan atau Ancaman yang dirasakan (*Perceived Severity*)**

Tabel V.8
Distribusi Frekuensi Responden *Keparahan atau Ancaman yang dirasakan*

<i>Keparahan atau Ancaman yang dirasakan</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Penyakit yang serius	33	40.7
Penyakit yang tidak serius	48	59.3
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.8 dapat menunjukkan bahwa *Keparahan atau Ancaman yang dirasakan* penyakit yang serius sebanyak 33 orang (40,7%), *Keparahan atau Ancaman yang dirasakan* penyakit yang tidak serius sebanyak 48 orang (59,3%)

9. **Persepsi yang dirasakan (*Perceived Benefits*)**

Tabel V.9
Distribusi Frekuensi Responden *Persepsi yang dirasakan*

<i>Persepsi yang dirasakan</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Bermanfaat	32	39.5
Tidak bermanfaat	49	60.5
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.9 dapat menunjukkan bahwa Persepsi yang dirasakan bermanfaat sebanyak 32 orang (39.5%), Persepsi yang dirasakan yang tidak bermanfaat sebanyak 49 orang (60.5%).

10. *Persepsi halangan (Perceived Barriers)*

Tabel V.10

Distribusi Frekuensi Responden Persepsi halangan

<i>Persepsi halangan</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak ada hambatan	32	39.5
Ada hambatan	49	60.5
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.10 dapat menunjukkan bahwa Persepsi halangan tidak ada hambatan sebanyak 32 orang (39.5%), Persepsi halangan yang ada hambatan sebanyak 49 orang (60.5%).

11. *Isyarat untuk bertindak (Cues to Action)*

Tabel V.11

Distribusi Frekuensi Responden Isyarat untuk bertindak

<i>Isyarat untuk bertindak</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Ada pemicu	28	34.6
Tidak ada pemicu	53	65.4
Jumlah	81	100.0

Berdasarkan tabel V.11 dapat menunjukkan bahwa isyarat untuk bertindak ada pemicu sebanyak 28 orang (34,6%), isyarat untuk bertindak sebanyak 53 orang (65,4%).

V.1.2. Analisis Bivariat

1. Hubungan Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*) dengan Kepatuhan Diet

Tabel V.13

Tabulasi silang hubungan Kerentanan yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia

<i>Kerentanan yang dirasakan</i>	Kepatuhan Diet				Total		<i>p</i> value	PR (CI 95 %)
	Tidak Patuh		Patuh					
	n	%	n	%	N	%		
Sulit Menderita	24	53,3	21	46,7	45	100	0,483	0,873 (0,598-1,273)
Mudah Menderita	22	61,1	14	38,9	36	100		
Total	46	56,8	35	43,2	81	100		

Berdasarkan Tabel V.13 dapat diketahui bahwa responden yang memiliki persepsi sulit menderita penyakit hipertensi dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 53,3 % lebih kecil dibanding dengan responden yang memiliki persepsi mudah menderita penyakit hipertensi dan tidak patuh akan diet hipertensi yaitu sebesar 61,1%.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,483$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Kerentanan yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia.

2. Hubungan Keparahan atau Ancaman Yang Dirasakan dengan Kepatuhan Diet (Perceived Severity)

Tabel V.14

Tabulasi silang hubungan keparahan atau ancaman yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia

Keparahan atau Ancaman Yang Dirasakan	Kepatuhan Diet				Total		<i>p</i> value
	Tidak Patuh		Patuh				
	n	%	n	%	N	%	
Tidak Serius	25	52,1	23	47,9	48	100	0,302
Serius	21	63,6	12	36,4	33	100	
Total	46	56,8	35	43,2	81	100	

Berdasarkan Tabel V.14 dapat diketahui bahwa responden yang memiliki persepsi hipertensi bukan penyakit yang tidak serius dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 52,1% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi hipertensi penyakit yang serius dan tidak patuh terhadap diet hipertensi yaitu sebesar 63,6%

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,302$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Keparahan atau Ancaman Yang Dirasakan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia.

3. Hubungan Persepsi yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet

Tabel V.15

Tabulasi silang hubungan Persepsi yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia

Persepsi yang dirasakan	Kepatuhan Diet				Total		p value
	Tidak Patuh		Patuh				
	n	%	n	%	N	%	
Tidak Bermanfaat	26	53,1	23	46,9	49	100	0,402
Bermanfaat	20	62,5	12	37,5	32	100	
Total	46	56,8	35	43,2	81	100	

Tabel V.15 menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi tidak bermanfaat dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 53,1% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi bermanfaat dan tidak patuh terhadap diet hipertensi yaitu sebesar 62,5%.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,402$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Persepsi yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia.

4. Hubungan Persepsi halangan dengan Kepatuhan Diet

Tabel V.16

Tabulasi silang hubungan Persepsi halangan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia

Persepsi halangan	Kepatuhan Diet				Total		<i>p</i> value
	Tidak Patuh		Patuh				
	n	%	n	%	N	%	
Ada Hambatan	26	53,1	23	46,9	49	100	0,402
Tidak ada	20	56,8	12	37,5	32	100	
Total	46	56,8	35	43,2	81	100	

Tabel V.16 menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi ada hambatan dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 53,1% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi tidak ada hambatan dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 56,8 %.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,402$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Persepsi halangan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia

5. Hubungan Isyarat untuk bertindak dengan Kepatuhan Diet

Tabel V.17

Tabulasi silang hubungan Isyarat untuk bertindak dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia

Isyarat untuk bertindak	Kepatuhan Diet				Total		<i>p</i> value
	Tidak Patuh		Patuh				
	n	%	n	%	N	%	
Tidak Ada Pemicu	27	50,9	26	49,1	53	100	0,144
Ada Pemicu	19	67,9	9	32,1	28	100	
Total	46	56,8	35	43,2	81	100	

Tabel V.17 menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi tidak ada pemicu dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 50,9% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi ada pemicu dan tidak patuh terhadap diet hipertensi yaitu sebesar 67,9%.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,144$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Isyarat untuk bertindak dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia.

V.4. Pembahasan

1. Hubungan Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*) dengan Kepatuhan Diet

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi sulit menderita penyakit hipertensi dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 53,3 % lebih kecil dibanding dengan responden yang memiliki persepsi mudah menderita penyakit hipertensi dan tidak patuh akan diet hipertensi yaitu sebesar 61,1%.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,483$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara *Kerentanan yang dirasakan* dengan Kepatuhan Diet Penderita Hipertensi pada Lansia.

Hasil penelitian lain menunjukan bahwa sebagian responden mempunyai persepsi kerentanan baik (54.1%). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan konsep yang dikemukakan Rosenstock, (2004 dalam

Champion & Skinner, 2008) pada struktur model HBM yang menjelaskan bahwa jika persepsi kerentanan atau persepsi terhadap resiko seseorang baik, maka akan menyebabkan munculnya perilaku pencegahan terhadap resiko juga akan besar. Persepsi kerentanan adalah persepsi subyektif individu tentang resiko yang diperoleh dari kondisi kesehatan yang dialami. Risiko individu atau kerentanan adalah salah satu persepsi yang sangat kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar resiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi resiko (Champion & Skinner, 2008). Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan dirinya atau keluarganya rentan terhadap penyakit.

Dampak proses menua yang dialami menjadikan lanjut usia digolongkan sebagai kelompok *At risk*. Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi rentan mengalami kondisi kesehatan yang buruk (Stanhope & Lancaster, 2002). *At risk* adalah kondisi yang mempengaruhi kondisi seseorang atau populasi untuk menjadi sakit atau sehat (Kaakinen, Hanson, Birenbaum dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Lansia sebagai populasi *at risk* memiliki beberapa faktor yang berpotensi meningkatkan risiko penyakit kronis seperti penyakit hipertensi. Pender (2002) mengategorikan faktor resiko

kesehatan antara lain genetis, usia, karakteristik biologi, kesehatan individu, gaya hidup, lingkungan. Persepsi kerentanan adalah pandangan individu tentang penyakit hipertensi pada lanjut usia. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang biasanya diderita oleh lanjut usia juga berisiko meningkatkan kerentanan dan diperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber-sumber, dan pelayanan yang tidak adekuat bagi lanjut usia maka dimasukkan dalam populasi vulnerable (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Kelompok rentan (vulnerable population) adalah bagian populasi yang lebih mudah untuk mengalami masalah kesehatan sebagai akibat terpapar risiko atau akibat buruk dari masalah kesehatan keseluruhan populasi (Stanhope & Lancaster, 2004; Leight, 2003).

Reaksi fisik yang ditunjukkan diantaranya muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan menggepal (Potter & Perry, 2005). Lansia akan cenderung lebih sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah, untuk menutupi rasa kecewa dan manifestasi kecemasannya terhadap akibat lanjut dari penyakit hipertensi. Menurut analisis peneliti bahwa semakin seseorang merasa terancam keselamatan atau terganggu kesehatannya, maka ada kecenderungan seseorang tersebut untuk patuh melakukan tindakan yang dapat mempertahankan kondisi kesehatannya, meningkatkan status kesehatannya dengan upaya-upaya preventif dan promotif.

Ancaman, keseriusan, kerentanan dan pertimbangan keuntungan dan kerugian ini dipengaruhi oleh:

- a) Variabel demografi yaitu usia, jenis kelamin, latar belakang budaya,
- b) Variabel sosiopsikologis yaitu kepribadian, kelas sosial, tekanan sosial
- c) Variabel struktural yaitu pengetahuan dan pengalaman tentang masalah. Kebutuhan terhadap kesehatan seseorang terbagi dua yaitu kebutuhan obyektif dan kebutuhan subyektif. Kebutuhan obyektif yaitu diidentifikasi oleh petugas kesehatan berdasarkan penilaian professional. Sedangkan kebutuhan subyektif yaitu kebutuhan yang didasarkan pada individu menentukan sendiri apakah dirinya memiliki penyakit, berdasarkan perasaan dan penilaiannya sendiri.

Beberapa konsep model teori HBM telah dilakukan adaptasi, menurut Rosenstock (1982), Sarafino (1990) dan Glans (2002). Berdasarkan konsep HBM seseorang akan bertindak bila ia merasakan suatu yang mengancam keselamatannya. Penilaian pertama adalah ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul. Hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berfikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman meningkat maka akan terjadi perilaku pencegahan. Penilaian kedua adalah perbandingan antara keuntungan dengan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan

melakukan atau tidak melakukan tindakan. Keseriusan ini ditambah dengan akibat dari suatu penyakit misalnya komplikasi, tingginya kematian akibat penyakit, penurunan fungsi fisik dan mental, kecacatan dan dampaknya terhadap kehidupan sosial. Persepsi kerentanan yang baik merupakan bentuk kewaspadaan responden terhadap penyakit yang dihadapi sehingga menimbulkan rasa kehati-hatian dalam menjaga dan mengelola agar tidak terserang penyakit hipertensi yang biasanya banyak diderita oleh lansia.

Penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi (2012) menemukan bahwa sebagian besar responden merasa rentan terhadap suatu penyakit yaitu sebanyak 58,8%. Berdasarkan perasaan rentan terhadap penyakit ini maka responden penelitian berupaya untuk melakukan pencegahan terhadap timbulnya penyakit tersebut. Berdasarkan hasil penelitian ini maka peneliti berpendapat bahwa persepsi kerentanan yang tidak baik dapat menyebabkan responden tidak mempunyai program dalam pencegah penyakit hipertensi. Lansia merasa bahwa dirinya bukanlah termasuk kelompok umur yang rentan terhadap penyakit hipertensi sehingga lansia cenderung mengabaikan penerapan pola hidup sehat seperti menerapkan pola makan, kurang olah raga dan sebagainya yang dapat menyebabkan resiko penyakit hipertensi.

2. Hubungan Keparahan atau ancaman yang dirasakan (*Perceived Severity*) dengan Kepatuhan Diet

Hasil penelitian bahwa responden yang memiliki persepsi hipertensi bukan penyakit yang serius dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 52,1% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi hipertensi penyakit yang serius dan tidak patuh terhadap diet hipertensi yaitu sebesar 63,6%.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,302$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Keparahan atau Ancaman Yang Dirasakan dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Muhamad Hasbi (2012), menunjukkan bahwa tidak hubungan antara persepsi keseriusan dengan kepatuhan penderita DM dalam melakukan olahraga. Hasil ini berbeda dengan konsep HBM yang mengatakan bahwa persepsi keseriusan merupakan kepercayaan individu terhadap keseriusan penyakit yang dihadapi. Kemungkinan faktor penyebab responden mempunyai persepsi sakit dalam konteks masyarakat, yaitu kondisi sakit adalah kondisi dimana individu tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari.

Persepsi keseriusan adalah perasaan seseorang berkaitan dengan keseriusan kondisi kesehatan atau penyakit. Persepsi keseriusan dirasakan (*perceived seriousness*) merupakan keyakinan seseorang tentang keseriusan atau keparahan penyakit. Persepsi keseriusan

sering didasarkan pada informasi medis atau pengetahuan, dan juga dapat berasal dari sebuah keyakinan seseorang atas penyakit tersebut, yaitu terkait keparahan dan dampak yang ditimbulkan terhadap kehidupan (Champion & Skinner, 2008). misalnya, kebanyakan orang menganggap penyakit flu sebagai penyakit yang relatif kecil. Namun, jika individu memiliki asma dan tertular flu, sehingga individu dirawat di rumah sakit, maka persepsi individu tersebut bahwa penyakit flu mungkin itu adalah penyakit yang serius.

Persepsi keseriusan penyakit DM yang dirasakan oleh populasi penderita DM mungkin dapat dirasakan setelah adanya komplikasi seperti adanya penyakit jantung, hipertensi, luka gangren dan pengetahuan penderita tentang penyakit DM sebagai penyakit yang harus mengkonsumsi obat terus menerus dan dialami seumur hidup. Persepsi keparahan merupakan penilaian individu mengenai seberapa serius kondisi dan konsekuensi yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut. Hal ini berdasarkan persepsi keparahan individu terhadap sakit yang dirasakan.

Tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit akan didorong pula oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Keseriusan ini ditambah dengan akibat dari suatu penyakit misalnya hipertensi menunjukkan gejala dan komplikasi akibatnya menyebabkan stroke, kecacatan dan dampaknya di kehidupan social. Persepsi keparahan menimbulkan

suatu pertanyaan dari dalam individu sendiri apakah suatu penyakit atau sakit yang diderita dapat menyebabkan kematian dan berakibat buruk. Persepsi keparahan ini penilaian individu mengenai seberapa parah dari suatu penyakit dan konsekuensi yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut. Kondisi ini kemudian akan memicu upaya individu untuk mencari pengobatan dan tindakan pencegahan penyakit yang didorong oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu (Kozier, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Marno (2012) menemukan bahwa sebagian besar responden penelitian memiliki persepsi keparahan yang tidak baik yaitu sebesar 63,3%. Persepsi keparahan yang tidak baik ini dapat dipahami karena dalam penelitian ini responden penelitian belum menderita hipertensi sehingga belum ada kekhawatiran yang kuat terhadap terjadinya komplikasi dari penyakit tersebut. Berdasarkan hasil penelitian ini maka peneliti berpendapat bahwa persepsi keparahan merupakan perasaan individu tentang keparahan penyakitnya dimana penyakit hipertensi ini dapat menyebabkan komplikasi terhadap penyakit lain. Lansia yang merasakan bahaya penyakit hipertensi dan adanya rasa ketakutan terhadap keparahan penyakit itu sendiri maka ada upaya yang keras dari lansia untuk melakukan pencegahan dengan baik.

Kholid, 2014 mengatakan seseorang percaya bahwa kesehatan dirinya dalam keadaan bahaya dan memiliki penyakit namun

tidak dirasakan gejalanya. Hal ini berkaitan dengan keyakinan secara khusus keyakinan dalam kerentanan. Selanjutnya dikatakan bahwa keseriusan yang dirasakan dapat dilihat dari kondisi sakit atau ketidaknyamanan yang timbul, kehilangan waktu kerja, kesulitan ekonomi dan penggunaan biaya akibat penyakitnya.

3. Hubungan Persepsi yang dirasakan (*Perceived Benefits*) dengan Kepatuhan Diet

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi tidak bermanfaat dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 53,1% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi bermanfaat dan tidak patuh terhadap diet hipertensi yaitu sebesar 62,5%.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,402$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Persepsi yang dirasakan dengan Kepatuhan Diet Penderita Hipertensi pada Lansia.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Muhamad Hasbi (2012), yang menyatakan bahwa hasil analisis hubungan antara persepsi manfaat ($p = 0.016$) menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan kepatuhan.

Notoadmojo (2010) mengemukakan perilaku merupakan suatu respon seseorang terhadap rangsangan. Respon dapat berbentuk respon pasif, yaitu respon yang terjadi di dalam diri manusia, dan

tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain seperti berpikir, sikap dan pengetahuan.

Persepsi manfaat merupakan penilaian individu mengenai keuntungan yang didapat dengan mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan. Persepsi rintangan adalah penilaian individu mengenai besar hambatan yang ditemui untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan, seperti hambatan finansial, fisik, dan psikososial. Hal ini berkaitan dengan adanya suatu hambatan yang dirasakan oleh individu untuk mendapatkan kesehatan. Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut. Misalnya menahan diri tidak merokok untuk mencegah komplikasi hipertensi serta mempertahankan berat badan.

HBM berpandangan bahwa perilaku individu bergantung pada dua variabel yaitu nilai yang ditempatkan individu pada hasil tertentu dan perkiraan individu tentang hasil yang diakibatkan dari tindakan yang ditentukan (Erackel, et al, 1984 dalam Stanley & Beare, 2006). Pertimbangan keuntungan manfaat tindakan minus hambatan yang ada dalam melakukan tindakan perubahan perilaku kesehatan antara lain

adanya faktor eksternal penyebab hipertensi yang dapat diubah (gaya hidup), upaya pengelolaan secara farmakologis dan non farmakologis, dampak kesehatan yang diperoleh adalah meningkatkan harapan hidup dan status kesehatan lanjut usia, kepatuhan bisa diupayakan dan ditingkatkan, memanfaatkan sumber ekonomi keluarga dan fasilitas keluarga sesuai kondisi ekonomi, dan adanya upaya pencegahan yang bisa dilakukan (Stanley & Beare, 2006).

Persepsi manfaat merupakan penilaian individu mengenai keuntungan yang didapat dengan mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan dan persepsi rintangan adalah penilaian individu mengenai besar hambatan yang ditemui untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan, seperti hambatan finansial, fisik, dan psikososial. Hal ini berkaitan dengan adanya suatu hambatan yang dirasakan oleh individu untuk mendapatkan kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Widodo (2009) menemukan bahwa pada persepsi manfaat sebagian besar responden (71,4%) mempunyai tingkat persepsi manfaat pencegahan penyakit kategori rendah dan 28,6 % dalam kategori tinggi. Notoatmodjo (2010) mengemukakan perilaku merupakan suatu respon seseorang terhadap rangsangan. Respon dapat berbentuk respon pasif, yaitu respon yang terjadi didalam diri manusia, dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain seperti berpikir, sikap dan pengetahuan.

Keyakinan dan persepsi dapat dikaitkan dengan motivasi seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Keyakinan responden tentang manfaat yang diperoleh dengan mematuhi terapi medikasi sesuai anjuran medis menunjukkan positif, yang artinya responden meyakini ada manfaat yang diperoleh ketika patuh menjalankan terapi medikasi sesuai anjuran medis, namun faktanya tingkat kepatuhan menjalankan terapi medikasi masih rendah.

Rosenstock (2004) mengemukakan bahwa individu dalam mengadopsi perilaku baru, individu membutuhkan kepercayaan akan besarnya manfaat yang diperoleh dan kepercayaan akan adanya hambatan yang menghalangi adopsi perilaku. Pada umumnya, manfaat tindakan lebih menentikan daripada rintangan atau hambatan yang mungkin ditemukan. Seseorang mungkin merasakan manfaat terhadap suatu perilaku tertentu tetapi pada saat yang sama mereka juga mungkin merasakan hambatan untuk melakukannya.

4. Hubungan Persepsi halangan (*Perceived Barriers*) dengan Kepatuhan Diet

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi ada hambatan dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 53,1% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi tidak ada hambatan dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 56,8 %.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,402$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Persepsi halangan dengan Kepatuhan Diet Penderita Hipertensi pada Lansia.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Muhamad Hasbi (2012), yang menyatakan bahwa hasil analisis hubungan antara persepsi hambatan ($p = 0.002$) menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan kepatuhan.

Persepsi rintangan adalah penilaian individu mengenai besar hambatan yang ditemui untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan, seperti hambatan finansial, fisik, dan psikososial. Hal ini berkaitan dengan adanya suatu hambatan yang dirasakan oleh individu untuk mendapatkan kesehatan. Apabila individu merasa dirinya rentan untuk penyakit-penyakit yang dianggap gawat (serius), ia akan melakukan suatu tindakan tertentu. Tindakan ini akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut. Misalnya menahan diri tidak merokok untuk mencegah komplikasi hipertensi serta mempertahankan berat badan. Sedangkan rintangan meliputi biaya, kesusahan, hal yang tidak menyenangkan dan perubahan gaya hidup.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Trost, et al (2002) yang menyatakan bahwa persepsi hambatan mempunyai hubungan yang kuat terhadap kepatuhan dalam olahraga. Rosenstock (2004) mengemukakan bahwa individu dalam mengadopsi perilaku baru, individu membutuhkan kepercayaan akan adanya hambatan yang menghalangi adopsi perilaku. Pada umumnya, manfaat tindakan lebih menentikan daripada rintangan atau hambatan yang mungkin ditemukan. Seseorang mungkin merasakan manfaat terhadap suatu perilaku tertentu tetapi pada saat yang sama mereka juga mungkin merasakan hambatan untuk melakukannya. Persepsi hambatan merupakan aspek negatif yang terdapat pada suatu tindakan kesehatan tertentu, yang mungkin menjadi penghalang untuk melakukan perilaku pencegahan penyakit, misalnya rasa malu, takut, rasa sakit (Odgen, 1996).

Hasil penelitian Marno (2012) menemukan bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi hambatan yang tidak baik yaitu sebanyak 56,7%. Hal ini menunjukkan bahwa responden penelitian tidak mampu mempersepsikan hambatan yang dapat digunakan untuk melakukan pengelolaan terhadap suatu penyakit dengan baik.

Persepsi hambatan ini merupakan penilaian individu mengenai besar hambatan yang ditemui untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang disarankan, seperti hambatan finansial, fisik, dan psikososial. Hal ini berkaitan dengan adanya hambatan-hambatan yang dirasakan oleh individu untuk mendapatkan kesehatan. Persepsi hambatan

merupakan bentuk terakhir dari teori HBM yaitu merupakan persepsi terhadap hambatan yang akan dihadapi dari tindakan atau perilaku kesehatan. Suatu tindakan bisa saja tidak diambil oleh seseorang, meskipun individu tersebut percaya terhadap keuntungan mengambil tindakan tersebut. Hal ini bisa saja disebabkan oleh hambatan. Hambatan mengacu pada karakteristik dari pengukuran sebuah pencegahan seperti merepotkan, mahal, tidak menyenangkan atau bahkan menyakitkan. Karakteristik ini dapat menyebabkan individu menjauhi tindakan yang diinginkan untuk dilaksanakan (Notoatmodjo, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Marno (2012) menemukan bahwa persepsi hambatan berhubungan secara bermakna dengan praktik diet sebagai upaya pencegahan penyakit diabetes. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi persepsi seseorang tentang hambatan yang dihadapi maka dapat mempengaruhi tindakan yang akan dilakukannya.

Berdasarkan hasil penelitian maka peneliti berpendapat bahwa lansia dalam melakukan pencegahan hipertensi akan menemui hambatan yang besar karena banyak faktor yang mempengaruhi atau menghambat tindakan lansia untuk melakukan pencegahan hipertensi seperti kebiasaan merokok, selera makan yang lebih suka rasa asin, malas untuk berolah raga dan sebagainya, serta jauhnya jarak pelayanan kesehatan dan faktor ekonomi. Sehingga kuncinya

adalah bagaimana penderita mampu mempersepsikan hambatan ini dengan baik sehingga timbul kepatuhan yang tinggi terhadap upaya pencegahan hipertensi.

5. Hubungan Isyarat untuk bertindak (*Cues to action*) dengan Kepatuhan Diet

Hasil penelitian bahwa responden yang memiliki persepsi tidak ada pemicu dan tidak patuh terhadap diet hipertensi sebesar 50,9% lebih kecil dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi ada pemicu dan tidak patuh terhadap diet hipertensi yaitu sebesar 67,9%.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p = 0,144$ yaitu berarti tidak ada hubungan antara Isyarat untuk bertindak dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia.

Isyarat untuk bertindak adalah sebuah peringatan terhadap suatu masalah kesehatan yang mempunyai potensi untuk meningkatkan keyakinan manusia agar mereka mempersepsikan hal tersebut sebagai sebuah ancaman yang dapat membahayakan kesehatannya, sehingga dapat mendorong mereka untuk melakukan tindakan pencegahan.

Isyarat untuk bertindak adalah mempercepat tindakan yang membuat seseorang merasa butuh mengambil tindakan atau melakukan tindakan nyata untuk melakukan perilaku sehat. Isyarat untuk bertindak juga berarti dukungan atau dorongan dari lingkungan

terhadap individu yang melakukan perilaku sehat (Weinberger at al., 1981; Stacy & Llyod, 1990 dalam Subagiyo, 2014). Cues to action antara lain meliputi penyakit dari anggota keluarga (illness of a family member), laporan media (media reports) (Graham, 2002), kampanye media massa, saran dari orang lain, dan nasehat dari petugas kesehatan (Ali, 2002).

Dukungan keluarga merupakan proses yang terjadi selama masa hidup dengan sifat dan tipe dukungan yang bervariasi meliputi dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian (Friedman, 2010). Dukungan tersebut membentuk satu kesatuan dukungan keluarga terutama bagi anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan seperti hipertensi. Horner, (1997) mengemukakan bahwa keberadaan penyakit kronis pada keluarga merupakan sumber stressor keluarga, sehingga keluarga ikut berperan dalam mengatasi hal tersebut. Keluarga menjadi sangat penting terutama memberikan dukungan bila salah satu anggota mengalami penyakit kronis. Model perawatan penyakit kronik pada keluarga memandang bahwa kondisi kronik merupakan suatu kondisi yang membutuhkan dukungan untuk mencapai manajemen diri penderita dengan baik (Kaakinen, Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

Menurut Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (2010) bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas sosial ekonomi. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat

pendapatan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

V.5 Keterbatasan dan Hambatan Penelitian

V.5.1 Keterbatasan Penelitian

1. Belum ada instrumen baku dalam penelitian sehingga instrumen dalam penelitian ini disusun sesuai sendiri oleh peneliti berdasarkan literatur yang didapatkan mengenai kepatuhan diet penderita hipertensi, sehingga kuisioner yang dibuat peneliti memungkinkan banyak ditemukan kelemahan.
2. Pada penelitian ini untuk kategori faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pada hipertensi masih menggunakan kategori umum untuk mengukur perilaku.

V.5.1 Hambatan Penelitian

1. Adanya hambatan dalam hal pendengaran untuk beberapa lansia terkendala karena kondisi kesehatan dan usia.
2. Responden kesulitan dalam mengisi kuisioner (mengingat-ingat pelaksanaan diet yang pernah dijalani).

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

VI.1 Kesimpulan

1. Tidak ada hubungan antara *Perceived Susceptibility* dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia dengan nilai $p = 0,483$.
2. Tidak ada hubungan antara *Perceived Severity* dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia dengan nilai $p = 0,302$.
3. Tidak ada hubungan antara *Perceived Benefit* dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia dengan nilai $p = 0,402$.
4. Tidak ada hubungan antara *Perceived Barrier* dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia dengan nilai $p = 0,402$.
5. Tidak ada hubungan antara *cues of action* dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia dengan nilai $p = 0,144$.
6. Ada hubungan antara *Self Efficacy* dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Lansia dengan nilai $p = 0,034$.

VI.2 Saran

1. Bagi Puskesmas
Bagi Puskesmas hendaknya mengadakan penyuluhan/sosialisasi tentang pentingnya patuh akan meminum obat hipertensi.
2. Bagi Peneliti Selanjutnya
Diharapkan dapat mencari aspek-aspek lain yang berkaitan dengan upaya-upaya meningkatkan kesadaran lansia untuk patuh meminum obat hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agrina, Rini SS, Hairitama R. 2011. Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi dalam Pemenuhan Diet Hipertensi. *Universitas Riau*. Vol 6, No 1, April 2011: 46 – 53
- Agus Riyanto. 2009 *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Arista, N. (2014). *Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet pasien hipertensi*. Jurnal Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang. ISSN 2252-6528
- Badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian RI. (2014). *Riset Kesehatan Dasar*. Laporan Nasional
- Evanytha. 2004. *Pengaruh komponen health belief model dan dukungan social terhadap kepatuhan medis pada individu pengidap hipertensi*. Tesis Universitas Indonesia.
- Friedman, M. 2010. Buku *Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC
- Hayden J. 2014. *Introduction to Health Behavior Theory, Second Edition*. William Brottmiller. United States of America.
<https://books.google.co.id/books?id=9YZSAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Joanna+Aboyoun+Hayden%22&hl=en&sa=X&ei=B7VzVdgoIMqLuATiroKQCA&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>
- Hasbi, 2012. *Analisi Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penderita Diabetes Melitus dalam Melakukan Olahraga Di Wilayah Kerja Puskesmas Praya Lombok Tengah*. Skripsi. Poltekes Kemenkes Mataram.

- Kuswardhani T. 2006. *“Penatalaksanaan Hipertensi Pada Lanjut Usia”*. Jurnal. Denpasar : Unud.
- MNT (MedicalNewsToday). 2015. *Hypertension: Causes, Prevention and Treatment*.
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/150109.php>
- Novian A. 2013. *Faktor Yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diit Pasien Hipertensi*. Skripsi.
Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri
Semarang.
- Notoadmojo S. 2010. *Metode Penelitian Kesehan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Asdi Mahasatya
- Nugraheni, Meilina Suryan dari, Ronny Aruben. 2008. Pengendalian Faktor Determinan Sebagai
Upaya Penatalaksanaan Hipertensi di Tingkat Puskesmas. *Jurnal Manajemen
Pelayanan Kesehatan*. Vol. 11, No. 4
- Nuraisa R, 2012 . *Hubungan gaya hidup dan kepribadian dengan kejadian hipertensi di wilayah
kerja uptd puskesmas majalengka Kabupaten Majalengka*. Skripsi S-1
KEPERAWATAN STIKes YPIB Majalengka.
- Potter, J. F (2006). *Brocklehurst’s Text Book Of Geriatric Medicine And Gerontology (6thEd)*.
New York ; Churchill Livingstone.
- Sholihah M. 2014. *Gambaran Peluang Perubahan Perilaku Merokok dengan Health Belief
Model pada pasien hipertensi di Puskesmas Ciputat, Tangerang Selatan*. Skripsi
pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Syarif
Hidayatullah Jakarta.

- Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed.8, Vol. 1,2)*, Alih bahasa oleh Agung Waluyo...(dkk), EGC, Jakarta.
- Stanhope, M. dan Lancaster, J. 2004. *Foundations of Nursing in the Community*. 4th ed. Elsevier: America.
- Stanley, M. dan Beare, P.G. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Dialih bahasakan oleh Nety Juniarti, S. Kp, Sari Kurnianingsih, S.Kp. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran ECG.
- Stockslager, J.L. dan Schaeffer, L. 2008. *Asuhan Keperawatan Geriatrik*. Dialih bahasakan oleh Nike Budhi Subekti. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran ECG.
- Suparyanto, 2010. Teori Motivasi
<https://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/>
- Widyaningrum S. 2012. *Hubungan antara Konsumsi Makanan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia*. Skripsi Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
- WHO. 2013.WHO: 1 Miliar Orang di Dunia Alami Hipertensi.
<http://m.voaindonesia.com/a/who-1-miliar-orang-di-dunia-alami-hipertensi/1636680.html>
- WHO. 2013.Tahun 2025, 30 Persen Penduduk Dunia Hipertensi.
<http://internasional.kompas.com/read/2013/04/05/04100945/Tahun.2025.30.Persen.Penduduk.Dunia.Hipertensi>
- WHO. 2015. Global Health Observatory (GHO) data Raised blood pressure Situation and trends.http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_text/en/