





HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ani Nuraeni
NPM : 1006833546
Tanda Tangan : 
Tanggal : 18 Januari 2013

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Ani Nuraeni
NPM : 1006833546
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Jusul Tesis : Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Pengaji dan merupakan bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D (.....)

Pembimbing II : Etty Rekawati, S.Kp., M.KM. (.....)

Pengaji : Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom (.....)

Pengaji : R. Siti Maryam, M.Kep., Ns. Sp.Kep.Kom (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 18 Januari 2013

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama	:	Ani Nuraeni
NPM	:	1006833546
Program Studi	:	Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan	:	Keperawatan Komunitas
Fakultas	:	Ilmu Keperawatan
Jenis Karya	:	Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN STRATEGI KOPING KELUARGA DENGAN PERAWATAN HIPERTENSI OLEH LANSIA DI KELURAHAN CISALAK PASAR KECAMATAN CIMANGGIS KOTADEPOK

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal: 18 Januari 2013
Yang menyatakan,



(Ani Nuraeni)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena dengan rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “**Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok**”. Adapun tujuan penulisan tesis ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Program Pascasarjana Universitas Indonesia.

Dalam penulisan tesis ini penulis mendapatkan kesulitan dan hambatan namun berkat bimbingan, bantuan dari berbagai pihak, akhirnya tesis ini dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat: Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D, selaku Pembimbing I dan Etty Rekawati, S.Kp., MKM, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dalam penyusunan tesis ini. Tak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang membantu dalam penyelesaian tesis ini yaitu kepada yang terhormat:

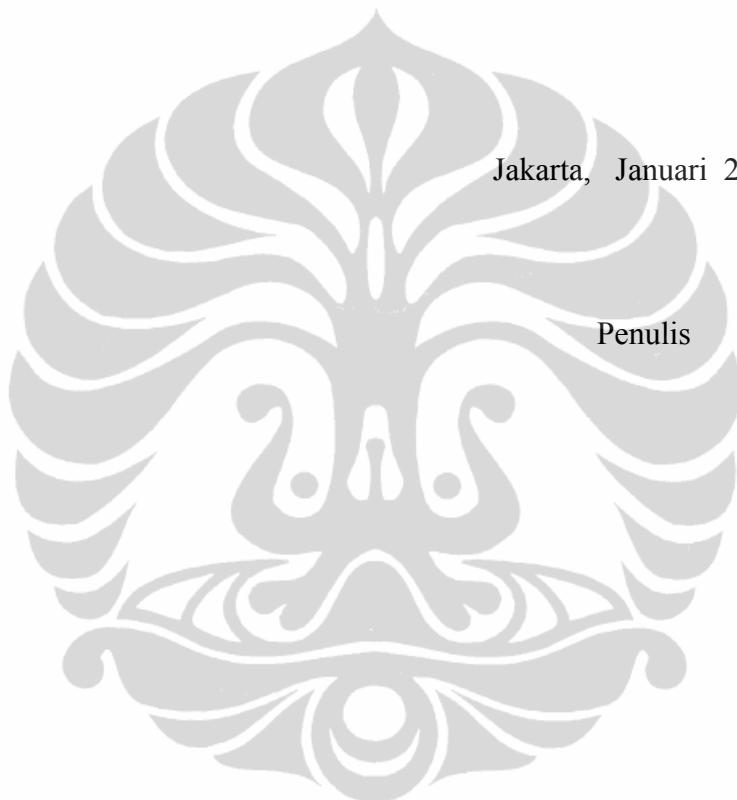
1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN, selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN, selaku Pembimbing Akademik.
4. Staf Pengajar dan Staf Administrasi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmu dan bantuan selama mengikuti proses belajar mengajar.
5. Masyarakat Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
6. Direktur dan Staf Akademi Keperawatan Fatmawati yang telah membantu dalam proses studi.
7. Kedua orang tua, Suamiku Harris Munandar dan Anakku tercinta Naura Khalila Aika yang selama ini memberikan dukungan baik moril dan materiil.

8. Teman-teman program magister ilmu keperawatan peminatan komunitas angkatan genap 2010 yang telah memberikan bantuan dan motivasi.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan dan penyempurnaan tesis ini.

Jakarta, Januari 2013

Penulis



ABSTRAK

Nama : Ani Nuraeni
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
Judul : Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Strategi coping keluarga merupakan perilaku keluarga mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik dan strategi coping keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Penelitian menggunakan pendekatan desain deskriptif korelasi. Besar sampel 136 keluarga dengan lansia hipertensi, dipilih secara *proportional cluster sampling*. Hasil penelitian menunjukkan strategi coping keluarga (hubungan/kebersamaan keluarga; kognitif; komunikasi; dukungan social); dan dukungan spiritual berhubungan secara bermakna dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Dukungan sosial merupakan strategi coping yang paling dominan. Penelitian ini merekomendasikan perlu dilaksanakannya promosi kesehatan, pemberdayaan keluarga, pembentukan support group dan pemberdayaan masyarakat dengan pelibatan kader dalam meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia.

Kata Kunci : Karakteristik Keluarga, Strategi Koping, Keluarga, Perawatan Hipertensi, Lansia.

ABSTRACT

Name : Ani Nuraeni
Study Program : Master of Nursing, Community Health Nursing Specialisation
Faculty of Nursing, Universitas Indonesia
Title : The relationship of family with elderly hypertension's characteristics and coping strategies in Kelurahan Cisalak Pasar Cimanggis Depok

Family behaviors in addressing family members' health problems are known as family coping strategies. The study purposes to determine the relationship of family characteristics and coping strategies with hypertension treatment by the elderly. A descriptive correlation design applied to 136 families with elderly hypertensive that chosen by proportional cluster sampling. The results indicate relationship/family togetherness; cognitive; communication, social support and spiritual support were significantly associated with the treatment of hypertension by elderly. The most dominant coping strategy is a social support. The study results recommend a provision of health promotion; family empowerment; family support group and empowering health volunteers are needed.

Keywords: Family Characteristics, Family Coping Strategies, Treatment of Hypertension, the Elderly.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN/SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1: PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan Penelitian.....	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
BAB 2: TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....	13
2.1 Agregat Lansia sebagai Populasi Beresiko (<i>at Risk</i>) dan Rentan (<i>Vulnerable</i>).....	13
2.2 Perawatan Hipertensi pada Lansia di Rumah.....	21
2.3 Karakteristik Keluarga.....	27
2.4 Strategi Koping Keluarga.....	30
BAB 3: KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI	
OPERASIONAL.....	39
3.1 Kerangka Konsep.....	39
3.2 Hipotesis.....	41
3.3 Definisi Operasional.....	42
BAB 4: METODOLOGI PENELITIAN.....	48
4.1 Desain Penelitian.....	48
4.2 Populasi dan Sampel.....	48

4.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	51
4.4 Tempat dan Waktu Penelitian.....	52
4.5 Etika Penelitian.....	52
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	56
4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	60
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	64
4.9 Pengolahan dan Analisis Data.....	66
BAB 5 : HASIL PENELITIAN.....	69
5.1 Karakteristik Keluarga.....	69
5.2 Strategi Koping Keluarga.....	70
5.3 Perilaku Perawatan Hipertensi pada Lansia.....	71
5.4 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Perilaku Perawatan Hipertensi pada Lansia.....	71
5.5 Hubungan Strategi Koping Keluarga dengan Perilaku Perawatan Hipertensi pada Lansia.....	73
5.6 Analisis Multivariat.....	76
BAB 6 : PEMBAHASAN.....	83
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	83
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	110
6.3 Implikasi Hasil Penelitian.....	110
BAB 7 : SIMPULAN DAN SARAN.....	115
7.1 Simpulan.....	115
7.2 Saran.....	117

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	43
Tabel 4.1	Tabel <i>Proportional Cluster Sampling</i>	52
Tabel 4.2	Analisis Data.....	68
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Karakteristik Keluarga Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	69
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Strategi Koping Keluarga Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	70
Tabel 5.3	Distribusi Responden Menurut Perilaku Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	71
Tabel 5.4	Distribusi Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Perilaku Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	72
Tabel 5.5	Distribusi Hubungan Strategi Koping Keluarga dengan Perilaku Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	74
Tabel 5.6	Nilai p <i>Value</i> Hasil Seleksi Bivariat.....	77
Tabel 5.7	Hasil Analisis Multivariat Hubungan Tipe Keluarga, Suku, Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga, Strategi Kognitif, Strategi Komunikasi, Strategi Dukungan Sosial dan Strategi Dukungan Spiritual dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	78
Tabel 5.8	Nilai p <i>Value</i> dalam Urutan Pemodelan.....	80
Tabel 5.9	Hasil Analisis Multivariat Hubungan Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga dan Strategi Dukungan Sosial dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	80
Tabel 5.10	Hasil Uji Interaksi Hubungan Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga dan Strategi Dukungan Sosial dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	81
Tabel 5.11	Pemodelan Akhir Hasil Analisis Uji Interaksi Hubungan Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga dan Strategi Dukungan Sosial dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar.....	81

DAFTAR BAGAN/SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori.....	38
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	40



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kisi-Kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 2 Kuesioner Demografi/ Karakteristik Keluarga
- Lampiran 3 Kuesioner Strategi Koping Keluarga
- Lampiran 4 Kuesioner Perawatan Hipertensi pada Lansia
- Lampiran 5 Formulir Informasi Penelitian (*Inform Consent*)
- Lampiran 6 Surat Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden Penelitian
- Lampiran 7 Surat Lolos Uji Etik dari Komite Etik Keperawatan
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 9 Surat Izin dari Dinas Kesehatan Kota Depok
- Lampiran 10 Surat Izin dari Kesbangpol dan Linmas Kota Depok
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian terkait dengan karakteristik keluarga, strategi coping keluarga dan perawatan hipertensi oleh lansia.

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan nasional Indonesia bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, pembangunan kesehatan dilaksanakan secara terarah, berkesinambungan dan realistik (SKN, 2009). Saat ini pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan secara berkesinambungan tersebut sudah dapat terlihat keberhasilannya dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Peningkatan status kesehatan masyarakat terjadi karena semakin meningkatnya pelayanan kesehatan, perbaikan gizi dan sanitasi, serta meningkatnya pengawasan terhadap penyakit infeksi (Nugroho, 2008). Kemajuan di bidang pelayanan kesehatan, meningkatnya sosial ekonomi masyarakat dan semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat yang berdampak pada peningkatan kesejahteraan rakyat akan meningkatkan usia harapan hidup (Kemenkokesra, 2012).

Usia harapan hidup merupakan salah satu indikator atau penilaian derajat kesehatan suatu negara dan digunakan sebagai acuan dalam perencanaan program-program kesehatan. Usia harapan hidup ini disebut juga lama hidup manusia didunia (Wijaya, 2011). Usia harapan hidup dunia pada tahun 2009 rata-rata sebesar 66,57 tahun dengan besaran usia harapan hidup laki-laki adalah 64,52 tahun dan perempuan sebesar 68,76 tahun. Berdasarkan data Kemenkokesra (2012) diperoleh usia harapan hidup penduduk Indonesia tahun 2010 adalah rata-rata 70,7 tahun. Rata-rata usia harapan hidup tersebut sudah mengalami peningkatan dibandingkan usia harapan hidup penduduk

Indonesia pada tahun 2004 yang mencapai 68,6 tahun dan 70,5 tahun pada tahun 2007 (SKN, 2009). Dampak meningkatnya usia harapan hidup tersebut adalah meningkatkan jumlah penduduk yang berusia lanjut.

Lanjut usia menurut Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Populasi penduduk lansia di Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan yaitu jumlah penduduk lansia pada tahun 2006 sebesar kurang lebih 19 juta (8,9%), pada tahun 2010 sebesar 23,9 juta (9,77%), dan pada tahun 2020 diperkirakan sebesar 28,8 juta (11,34%). Berdasarkan hasil survei nasional pada tahun 2010 oleh Badan Pusat Statistik Indonesia didapatkan bahwa jumlah penduduk Indonesia sebanyak 237,5 juta jiwa dengan jumlah lansia berusia 59 – 75 tahun sebanyak 23,992 juta jiwa.

Lansia merupakan kelompok berisiko (*at risk populations*) yaitu populasi yang memiliki faktor risiko dan berpotensi tinggi untuk terpapar atau kemungkinan besar menderita suatu penyakit dibandingkan dengan yang lainnya (Stanhope & Lancaster, 2004). Faktor yang mempengaruhi kelompok risiko terdiri dari risiko biologis/faktor genetik, risiko perilaku atau gaya hidup, risiko lingkungan yang meliputi lingkungan fisik, ekonomi dan sosial. (Lundy & Janes, 2009; Stanhope & Lancaster, 2004).

Risiko biologis pada lansia disebabkan adanya perubahan biologis akibat proses penuaan khususnya pada sistem kardiovaskuler yaitu serabut kolagen pada pembuluh darah mengalami penebalan dan elastisitas pembuluh darah menjadi menurun sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah yang menyebabkan resistensi perifer (Stockslager & Schaeffer, 2008; Miller 2004) namun berdasarkan hasil penelitian 70-80% kasus hipertensi dapat disebabkan karena adanya faktor genetik yaitu apabila kedua orang tuanya menderita hipertensi maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan bila salah satu orang tuanya yang menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya (Anggraini, Waren, Situmorang, Asputra, Siahaan, 2009; Davidson, dalam Dirjen P2PL, 2006,; Tjokronegoro, 2004).

Berdasarkan teori konsekuensi fungsional Miller (2004) adanya perubahan biologis pada sistem kardivaskuler dan faktor genetik yang disertai dengan faktor risiko gaya hidup (risiko perilaku) seperti kurang olahraga/ aktivitas fisik, memiliki berat badan yang berlebihan (obesitas), diet tinggi garam, diet tinggi lemak, kebiasaan merokok, dan mengkonsumsi alkohol dapat menyebabkan terjadinya penyakit hipertensi (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2011; Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011; Mauk, 2010; Stockslager & Schaeffer, 2008; Tjokronegoro, 2004; Miller, 2004).

Risiko lingkungan baik sosial dan ekonomi terjadi karena lansia yang sebelumnya berkerja, maka harus dapat menyesuaikan diri dengan masa pensiun, penghasilan menurun, disisi lain biaya hidup meningkat dan tambahan biaya pengobatan apabila menderita penyakit kronis seperti hipertensi, kesepian akibat isolasi dari lingkungan sosial, kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga, hubungan keluarga yang kurang harmonis, kurangnya dukungan sosial, kematian pasangan hidup, stres akibat perubahan dalam hidup yang dapat mengakibatkan kecemasan, kemarahan, dan depresi (Watson, 2003; Mubarok, Santoso, Rozikin, & Patonah, 2006; Miller, 2004).

Faktor risiko biologis, sosial, ekonomi, gaya hidup, dan perubahan/kejadian dalam hidup yang sudah diuraikan diatas apabila disertai adanya keterbatasan sumber daya, kemiskinan akibat kehilangan pekerjaan atau penurunan pendapatan, kurangnya dukungan sosial, meningkatnya penyakit kronik sesuai hasil penelitian menyatakan lebih dari 4 sampai 5 lansia minimal mengalami 1 penyakit kronik, serta akses pelayanan kesehatan yang terbatas menyebabkan lansia sebagai kelompok risiko berubah menjadi kelompok rentan/ *vulnerable* (Flaskerud & Winslow, 1998; dalam Stanhope & Lancaster, 2004; Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Hipertensi dalam jangka waktu lama, pada sebagian kasus penyakit baru disadari oleh penderita setelah mengalami komplikasi pada organ-organ vital seperti jantung, otak dan ginjal. Berdasarkan data WHO tahun 2002

didapatkan jumlah kasus penderita hipertensi di dunia diperkirakan sebanyak 600 juta dan kasus kematian akibat hipertensi adalah 7.14 juta jiwa. Pada tahun 2002 pada kelompok usia lebih dari 60 tahun kematian akibat hipertensi mencapai 735 per 100.000 penduduk. Hasil survei epidemiologi di USA dan Eropa didapatkan data bahwa prevalensi hipertensi pada lansia adalah 53% sampai dengan 72% dari jumlah populasi lansia (Babatsikou & Zavitsanou, 2010). Sedangkan berdasarkan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 penyebab kematian pada lansia akibat hipertensi di Indonesia menduduki urutan tertinggi keempat (7,7%) untuk lansia berjenis kelamin laki-laki dan urutan tertinggi kedua (11,2%) untuk lansia berjenis kelamin perempuan (Balitbangkes, 2008).

Allender, Rector dan Warner (2010) menuliskan bahwa hipertensi merupakan penyakit kronis yang sering terjadi pada orang yang berusia lebih dari 65 tahun. Sekitar 70% dari lansia yang berusia 65 tahun atau lebih telah terdiagnosa hipertensi. Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah persisten dimana hasil pengukuran tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Smeltzer & Bare, 2002).

Data yang tertulis dalam laporan hasil Riskesdas tahun 2007 didapatkan bahwa salah satu penyakit yang sering dijumpai dan mengalami peningkatan seiring dengan pertambahan usia adalah hipertensi. Prevalensi nasional penyakit hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan yaitu 7,2% dan prevalensi di Jawa Barat sekitar 8,8%. Sedangkan berdasarkan data laporan Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Kementerian Kesehatan (2011) didapatkan bahwa pada tahun 2010 prevalensi nasional penyakit hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah sebesar 31,7% dan prevalensi di Jawa Barat sebesar 38,2%. Hal ini menunjukkan masih banyak penderita hipertensi yang belum terdiagnosis dan belum melakukan pengobatan.

Mengingat kejadian hipertensi pada lansia di Indonesia cukup tinggi maka diperlukan peran perawat. Upaya yang dapat dilakukan perawat yaitu memberikan perawatan hipertensi yang dilakukan dengan cara

mengendalikan faktor risiko melalui pemantauan tekanan darah secara teratur, pengaturan diet hipertensi, melakukan aktifitas olah raga secara teratur dan melakukan manajemen stress. Pengaturan diet hipertensi dapat dilakukan dengan melakukan pembatasan natrium (garam dapur), hal ini terbukti efektif menurunkan tekanan darah pada 60% pasien (Agoes, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Harnden dan Hodson (2009) menyatakan bahwa pendekatan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) secara signifikan menurunkan tekanan darah sistolik 4.6 mmHg dan diastolik 3.9 mmHg.

Perawatan hipertensi lain yaitu melakukan olahraga secara teratur sehingga memperbaiki aliran darah dan membantu mengurangi frekuensi denyut jantung dan tekanan darah (Agoes, 2011). Hasil penelitian Alparslan dan Akdemir (2010) menyatakan bahwa jalan kaki dan latihan relaksasi merupakan intervensi yang efektif untuk menurunkan tekanan darah. Manajemen stres direkomendasikan menjadi salah perawatan hipertensi karena berdasarkan hasil penelitian Dusek, dkk (2008) manajemen stres dapat menurunkan tekanan darah lebih dari 9 mmHg. Perawatan lainnya adalah dengan melakukan pemantauan tekanan darah secara teratur. Berdasarkan hasil riskesdas (2007) penderita hipertensi yang sudah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan dan melakukan pengobatan dan pemantauan tekanan darah sekitar 7,6%. Pinzon (2008) dalam penelitiannya menyatakan upaya pengendalian tekanan darah di Yogyakarta baru dilakukan sekitar 71%. Berdasarkan penelitian tersebut membuktikan bahwa upaya pengendalian hipertensi khususnya pada lansia masih rendah, sehingga diperlukan berbagai upaya untuk meningkatkan pengendalian hipertensi pada lansia.

Salah satu upaya untuk meningkatkan pengendalian hipertensi pada lansia yaitu lansia membutuhkan dukungan dan motivasi dari berbagai pihak khususnya keluarga. Hal ini disebabkan karena keluarga merupakan sumber utama konsep sehat sakit dan perilaku sehat serta keluarga memiliki pengaruh yang besar pada kesehatan fisik anggota keluarganya (Campbell, 2000 dalam

Friedman, Bowden, Jones, 2010). Adanya stresor keluarga akibat salah satu anggota keluarga menderita penyakit kronik seperti hipertensi membuat keluarga harus beradaptasi dalam upaya mempertahankan, melanjutkan dan pertumbuhan keluarga sehingga memerlukan strategi coping. Strategi coping berfungsi sebagai proses atau mekanisme yang memfasilitasi fungsi keluarga. Apabila strategi coping keluarga tidak efektif maka fungsi-fungsi keluarga seperti fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dan perawatan kesehatan tidak dapat dicapai secara adekuat (Friedman, Bowden, Jones, 2010).

Strategi coping keluarga merupakan perilaku yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi perubahan yang terjadi dalam kehidupan dan merupakan upaya dalam menyelesaikan masalah untuk menghadapi tantangan dalam kehidupan. Keluarga dapat menggunakan strategi coping yang relatif tetap sepanjang waktu atau dapat mengubah strategi kopingsnya ketika terdapat tuntutan baru yang tidak dapat diselesaikan dengan strategi coping sebelumnya. Keberhasilan strategi coping yang digunakan oleh keluarga bergantung pada kemampuan keluarga dalam menghadapi stress yang dialami (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2010).

Strategi coping yang dapat digunakan keluarga dapat berasal dari sumber internal dan eksternal. Kozier, Erb, Berman, dan Synder, (2010) dan Friedman, Bowden, dan Jones (2010) menjelaskan sumber internal terdiri dari rasa kebersamaan dan satu tujuan yang dapat membantu dalam menyelesaikan masalah (strategi hubungan keluarga), pengetahuan dan keterampilan (strategi kognitif), pengetahuan merupakan faktor yang paling berhubungan terhadap kepatuhan lansia (Suhadi, 2011), strategi lainnya adalah pola komunikasi efektif (strategi komunikasi). Komunikasi keluarga mempengaruhi kesehatan fisik dan mental keluarga serta mempengaruhi dalam proses pengambilan keputusan (Kaakinen & Duff, 2010).

Sumber eksternal strategi coping keluarga meliputi dukungan keluarga besar, teman, pemberi layanan kesehatan profesional (strategi dukungan sosial). Herlinah (2011) menjelaskan dukungan keluarga sangat diperlukan oleh

lansia dalam mengendalikan hipertensi sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia. Hasil penelitian Sabri (2002) mengidentifikasi lansia yang mendapat dukungan keluarga yang optimal cenderung memiliki status kesehatan fisik dan psikososial yang sehat dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan keluarga. Suhadi (2011) menjelaskan bahwa kelompok lansia yang mendapatkan dukungan keluarga yang kuat memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan keluarga. Strategi coping lainnya adalah perkumpulan religius (strategi dukungan spiritual). Lansia yang memanfaatkan dan mendapatkan dukungan spiritual dengan terlibat aktif mengikuti keagamaan cenderung memiliki kesehatan psikososial yang sehat dibandingkan lansia yang kurang aktif (Sabri, 2002).

Karaktersitik keluarga mempengaruhi strategi coping keluarga dan perawatan hipertensi oleh lansia. Penelitian yang dilakukan Suhadi (2011) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam melakukan perawatan hipertensi di Puskesmas Srondol Kota Semarang menunjukkan hasil karakteristik keluarga dan lansia seperti faktor umur, status tempat tinggal, biaya pengobatan, pengetahuan hipertensi mempengaruhi kepatuhan lansia dalam melakukan perawatan hipertensi. Pengetahuan merupakan faktor yang paling berhubungan terhadap kepatuhan lansia dan faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan lansia dalam melakukan perawatan hipertensi adalah biaya pengobatan.

Kasus hipertensi pada lansia mengalami peningkatan di semua wilayah termasuk di Kelurahan Cisalak Pasar. Kelurahan Cisalak Pasar merupakan salah satu kelurahan yang berada di wilayah Kecamatan Cimanggis Kota Depok memiliki jumlah penduduk pada tahun 2011 sebanyak 17.781 jiwa yang terdiri dari jumlah penduduk berjenis kelamin laki-laki sebanyak 9.947 jiwa dan jumlah penduduk berjenis kelamin perempuan sebanyak 7.807 jiwa. Dari jumlah penduduk tersebut terdapat penduduk yang berusia lanjut sebanyak 919 jiwa (Laporan Tahunan PKK Kelurahan Cisalak Pasar, 2011). Berdasarkan data laporan kegiatan pelayanan posbindu di Kelurahan Cisalak

(2010) terdapat 133 lansia yang menderita hipertensi sedangkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Depok (2012) menyatakan hipertensi merupakan kasus penyakit terbanyak yang diderita oleh lansia, tetapi hanya sekitar 137 orang yang tercatat melakukan pemeriksaan dan pengobatan ke Puskesmas Cimanggis per bulan Juni 2012

Hasil survey kesehatan yang dilakukan oleh mahasiswa program spesialis dan magister keperawatan komunitas di Kelurahan Cisalak Pasar pada bulan Oktober 2012 didapatkan data dari 86 lansia penderita hipertensi belum melakukan perawatan hipertensi dengan baik ditandai sering makan makanan berlemak (25,6%), sering mengkonsumsi makanan yang mengandung garam (30,2%), kadang-kadang makan makanan yang diawetkan (39,5%), kadang-kadang minum kopi (26,7%) dan hanya sedikit lansia yang melakukan olah raga (17%). Berdasarkan wawancara dengan kader, pemantauan kesehatan bagi lansia sudah dilakukan di posbindu yang terdapat di masing-masing posbindu yang dilakukan setiap satu bulan sekali tetapi tidak semua lansia melakukan pemeriksaan secara rutin ke posbindu, masih banyak lansia yang menderita hipertensi tidak memeriksakan ke posbindu.

Hasil pengkajian di atas menunjukkan sebagian masyarakat belum melakukan perawatan hipertensi dengan baik sehingga lansia memerlukan dukungan, motivasi dari keluarga dengan menggunakan berbagai strategi coping. Hasil wawancara terhadap kader dan lansia di Kelurahan Cisalak Pasar mengenai strategi coping didapatkan bahwa strategi coping hubungan keluarga belum terlihat efektif karena kebersamaan keluarga belum terlihat dilakukan seperti rekreasi dan olahraga bersama. Terkait strategi kognitif dan strategi dukungan sosial pada sebagian keluarga sudah mengetahui bagaimana perawatan hipertensi pada lansia tetapi belum dilaksanakan dengan optimal, kader dan petugas kesehatan sudah memotivasi lansia untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah ke posbindu. Strategi dukungan spiritual sudah optimal karena sebagian besar keluarga dan lansia sudah memanfaatkannya dengan mengikuti kegiatan keagamaan yang dilakukan di masing-masing RW.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok”.

1.2 Rumusan Masalah

Data hasil Riskesdas (2007) prevalensi hipertensi untuk daerah Jawa Barat (8,8%) lebih tinggi dibandingkan angka prevalensi nasional (7,2%) dan prevalensi hipertensi yang terdiagnosis serta melakukan pengobatan (7,6%). Sedangkan prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah di Jawa Barat (38,2%) lebih tinggi dibandingkan angka nasional (31,7%). Data laporan kegiatan posbindu di Kelurahan Cisalak Pasar tahun 2010 terdapat 133 lansia menderita hipertensi. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Depok menyatakan hipertensi merupakan kasus penyakit terbanyak pada lansia tetapi yang melakukan pengobatan di Puskesmas Cimanggis hanya 137 lansia per bulan Juni 2012. Hasil survei kesehatan pada 86 lansia penderita hipertensi di Kelurahan Cisalak Pasar pada bulan Oktober 2012 menunjukkan lansia belum melakukan perawatan hipertensi dengan baik ditandai sering makan makanan berlemak (25,6%), sering mengkonsumsi makanan yang mengandung garam (30,2%), kadang-kadang makan makanan yang diawetkan (39,5%), kadang-kadang minum kopi (26,7%) dan hanya sedikit lansia yang melakukan olah raga (17%). Berdasarkan wawancara dengan kader, pemantauan kesehatan bagi lansia dilakukan di posbindu masing-masing RW yang dilakukan setiap satu bulan sekali tetapi tidak semua lansia melakukan pemeriksaan secara rutin ke posbindu.

Penelitian yang dilakukan Suhadi (2011), Herlinah (2011), dan Sabri (2002) menjelaskan faktor yang dapat meningkatkan perawatan lansia dengan hipertensi meliputi pengetahuan, dukungan lingkungan, dukungan keluarga, dan dukungan spiritual. Hasil wawancara terhadap kader dan lansia di Kelurahan Cisalak Pasar didapatkan strategi koping hubungan keluarga belum terlihat efektif karena kurang terlihat kebersamaan keluarga seperti rekreasi dan olahraga bersama, strategi kognitif dan dukungan sosial,

sebagian keluarga sudah mengetahui perawatan hipertensi pada lansia tetapi belum dilaksanakan dengan optimal, kader sudah memotivasi lansia untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah ke posbindu dan strategi dukungan spiritual, lansia sudah memanfaatkannya dengan mengikuti kegiatan keagamaan.

Berdasarkan uraian tersebut maka dapat dirumuskan pertanyaan “apakah terdapat hubungan antara karakteristik dan strategi coping keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan karakteristik dan strategi coping keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah agar dapat teridentifikasinya:

- a. Karakteristik keluarga (tipe keluarga, suku, pendidikan, dan pendapatan keluarga) di Kelurahan Cisalak Pasar.
- b. Strategi coping keluarga mencakup strategi hubungan/ kebersamaan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial, dan strategi dukungan spiritual.
- c. Perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- d. Hubungan tipe keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- e. Hubungan suku dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- f. Hubungan pendidikan keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- g. Hubungan pendapatan keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.

- h. Hubungan strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- i. Hubungan strategi coping kognitif dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- j. Hubungan strategi coping komunikasi dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- k. Hubungan strategi coping dukungan sosial dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- l. Hubungan strategi coping dukungan spiritual dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.
- m. Faktor yang paling dominan dalam perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada keluarga agar memperhatikan dan memanfaatkan strategi coping keluarga sehingga perawatan hipertensi oleh lansia menjadi lebih efektif. Bagi pendidikan keperawatan diharapkan penelitian strategi coping keluarga ini menjadi masukan dalam proses pembelajaran untuk mahasiswa keperawatan sebagai salah satu strategi intervensi khususnya keperawatan keluarga.

1.4.2 Bagi Penelitian yang Akan Datang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi *evidence based* pada penelitian selanjutnya dalam rangka meningkatkan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia dengan menggunakan desain penelitian lainnya.

1.4.3 Bagi Keluarga dan Lansia

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat khususnya keluarga dan lansia mengenai strategi coping yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga dalam meningkatkan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.



BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai konsep dasar yang terkait dengan variabel penelitian baik variabel *independen* maupun *dependen* yang terdiri dari konsep lansia sebagai populasi berisiko dan rentan, perawatan hipertensi oleh lansia di rumah, serta konsep karakteristik dan strategi coping keluarga.

2.1 Agregat Lansia sebagai Populasi Berisiko (*at Risk*) dan Rentan (*Vulnerable*)

2.1.1 Pengertian Populasi Berisiko (*at Risk*)

Populasi berisiko (*at risk populations*) adalah populasi yang memiliki faktor risiko sehingga kemungkinan besar mudah menderita atau terpapar oleh suatu penyakit dibandingkan dengan yang lainnya (Stanhope & Lancaster, 2004). Faktor risiko menurut Potter dan Perry (2005) adalah situasi, kebiasaan, kondisi lingkungan, kondisi fisiologis atau variabel lain yang dapat meningkatkan peluang bagi individu tersebut untuk mengalami penyakit tertentu. Faktor risiko yang berperan dalam meningkatkan peluang untuk terjadinya suatu penyakit tertentu yaitu faktor genetik dan fisiologis, usia, lingkungan dan gaya hidup (Potter & Perry, 2005). Maka dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan populasi berisiko adalah populasi yang memiliki peluang terjadinya suatu penyakit lebih tinggi dibandingkan dengan yang lainnya akibat peningkatan beberapa faktor risiko seperti genetik, fisiologis, usia, kondisi lingkungan, dan gaya hidup.

2.1.2 Pengertian Populasi Rentan (*Vulnerable*)

Populasi rentan merupakan populasi yang memiliki peningkatan faktor risiko disertai dengan kemiskinan atau sosial ekonomi yang rendah, dan ketidakmampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan (Lundy & Janes, 2009; Maurer & Smith, 2005). Populasi rentan (*vulnerable populations*) didefinisikan sebagai

kelompok sosial yang mengalami peningkatan risiko relatif atau kerentanan terhadap hasil kesehatan yang merugikan, mengalami perbedaan dalam akses terhadap perawatan dan status kesehatan dibandingkan dengan populasi secara keseluruhan Kerentanan pada kelompok lansia disebabkan oleh beberapa faktor seperti keterbatasan sumber daya, penurunan kesehatan, dan tingginya faktor risiko (Flaskerud & Winslow, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Allender, Rector dan Warner (2010) menjelaskan bahwa populasi rentan merupakan kelompok yang berisiko tinggi mendapat efek negatif dari masalah kesehatan, memiliki mortalitas yang tinggi, kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan, tidak adanya jaminan kesehatan, usia harapan hidup yang lebih rendah dan terjadinya penurunan kualitas hidup.

2.1.3 Karakteristik Populasi Berisiko (*at Risk*)

Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan beberapa faktor risiko dapat berkontribusi terhadap kondisi sehat atau sakitnya seseorang tetapi tidak setiap orang yang terpapar oleh faktor risiko yang sama akan menghasilkan efek yang sama pula. Faktor yang mempengaruhi apakah penyakit atau kondisi tidak sehat akan terjadi disebut sebagai *health risk* atau risiko kesehatan. Kategori risiko kesehatan menurut Stanhope dan Lancaster (2004) terdiri dari lima kategori yang diuraikan sebagai berikut:

a. Risiko Biologis

Risiko biologis yang dapat mempengaruhi terhadap munculnya risiko kesehatan adalah faktor genetik, kondisi-kondisi fisik tertentu dan usia. Susunan genetik mempengaruhi karakteristik biologis dan dapat mempengaruhi kerentanan terhadap suatu penyakit. Presdisposisi genetik sehat atau sakit meningkat bila orang tua berasal dari kumpulan genetik etnik yang sama (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2011). Individu dengan orang tua hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi

dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. Hasil penelitian didapatkan 70-80% kasus hipertensi esensial memiliki riwayat hipertensi dalam keluarga (Anggraini, Waren, Situmorang, Asputra, Siahaan, 2009; Tjokronegoro, 2004). Sedangkan menurut Davidson bila kedua orang tuanya menderita hipertensi maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan bila salah satu orang tuanya yang menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya (Dirjen P2PL, 2006).

Usia dapat mempengaruhi terjadinya penyakit tertentu seperti penyakit hipertensi, dimana kejadian penyakit ini meningkat sesuai dengan peningkatan usia untuk kedua jenis kelamin (Potter & Perry, 2005). Dengan bertambahnya usia, risiko terkena hipertensi menjadi lebih besar sehingga prevalensi hipertensi di kalangan usia lanjut cukup tinggi, yaitu sekitar 40%, dengan kematian sekitar di atas 65 tahun (Dirjen P2PL, 2006). Tingginya hipertensi sejalan dengan bertambahnya umur, disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, serabut kolagen pada pembuluh darah mengalami penebalan dan elastisitas pembuluh darah menjadi menurun sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi lebih kaku mengakibatkan terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah yang menyebabkan resistensi perifer sehingga konsekuensi yang terjadi adalah meningkatnya tekanan darah sistolik (Stockslager & Schaeffer, 2008; Dirjen P2PL, 2006; Miller, 2004; Watson, 2003).

Konsekuensi fungsional dari perubahan tersebut menyebabkan pada laki-laki terjadi peningkatan tekanan diastolik rata-rata 1 mmHg per dekade secara terus menerus, pada perempuan terjadi peningkatan tekanan darah diastolik secara signifikan antara usia 40 dan 60 tahun kemudian stabil dan kemungkinan menurun diatas usia 70 tahun. Tekanan darah sistolik secara bertahap mengalami peningkatan 5 – 8

mmHg per dekade mulai usia 50 tahun pada laki-laki dan 40 tahun pada perempuan (Miller, 2004).

Kondisi tekanan darah yang tinggi akan menambah beban kerja jantung dan arteri dimana jantung akan bekerja lebih keras dan pembuluh darah menerima aliran darah yang bertekanan tinggi. Jika kondisi ini berlangsung terus menerus maka kerja jantung dan pembuluh darah dapat melewati ambang batas konsekuensi sehingga jantung dan pembuluh mengalami kerusakan yang akan berdampak pada organ tubuh lain. Keadaan ini mempertinggi risiko terhadap stroke, gagal jantung dan gagal ginjal (Tapan, 2004; Tjokronegoro, 2004).

b. Risiko Sosial

Faktor sosiokultural yang mempengaruhi terhadap status kesehatan diantaranya adalah nilai-nilai keluarga, kelas sosial ekonomi, pekerjaan, peran sosial, dan sumber daya kesehatan yang meliputi akses pelayanan yang dapat dimanfaatkan (Maurer & Smith, 2005). Risiko sosial yang dapat mempengaruhi terhadap munculnya risiko kesehatan yang berpeluang untuk menimbulkan masalah kesehatan diantaranya adalah hidup di lingkungan yang tingkat kriminalitasnya tinggi, komunitas tanpa adanya kegiatan rekreasi dan sumber pelayanan kesehatan, komunitas dengan tingkat polusi yang tinggi seperti kebisingan, polusi kimia atau adanya stres lingkungan yang lainnya.

Risiko sosial pada lansia disebabkan karena pada lansia sudah memasuki pensiun sehingga mengakibatkan lansia mengalami berbagai kehilangan seperti kehilangan finansial, status, teman/kenalan dan kehilangan aktivitas/ pekerjaan (Nugroho, 2008; Darmojo & Martono, 2004). Konsekuensi fungsional yang bersifat negatif akibat berbagai kehilangan tersebut adalah lansia mengalami

kecemasan, kesepian, depresi dan gangguan kognitif. Sekitar 20% lansia yang mengalami kecemasan ditandai dengan adanya distres, takut berlebihan, khawatir tentang kesehatan mereka. Kesepian membuat lansia menjadi sangat tergantung dengan orang lain dan keakraban dengan orang lain berkurang (Miller, 2004).

c. Risiko Ekonomi

Risiko ekonomi sangat berhubungan dengan risiko sosial yang ditentukan oleh sumber finansial keluarga dengan tuntutan terhadap sumber-sumber. Keluarga yang memiliki sumber finansial yang adekuat merupakan keluarga yang mudah untuk mendapatkan akses yang terkait dengan kesehatan seperti tempat tinggal yang layak, pakaian, makanan, pendidikan dan pelayanan kesehatan. Lansia merupakan kelompok yang memiliki risiko ekonomi karena adanya perubahan ekonomi pada lansia, hal ini disebabkan lansia sudah pensiun, produktivitas dan pendapatan menurun sedangkan biaya hidup meningkat akibat meningkatnya biaya untuk perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004). Konsekuensi fungsional akibat proses penuaan pada lansia yaitu pensiun dari pekerjaannya yang dapat mengakibatkan kehilangan pendapatan, kehilangan identitas peran dan status (Miller, 2004).

d. Risiko Perilaku/ Gaya Hidup

Gaya hidup adalah cara hidup seseorang secara umum termasuk kondisi kehidupan dan pola perilaku individu yang dipengaruhi oleh faktor sosiokultural dan karakteristik personal seperti bekerja, bermain, makan, tidur, dan komunikasi (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2011; Maurer & Smith, 2005). Gaya hidup yang berpotensi menimbulkan dampak negatif pada kesehatan disebut sebagai faktor risiko. Faktor risiko pada lansia terkait gaya hidup yang dapat menimbulkan penyakit hipertensi adalah kurang olahraga/ aktivitas fisik, memiliki berat badan yang berlebihan (obesitas), diet tinggi

garam, diet tinggi lemak, merokok, dan mengkonsumsi alkohol (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2011; Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011; Mauk, 2010; Tjokronegoro, 2004; Miller, 2004)

e. Risiko Kejadian Hidup (*Life Event*)

Kejadian dalam hidup dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit hipertensi. Kategori kejadian dalam hidup dapat bersifat normatif atau non normatif. Kejadian hidup normatif secara umum dapat diprediksikan akan terjadi sesuai tahap perkembangan atau sepanjang kehidupan seperti anak yang meninggalkan rumah untuk kuliah/melanjutkan pendidikan, bekerja atau menikah, pensiun dari pekerjaan. Kejadian hidup non normatif adalah kejadian hidup yang tidak diprediksikan seperti pindah rumah karena pekerjaan, perceraian, kehilangan anggota keluarga. Kejadian hidup ini dapat menjadi stressor yang dapat mengakibatkan krisis keluarga jika lebih dari satu kejadian dialami secara bersamaan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Miller (2004) menjelaskan faktor risiko berupa stres psikososial yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi meliputi kecemasan, depresi, ketegangan dalam pekerjaan, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, marah, hubungan keluarga yang kurang harmonis. Kondisi ini dapat merangsang kelenjar adrenal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat. Jika stress berlangsung lama, tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organ atau perubahan patologis.

Hasil penelitian didapatkan bahwa wanita berusia 45-64 tahun yang memiliki faktor psikososial seperti kondisi tegang, ketidakcocokan perkawinan, tekanan ekonomi, stress harian, mobilitas pekerjaan,

gejala ansietas dan kemarahan terpendam memiliki korelasi dengan peningkatan tekanan darah (Dirjen P2PL, 2006).

2.1.4 Karakteristik Populasi Rentan (*Vulnerable*)

a. Sumber Daya Sosioekonomi

Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan faktor predisposisi terkait sumber daya sosioekonomi yang mempengaruhi kelompok rentan adalah dukungan sosial yang tidak adekuat, pendidikan yang rendah dan keterbatasan sumber daya ekonomi/kemiskinan. Kemiskinan yang menyebabkan individu menjadi rentan (*vulnerable*) akan mengakibatkan individu tersebut mengalami kesulitan dalam menjalankan fungsi sosial dan keterbatasan dalam mengakses sumber daya dan fasilitas layanan kesehatan untuk mencapai hidup sehat. Beberapa penelitian menemukan korelasi antara indikator status sosioekonomi (pendapatan, pendidikan, pekerjaan) dengan indikator kesehatan (morbidity dan mortalitas yang diakibatkan dari berbagai masalah kesehatan).

Rendahnya pendapatan membuat individu tinggal di lingkungan yang padat dan tidak sehat, sanitasi lingkungan yang buruk, pemenuhan nutrisi yang tidak adekuat, dan memiliki *multiple* stressor. Individu dengan pendapatan yang rendah pada umumnya juga memiliki pendidikan yang rendah sehingga individu tersebut bekerja di tempat kerja dengan risiko tinggi terpapar penyakit, dan membuat individu bekerja lebih dari satu jenis pekerjaan untuk memenuhi kebutuhan hidup mengakibatkan kurangnya waktu istirahat sehingga lebih sering mengkonsumsi makanan cepat saji dibandingkan dengan mengkonsumsi makanan yang sehat. Gaya hidup dengan mengkonsumsi makanan cepat saji ini menjadi salah satu faktor risiko terjadinya penyakit hipertensi (Stanhope & Lancaster, 2004; Allender, Rector dan Warner, 2010).

b. Status Kesehatan

Perubahan fisiologis tubuh secara normal dapat menjadi predisposisi individu termasuk ke dalam kelompok rentan. Perubahan fisiologis ini disebabkan karena adanya proses penyakit yang bersifat kronik. Perubahan fisiologis dapat disebabkan karena kecelakaan, injury, atau kelainan kongenital. Lanjut usia menjadi kelompok rentan karena terjadinya perubahan fisiologis akibat proses penuaan, menderita lebih dari satu penyakit kronik keterbatasan status fungsional, dan hilangnya kemandirian (Stanhope & Lancaster, 2004).

Maurer dan Smith (2005) menjelaskan bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh status sosioekonomi. Individu atau keluarga dengan status sosioekonomi rendah mengalami hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan, terlambat dalam mengakses pelayanan kesehatan, dan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat tinggal sehingga mengakibatkan penurunan status kesehatan. Mortalitas merupakan salah satu ukuran yang digunakan untuk mengukur status kesehatan. Adler dan Ostrove (1999; dalam Maurer & Smith, 2005) menjelaskan terdapat hubungan langsung antara pendapatan yang rendah dengan kematian dini atau usia muda.

c. Risiko Kesehatan

Risiko kesehatan dapat berasal dari bahaya polusi lingkungan, bahaya sosial (tindak kejahatan dan kekerasan), perilaku individu (kebiasaan diet dan olahraga), atau masalah biologis/ genetik (kelainan bawaan dan gangguan status imun). Faktor risiko dapat berinteraksi dengan faktor risiko lain yang dapat menciptakan situasi yang membahayakan bagi kesehatan seperti pada penduduk ras Afrika-Amerika yang mengalami diskriminasi dimana persepsi diskriminasi ini menimbulkan stres yang ditandai dengan perilaku

individu yang berisiko terhadap kesehatan yaitu merokok. (Stanhope & Lancaster, 2004). Risiko kesehatan berupa stres dan perilaku individu yang merokok ini menjadi faktor resiko terjadinya penyakit hipertensi.

d. Marginalisasi

Marginalisasi termasuk salah satu kelompok atau populasi rentan dimana kelompok ini merupakan kelompok minoritas yang terdiri dari penduduk yang miskin, tuna wisma, dan pekerja migran. Kelompok ini kurang mendapat support sosial dan memiliki keterbatasan sumber daya ekonomi yang digunakan untuk mengelola perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.2 Perawatan Hipertensi pada Lansia di Rumah

2.2.1 Pengertian Hipertensi dan Klasifikasi

Prevalensi penyakit kronik pada lansia mengalami peningkatan dimana umumnya lansia minimal memiliki satu penyakit kronik. Hipertensi merupakan salah satu dari 10 (sepuluh) penyakit kronik yang sering terjadi pada populasi usia lebih dari 65 tahun ke atas (Matteson & McConnell, 1988). Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Smeltzer & Bare, 2002).

Hipertensi sistolik terisolasi merupakan salah satu hipertensi yang banyak terjadi pada lansia. Sebanyak 50% lansia yang berusia lebih dari 60 tahun menderita Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan darah sistolik lebih dari 160 mmHg dan diastolik kurang dari 90 mmHg (Gray, Dawkins, Simpson, & Morgan, 2008; Matteson & McConnell, 1988). Hipertensi sistolik terisolasi terjadi ketika tekanan darah sistolik terjadi peningkatan tetapi tidak disertai dengan peningkatan tekanan darah diastolik, hal ini terjadi karena adanya peningkatan ketebalan dan

kekakuan pembuluh darah arteri akibat proses penuaan (Lueckenotte, 2000).

2.2.2 Pengendalian Hipertensi

Faktor risiko terjadinya hipertensi salah satunya adalah gaya hidup yang tidak sehat sehingga penatalaksanaannya dapat dilakukan dengan cara melakukan modifikasi gaya hidup yaitu mengurangi berat badan, mengurangi konsumsi garam dalam diet, mengurangi konsumsi alkohol, meningkatkan latihan/ aktivitas olahraga (Mauk, 2010; Matteson & McConnell, 1988)

Perawatan hipertensi yang mengacu pada konsep intervensi promosi kesehatan Edelman dan Mandle (2010) adalah sebagai berikut:

a. Pemantauan tekanan darah

Deteksi dan pemantauan tekanan darah merupakan strategi pencegahan primer untuk mencegah penyakit jantung koroner, stroke dan penyakit vaskular perifer dan merupakan strategi pencegahan sekunder bagi penderita hipertensi. Pemantauan tekanan darah untuk mendeteksi hipertensi direkomendasikan bagi individu berusia 18 tahun sampai dengan lanjut usia dilakukan setiap 2 tahun sekali apabila hasil pengukuran tekanan darah masih dalam rentang normal yaitu 120/80 mmHg (Edelman & Mandle, 2010). Bagi penderita yang telah terdiagnosis hipertensi maka pemantauan tekanan darah dilakukan setiap satu bulan sekali.

b. Diet

Penatalaksanaan diet pada penderita hipertensi bertujuan untuk membantu menurunkan tekanan darah, mempertahankan tekanan darah menuju normal, dan membantu menurunkan faktor risiko lain seperti berat badan yang berlebih (obesitas), tingginya kadar kolesterol dalam darah. Prinsip diet pada penderita hipertensi yaitu makanan beraneka ragam dan gizi seimbang, jenis dan komposisi

makanan disesuaikan dengan kondisi penderita, dan jumlah garam dibatasi sesuai dengan kesehatan penderita dan jenis makanan dalam daftar diet (Kurniawan, 2002).

Garam merupakan faktor penting dalam patogenesis hipertensi. Asupan garam kurang dari 3 gr/hari menyebabkan prevalensi hipertensi yang rendah, sedangkan jika asupan garam antara 5 – 15 gr/hari (1 – 3 sendok teh) dapat meningkatkan prevalensi hipertensi menjadi 15 – 20% (Tjokronegoro, 2004). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Ariyanti (2005) mengenai hubungan asupan natrium dengan tekanan darah menunjukkan hasil sebesar 98,2% responden mempunyai asupan natrium melebihi AKG (angka kecukupan gizi) natrium. Rata-rata asupan natrium responden adalah 4663,6 mg/hari, sehingga terdapat hubungan asupan natrium dengan kejadian tekanan darah tinggi pada responden. Berdasarkan hal tersebut maka diet hipertensi dapat dilakukan dengan mengurangi asupan garam.

Pembatasan atau mengurangi asupan natrium (garam dapur) terbukti secara efektif dapat menurunkan tekanan darah pada 60% penderita (Agoes, 2011). Menurunkan penggunaan garam dari 10 gr menjadi 5 gr per hari (2 sendok teh menjadi 1 sendok teh) dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebanyak 5 mmHg dan tekanan darah diastolik 2 mmHg (Luckson, 2010). Anjuran pengurangan garam, harus memperhatikan kebiasaan makan penderita. Pengurangan asupan garam secara drastis akan sulit dilaksanakan sehingga anjurkan penderita untuk membatasi sampai dengan kurang dari 5 gram (1 sendok teh) per hari pada saat memasak (Dirjen P2PL, 2006).

Pembatasan asupan garam dapat dilakukan juga dengan tidak menambahkan garam pada waktu makan, memasak tanpa garam, tidak mengkonsumsi makanan berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih), tidak mengkonsumsi makanan

yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biskuit, craker, keripik, makanan kering yang asin), makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran dan buah-buahan dalam kaleng, *soft drink*), makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang), membatasi mengkonsimsi susu *full cream*, mentega, sumber protein hewani yang tinggi kolesterol (sapi/kambing), kuning telur, bumbu-bumbu seperti kecap, terasi, saus tomat/sambal, tauco, bumbu penyedap dan tidak mengkonsumsi alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape (Kurniawan, 2002; Tjokronegoro, 2004).

Pendekatan diet dapat dilakukan pada penderita Hipertensi adalah *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) yaitu mengkonsumsi makanan yang kaya akan buah, rendah lemak atau bebas lemak hewani (Agoes, 2011). Pendekatan ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Harnden, Frayn dan Hondson (2009). Penderita hipertensi yang melakukan diet hipertensi dengan pendekatan DASH selama 30 hari yaitu dengan memperbanyak mengkonsumi buah dan sayuran, mengkonsumsi makanan rendah lemak,ereal, berbagai jenis kacang, dan meningkatkan intake makanan yang mengandung potassium, kalsium, magnesium, serat dan protein terjadi penurunan tekanan sistolik 4.6 mmHg dan tekanan diatolik 3.9 mmHg pada minggu kedua dan dapat dipertahankan sampai dengan minggu keenam. Subramanian, dkk (2011) efek diet dengan menggunakan pendekatan DASH dan diet rendah garam menunjukkan korelasi yang positif antara diet rendah garam dengan penurunan tekanan darah.

Diet hipertensi selain dengan melakukan diet rendah garam juga dapat dilakukan melalui penurunan berat badan. Prevalensi hipertensi pada obesitas jauh lebih besar. Risiko relatif untuk

menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan seorang yang badannya normal, dan pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20 - 33% memiliki berat badan lebih (*overweight*) (Dirjen, P2PL, 2006). Menurunkan berat badan untuk mencapai berat badan normal dengan mempertahankan BMI 18,5 – 25,9 kg/m² akan menurunkan tekanan darah sistolik sebanyak 5 – 20 mmHg/ 10 kg penurunan berat badan (Mahan & Stump, 2008).

Kesuksesan dalam mengendalikan hipertensi membutuhkan komitmen dari penderita untuk mempertahankan tekanan darah yang normal. Upaya yang efektif dalam mengontrol tekanan darah dan meningkatkan kualitas hidup penderita, selain komitmen juga didukung dengan pemberian pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan, informasi, konseling, dan dukungan keluarga (Hacihasanoglu & Gozum, 2011). Hasil penelitian yang mendukung yaitu penelitian yang dilakukan oleh Yetti (2007) yang menyatakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia terhadap diet hipertensi adalah dukungan keluarga dan pendidikan kesehatan.

c. Olahraga

Melakukan olahraga atau aktivitas fisik secara teratur seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-45 menit sebanyak 3 atau 4 kali dalam seminggu, menambah kebugaran dan memperbaiki metabolisme tubuh, menurunkan tahanan perifer sehingga terjadi penurunan tekanan darah. Aktivitas fisik ini sangat efektif dalam mengurangi risiko relatif hipertensi hingga mencapai 19% hingga 30%. (Tjokronegoro, 2004; Dirjen P2PL, 2006; Sugiharto, 2007; Rahajeng & Tuminah, 2009).

Olahraga secara teratur dapat memperbaiki aliran darah dan membantu mengurangi frekuensi denyut jantung serta tekanan darah

(Agoes, 2011). Olahraga dapat dilakukan dengan jalan kaki 20 menit perhari dapat menurunkan tekanan sistolik dan diastolik sekitar 2 – 3 mmHg (Luckson, 2010). Hasil penelitian Alparslan dan Akdemir (2010) menyatakan bahwa jalan kaki dan latihan relaksasi merupakan intervensi yang efektif untuk menurunkan tekanan darah.

Ogihara dan Rakugi (2005) menyatakan bahwa latihan atau olahraga dapat menurunkan tekanan darah dan direkomendasikan bagi lansia dengan usia rata-rata 75 tahun dan menderita hipertensi ringan. Lansia yang menderita hipertensi ringan dapat melakukan olahraga seperti jalan cepat selama 30 – 40 menit dengan frekuensi 3 – 5 kali perminggu khususnya bagi lansia yang berusia 60 tahun keatas dengan target denyut jantung 110 kali/menit.

d. Manajemen Stres

Manajemen stres merupakan salah satu faktor pengendalian hipertensi. Manajemen stres dapat dilakukan dengan berbagai teknik relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnosis yang dapat mengontrol sistem syaraf sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Dirjen P2PL, 2006). Relaksasi merupakan salah satu mekanisme intrinsik untuk mengubah diameter arteri guna mempertahankan perfusi jaringan dan organ, dimana pada saat relaksasi pembuluh darah secara berangsur-angsur berdilatasi untuk mengurangi resistensi perifer ketika terjadi peningkatan tekanan darah (Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011).

Hasil penelitian Subramanian, dkk (2011) terhadap penderita hipertensi di India membuktikan bahwa yoga merupakan teknik relaksasi yang sangat efektif menurunkan tekanan darah sistolik sekitar 2.36 mmHg dan diastolik sekitar 2.44 mmHg sehingga yoga direkomendasikan sebagai salah satu intervensi manajemen stres. Penelitian Dusek, dkk (2008) menunjukkan hasil bahwa kelompok

penderita hipertensi yang dilakukan manajemen stres dan modifikasi gaya hidup tekanan darahnya menurun lebih dari 9 mmHg, tetapi hanya pada kelompok intervensi manajemen stres yang berhasil mempertahankan tekanan darahnya tanpa harus menggunakan obat antihipertensi.

2.3 Karakteristik Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Keluarga menurut Hunt (1997, dalam Maglaya, 2009) adalah sekumpulan orang yang saling berintegrasi, berinteraksi dan saling ketergantungan sebagai satu bagian dari keluarga serta saling mempengaruhi satu sama lain.

Karakteristik sosiodemografi menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2010) yang berpengaruh pada masalah kesehatan diantaranya adalah:

2.3.1 Tipe Keluarga

Tipe keluarga merupakan bagian dari struktur keluarga yang menggambarkan hubungan diantara keluarga dan antara keluarga dengan sistem sosial lainnya (Kaakinen & Duff, 2010). Tipe Keluarga yang diadopsi dari Sussman (1974) dan Macklin (1988) dalam Friedman, Bowden, dan Jones (2010) dibedakan menjadi 2 tipe yaitu tipe tradisional dan non tradisional. Tipe keluarga tradisional meliputi keluarga inti yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak, pasangan inti yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri tanpa anak, keluarga dengan orang tua tunggal yaitu keluarga yang hanya terdiri dari salah satu orang tua dengan anak, *extended family* keluarga besar yang terdiri dari 3 generasi tinggal dalam satu rumah. Tipe keluarga non tradisional terdiri dari keluarga dengan orang tua yang tidak menikah tetapi memiliki anak (hanya ibu dan anak), keluarga, keluarga pasangan yang tidak menikah tetapi memiliki anak, keluarga pasangan

yang tinggal bersama tanpa ikatan perkawinan, keluarga homoseksual dan keluarga komuni.

Kaakinen dan Duff (2010) menjelaskan bahwa masing-masing tipe keluarga memiliki kekuatan dan keterbatasan, dimana secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi terhadap kesehatan individu dan keluarga. Melalui struktur dan tipe keluarga dapat diidentifikasi efektifitas strategi coping keluarga untuk setiap gangguan atau tuntutan hidup, krisis perawatan kesehatan, peningkatan kesejahteraan dan pencegahan penyakit (Denham, 2005; dalam Kaakinen & Duff, 2010)

Hasil penelitian Kandari (2011) menyatakan terdapat hubungan antara support atau dukungan anggota keluarga dengan hipertensi. Dukungan keluarga ini dapat mencegah kejadian hipertensi pada lansia. Hasil penelitian lainnya menunjukkan terdapat hubungan antara jumlah anak yang tinggal bersama lansia. Lansia yang tinggal bersama anak akan merasa lebih baik dan berkurangnya tanda gejala hipertensi yang dirasakan. Sehingga tipe keluarga mempengaruhi terhadap status kesehatan lansia yang menderita hipertensi.

2.3.2 Suku

Gaya hidup pada lansia terkait etnis yang merupakan faktor risiko hipertensi seperti diet tinggi natrium yang dapat meningkatkan retensi air, sehingga meningkatkan volume darah dan diet tinggi lemak dapat meningkatkan risiko aterosklerosis sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah (Smeltzer & Bare, 2002). Lansia penderita hipertensi bersuku Minang lebih mudah terjadi stroke dibandingkan lansia bukan minang hal ini disebabkan lansia bersuku minang memiliki kebiasaan makan makanan yang mengandung tinggi lemak (Yenni, 2011).

2.3.3 Status sosiekonomi keluarga

Status sosioekonomi berkenaan dengan sekelompok orang dengan penghasilan, jumlah kekayaan, kondisi kehidupan, perubahan hidup, dan gaya hidup yang relatif sama (Ropers, 1991; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Status sosioekonomi mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga dan anggotanya. Perbedaan yang sangat penting pada status sosioekonomi adalah sumber penghasilan (Teachman, 2000; Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Terdapat hubungan yang positif antara status sosioekonomi dengan kesehatan fisik dan mental, dimana individu yang berasal dari keluarga yang tidak mampu cenderung mempunyai kesehatan fisik dan mental yang buruk dibandingkan dengan individu yang memiliki sosioekonomi lebih baik (Grzywacz, 2000; Ross, Mirowsky, & Goldstein, 1991; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Hasil penelitian Meirina (2011) menyatakan ada hubungan antara penghasilan dengan pemenuhan gizi lansia, dimana dengan bertambahnya penghasilan keluarga maka status gizi akan semakin baik.

2.3.4 Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan aspek status sosial yang sangat berhubungan dengan status kesehatan karena pendidikan penting untuk membentuk pengetahuan dan pola perilaku. Hasil penelitian Rahajeng dan Tuminah (2009) menunjukkan Pria lebih banyak mengalami kemungkinan hipertensi dari pada wanita. Hal ini seringkali dipicu oleh perilaku tidak sehat (merokok dan konsumsi alkohol), rendahnya status pekerjaan, perasaan kurang nyaman/ masalah psikologis terhadap lingkungan pekerjaan dan pengangguran. Dijelaskan pula bahwa faktor pendidikan dan pekerjaan berkaitan dengan gaya hidup dan status sosial. Individu yang berpendidikan rendah memiliki kesadaran yang rendah untuk berperilaku hidup sehat dan rendahnya akses terhadap sarana pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian Suhadi (2011) mengenai analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srondol didapatkan pengetahuan merupakan faktor yang paling berhubungan terhadap kepatuhan lansia. Namun berbeda dengan penelitian Meirina (2011) yang meneliti hubungan dukungan dan karakteristik keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia menyatakan tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

2.4 Strategi Koping Keluarga

2.4.1 Pengertian Koping dan Strategi Koping

Faktor penentu yang penting dalam status kesehatan seseorang salah satunya adalah koping (Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2005). Koping merupakan upaya pemecahan masalah yang dihadapi oleh individu (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Koping keluarga adalah proses aktif saat keluarga memanfaatkan sumber keluarga yang ada dan mengembangkan perilaku serta sumber baru yang akan memperkuat unit keluarga dan mengurangi dampak peristiwa hidup yang penuh dengan stresor (Mc.Cubbin, 1979 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010). Strategi koping mengacu kepada upaya kognitif dan perilaku yang digunakan untuk mengelola atau menghadapi tuntutan eksternal dan internal (Bouchard, 2003). Strategi koping keluarga dan individu terbentuk serta berubah sepanjang waktu sebagai respon terhadap tuntutan atau stresor yang dialami. (Mc.Cubbin, Mc.Cubbin, Nevin, & Cauble, 1981, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010).

Strategi koping keluarga merupakan perilaku yang digunakan oleh keluarga dalam menghadapi stres atau perubahan yang terjadi. Strategi koping ini dijadikan sebagai metode aktif penyelesaian masalah yang dikembangkan untuk memenuhi tantangan hidup. Menurut Glanz dan Schwartz (2010) hasil akhir dari strategi koping adalah terjadinya

peningkatan status kesehatan emosional, status fungsional (status kesehatan fisik dan progres penyakit), dan perilaku sehat.

2.4.2 Jenis Strategi Koping

Kozier, Erb, Berman dan Synder (2011) menjelaskan strategi koping keluarga yang dapat digunakan yaitu pengetahuan, keterampilan, pola komunikasi efektif, kebersamaan dalam keluarga, dukungan dari keluarga besar, teman, dukungan spiritual, pemberi layanan kesehatan dan layanan sosial. Hal ini sejalan dengan Friedman, Bowden dan Jones (2010) yang menjelaskan mengenai strategi koping keluarga dibedakan menjadi strategi internal dan eksternal. Strategi koping internal meliputi:

a. Strategi Hubungan Keluarga

Kebersamaan keluarga merupakan salah satu proses yang paling penting dalam menghadapi stres yang terjadi pada keluarga. Keluarga berhasil melalui masalah dengan menciptakan struktur dan organisasi yang lebih besar di rumah dan keluarga. Studi penelitian yang dilakukan Reiss, dkk (1986; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010) menyatakan bahwa anggota keluarga yang mengalami penyakit kronik yang sangat patuh terhadap program pengobatan penyakit gagal ginjal, lebih cepat meninggal dibandingkan dengan anggota keluarga yang mengambil cuti sehari dari program pengobatan yang ketat untuk menghabiskan waktu bersama keluarga, makan bersama, dan bersosialisasi.

Salah satu cara yang membuat ikatan keluarga semakin erat dan memelihara serta mengelola stres adalah dengan berbagi perasaan dan pemikiran serta terlibat dalam aktivitas keluarga. Kebersamaan yang lebih besar akan menghasilkan kohesi keluarga yang lebih tinggi. Maksud dari kohesi keluarga ini adalah ikatan emosional yang saling dirasakan anggota keluarga (Olson, 1993; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

b. Strategi Kognitif

Strategi coping kognitif meliputi penilaian pasif, pemecahan masalah bersama, mencari informasi dan pengetahuan. Penilaian pasif disebut juga sebagai penerimaan pasif yang memandang bahwa stresor atau kebutuhan yang menimbulkan stres sebagai sesuatu yang akan selesai dengan sendirinya sepanjang waktu. Strategi ini merupakan strategi coping jangka pendek dan jika digunakan secara konsisten dan sepanjang waktu akan menghambat pemecahan masalah yang aktif dan dapat mengganggu adaptasi keluarga (Boss, 1988, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Pemecahan masalah bersama diantara anggota keluarga merupakan strategi coping kognitif yaitu situasi dimana keluarga secara besama-sama mendiskusikan masalah dengan segera, mencari pemecahan yang didasarkan pada logika, dan mencapai kesepakatan tindakan apa yang akan dilakukan dengan pertimbangan dan saran dari berbagai anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Komunikasi dan kekuatan keluarga mempengaruhi proses keluarga dalam pengambilan keputusan. Pengambilan keputusan tidak dilakukan secara individual tetapi kerjasama diantara anggota keluarga sehingga memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk berkontribusi dalam proses, memberikan support satu sama lain, dan bekerja sama dalam mencapai tujuan (Kaakinen & Duff, 2010).

Pemecahan masalah akan efektif apabila dilakukan dengan langkah-langkah spesifik yang terdiri dari mengidentifikasi masalah, mengkomunikasikan tentang masalah, menghasilkan solusi yang mungkin dapat mengatasi masalah, memutuskan satu dari solusi, melakukan tindakan, dan mengevaluasi seluruh proses pemecahan masalah (Friedman, Bowden, & Jones, 2010: Hal 443).

Strategi coping dengan mencari informasi dan pengetahuan terkait dengan masalah yang dihadapi dapat meningkatkan kemampuan dalam mengendalikan situasi atau masalah yang dihadapi, membantu mengurangi rasa takut keluarga terhadap sesuatu yang tidak diketahui, membantu keluarga dalam menilai stresor lebih akurat sehingga dapat mengambil tindakan yang tepat (Friedman, Bowden, & Jones, 2010: hal 443). Keyakinan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor intelektual yang terdiri dari pengetahuan tentang penyakit, latar belakang pendidikan, dan pengalaman di masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang, termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dimilikinya untuk menjaga kesehatan diri sendiri (Potter & Perry, 2005: hal.12)

Hasil penelitian Dalyoko (2010) menunjukkan pengetahuan atau kognitif berperan penting dalam membentuk perilaku seseorang. Pengetahuan responden dapat diperoleh baik secara internal (pengetahuan dan pengalaman yang berasal dari dirinya sendiri) atau secara eksternal (berdasarkan pengetahuan dan pengalaman dari orang lain). Pengalaman pribadi yang merupakan cara untuk memperoleh pengetahuan, selanjutnya dijadikan sebagai acuan untuk bertindak di dalam kesehatan. Penelitian Hacihasanoglu dan Gozum (2011) membuktikan bahwa penderita hipertensi yang memiliki pengetahuan yang baik diperoleh melalui pendidikan kesehatan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan memiliki hubungan yang bermakna dalam menurunkan tekanan darah.

c. Strategi Komunikasi

Komunikasi yang baik sangat penting bagi fungsi keluarga. Anggota keluarga yang menunjukkan keterbukaan, kejujuran, pesan yang jelas, dan perasaan serta afeksi yang besar sangat

dibutuhkan selama periode stres dan krisis keluarga untuk mengatasi permasalahan yang terjadi dalam keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Keluarga yang adaptif adalah keluarga yang melakukan komunikasi secara asertif diantara anggota keluarga. Komunikasi keluarga mempengaruhi kesehatan fisik dan mental keluarga serta mempengaruhi dalam proses pengambilan keputusan (Kaakinen & Duff, 2010).

Dalam kehidupan sosial, keluarga sangat dipengaruhi oleh lingkungan sekitar sehingga strategi coping eksternal yang menitikberatkan pada hubungan sosial di komunitas menjadi salah satu dari strategi coping keluarga. Strategi coping eksternal keluarga dapat dilakukan dengan memanfaatkan sistem dukungan sosial dan dukungan spiritual.

a. Strategi Dukungan Sosial

Memanfaatkan sistem dukungan sosial dalam jaringan sosial keluarga merupakan strategi coping keluarga eksternal yang sangat penting. Dukungan sosial keluarga adalah dukungan sosial yang dirasakan oleh anggota keluarga dan dapat diakses atau dimanfaatkan oleh keluarga. Kane (1988, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010) mendefinisikan dukungan sosial keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosialnya. Memiliki dukungan sosial membantu individu menghindari sakit, dan individu pendukungnya dapat membantu seseorang dalam meningkatkan kesadaran terhadap penyakitnya, serta memberikan stimulus bagi individu yang sakit untuk kembali sehat. Individu yang tidak memiliki dukungan sosial sering kali membiarkan dirinya menjadi makin sakit sebelum menegaskan penyakitnya dan mencari terapi (Kozier, Erb, Berman dan Synder, 2011).

Sumber dukungan sosial dapat berupa dukungan sosial dari *intern* keluarga seperti dukungan pasangan atau dukungan keluarga besar

(Steiger & Lipson, 1985; Trainor, 1983, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Hasil penelitian Sabri (2002) mengidentifikasi lansia yang mendapat dukungan keluarga yang optimal cenderung memiliki status kesehatan fisik dan psikososial yang sehat dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan keluarga. Suhadi (2011) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa kelompok lansia yang mendapatkan dukungan keluarga yang kuat memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Herlinah (2011) dapat menunjukkan bahwa strategi coping berupa dukungan keluarga dapat membantu dalam mengatasi masalah yang dialami oleh keluarga. Hasil penelitiannya didapatkan bahwa dukungan keluarga sangat diperlukan oleh lansia dalam mengendalikan hipertensi sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan lansia. Dukungan ini dapat berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, informasi, dan instrumental.

Hubungan dengan dunia sosial khususnya keluarga penting bagi keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Selain keluarga besar dan seluruh jaringan layanan profesional/tenaga kesehatan terdapat juga sumber bantuan lain yaitu teman, tetangga, rekan kerja, dan lain-lain. Penelitian Purnami (2010) menjelaskan bahwa dukungan sosial merupakan bentuk bantuan yang dapat berupa materi, emosi, dan informasi yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti seperti keluarga, sahabat, teman, saudara, rekan kerja atau orang yang dicintai oleh individu yang bersangkutan. Bantuan ini diberikan dengan tujuan individu yang mengalami masalah merasa diperhatikan, mendapat dukungan, dihargai dan dicintai.

Hasil penelitian Sabri (2002) menunjukkan bahwa dukungan sosial dari teman atau sahabat mempunyai peranan penting bagi lansia

dan memberikan dampak positif terhadap kemandirian keluarga dan kesehatan psikososial lansia. Suhadi (2011) menjelaskan bahwa lansia yang mendapatkan dukungan sosial dari petugas kesehatan atau kader memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan sosial.

Sumber dukungan lain adalah berasal dari lingkungan sosial seperti kelompok swabantu yaitu kelompok teman sebaya yang memiliki masalah yang sama, bersama-sama berbagi masalah, memberikan dukungan satu sama lain dan melalui bantuan bersama menyelesaikan atau mengurangi masalah (Steiger & Lipson, 1985; Trainor, 1983, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Hasil akhir partisipasi kelompok swabantu menunjukkan bahwa partisipasi kelompok swabantu bermanfaat secara kognitif, melalui pemberian informasi yang menguntungkan, menghubungkan makna dengan masalah, dan membantu penyelesaian masalah (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

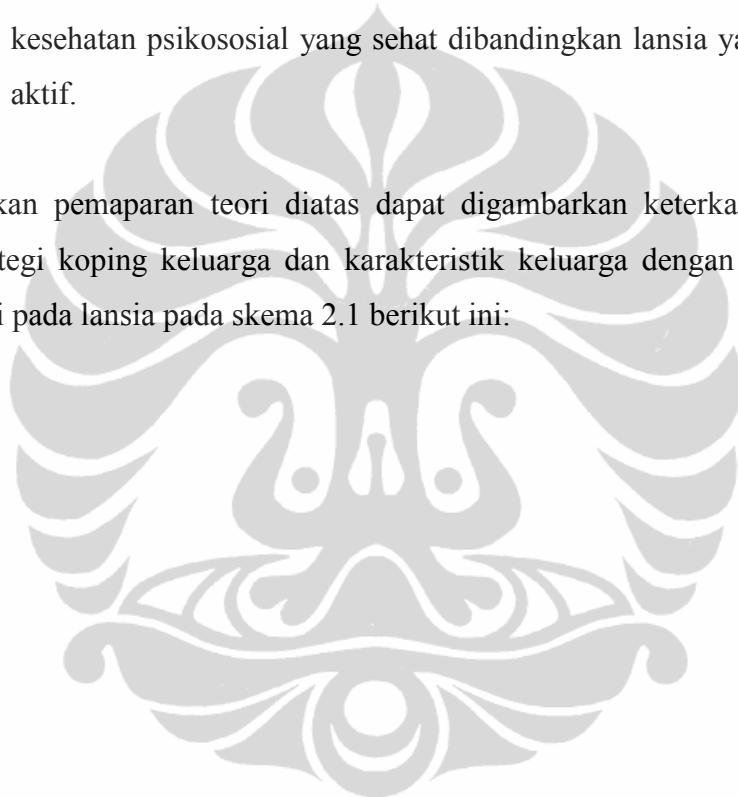
b. Strategi Dukungan Spiritual

Strategi coping keluarga eksternal lainnya adalah strategi dukungan spiritual. Kepercayaan spiritual dan religi individu dan keluarga merupakan inti dari semua coping dan adaptasi keluarga. Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup. Spiritual seseorang akan mempengaruhi cara pandangnya terhadap kesehatan (Potter & Perry, 2005). Terdapat hubungan yang signifikan antara kesejahteraan spiritual dan peningkatan kemampuan individu atau keluarga untuk mengatasi stres dan penyakit. Koping dukungan

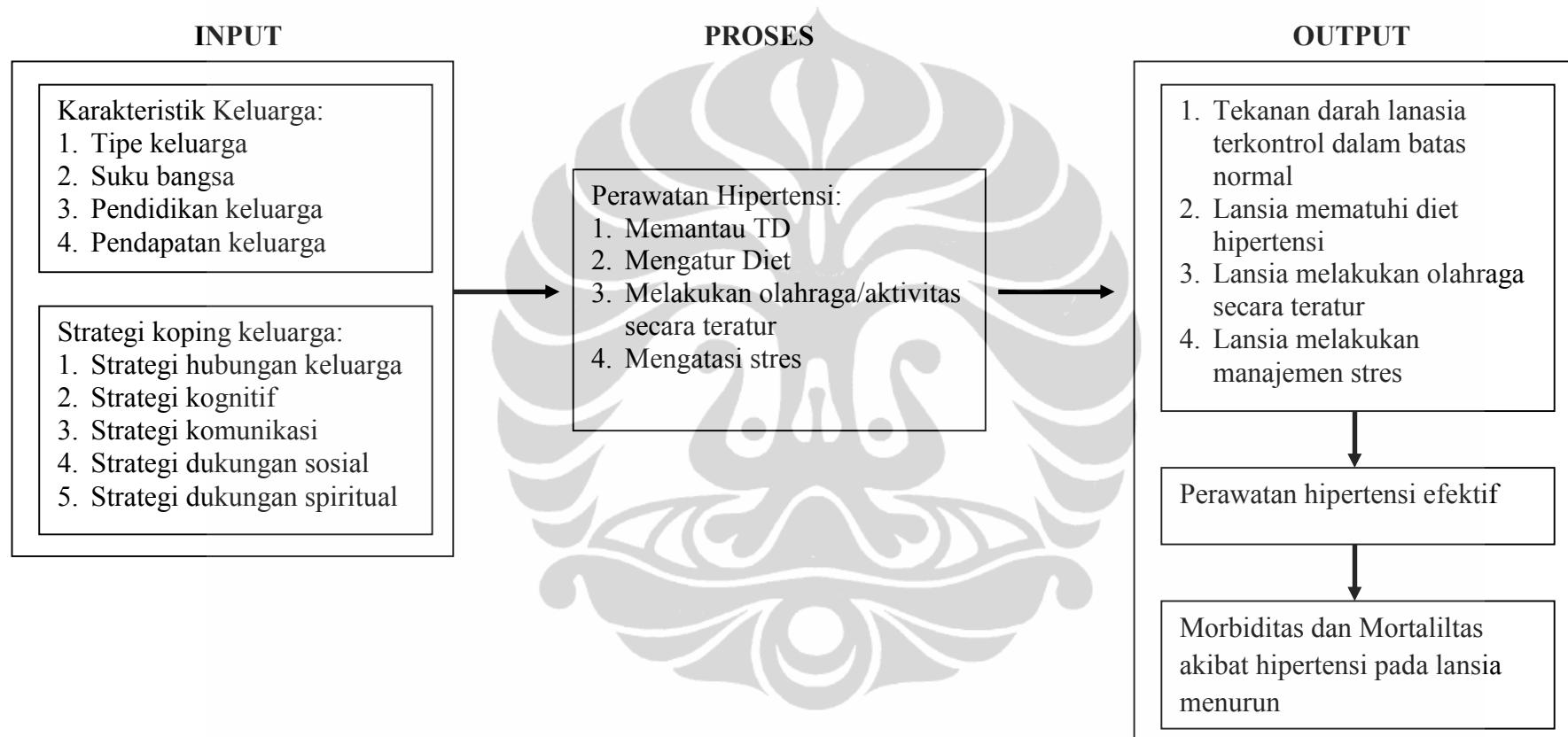
spiritual penting dalam mendukung kepercayaan keluarga sehingga mereka dapat mengatasi penderitaan.

Koping spiritual dapat dilakukan dengan meningkatkan kepercayaan dan berdoa, menemui pemuka agama, dan terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Hasil penelitian Sabri (2002) menjelaskan bahwa lansia yang aktif dalam mengikuti keagamaan cenderung memiliki kesehatan psikososial yang sehat dibandingkan lansia yang kurang aktif.

Berdasarkan pemaparan teori diatas dapat digambarkan keterkaitan antara teori strategi coping keluarga dan karakteristik keluarga dengan perawatan hipertensi pada lansia pada skema 2.1 berikut ini:



Skema 2.1
Kerangka Teori



Sumber: Friedman, Bowden & Jones (2011); Mauk (2010); Matteson & McConnell (1988); Edelman & Mandel (2010) ; Kurniawan, (2002); Tjokronegoro (2004); Luckson (2010); Ogihara & Rakugi (2005); Dusek, dkk (2008); Kaakinen & Duff (2010).

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

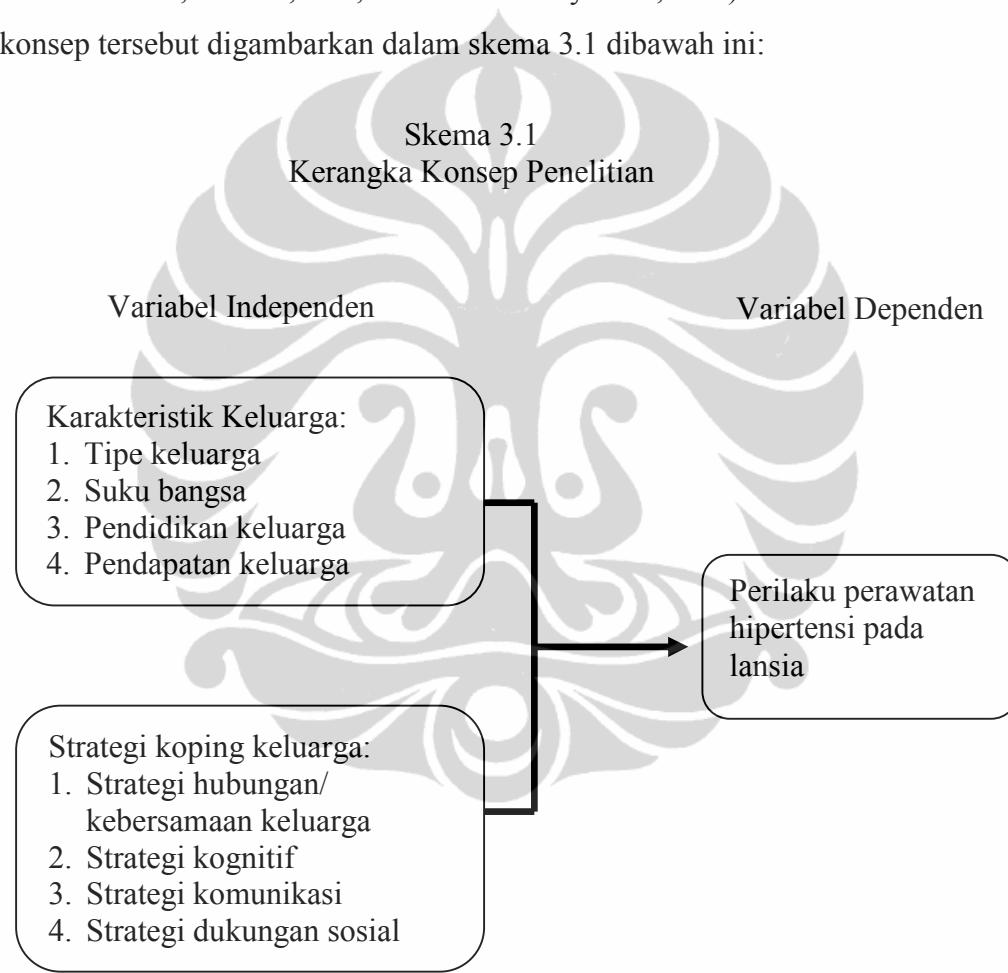
Penelitian dapat terlaksana dengan baik jika dirumuskan lebih dulu kerangka konsep atau kerangka berpikir yang utuh yang ingin dibuktikan atau dicariakan jawaban dari pertanyaan penelitian. Maka pada bab ini akan diuraikan mengenai kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional.

3.1 Kerangka Konsep

Konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal yang khusus, fenomena atau ide sehingga tidak dapat langsung diamati atau diukur, hanya dapat diamati melalui konstruk yang disebut sebagai variabel (Burns & Grove, 2009; Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep adalah formulasi dan simplifikasi dari kerangka teori atau teori-teori yang mendukung penelitian sehingga kerangka konsep ini terdiri dari variabel-variabel serta hubungan variabel yang satu dengan yang lain yang dapat mengarahkan peneliti untuk menganalisis hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Variabel adalah karakteristik subyek penelitian yang berbeda dari satu subyek ke subyek lain, digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep yang lebih spesifik dan dapat diukur atau diamati (Burns & Grove, 2009; Notoatmodjo, 2010; Sastroasmoro & Ismael, 2011). Konsep yang akan diukur dalam penelitian ini adalah perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia mencakup pengetahuan, sikap dan perilaku yang terkait 4 hal yaitu memantau tekanan darah (Edelman & Mandle, 2010), mengaturan diet (Kurniawan, 2002; Harnden, Frayn, & Hondson, 2009; Luckson, 2010; Agoes, 2011; Subramanian, dkk, 2011), melakukan olahraga secara teratur (Tjokronegoro, 2004; Ogihara & Rakugi, 2005; Sugiharto, 2007; Rahajeng & Tuminah, 2009), dan mengatasi stres (Dusek, dkk, 2008; Kowalak, Welsh, & Mayer, 2011; Subramanian, dkk, 2011).

Konsep lain yang akan diukur adalah karakteristik keluarga dan strategi coping keluarga. Karakteristik keluarga meliputi tipe keluarga, suku, tingkat pendidikan, dan pendapatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010; Kaakinen & Duff, 2010; Kandari 2011). Sedangkan strategi coping keluarga yang terdiri dari strategi hubungan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial dan strategi dukungan spiritual (Potter & Perry, 2005; Friedman, Bowden, & Jones, 2010; Kaakinen & Duff, 2010; Al-Kandari 2011, Kozier, Erb, Berman dan Synder ,2011). Keterkaitan antara konsep tersebut digambarkan dalam skema 3.1 dibawah ini:



Berdasarkan skema diatas dapat dijelaskan bahwa variabel bebas (*independen*) dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik keluarga meliputi tipe keluarga, suku, pendidikan dan pendapatan keluarga dan strategi coping keluarga yang terdiri dari strategi hubungan/kebersamaan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial dan strategi dukungan spiritual. Variabel bebas ini merupakan stimulus atau kegiatan yang

dilakukan peneliti untuk menciptakan efek pada variabel terikat (Burns & Grove, 2009; Sastroasmoro & Ismael, 2011; Dharma, 2011)

Variabel terikat (*dependen*) dalam penelitian ini adalah perilaku lansia dalam perawatan hipertensi yang meliputi pengetahuan, sikap, dan perilaku terkait memantau tekanan darah, mengatur diet, melakukan olahraga secara teratur dan mengatasi stres. Variabel terikat ini merupakan respon, perilaku atau hasil yang diharapkan atau diprediksikan oleh peneliti dari suatu penelitian. Variabel ini akan berubah akibat pengaruh atau perubahan yang terjadi pada variabel *independen* (Burns & Grove, 2009; Notoatmodjo, 2010; Sastroasmoro & Ismael, 2011; Dharma, 2011).

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan formal yang diharapkan peneliti adanya hubungan antara dua variabel atau lebih pada populasi spesifik dan merupakan jawaban atas pertanyaan penelitian tentang kemungkinan hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian (Burn & Grove, 2009; Notoatmodjo, 2010; Dharma, 2011). Dibawah ini diuraikan hipotesis mayor dan minor dari variabel penelitian yang akan diteliti:

3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara karakteristik keluarga dan strategi coping keluarga dalam perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

3.2.2 Hipotesis Minor

- a. Ada hubungan antara tipe keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia.
- b. Ada hubungan antara suku bangsa yang dianut keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia.
- c. Ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia.

- d. Ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia.
- e. Ada hubungan antara strategi hubungan/kebersamaan keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia.
- f. Ada hubungan antara strategi kognitif dengan perawatan hipertensi oleh lansia.
- g. Ada hubungan antara strategi komunikasi dengan perawatan hipertensi oleh lansia.
- h. Ada hubungan antara strategi dukungan sosial dengan perawatan hipertensi oleh lansia.
- i. Ada hubungan antara strategi dukungan spiritual dengan perawatan hipertensi oleh lansia.

3.3 Definisi Operasional

Tujuan penelitian diantaranya adalah untuk mengukur atau menilai variabel penelitian kemudian memberikan gambaran tentang variabel tersebut atau mengetahui hubungan diantara variabel tersebut. Agar variabel penelitian menjadi lebih konkret dan dapat diukur maka perlu dibuat definisi operasional (Burns & Grove, 2009; Dharma, 2011). Definisi operasional dari variabel penelitian ini terdiri dari karakteristik keluarga, strategi coping dan perawatan hipertensi oleh lansia, yang diuraikan pada tabel 3.2 berikut ini:

Tabel 3.2
Definisi Operasional

N o	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen					
1	Karakteristik keluarga	Ciri yang membedakan keluarga dan yang mempengaruhi masalah kesehatan keluarga	-	-	-
	a. Tipe keluarga	Karakteristik keluarga berdasarkan komposisi dan jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah	Kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertulis mengenai data demografi	1: Keluarga inti 2 : Keluarga besar	Nominal
	b. Suku bangsa	Karakteristik responden berdasarkan suku bangsa yang dianut atau daerah asal responden	Kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertulis mengenai data demografi	1: Betawi 2: Non Betawi	Nominal
	c. Pendidikan keluarga	Pendidikan formal terakhir yang pernah diikuti oleh responden	Kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertulis mengenai data demografi	1: Rendah (Tidak Sekolah-SMP) 2: Tinggi (SMA-PT)	Ordinal
	d. Pendapatan keluarga	Penghasilan keluarga dalam satu bulan	Kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertulis mengenai data demografi	1: Kurang baik (< UMR Rp. 1.400.000) 2: Baik (\geq UMR Rp. 1.400. 000)	Ordinal
2	Strategi coping keluarga	Perilaku yang digunakan oleh keluarga dalam menyelesaikan masalah hipertensi pada lansia	-	-	-

N o	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
a.	Strategi hubungan/ kebersama an keluarga	Strategi coping yang membuat ikatan keluarga semakin erat dengan berbagi perasaan dan pemikiran serta terlibat dalam aktivitas keluarga seperti menghabiskan waktu bersama, makan bersama dan lain-lain.	Kuesioner dalam bentuk pernyataan dengan menggunakan skala <i>likert</i> sebanyak 10 pernyataan. Untuk pernyataan positif 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah Untuk pernyataan negatif 4 = tidak pernah 3 = kadang-kadang 2 = sering 1 = selalu	1: Tidak efektif (skore < mean = 29) 2: Efektif (skore \geq mean = 29)	Ordinal
b.	Strategi kognitif	Strategi coping kognitif dengan pemecahan masalah bersama, mencari informasi dan pengetahuan.	Kuesioner dalam bentuk pernyataan dengan menggunakan skala <i>likert</i> sebanyak 12 pernyataan. Untuk pernyataan positif 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah Untuk pernyataan negatif 4 = tidak pernah 3 = kadang-kadang 2 = sering 1 = selalu	1: Tidak efektif (skore < mean = 37) 2: Efektif (skore \geq mean = 37)	Ordinal
c.	Strategi komunikasi	Strategi coping keluarga dengan menunjukkan keterbukaan, kejujuran, memberikan pesan/ informasi yang jelas, dan	Kuesioner dalam bentuk pernyataan dengan menggunakan skala <i>likert</i> sebanyak 10 pernyataan.	1: Tidak efektif (skore < mean = 32) 2: Efektif (skore \geq mean)	Ordinal

N o	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		perasaan serta perhatian yang besar	Untuk pernyataan positif 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah		
			Untuk pernyataan negatif 4 = tidak pernah 3 = kadang-kadang 2 = sering 1 = selalu		
d.	Strategi dukungan sosial	Strategi dukungan sosial keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosialnya. Dukungan berupa bantuan, informasi, motivasi dari keluarga, teman, tetangga, tenaga kesehatan dan kelompok swabantu.	Kuesioner dalam bentuk pernyataan dengan menggunakan skala <i>likert</i> sebanyak 11 pernyataan. Untuk pernyataan positif 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah Untuk pernyataan negatif 4 = tidak pernah 3 = kadang-kadang 2 = sering 1 = selalu	1: Tidak efektif (skore < mean = 35) 2: Efektif (skore \geq mean = 35)	Ordinal
e.	Strategi dukungan spiritual	Strategi coping dukungan spiritual adalah coping untuk mengatasi masalah dengan mendekatkan diri pada Tuhan YME yang dapat dilakukan dengan cara meningkatkan kepercayaan, beribadah dan	Kuesioner dalam bentuk pernyataan dengan menggunakan skala <i>likert</i> sebanyak 13 pernyataan. Untuk pernyataan positif 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	1: Tidak efektif (skore < mean = 42) 2: Efektif (skore \geq mean = 42)	Ordinal

N o	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		berdoa, menemui pemuka agama, dan terlibat aktif dalam kegiatan keagamaan	Untuk pernyataan negatif 4 = tidak pernah 3 = kadang-kadang 2 = sering 1 = selalu		
Variabel Dependen					
1	Perawatan hipertensi	Upaya yang dilakukan oleh lansia dalam mengendalikan hipertensi seperti memantau tekanan darah secara teratur, mengatur diet, melakukan olahraga, dan mengatasi stress yang dinilai dari tiga domain:		Nilai yang disajikan dalam bentuk jumlah keseluruhan jawaban yang diperoleh dari tiga domain (pengetahuan/ sikap/ keterampilan) yaitu: 1 : Kurang baik (bila nilai < 5) 2: Efektif (bila nilai ≥ 5)	Ordinal
	a. Pengetahuan tentang hipertensi	Kuesioner dalam bentuk pernyataan tentang pengetahuan dengan menggunakan skala <i>Guttman</i> sebanyak 17 pernyataan. Untuk pernyataan positif: 2 = Benar 1= Salah Untuk pernyataan negatif: 1= Benar 2= Salah		1: Kurang baik, jika total skor jawaban < 70% benar = 27 2: Baik, jika total skor jawaban $\geq 70\%$ benar = 27	
	b. Sikap terhadap perawatan hipertensi	Sikap menggunakan kuesioner dengan skala <i>likert</i> sebanyak 10 pernyataan..		1: Kurang baik (skore < mean = 34) 2: Baik (skore \geq mean = 34)	

N o	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
			Untuk pernyataan positif : 4 = Sangat Setuju 3 = Setuju 2 = Kurang setuju 1= Tidak setuju		
			Untuk pernyataan negatif: 4: Tidak setuju 3: Kurang setuju 2: Setuju 1: Sangat Setuju		
c.	Tindakan/ praktik/ keterampilan dalam perawatan hipertensi	Kuesioner dalam bentuk pertanyaan tentang tindakan/ praktik/ keterampilan dengan menggunakan skala <i>likert</i> sebanyak 21 pernyataan. Untuk pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	Kuesioner dalam bentuk pertanyaan tentang tindakan/ praktik/ keterampilan dengan menggunakan skala <i>likert</i> sebanyak 21 pernyataan. Untuk pernyataan positif: 4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	1: Kurang baik (skore < mean = 64) 2: Baik (skore \geq mean = 64)	

BAB 4 **METODOLOGI PENELITIAN**

Bab ini akan membahas mengenai metodologi penelitian yang meliputi rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji validitas dan reliabilitas instrumen, prosedur pengumpulan data, pengolahan dan analisis data.

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian disusun untuk membantu peneliti agar dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian dengan sahih, obyektif, akurat sehingga dapat mencapai tujuan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Rancangan penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif* korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*, yaitu penelitian yang melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu waktu tertentu yang artinya setiap subyek pada satu waktu tertentu hanya diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut serta peneliti tidak melakukan tindak lanjut terhadap hasil pengukuran yang dilakukan (Sastroasmoro & Ismael, 2011).

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan karakteristik keluarga (tipe keluarga, suku, pendidikan dan pendapatan keluarga) dan strategi coping keluarga yang meliputi strategi hubungan/ kebersamaan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial, dan strategi dukungan spiritual dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Subyek penelitian ini adalah lansia yang mengalami hipertensi di wilayah Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang memiliki karakteristik tertentu (Notoatmodjo, 2010; Saefudin, 2011;

Sastroasmoro & Ismael, 2011). Populasi pada penelitian adalah seluruh penduduk yang berusia lanjut (lansia) yang tinggal di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok yang berjumlah 919 orang, dan jumlah lansia yang teridentifikasi menderita hipertensi sebanyak 145 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sekelompok individu yang merupakan bagian dari populasi yang diteliti yang dipilih dengan cara tertentu, memiliki karakteristik tertentu dan dianggap mewakili seluruh populasi (Burns & Grove, 2009; Saepudin, 2011; Sastroasmoro & Ismael, 2011; Dharma, 2011). Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan *Cluster sampling*, yaitu pengambilan sampel dilakukan secara acak pada kelompok individu yang terjadi secara alamiah dan mengacu pada kriteria yang diharapkan dengan kriteria inklusi pada lansia sebagai berikut:

- a. Lansia yang didiagnosis hipertensi (TD sistolik ≥ 140 mmHg dan atau TD diastolik ≥ 90 mmHg).
- b. Umur lansia sama atau lebih dari 60 tahun.
- c. Lansia tinggal bersama keluarga
- d. Lansia dapat berkomunikasi dengan baik.
- e. Bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah lansia yang sedang sakit, hidup sendiri, tidak dapat berkomunikasi dan pikun.

Kriteria inklusi responden (keluarga):

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Ada hubungan keluarga dengan lansia
- c. Dapat membaca dan menulis

Untuk menentukan besarnya sampel maka dilakukan penghitungan dengan menggunakan rumus Lameshow sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan:

n = besar sampel.

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai standar distribusi normal pada alpha tertentu (biasanya 95%, maka nilai $Z = 1,96$).

P = proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, bila tidak diketahui proporsinya, ditetapkan 50% (0,5).

d = derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan, misal: 5% (0,05).

Perhitungan jumlah sampel berdasarkan rumus diatas menggunakan proporsi hipertensi untuk wilayah Jawa Barat berdasarkan hasil Riskesdas (2007) sebesar 8,8% adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,088 (1-0,088)}{0,05^2} = 123$$

Sampel penelitian berdasarkan perhitungan di atas didapatkan sampel sebanyak 123 orang. Dari sampel tersebut kemungkinan ada sampel yang *drop out* (DO), *loss to follow-up*, atau subyek yang tidak taat sehingga perlu dilakukan antisipasi dengan menambahkan sejumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan menggunakan rumus koreksi besar sampel menurut Sastroasmoro dan Ismael (2011) sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

Keterangan:

n' = besar sampel setelah dikoreksi

n = besar sampel yang dihitung

f = perkiraan proporsi *drop out*

Perhitungan besar sampel setelah dikoreksi berdasarkan rumus di atas adalah sebagai berikut:

$$n' = \frac{123}{(1 - 0,1)} = 136$$

Berdasarkan rumus koreksi besar sampel di atas maka jumlah sampel yang akan diambil dalam penelitian ini adalah sebanyak 136 sampel.

4.3 Teknik Pengambilan Sampel

Pemilihan sampel pada penelitian ini menggunakan *probability random sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan secara acak, setiap subyek dalam populasi (terjangkau) mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel penelitian. Pengambilan sampel dengan *proportional cluster sampling* yaitu pengambilan sampel dilakukan secara acak pada kelompok individu yang terjadi secara alamiah, karena sampel ini diambil dalam wilayah yang tersebar di Kelurahan Cisalak Pasar yang mencakup 8 RW.

Peneliti telah mengidentifikasi jumlah lansia penderita hipertensi di tiap-tiap RW berdasarkan data dari Puskesmas Kecamatan Cimanggis dan Posbindu masing-masing RW. Jumlah sampel yang diambil untuk masing-masing RW dijabarkan dalam tabel 4.1 dibawah ini:

Tabel 4.1
Tabel *Proportional Cluster Sampling*

No	Nama Posbindu	Jumlah Lansia Hipertensi	Perhitungan	Sampel
1	Posbindu Dahlia (RW 01)	20	20/145 x 136	19
2	Posbindu Melati (RW 02)	20	20/145 x 136	19
3	Posbindu Mawar (RW 03)	23	23/145 x 136	22
4	Posbindu Seruni (RW 04)	15	15/145 x 136	14
5	Posbindu Anggrek (RW 05)	32	32/145 x 136	30
6	Posbindu Flamboyan (RW 07)	15	15/145 x 136	14
7	Posbindu Asyfa (RW 08)	10	10/145 x 136	9
8	RW 06	10	10/145 x 136	9
	Total Sampel	145		136

4.4 Tempat dan Waktu Penelitian

4.4.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Kelurahan Cisalak Pasar merupakan wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Peneliti memilih tempat ini karena berdasarkan data laporan kunjungan pasien ke Puskesmas Kecamatan Cimanggis kasus hipertensi merupakan salah satu kasus terbanyak yang diderita oleh lansia yang berasal dari Kelurahan Cisalak Pasar.

4.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian telah dilaksanakan selama 6 bulan (Agustus 2012 sampai dengan Januari 2013) mulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyajian hasil penelitian (publikasi).

4.5 Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan berbagai pertimbangan etik untuk mencegah munculnya masalah etik selama prosedur penelitian dilakukan sehingga peneliti berupaya untuk mengantisipasinya dengan cara penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan surat keterangan lolos uji etik dari komite etik

keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan nomor 51/H2.F12.D/HKP.02.04/2012 pada tanggal 4 Desember 2012.

Peneliti telah mengantisipasi dampak yang mungkin terjadi selama proses penelitian berlangsung yaitu dengan menggunakan prinsip-prinsip etik penelitian sebagai berikut:

4.5.1 Prinsip Dasar Etik Penelitian

a. Menghormati Harkat dan Martabat Manusia

Penelitian ini dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Subjek penelitian memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak dalam penelitian (otonomi), memiliki hak bertanya dan mendapatkan informasi mengenai penelitian (Polit & Beck, 2012).

Pada penelitian ini sebelum peneliti meminta persetujuan menjadi responden terlebih dahulu peneliti memberikan informasi mengenai judul penelitian, manfaat penelitian, cara pengisian kueisoner dan menjelaskan bahwa penelitian ini tidak menimbulkan dampak yang membahayakan bagi responden. Peneliti juga memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya apabila ada penjelasan yang belum dipahami. Setelah mendapatkan penjelasan peneliti memberikan kebebasan untuk ikut serta dalam penelitian atau menolak mengikuti penelitian. Responden yang memutuskan berpartisipasi bebas untuk mengundurkan diri dari penelitian kapan pun tanpa pemberian sanksi.

Pertimbangan etik lain yang digunakan adalah *respect for privacy and confidentiality* (Burn & Grove, 2009) yaitu menghormati hak-hak responden dalam penelitian dengan menjaga kerahasiaan identitas responden, tidak menuliskan nama responden dalam lembar kuesioner, menjaga privasi responden dengan cara menyimpan data yang diberikan responden sebaik mungkin. Untuk menjaga

kerahasiaan responden, kuesioner diberikan kode dan tidak mencantumkan nama responden. Apabila hasil penelitian ini dipublikasikan maka identitas responden tidak akan ditampilkan dalam publikasi tersebut sehingga responden tetap terjaga privasinya. Data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan bila diperlukan di pengadilan, dan data ini pun hanya diakses oleh peneliti dan pembimbing.

b. Prinsip Kesejahteraan Responden (*Beneficience & Non Maleficience*)

Prinsip ini mengandung makna memaksimalkan kebaikan dan meminimalkan kerugian/kesalahan dan bebas dari bahaya atau ketidaknyamanan. Makna lain dari prinsip ini, bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya terhadap subjek penelitian dan meminimalkan resiko/ dampak yang merugikan bagi subjek penelitian dan mengurangi ketidaknyamanan. Ketidaknyamanan dapat terjadi secara fisik (lelah, cedera), emosional (stress, takut), sosial (kehilangan support sosial, atau finansial) (Polit & Beck, 2012).

Penelitian ini bermanfaat bagi keluarga yaitu mendapatkan gambaran strategi coping apa saja yang dapat digunakan oleh keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi pada lansia. Penelitian ini juga tidak menimbulkan dampak yang merugikan bagi responden. Risiko dan ketidaknyamanan yang mungkin terjadi selama pengisian kuesioner yaitu adanya kelelahan selama mengisi responden mengingat responden yang mengisi kuesioner ini lansia dan keluarga. Maka peneliti mengantisipasi ketidaknyamanan dan kelelahan tersebut dengan memberikan kesempatan istirahat kepada lansia, selain itu lansia mengisi kuesioner didampingi oleh peneliti atau kader.

c. Prinsip Keadilan (*Justice*)

Prinsip ini menunjukkan adanya perlakuan yang adil dalam penelitian yang mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek, tidak ada diskriminasi dalam seleksi penelitian. Keadilan juga memiliki makna bahwa setiap orang wajib diperlakukan sesuai dengan apa yang benar dan layak secara moral (Polit & Beck, 2012).

Prinsip keadilan dalam penelitian ini dilaksanakan dengan memberikan kesempatan yang sama kepada semua keluarga dengan lansia hipertensi untuk dapat menjadi responden yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian, tidak ada diskriminasi selama seleksi penelitian, dan tidak membeda-bedakan responden perlakuan baik sebelum, selama maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian.

Saat pengambilan data penelitian terdapat 2 cara yaitu dilakukan secara tertulis dan lisan. Sebagian besar responden mendapatkan *informed consent* secara individu didatangi oleh peneliti atau kader ke rumah masing-masing. Namun untuk salah satu RW yang menjadi wilayah binaan peneliti saat melakukan praktik aplikasi keperawatan komunitas lanjut diberikan secara lisan terlebih dahulu kemudian dilanjutkan dengan pemberian *informed consent* secara tertulis ke rumah masing-masing.

4.5.2 *Informed Consent*

Informed consent adalah persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subjek dalam penelitian setelah mendapatkan informasi yang adekuat mengenai penelitian yang akan dilakukan (Polit & Beck, 2012). Sebelum penelitian dilakukan maka sebelumnya responden diminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian. Namun sebelum responden menyatakan persetujuannya terlebih dahulu diberikan

informasi tentang penelitian yang akan dilakukan, meliputi judul penelitian, tujuan, manfaat dari penelitian, dan prosedur penelitian, serta dampak penelitian bagi responden. Setiap responden diberikan kebebasan untuk menyetujui atau tidak menyetujui dengan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden, (*informed consent*).

Responden memperoleh *informed consent* dilakukan 2 cara yaitu secara tertulis dan lisan. Sebagian besar responden mendapatkan secara individu didatangi oleh peneliti atau kader ke rumah masing-masing untuk mendapatkan *informed consent* secara tertulis dan lisan. Namun untuk salah satu RW yang menjadi wilayah binaan peneliti saat melakukan praktik aplikasi keperawatan komunitas lanjut diberikan secara lisan terlebih dahulu secara berkelompok atau bersama-sama kemudian dilanjutkan dengan pemberian *informed consent* secara tertulis ke rumah masing-masing. Saat penelitian terdapat salah satu responden yang menolak terlibat dalam penelitian ini, sehingga peneliti mengantisipasinya dengan memilih responden lain sebagai penggantinya.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer pada penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner yang terdiri dari:

4.6.1 Kuesioner A

Kuesioner ini bertujuan untuk mendapatkan karakteristik keluarga yang meliputi inisial nama kepala keluarga, umur keluarga pemberi perawatan pada lansia, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan pendapatan keluarga. Bentuk pertanyaan dalam kuesioner ini adalah isian dan pilihan jawaban. Lembar isian ini dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan kebutuhan penelitian.

4.6.2 Kuesioner B

Kuesioner ini berisi tentang instrumen untuk mendapatkan gambaran strategi coping keluarga yang terdiri dari strategi hubungan/kebersamaan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial, dan strategi dukungan spiritual. Kuesioner ini dikembangkan sendiri oleh peneliti sesuai dengan konsep dan teori yang mendukung namun khusus untuk strategi dukungan sosial terutama untuk dukungan keluarga kuesioner tersebut menggunakan kuesioner Herlinah (2011) yang sudah dimodifikasi oleh peneliti. Modifikasi yang dilakukan peneliti yaitu dengan menambahkan beberapa konsep yang belum diukur pada kuesioner sebelumnya seperti keluarga memberikan tugas pada lansia untuk mengurus cucu dan mengerjakan pekerjaan rumah.

Kuesioner ini diisi oleh Keluarga yang terdiri dari beberapa pernyataan dan responden menjawab dengan memberi tanda *chek list* (✓) pada pilihan jawaban yang sudah disediakan. Kuesioner ini terdiri dari 56 pernyataan yang terdiri dari strategi coping hubungan keluarga sebanyak 10 pernyataan, dengan pernyataan positif nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 dan 9, sedangkan pernyataan negatif nomor 7 dan 10. Strategi coping kognitif sebanyak 12 pernyataan dan semua pernyataan dalam bentuk pernyataan positif. Strategi coping komunikasi sebanyak 10 pernyataan, dengan pernyataan positif nomor 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, dan 32 sedangkan pernyataan negatif nomor 29 dan 30. Strategi coping dukungan sosial sebanyak 11 pernyataan, dengan pernyataan positif nomor 33, 34, 37, 38, 39, 40, dan 41 sedangkan pernyataan negatif nomor 35, 36, 42 dan 43. Strategi coping dukungan spiritual sebanyak 13 pernyataan dan semua pernyataan dalam bentuk pernyataan positif.

Cara ukur pertanyaan pada kuesioner ini adalah dengan menggunakan skala *likert* yaitu dengan kriteria selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah. Setiap pernyataan positif memiliki pilihan jawaban

dengan kriteria; selalu (nilai 4), sering (nilai 3), kadang-kadang (nilai 2), dan tidak pernah (nilai 1). Sedangkan untuk pernyataan negatif memiliki jawaban dengan kriteria; selalu (nilai 1), sering (nilai 2), kadang-kadang (nilai 3), dan tidak pernah (nilai 4). Hasil ukur dari kuesioner ini berupa hasil ukur $2 = \text{efektif}$ bila skor $\geq \text{mean}$ dan $1 = \text{tidak efektif}$ bila skor $< \text{mean}$.

4.6.3 Kuesioner C

Kuesioner ini merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran perawatan hipertensi lansia terdiri dari pengetahuan, sikap dan perilaku. Kuesioner penelitian ini menggunakan penelitian Suhadi (2011) yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Modifikasi yang dilakukan oleh peneliti yaitu dengan memperbaiki pernyataan kuesioner agar mudah dipahami oleh lansia dan menambahkan beberapa konsep yang belum diukur pada kuesioner sebelumnya. Konsep yang ditambahkan terkait dengan perawatan hipertensi oleh lansia yaitu melakukan olahraga dan mengatasi stres. Kuesioner ini diisi oleh lansia berisi beberapa pernyataan tentang cara-cara perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia melalui pemantauan tekanan darah secara teratur, pengaturan diet, melakukan aktifitas olahraga secara teratur, dan latihan manajemen stres. Responden menjawab dengan memberi tanda *check list* () pada pilihan jawaban yang sudah disediakan. Kuesioner ini terdiri dari 3 domain yaitu domain pengetahuan sebanyak 17 pernyataan tentang pengetahuan hipertensi dengan pernyataan positif nomor 2 sampai dengan 17 dan pernyataan negatif nomor 1. Domain tindakan atau keterampilan lansia terhadap perawatan hipertensi terdiri dari 21 pernyataan, dengan pernyataan positif nomor 1, 2, 3, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, dan 21 sedangkan pernyataan negatif nomor 4 sampai dengan 10, dan 12 sampai dengan 14. Sikap lansia terhadap perawatan hipertensi sebanyak 10 pernyataan, dengan pernyataan positif nomor 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, dan 10, sedangkan pernyataan negatif nomor 6.

Cara ukur pertanyaan pada kuesioner ini terdiri dari skala *guttman* untuk mengukur pengetahuan lansia tentang hipertensi dengan kriteria benar dan salah. Setiap pernyataan positif memiliki kriteria pilihan jawaban benar (nilai 2) dan salah (nilai 1) dan untuk pernyataan negatif dengan pilihan jawaban benar (nilai 1) dan salah (nilai 2). Hasil ukur untuk domain pengetahuan adalah 1 = kurang baik, jika total skor jawaban $< 70\%$ benar, dan 2 = baik, jika total skor jawaban $\geq 70\%$ benar.

Cara ukur untuk pernyataan dalam kuesioner khususnya domain tindakan atau keterampilan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia dengan menggunakan skala *likert* yaitu dengan kriteria selalu, sering, kadang-kadang dan tidak pernah. Setiap pernyataan positif memiliki pilihan jawaban dengan kriteria; selalu (nilai 4), sering (nilai 3), kadang-kadang (nilai 2), dan tidak pernah (nilai 1). Sedangkan untuk pernyataan negatif memiliki jawaban dengan kriteria; selalu (nilai 1), sering (nilai 2), kadang-kadang (nilai 3), dan tidak pernah (nilai 4). Hasil ukur dari kuesioner ini adalah berupa hasil ukur 2 = efektif bila skor \geq mean dan 1 = tidak efektif bila skor $<$ mean.

Cara ukur untuk pernyataan dalam kuesioner domain sikap terhadap perawatan hipertensi lansia menggunakan skala *likert* yaitu dengan kriteria sangat setuju, setuju, kurang setuju dan tidak setuju. Setiap pernyataan positif memiliki pilihan jawaban dengan kriteria; sangat setuju (nilai 4), setuju (nilai 3), kurang setuju (nilai 2), dan tidak setuju (nilai 1). Sedangkan untuk pernyataan negatif memiliki jawaban dengan kriteria; sangat setuju (nilai 1), setuju (nilai 2), kurang setuju (nilai 3), dan tidak setuju (nilai 4). Hasil ukur dari kuesioner ini adalah berupa hasil ukur 2 = efektif bila skor \geq mean/median dan 1 = tidak efektif bila skor $<$ mean.

4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Pengumpulan data penelitian yang menggunakan kuesioner sebagai alat ukur penelitian belum dapat langsung digunakan tetapi memerlukan uji validitas dan reliabilitas. Responden yang digunakan dalam uji validitas dan reliabilitas ini adalah responden yang memiliki ciri-ciri seperti responden yang akan diteliti di tempat penelitian.

4.7.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur yang benar-benar mengukur apa yang diukur. Uji validitas adalah ukuran yang menunjukkan sejauh mana instrumen mengukur apa yang seharusnya diukur, sesuai dengan yang sesungguhnya dimaksud oleh peneliti (Notoatmodjo, 2010; Saepudin, 2011).

Suatu hasil penelitian dikatakan valid apabila terdapat kesamaan antara data yang terkumpul dengan data yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti. Untuk mengetahui validitas suatu instrument (kuesioner) dilakukan dengan cara menguji korelasi antar skors (nilai) tiap-tiap item pertanyaan dengan skors total kuesioner tersebut. Bila semua pertanyaan mempunyai korelasi yang bermakna (*construct validity*) maka semua item pertanyaan yang ada dalam kuesioner tersebut dapat mengukur konsep yang akan diukur dalam penelitian.

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan *construct validity* dan *content validity*. Proses validitas konstruk dilakukan pada tanggal 23 - 29 November 2012 terhadap 30 responden lansia yang menderita hipertensi yang terdapat di wilayah Kelurahan Pasir Gunung Selatan. Alasan pemilihan uji coba ini karena lansia yang menderita hipertensi di wilayah Kelurahan Pasir Gunung Selatan memiliki karakteristik yang sama dengan lansia di wilayah Cisalak Pasar.

Content validity menunjukkan kemampuan item pernyataan dalam instrumen penelitian dapat mewakili semua konsep yang akan diteliti.

Untuk menentukan *content validity* dilakukan dengan meminta pendapat pakar/ ahli untuk menelaah instrumen dan menentukan apakah seluruh item pernyataan sudah mewakili seluruh konsep yang akan diteliti (Pollit & Beck, 2012, Dharma, 2011). *Content validity* pada penelitian ini dilakukan dengan cara konsultasi dengan pembimbing.

Teknik korelasi yang digunakan korelasi *Pearson Product Moment*. Hasil uji validitas untuk kuesioner akan diperoleh berdasarkan signifikansi 5% R product moment dengan t table dengan menggunakan $df = n - 2$ pada tingkat kemaknaan 5% $t_{hitung} > t_{tabel}$ maka pertanyaan atau pernyataan dinyatakan valid (Hastono, 2007).

Hasil uji validitas pada kuesioner B tentang strategi coping keluarga terdapat beberapa item pertanyaan yang tidak valid. Dari 51 item pernyataan terdapat 9 pernyataan yang tidak valid karena r hitung lebih kecil dari r tabel (0,361). Jumlah item pernyataan yang valid menjadi 42 pernyataan. Jumlah ini tidak mencukupi untuk dilakukan analisis multivariat karena syarat untuk melakukan analisis multivariat minimal terdapat 10 pernyataan yang valid. Langkah selanjutnya adalah melakukan uji validitas kedua dengan merevisi kalimat pada item pernyataan yang tidak valid dan menambahkan beberapa item pernyataan pada masing-masing variabel sehingga item pernyataan tentang strategi coping keluarga yang akan diujikan pada uji validitas tahap 2 sebanyak 63 item pernyataan.

Uji validitas kedua dilaksanakan pada tanggal 1 – 5 Desember 2012 di Kelurahan Pasir Gunung Selatan. Hasil uji validitas tersebut terdapat beberapa pernyataan yang tidak valid. Dari 63 item pernyataan terdapat 7 item pernyataan yang tidak valid karena r hitung lebih kecil dari r tabel (0,361). Jumlah keseluruhan item pernyataan yang valid menjadi 56 pernyataan dan sudah mewakili masing-masing variabel

minimal 10 pernyataan sehingga pernyataan yang tidak valid dihilangkan.

Hasil uji validitas terhadap kuesioner C tentang perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia terdiri dari 17 item pernyataan pengetahuan, 21 item pernyataan praktik atau tindakan dan 10 item pernyataan sikap. Dari 17 item pernyataan pengetahuan hanya 10 pernyataan yang valid. Setelah dicek dengan kisi-kisi instrumen, belum semua item pernyataan mewakili kisi-kisi instrumen tersebut sehingga dilakukan uji validitas kedua dengan merevisi kalimat pada item pernyataan yang tidak valid dan menambahkan beberapa item pernyataan sehingga jumlah pernyataan menjadi 26 item yang akan diujikan pada uji validitas tahap 2. Setelah dilakukan uji validitas kedua, dari 26 item pernyataan terdapat 9 pernyataan yang tidak valid karena r hitung lebih kecil dari r tabel (0,361), sehingga jumlah pernyataan pengetahuan menjadi 17 item pernyataan yang valid. Pernyataan yang tidak valid dihilangkan karena 17 pernyataan yang valid sudah mewakili kisi-kisi instrumen.

Pernyataan mengenai praktik atau tindakan perawatan hipertensi pada uji validitas pertama hanya terdapat 10 item pernyataan yang valid dari 21 item pernyataan yang diujikan. Sama halnya dengan pernyataan pengetahuan maka pernyataan mengenai praktik atau tindakan diujikan kembali dengan merevisi kalimat pada item pernyataan yang tidak valid dan menambahkan beberapa item pernyataan sehingga jumlah pernyataan menjadi 26 item yang akan diujikan pada uji validitas tahap 2. Hasil uji validitas kedua didapatkan dari 26 pernyataan terdapat 5 pernyataan yang tidak valid. Item pernyataan yang tidak valid dihilangkan sehingga jumlah item pernyataan praktik atau tindakan menjadi 21 item pernyataan. Hasil uji validitas mengenai sikap didapatkan dari 10 item pernyataan sikap semua item dinyatakan valid karena nilai r hitung lebih besar dari r

tabel (0,361), sehingga item sikap ini tidak diikutsertakan dalam uji validitas kedua.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Hal ini menunjukkan bahwa hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran beberapa kali untuk mengukur objek yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010; Saepudin; 2011).

Reliabel meliputi 3 aspek yaitu stabilitas, ekivalensi/kesamaan, dan homogenitas. Stabilitas adalah konsistensi hasil satu pengukuran ke pengukuran lainnya oleh instrumen yang sama, subyek penelitian yang sama dan dengan instrumen yang sama. Ekivalensi/kesamaan adalah korelasi antara hasil pengukuran seorang pengamat dan hasil pengukuran pengamat lainnya, terhadap subyek penelitian yang sama dan dengan instrumen yang sama. Homogenitas menunjukkan konsistensi internal suatu alat ukur dimana hasil suatu ukuran mengukur variabel atau konstruk (Burns & Grove, 2009; Saepudin, 2011).

Teknik analisis untuk penilaian reliabilitas instrumen dilakukan dengan cara membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Dalam uji reliabilitas ini instrumen dianggap reliabel bila nilai r hasil $\geq 0,8$ (Polit & Beck, 2012).

Hasil uji reliabilitas pada kuesioner B tentang strategi coping keluarga didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,947 pada uji validitas pertama, sedangkan pada uji validitas kedua diperoleh nilai 0,975. Hasil uji reliabilitas pada kuesioner C tentang perawatan hipertensi dihasilkan nilai *Cronbach's Alpha* pengetahuan sebesar 0,709 pada uji validitas pertama dan 0,844 pada uji validitas kedua. Nilai *Cronbach's Alpha*

praktik/ tindakan sebesar 0,735 pada uji validitas pertama dan 0,883 pada uji validitas kedua. Sedangkan nilai *Cronbach's Alpha* sikap diperoleh sebesar 0,846 pada uji validitas pertama. Berdasarkan hasil uji reliabilitas tersebut menunjukkan instrumen ini reliabel yang artinya hasil pengukuran akan tetap konsisten apabila dilakukan pengukuran beberapa kali untuk mengukur objek yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama karena hasil penelitian ini memiliki nilai *Cronbach's Alpha* 0,8. Nilai ini sesuai dengan Polit dan Beck (2012) yang menyatakan intrumen penelitian reliabel jika memperoleh hasil *Cronbach's Alpha* $\geq 0,8$.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur atau langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

4.8.1 Prosedur Administrasi Penelitian

- a. Pengurusan surat lolos uji etik dari Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan dan dinyatakan lolos uji etik dengan nomor 51/H2.F12.D/HKP.02.04/2012 pada tanggal 4 Desember 2012 dan surat izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan nomor 4725/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 (lampiran 7 dan 8)
- b. Pengurusan izin penelitian kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok (lampiran 9)
- c. Mengajukan permohonan izin penelitian tertulis kepada Kepala Kesbangpol dan Linmas Kota Depok setelah mendapatkan rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Depok (lampiran 10)
- d. Menyerahkan surat izin penelitian tertulis dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok dan Kepala Kesbangpol dan Linmas kepada Kepala Kelurahan Cisalak Pasar sebagai tembusan.

4.8.2 Prosedur Penelitian

- a. Setelah mendapatkan izin, maka peneliti melakukan sosialisasi dan kontrak kerja dengan kader setempat mengenai penelitian yang akan dilakukan dengan menjelaskan tujuan penelitian, manfaat, prosedur penelitian dan partisipasi yang diharapkan. Penelitian ini melibatkan kader dalam pengumpulan data sehingga kader diberikan informasi terlebih dahulu bagaimana cara melakukan pengisian kuesioner.
- b. Peneliti mengidentifikasi responden sesuai karakteristik sampel yang sudah ditetapkan berdasarkan hasil laporan kegiatan posbindu di masing-masing RW kemudian memilih responden dengan cara diundi.
- c. Setelah responden teridentifikasi, selanjutnya peneliti memvalidasi kembali apakah responden tersebut mengalami hipertensi dengan cara melakukan pengukuran tekanan darah.
- d. Responden yang sudah sesuai dengan kriteria inklusi kemudian diminta persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian yang sebelumnya sudah dijelaskan tentang hak dan kewajiban sebagai responden. Penjelasan ini disertai dengan melampirkan format *informed consent*. Responden yang menyetujui untuk ikut serta dalam penelitian maka diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
- e. Responden diberi kuesioner kemudian diberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner, yaitu kuesioner terdiri dari 3 bagian yang meliputi kuesioner A dan B diisi oleh keluarga, kuesioner C diisi oleh lansia.
- f. Peneliti memberikan waktu kepada responden untuk mengisi kuesioner dan menginformasikan kuesioner akan diambil kembali oleh peneliti atau kader 2 hari kemudian.
- g. Setelah kuesioner diambil kembali oleh peneliti atau kader selanjutnya peneliti mengecek kelengkapan kuesioner yang telah diisi oleh lansia dan keluarga.

h. Langkah selanjutnya adalah pengolahan data.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan data

Pengolahan data merupakan kegiatan penelitian yang dilakukan setelah pengumpulan data. Tahapan pengolahan data terdiri dari beberapa tahap yaitu:

a. Editing

Pada tahap ini peneliti melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner dengan tujuan memeriksa kelengkapan data, memeriksa relevansi jawaban dengan pertanyaan dan dapat terbaca dengan baik, memeriksa kesinambungan dan keseragaman data dimana tidak ada data yang bertentangan serta adanya keseragaman ukuran yang digunakan pada pengumpulan data (Hastono, 2007; Saepudin 2011).

b. Coding

Setelah data diedit maka selanjutnya diberikan kode dengan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan sehingga memudahkan peneliti dalam memasukan data ke dalam komputer (Hastono, 2007; Notoatmodjo; Saepudin 2011).

c. Processing

Tahap ini merupakan tahap memproses data agar data yang sudah di *entry* dapat dianalisis dengan cara memasukan data dari kuesioner yang sudah diberikan kode ke paket program komputer (Hastono, 2007).

d. Cleaning

Cleaning atau pembersihan data dilakukan untuk mengecek kembali data yang sudah dimasukan ke paket komputer untuk mencegah adanya kesalahan *entry* data sebelum dilakukan analisis data (Hastono, 2007).

4.9.2 Analisis data

Setelah melakukan pengolahan data maka data tersebut perlu dianalisis sehingga data tersebut mempunyai makna/arti yang dapat berguna untuk memecahkan masalah penelitian. Tahapan analisis data menurut Hastono (2007) terdiri dari:

a. Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menjelaskan/mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat dalam penelitian ini dilakukan terhadap karakteristik keluarga (tipe keluarga, suku bangsa, tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga), strategi coping keluarga (strategi hubungan/kebersamaan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial dan strategi dukungan spiritual) dan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Analisis data kategorik dilakukan dengan menghitung frekuensi dan proporsi.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui ada hubungan yang signifikan antara dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Analisis bivariat dalam penelitian ini meliputi: (1) variabel karakteristik keluarga yang terdiri dari tipe keluarga, suku bangsa, tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga, (2) strategi coping keluarga yang terdiri strategi hubungan/kebersamaan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial dan strategi dukungan spiritual dan (3) perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia dengan cara mematau tekanan darah, mengatur diet, melakukan olahraga secara teratur, dan mengatasi stres. Uji statistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat (*Chi Square*) karena variabel independen dan dependen merupakan data kategorik.

c. Analisis Multivariat

Tujuan analisis multivariat adalah untuk mengetahui hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen. Proses analisis multivariat ini dengan menghubungkan beberapa variabel independen pada waktu yang bersamaan. Analisis multivariat dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan yang paling dominan pada variabel karakteristik keluarga dan strategi coping keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Uji statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik.

Tabel 4.2 Analisis Data

Metode Analisis Data				
Independen	Dependen	Univariat	Bivariat	Multivariat
Karakteristik keluarga 1. Tipe keluarga 2. Suku bangsa 3. Pendidikan keluarga 4. Pendapatan keluarga	Perawatan hipertensi oleh lansia	Proporsi Frekuensi	Uji Chi Square	Regresi logistik
Strategi coping keluarga: 1. Strategi hubungan/ kebersamaan keluarga 2. Strategi kognitif 3. Strategi komunikasi 4. Strategi dukungan sosial 5. Strategi dukungan spiritual	Perawatan hipertensi oleh lansia	Proporsi Frekuensi	Uji Chi Square	Regresi logistik

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian mengenai hubungan karakteristik dan strategi coping keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Analisis hasil penelitian terdiri dari analisis univariat, bivariat, dan multivariat yang diuraikan sebagai berikut:

5.1 Karakteristik Keluarga

Proporsi karakteristik keluarga berdasarkan tipe keluarga, suku, pendidikan dan pendapatan keluarga berdasarkan hasil analisis univariat digambarkan pada tabel 5.1 di bawah ini:

Tabel 5.1
Distribusi Responden Menurut Karakteristik Keluarga
Di Kelurahan Cisalak Pasar
Desember Tahun 2012 (n=136)

No	Karakteristik Keluarga	n	Percentase (%)
1	Tipe Keluarga		
	Keluarga Inti	69	50,7
	Keluarga Besar	67	49,3
	Jumlah	136	100
2	Suku		
	Betawi	72	52,9
	Non Betawi	64	47,1
	Jumlah	136	100
3	Pendidikan		
	Rendah (tidak sekolah – SMP)	107	78,7
	Tinggi (SMA – PT)	29	21,3
	Jumlah	136	100
4	Pendapatan		
	< UMR (Rp.1.400.000,-)	101	74,3
	≥ UMR (Rp.1.400.000,-)	35	25,7
	Jumlah	136	100

Tabel karakteristik keluarga di atas menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden memiliki tipe keluarga inti (50,7%) dan bersuku Betawi (52,9%), sebagian besar responden berpendidikan rendah

(78,7%) dan sebagian besar memiliki pendapatan di bawah upah minimum regional (74,3%).

5.2 Strategi Koping Keluarga

Hasil analisis univariat strategi koping keluarga yang terdiri dari strategi koping hubungan/kebersamaan keluarga, strategi kognitif keluarga, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial dan strategi dukungan spiritual menggambarkan sebaran distribusi kurva normal sehingga hasil ukur yang digunakan yaitu nilai mean. Distribusi koping keluarga digambarkan pada tabel 5.2 di bawah ini:

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Strategi Koping Keluarga
Di Kelurahan Cisalak Pasar
Desember Tahun 2012 (n=136)

No	Strategi Koping Keluarga	n	Persentase (%)
1	Strategi hubungan/ kebersamaan keluarga		
	Tidak efektif	73	53,7
	Efektif	63	46,3
	Jumlah	136	100
2	Strategi kognitif		
	Tidak efektif	66	48,5
	Efektif	70	51,5
	Jumlah	136	100
3	Strategi komunikasi		
	Tidak efektif	72	52,9
	Efektif	64	47,1
	Jumlah	136	100
4	Strategi dukungan sosial		
	Tidak efektif	69	50,7
	Efektif	67	49,3
	Jumlah	136	100
5	Strategi dukungan spiritual		
	Tidak efektif	62	45,6
	Efektif	74	54,4
	Jumlah	136	100

Tabel 5.2 strategi koping keluarga di atas menunjukkan lebih dari separuh responden memiliki: strategi hubungan/ kebersamaan keluarga

tidak efektif 53,7%; strategi kognitif keluarga yang efektif 51,5%, strategi komunikasi keluarga tidak efektif 52,9%; strategi dukungan sosial tidak efektif 50,7%; dan strategi dukungan spiritual yang efektif 54,4%.

5.3 Perilaku Perawatan Hipertensi pada Lansia

Perilaku lansia dalam perawatan hipertensi berdasarkan hasil analisis univariat digambarkan pada tabel 5.3 dibawah ini:

Tabel 5.3
Distribusi Responden Menurut Perilaku Perawatan Hipertensi pada
Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar
Desember Tahun 2012 (n=136)

No	Perilaku Perawatan Hipertensi	N	Persentase (%)
1	Kurang baik	49	36
	Baik	87	64
Jumlah		136	100

Perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia berdasarkan tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar lansia memiliki perilaku yang baik (64%).

5.4 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Perilaku Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Analisis bivariat ini dilakukan untuk menganalisis hubungan antara karakteristik keluarga yang terdiri dari tipe keluarga, suku, pendidikan dan pendapatan keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hasil analisis bivariat untuk mengetahui hubungan karakteristik keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia diuraikan pada tabel 5.4 di bawah ini:

Tabel 5.4
Distribusi Hubungan Karakteristik Keluarga Dengan Perilaku
Perawatan Hipertensi oleh Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar
Desember Tahun 2012 (n=136)

Karakteristik Keluarga	Perilaku Perawatan Hipertensi						Total	OR	(95% CI)	P Value				
	Kurang Baik		Baik		n	%								
	n	%	N	%										
Tipe Keluarga														
1. Keluarga Inti	21	30,4	48	69,6	69		100	0,609	0,301 – 1,235	0,230				
2. Keluarga Besar	28	41,8	39	58,2	67		100							
Suku														
1. Betawi	30	41,7	42	58,3	72		100	0,591	0,290 – 1,205	0,203				
2. Non Betawi	19	29,7	45	70,3	64		100							
Pendidikan														
1. Rendah (Tidak sekolah – SMP)	41	38,3	66	61,7	107		100	1,631	0,661 – 4,022	0,395				
2. Tinggi (SMA – PT)	8	27,6	21	72,4	29		100							
Pendapatan														
1. < Rp.1.400.000,-	39	38,6	62	61,4	101		100	1,573	0,682 – 3,627	0,389				
2. ≥ Rp.1.400.000,-	10	28,6	25	71,4	35		100							

Analisis bivariat berdasarkan tabel 5.4 di atas menggambarkan bahwa keluarga inti menunjukkan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik (69,6%) dibandingkan keluarga besar (58,2%). Namun hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* 0,230 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tipe keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Hubungan antara suku dengan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia diperoleh hasil bahwa keluarga yang berasal dari suku non Betawi menunjukkan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik (70,3%) dibandingkan dengan keluarga yang berasal dari suku Betawi (58,3%). Namun hasil uji *Chi Square* diperoleh *p value* 0,203 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara suku dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Keluarga dengan pendidikan rendah menunjukkan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik (61,7%) dibandingkan dengan keluarga dengan pendidikan tinggi. Namun hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* 0,395 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Keluarga dengan pendapatan kurang dari upah minimum regional (UMR) menunjukkan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik (61,4%) dibandingkan dengan keluarga dengan pendapatan lebih dari upah minimum regional (UMR). Namun hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* 0,389 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

5.5 Hubungan Strategi Koping Keluarga dengan Perilaku Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hasil analisis bivariat untuk mengetahui hubungan strategi coping keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia diuraikan pada tabel 5.5 pada halaman berikutnya:

Tabel 5.5
 Distribusi Hubungan Strategi Koping Keluarga dengan Perilaku
 Perawatan Hipertensi oleh Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar
 Desember Tahun 2012 (n=136)

Strategi Koping Keluarga	Perilaku Perawatan Hipertensi				Total	OR	(95% CI)	P Value
	Kurang Baik		Baik					
	n	%	N	%	n	n	%	
Strategi hubungan/ kebersamaan keluarga								
1. Tidak efektif	35	47,9	38	52,1	73	100	3,224	1,522 – 6,830
2. Efektif	14	22,2	49	77,8	63	100		
Strategi kognitif								
1. Tidak efektif	30	45,5	36	54,5	66	100	2,237	1,093 – 4,576
2. Efektif	19	27,1	51	72,9	70	100		
Strategi komunikasi								
1. Tidak efektif	32	44,4	40	55,6	72	100	2,212	1,073 – 4,561
2. Efektif	17	26,6	47	73,4	64	100		
Strategi dukungan sosial								
1. Tidak efektif	34	49,3	35	50,7	69	100	3,368	1,601 – 7,083
2. Efektif	15	22,4	52	77,6	67	100		
Strategi dukungan spiritual								
1. Tidak efektif	32	51,6	30	48,4	62	100	3,576	1,714 – 7,465
2. Efektif	17	23	57	77	74	100		

Tabel 5.5 di atas menggambarkan keluarga dengan strategi koping hubungan/ kebersamaan keluarga efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia lebih baik (77,8%) dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi koping hubungan/ kebersamaan tidak efektif (52,1%). Hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* 0,003 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara strategi koping hubungan/ kebersamaan keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hasil analisis diperoleh nilai OR = 3,224 (95% CI: 1,522 – 6,830) artinya keluarga yang menggunakan strategi koping hubungan/ kebersamaan keluarga secara efektif mempunyai peluang 3,2 kali untuk lansia berperilaku baik dalam melakukan perawatan hipertensi dibandingkan dengan keluarga

yang menggunakan strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga yang tidak efektif.

Hasil analisis hubungan antara strategi coping kognitif dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia menggambarkan keluarga dengan strategi coping kognitif yang efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia lebih baik (72,9%) dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping kognitif tidak efektif (54,5%). Hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* 0,041 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara strategi coping kognitif dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hasil analisis diperoleh nilai OR = 2,237 (95% CI: 1,093 – 4,576) artinya keluarga yang menggunakan strategi coping kognitif secara efektif mempunyai peluang 2,2 kali untuk lansia berperilaku baik dalam melakukan perawatan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping kognitif yang tidak efektif.

Hubungan antara strategi coping komunikasi dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia hasilnya analisisnya menggambarkan keluarga dengan strategi coping komunikasi efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia lebih baik (73,4%) dibandingkan dengan keluarga dengan strategi coping komunikasi tidak efektif (55,6%). Hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* 0,047 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara strategi coping komunikasi dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hasil analisis diperoleh nilai OR = 2,212 (95% CI: 1,073 – 4,561) artinya keluarga yang menggunakan strategi coping komunikasi secara efektif mempunyai peluang 2,2 kali untuk lansia berperilaku baik dalam melakukan perawatan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping komunikasi yang tidak efektif.

Analisis hubungan antara strategi coping dukungan sosial dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia menggambarkan keluarga dengan strategi coping dukungan sosial efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia lebih baik (77,6%) dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan sosial tidak efektif (50,7%). Hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* 0,002 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara strategi coping dukungan sosial dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hasil analisis diperoleh nilai $OR = 3,368$ (95% CI: 1,601 – 7,083) artinya keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan sosial secara efektif mempunyai peluang 3,3 kali untuk lansia berperilaku baik dalam melakukan perawatan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan sosial yang tidak efektif.

Hubungan antara strategi coping dukungan spiritual dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia menggambarkan keluarga dengan strategi coping dukungan spiritual efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia lebih baik (77%) dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan spiritual tidak efektif (48,4%). Hasil uji *Chi Square* diperoleh nilai *p value* 0,001 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara strategi coping dukungan spiritual dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hasil analisis diperoleh nilai $OR = 3,576$ (95% CI: 1,714 – 7,465) artinya keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan spiritual secara efektif mempunyai peluang 3,5 kali untuk lansia berperilaku baik dalam melakukan perawatan hipertensi dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan spiritual yang tidak efektif.

5.6 Analisis Multivariat

5.6.1 Pemilihan Kandidat Variabel Multivariat

Pemilihan variabel independen yang dapat dimasukkan dalam model multivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana. Masing-

masing variabel independen ini dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Analisis bivariat yang menghasilkan nilai *p value* kurang dari 0,25 yang akan masuk pada tahap multivariat. Apabila ada variabel independen yang menghasilkan *p value* lebih dari 0,25 tetapi secara substansi penting maka variabel tersebut tetap dimasukkan dalam model multivariat. Adapun nilai *p value* hasil dari seleksi bivariat terhadap variabel karakteristik keluarga dan strategi coping keluarga diuraikan pada tabel 5.6 dibawah ini

Tabel 5.6
Nilai *p Value* Hasil Seleksi Bivariat

No	Variabel	P Value
1	Tipe keluarga	0,167
2	Suku	0,145
3	Pendidikan keluarga	0,278
4	Pendapatan keluarga	0,280
5	Strategi hubungan/kebersamaan keluarga	0,002
6	Strategi kognitif	0,026
7	Strategi komunikasi	0,029
8	Strategi dukungan sosial	0,001
9	Strategi dukungan spiritual	0,000

Tabel 5.6 di atas menunjukkan variabel yang dapat masuk dalam model multivariat dengan nilai *p value* kurang dari 0,25 adalah tipe keluarga, suku, strategi hubungan/ kebersamaan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial dan strategi dukungan spiritual.

5.6.2 Pembuatan Model Faktor Dominan Berhubungan dengan Perilaku Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hasil seleksi bivariat yang masuk pada model mutivariat terdapat 7 variabel yaitu tipe keluarga, suku, strategi hubungan/ kebersamaan keluarga, strategi kognitif, strategi komunikasi, strategi dukungan sosial dan strategi dukungan spiritual. Selanjutnya dilakukan uji regresi logistik secara bersama-sama terhadap ketujuh variabel tersebut. hasil uji tersebut diuraikan pada tabel 5.7 berikut ini:

Tabel 5.7
Hasil Analisis Multivariat Hubungan Tipe Keluarga, Suku, Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga, Strategi Kognitif, Strategi Komunikasi, Strategi Dukungan Sosial, dan Strategi Dukungan Spiritual dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar

No	Variabel	B	P value	OR	95% CI
1	Tipe keluarga	-0,397	0,313	0,672	0,311 – 1,454
2	Suku	-0,151	0,717	0,860	0,380 – 1,947
3	Strategi hubungan/ kebersamaan keluarga	0,755	0,103	2,127	0,859 – 5,264
4	Strategi kognitif	-0,128	0,784	0,880	0,352 – 2,199
5	Strategi komunikasi	0,008	0,986	1,008	0,412 – 2,465
6	Strategi dukungan sosial	0,839	0,075	2,314	0,918 – 5,836
7	Strategi dukungan spiritual	0,585	0,216	1,795	0,711 – 4,534

Analisis ketujuh variabel berdasarkan tabel di atas tidak ada p value yang kurang dari 0,05 sehingga langkah selanjutnya adalah mengeluarkan satu persatu variabel yang memiliki nilai p value paling besar kemudian diujikan dan dilihat perubahan OR setelah variabel tersebut dikeluarkan. Apabila terdapat perubahan OR lebih dari 10% maka variabel tersebut dimasukan kembali dalam model dan apabila perubahan OR kurang dari 10% maka variabel tetap dikeluarkan.

Berdasarkan tabel 5.7 di atas variabel yang dikeluarkan pertama kali adalah strategi komunikasi yang memiliki p value terbesar (*p value* $0,986 > 0,05$). Setelah variabel ini dikeluarkan dari model terdapat perubahan OR pada variabel yang lain tetapi perubahannya kurang dari 10% sehingga variabel ini tetap dikeluarkan dari model yang artinya variabel strategi komunikasi bukan variabel yang berpengaruh terhadap perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia .

Variabel yang dikeluarkan pada tahap berikutnya adalah strategi kognitif yang menghasilkan *p value* $0,784 > 0,05$. Setelah variabel tersebut dikeluarkan terdapat perubahan OR pada variabel yang lain namun perubahannya kurang dari 10% sehingga variabel ini tetap dikeluarkan dari model yang artinya variabel strategi kognitif bukan variabel yang berpengaruh terhadap perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Variabel selanjutnya yang dikeluarkan adalah variabel suku yang menghasilkan *p value* $0,717 > 0,05$. Setelah variabel ini dikeluarkan terdapat perubahan OR pada variabel yang lain, namun perubahannya kurang dari 10% sehingga variabel ini tetap dikeluarkan dari model yang artinya variabel suku bukan variabel yang berpengaruh terhadap perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Variabel tipe keluarga yang selanjutnya dikeluarkan dari model karena menghasilkan *p value* $0,313 > 0,05$. Setelah variabel ini dikeluarkan terdapat perubahan OR pada variabel yang lain tetapi perubahannya kurang dari 10% sehingga variabel ini tetap dikeluarkan dari model yang artinya variabel tipe keluarga bukan variabel yang berpengaruh terhadap perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Tahap terakhir adalah mengeluarkan variabel dukungan spiritual yang menghasilkan *p value* $0,216 > 0,05$. Setelah variabel ini dikeluarkan terdapat perubahan OR pada variabel yang lain tetapi perubahannya kurang dari 10% sehingga variabel ini tetap dikeluarkan dari model yang artinya variabel tipe keluarga bukan variabel yang berpengaruh terhadap perawatan hipertensi pada lansia. Adapun nilai *p value* yang dihasilkan sesuai dengan tahap-tahap pengeluaran variabel yang sudah dijelaskan di atas dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini:

Tabel 5.8
Nilai p *Value* dalam Urutan Pemodelan

No	Variabel	Nilai p <i>Value</i>					
		I	II	III	IV	V	V
1	Tipe keluarga	0,313	0,313	0,322	0,293	-	-
2	Suku	0,717	0,714	0,732	-	-	-
3	Strategi hubungan/ kebersamaan keluarga	0,103	0,100	0,101	0,100	0,102	0,016
4	Strategi kognitif	0,784	0,784	-	-	-	-
5	Strategi komunikasi	0,986	-	-	-	-	-
6	Strategi dukungan sosial	0,075	0,060	0,058	0,059	0,055	0,010
7	Strategi dukungan spiritual	0,216	0,213	0,219	0,170	0,139	-

Setelah variabel strategi dukungan spiritual dikeluarkan maka terdapat dua variabel yang nilai p *value* kurang dari 0,05 yaitu strategi hubungan/ kebersamaan keluarga dan strategi dukungan sosial sehingga tidak ada lagi variabel yang dikeluarkan dari model karena tidak ada variabel yang nilai p *value* lebih dari 0,05. Hasil dari pemodelan multivariat dapat dilihat pada tabel 5.9 di bawah ini:

Tabel 5.9
Hasil Analisis Multivariat Hubungan Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga dan Strategi Dukungan Sosial dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar

No	Variabel	B	P value	OR	95% CI
1	Strategi hubungan/ kebersamaan keluarga	0,957	0,016	2,604	1,194 – 5,679
2	Strategi dukungan sosial	1,016	0,010	2,761	1,279 – 5,962

5.6.3 Uji Interaksi

Hasil analisis multivariat didapatkan 2 variabel yang berhubungan dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia yaitu strategi hubungan/ kebersamaan keluarga dan strategi dukungan sosial. Setelah dilakukan analisis multivariat selanjutnya dilakukan uji interaksi untuk mengetahui apakah kedua variabel tersebut berinteraksi secara bersama-sama yang berhubungan dengan

perawatan hipertensi. Hasil uji interaksi antara variabel strategi hubungan/ kebersamaan keluarga dan strategi dukungan sosial dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut ini:

Tabel 5.10

Hasil Uji Interaksi Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga dan Strategi Dukungan Sosial dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cisalak Pasar

No	Variabel	P Value
1	Strategi hubungan/kebersamaan keluarga * Strategi dukungan sosial	0,851

Hasil uji interaksi didapatkan nilai *p value* lebih besar dari 0,05 sehingga dapat disimpulkan tidak ada interaksi antara strategi hubungan/ kebersamaan keluarga dengan strategi dukungan sosial. Pemodelan terakhir dari analisis multivariat diuraikan pada tabel 5.10 di bawah ini:

Tabel 5.11

Pemodelan Akhir Hasil Analisis Uji Interaksi Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga dan Strategi Dukungan Sosial dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia Di Kelurahan Cisalak Pasar

No	Variabel	B	P value	OR	95% CI
1	Strategi hubungan/ kebersamaan keluarga	0,957	0,016	2,604	1,194 – 5,679
2	Strategi dukungan sosial	1,016	0,010	2,761	1,279 – 5,962

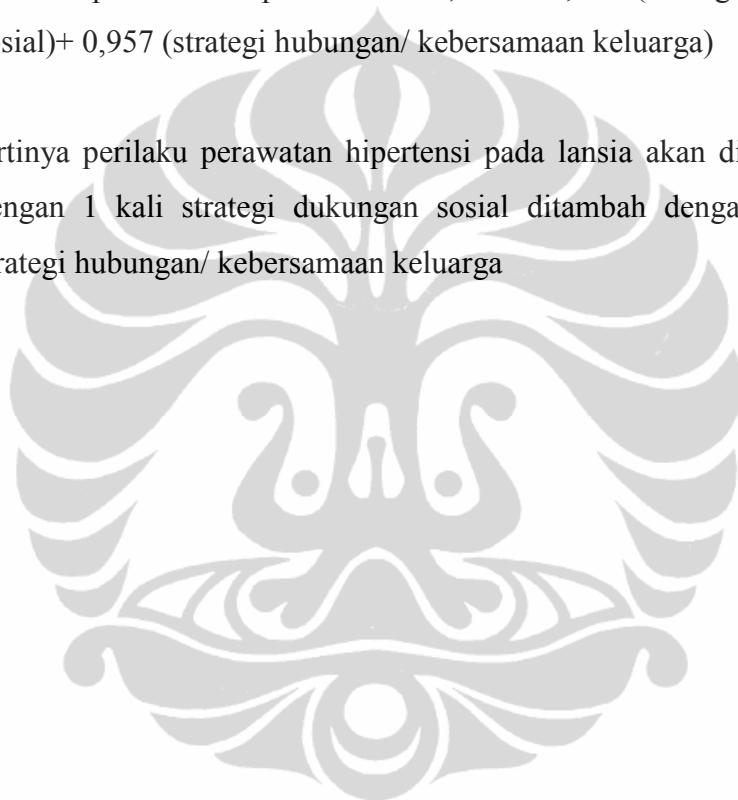
Hasil analisis multivariat menunjukkan terdapat 2 variabel yang berhubungan dengan perawatan hipertensi pada lansia yaitu strategi hubungan/ kebersamaan keluarga dan strategi dukungan sosial. Variabel yang mempunyai hubungan paling dominan adalah strategi dukungan sosial dengan nilai *p value* 0,010. Lansia hipertensi pada keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan sosial secara efektif mempunyai peluang 2,7 kali untuk berperilaku baik. Setelah variabel strategi dukungan sosial, kemudian diikuti oleh strategi hubungan/ kebersamaan keluarga. Lansia hipertensi pada keluarga

yang menggunakan strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga secara efektif mempunyai peluang 2,6 kali untuk berperilaku baik.

Hasil akhir analisis multivariat menghasilkan persamaan regresi logistik yang dapat menjelaskan perilaku lansia dengan perawatan hipertensi yaitu:

Perilaku perawatan hipertensi = - 2,256 + 1,016 (strategi dukungan sosial)+ 0,957 (strategi hubungan/ kebersamaan keluarga)

Artinya perilaku perawatan hipertensi pada lansia akan ditingkatkan dengan 1 kali strategi dukungan sosial ditambah dengan 0,9 kali strategi hubungan/ kebersamaan keluarga



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas hasil penelitian yang meliputi hubungan antara karakteristik dan strategi coping keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia, dan faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Bab ini juga membahas mengenai keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian pada pelayanan dan penelitian keperawatan.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik Keluarga

a. Tipe Keluarga

Karakteristik keluarga berdasarkan tipe keluarga yang diperoleh dari penelitian ini, separuh responden memiliki tipe keluarga inti (50,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Meirina (2011) di Bogor bahwa lebih dari separuh responden teridentifikasi keluarga inti. Hasil penelitian ini sesuai dengan karakteristik perkotaan dimana lebih banyak keluarga inti dibandingkan dengan keluarga besar. Jika dilihat dari struktur pemerintahan Bogor dan Depok sama-sama berstatus kota.

Tipe keluarga inti menurut Sussman (1974) dan Macklin (1988) dalam Friedman, Bowden, dan Jones (2010) yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Tipe keluarga sangat mempengaruhi terhadap perawatan hipertensi pada lansia. Analisis peneliti keluarga inti dapat memberikan dukungan dan pelayanan kepada lansia sama halnya dengan keluarga besar karena setiap keluarga memiliki kekuatan dan keterbatasan masing-masing. Kekuatan pada keluarga dapat dimaksimalkan sehingga keluarga inti walaupun sumber daya manusianya lebih sedikit dibandingkan keluarga besar namun masih tetap dapat memberikan dukungan dan pelayanan kepada lansia dengan baik karena kedekatan emosi satu

sama lain serta aspek spiritual yang tinggi diantara anggota keluarga.

b. Suku

Karaktersistik responden keluarga dalam penelitian ini menunjukkan lebih dari separuh keluarga bersuku Betawi (52,9%), sebagian kecil bersuku non Betawi yaitu Sunda, Jawa dan Minang. Suku Betawi merupakan suku yang paling dominan karena suku Betawi merupakan penduduk asli di wilayah penelitian ini. Setiap keluarga memiliki nilai dan keyakinan yang unik sesuai dengan budaya atau suku asal mereka, dan hal ini menentukan struktur, metode interaksi, praktik perawatan kesehatan dan mekanisme coping keluarga (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2010).

Karakteristik keluarga bersuku Betawi dalam pemeliharaan kesehatan dilakukan dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan dan pengobatan tradisional. Keluarga Betawi percaya bahwa penyakit tidak hanya disembuhkan oleh petugas kesehatan tetapi juga oleh dukun atau praktik orang pintar. Bila mengalami masalah kesehatan, delapan dari sepuluh keluarga Betawi kelas sosial menengah ke bawah memiliki pola dalam mengatasi masalah kesehatan tersebut sebagai berikut: membeli obat ke warung, kemudian ke dukun, jika tidak teratas barulah dibawa ke puskesmas atau petugas kesehatan. Puskesmas atau petugas kesehatan walaupun sudah didayagunakan tapi belum menjadi prioritas utama dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga Betawi. Hal ini disebabkan karena keluarga Betawi kelas sosial menengah ke bawah umumnya memiliki pendidikan yang rendah, pendapatan yang rendah, sehingga alasan ekonomi menjadi faktor penyebab keluarga Betawi belum memanfaatkan fasilitas kesehatan atau petugas kesehatan (Sudiharto, 2007: hal.110).

c. Pendidikan

Hasil penelitian ini menggambarkan sebagian besar responden keluarga berpendidikan rendah (78,7%). Hasil ini sesuai dengan penelitian Sigarlaki (2006) di Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar pendidikan SD/sederajat sebanyak (65,68 %). Penelitian lain yang sejalan adalah hasil penelitian Meirina (2011) yang memperoleh hasil karakteristik keluarga berdasarkan pendidikan hampir separuh keluarga berpendidikan rendah (50,7%). Pendidikan merupakan serangkaian proses dalam mempengaruhi seseorang sehingga dapat menimbulkan perubahan perilaku. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah untuk menerima informasi kesehatan. Sebaliknya pendidikan yang rendah akan mengalami kesulitan dalam menerima informasi kesehatan sehingga mengakibatkan perilaku perawatan menjadi kurang.

Keyakinan seseorang terhadap kesehatan sebagian terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan dan latar belakang pendidikan. Latar belakang pendidikan ini akan membentuk cara berpikir seseorang, termasuk membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dimilikinya untuk menjaga kesehatan diri sendiri (Potter & Perry, 2005). Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan faktor predisposisi terkait sumber daya sosioekonomi yang mempengaruhi kelompok rentan salah satunya adalah pendidikan yang rendah. Keluarga dengan berpendidikan rendah memiliki kesadaran yang rendah untuk berperilaku hidup sehat dan rendahnya akses terhadap sarana pelayanan kesehatan, sehingga mempengaruhi terhadap status kesehatan keluarga.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan rendah, sehingga dapat menyebabkan kurangnya pengetahuan atau informasi tentang perawatan hipertensi yang akan berdampak terhadap perilaku perawatan hipertensi pada lansia menjadi kurang baik. Dengan demikian diperlukan pemberian informasi berupa penyuluhan kesehatan agar dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi pada lansia.

d. Pendapatan

Hasil analisis pendapatan keluarga sebagian besar memiliki pendapatan di bawah upah minimum regional (74,3%) hal ini disebabkan karakteristik responden termasuk dalam golongan ekonomi menengah ke bawah dan sebagian besar mata pencaharian responden adalah tidak bekerja dan berdagang. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sigarlaki (2006) yang menjelaskan karakteristik responden berdasarkan tingkat penghasilan, didapat bahwa sebagian besar responden memiliki penghasilan dibawah UMR (96,08%). Penelitian lain yang sesuai dengan hasil penelitian ini dijelaskan oleh Meirina (2011) karakteristik keluarga lebih banyak berpenghasilan rendah (70,8%). Beberapa penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden memiliki pendapatan yang rendah, hal ini disebabkan oleh faktor pendidikan yang rendah sehingga kurang mendapatkan pekerjaan yang layak yang akhirnya berdampak pada kurangnya perawatan kesehatan terhadap anggota keluarga khususnya lansia dengan hipertensi.

Pendapatan keluarga berpengaruh terhadap kehidupan keluarga dan anggotanya. (Teachman, 2000; Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Terdapat hubungan yang positif antara tingkat pendapatan keluarga dengan kesehatan fisik dan mental, dimana individu yang berasal dari keluarga yang ekonominya rendah cenderung mempunyai

kesehatan fisik dan mental yang buruk dibandingkan dengan individu yang memiliki sosioekonomi lebih baik (Grzywacz, 2000; Ross, Mirowsky, & Goldstein, 1991; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan faktor predisposisi terkait sumber daya sosioekonomi yang mempengaruhi kelompok rentan salah satunya keterbatasan sumber daya ekonomi/kemiskinan.

Hasil analisis peneliti menunjukkan karakteristik sosiekonomi keluarga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan status pekerjaan. Tingkat pendidikan keluarga yang rendah menyebabkan keluarga tidak mendapatkan pekerjaan yang layak bahkan mungkin tidak bekerja. Hal ini akan berdampak pada minimnya pendapatan/ penghasilan keluarga sehingga keluarga berisiko untuk mengalami keterbatasan dalam mengakses pelayanan kesehatan dan cenderung memiliki kesehatan fisik dan mental yang kurang baik dibandingkan dengan keluarga status sosioekonomi lebih baik.

6.1.2 Strategi Koping Keluarga

a. Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga

Gambaran strategi coping keluarga yang dihasilkan dalam penelitian ini diantaranya adalah strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga menunjukkan lebih dari separuh responden memiliki strategi coping yang tidak efektif (53,7%). Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Reiss, dkk (1986; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010) menyatakan bahwa anggota keluarga yang mengalami penyakit kronik yang menghabiskan waktu bersama keluarga, makan bersama, dan bersosialisasi lebih efektif dalam melakukan perawatan kesehatannya.

Strategi hubungan/ kebersamaan keluarga merupakan salah satu cara yang membuat ikatan keluarga semakin erat dan memelihara

serta mengelola stres dengan berbagi perasaan dan pemikiran serta terlibat dalam aktivitas keluarga. Kebersamaan yang lebih besar akan menghasilkan kohesi keluarga yang lebih tinggi. Maksud dari kohesi keluarga ini adalah ikatan emosional yang saling dirasakan anggota keluarga (Olson, 1993; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Hasil penelitian ini mengidentifikasi lebih dari separuh keluarga menggunakan strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga tidak efektif disebabkan karena karakteristik keluarga dalam penelitian ini lebih banyak keluarga inti dengan jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah lebih sedikit, anak bekerja dan lansia banyak yang tinggal sendiri di rumah sehingga jarang melakukan kegiatan secara bersama. Hal ini didukung dengan analisis item pernyataan yang memperoleh hasil hanya 33,8% keluarga yang selalu mengajak lansia jika ada acara keluarga di rumah, 19,9% keluarga yang selalu mengajak lansia apabila ada acara keluarga di luar rumah, 8,1% keluarga yang selalu mengajak lansia untuk olahraga bersama. 14% keluarga yang selalu mengajak lansia untuk rekreasi bersama dan 27,2% keluarga yang selalu mengajak lansia untuk makan bersama.

Kebersamaan keluarga ini perlu ditingkatkan agar ikatan emosional diantara keluarga lebih meningkat. Kebersamaan keluarga dapat memberikan saling perhatian satu sama lain diantara anggota keluarga sehingga keluarga dapat memberikan perawatan lebih baik kepada lansia. Lansia dapat melakukan perilaku perawatan hipertensi lebih baik pula dengan dukungan kebersamaan keluarga.

b. Strategi Kognitif

Strategi coping kognitif yang digunakan oleh keluarga di Kelurahan Cisalak Pasar menunjukkan lebih dari separuh keluarga

menggunakan strategi kognitif yang efektif (51,5%). Penelitian ini berbeda dengan Agustanti (2006) yang meneliti mengenai dukungan terhadap kualitas hidup penderita HIV/AIDS menyatakan sebagian besar responden memiliki strategi kognitif yang baik sebesar 63%. Indriati, Alberta dan Marhaeni (2009) memperoleh hampir separuh (46,25%) dari klien hipertensi strategi pengetahuan baik yaitu 37 orang, sebagian kecil (33,75%) pengetahuan yang kurang yakni sebanyak 27 orang, sebagian kecil lainnya (20%) berpengetahuan yang cukup yakni sebanyak 16 orang. Lebih dari separuh (55%) klien hipertensi ternyata patuh melakukan kontrol, dan hampir separuh (45%) klien kipertensi yang tidak patuh melakukan kontrol. Hampir seluruhnya (97,30%) dari klien hipertensi yang memiliki pengetahuan baik adalah patuh melakukan kontrol. Dan hampir seluruhnya pula dari klien hipertensi (88,89%) yang memiliki pengetahuan kurang ternyata juga tidak patuh melakukan kontrol.

Keluarga yang memberikan informasi seperti pengetahuan tentang perubahan saat mengalami lanjut usia, pengetahuan tentang penyakit yang mungkin dialami saat memasuki lanjut usia, pengetahuan tentang hidup sehat, pengetahuan tentang perawatan hipertensi dapat meningkatkan perilaku perawatan menjadi lebih baik (Avritania, Indriati, & Supriyadi, 2012). Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan salah satunya oleh faktor pengetahuan. Strategi coping dengan mencari informasi dan pengetahuan terkait masalah yang dihadapi meningkatkan kemampuan mengendalikan situasi atau masalah yang dihadapi, membantu mengurangi rasa takut keluarga terhadap sesuatu yang tidak diketahui, membantu keluarga dalam menilai stresor lebih akurat sehingga dapat mengambil tindakan yang tepat (Friedman, Bowden, & Jones, 2010: Hal 443). Keyakinan seseorang terhadap kesehatan

dipengaruhi oleh faktor intelektual yang terdiri dari pengetahuan tentang penyakit, latar belakang pendidikan, dan pengalaman di masa lalu.

Hasil penelitian ini menunjukkan hampir separuh keluarga dengan strategi coping kognitif tidak efektif karena berdasarkan karakteristik pendidikan responden hampir separuh keluarga dengan tingkat pendidikan rendah, selain itu kurangnya keinginan keluarga untuk mencari informasi mengenai perawatan hipertensi, hal ini didukung dengan hasil analisis item pernyataan yang memperoleh hanya 24,3% keluarga yang selalu mencari informasi tentang hipertensi yang dialami oleh lansia dan hanya 22,8% keluarga yang selalu bertanya kepada kader atau petugas kesehatan tentang hipertensi yang dialami oleh lansia.

Strategi coping kognitif tidak efektif mengakibatkan kurangnya pengetahuan keluarga sehingga mengakibatkan perilaku perawatan hipertensi menjadi kurang baik, karena perilaku yang baik dibentuk dari 3 faktor yaitu pengetahuan, sikap dan praktik/tindakan. Sebaliknya strategi coping kognitif efektif akan meningkatkan pengetahuan keluarga, meningkatkan kesadaran keluarga untuk berperilaku lebih sehat sehingga keluarga dapat mempraktekkan cara perawatan hipertensi pada lansia menjadi lebih baik, dan lansia dapat berperilaku baik pula dalam melakukan perawatan hipertensi.

c. Strategi Komunikasi

Hasil penelitian ini menunjukkan strategi komunikasi keluarga yang digunakan sebagian besar tidak efektif (52,9%). Keluarga yang adaptif adalah keluarga yang melakukan komunikasi secara asertif diantara anggota keluarga. Komunikasi keluarga mempengaruhi kesehatan fisik dan mental keluarga serta mempengaruhi dalam proses pengambilan keputusan (Kaakinen &

Duff, 2010). Keluarga yang berkomunikasi secara efektif menyampaikan pesan secara jelas. Anggota keluarga bebas mengeskpresikan perasaannya tanpa takut membahayakan posisinya dalam keluarga. Anggota keluarga saling mendukung dan mempunyai kemampuan mendengar, empati dan saling bergantung satu sama lain (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2010).

Strategi komunikasi yang digunakan oleh keluarga yang tinggal di Kelurahan Cisalak Pasar ini separuhnya menunjukkan tidak efektif hal ini didukung dengan analisis item pernyataan yang masih terdapat keluarga yang selalu marah pada lansia jika lansia tidak mengikuti nasihat keluarga (16,2%) dan keluarga tidak pernah menceritakan kepada lansia mengenai kondisi penyakit yang dialami oleh lansia (16,2%).

Strategi komunikasi ini perlu ditingkatkan karena dengan adanya komunikasi yang baik diantara keluarga akan tercipta hubungan saling percaya, adanya keterbukaan satu sama lain, sikap empati, perhatian, dan saling memberi dukungan diantara anggota keluarga sehingga dapat meningkatkan perawatan kesehatan pada lansia yang mengalami hipertensi. Sebaliknya komunikasi yang tidak efektif akan menciptakan kemarahan atau diam (tidak adanya komunikasi sama sekali diantara keluarga) yang menyebabkan informasi sering dikomunikasikan secara tidak jelas akibatnya akan menghambat perawatan kesehatan pada lansia yang mengalami hipertensi.

d. Strategi Dukungan Sosial

Strategi dukungan sosial yang digunakan oleh keluarga dalam penelitian ini lebih dari separuh tidak efektif (50,7%). Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Herlinah (2011) yang menyatakan dukungan keluarga yang merupakan bagian dukungan

sosial diperoleh lebih banyak lansia yang mendapatkan dukungan dari keluarga. Hasil yang berbeda juga diperoleh dalam penelitian Avritania, Indriati dan Supriyadi (2012) yang menyatakan responden lansia di Kelurahan Kembangarum mendapatkan dukungan sosial yang baik 57 responden (57,6%), cukup 33 responden (39,9%) dan kurang 6 responden (6,5%). Hal ini membuktikan bahwa sebagian besar lansia yang tinggal di keluarga mendapatkan dukungan sosial keluarga yang baik.

Soetanto (2010) dalam penelitiannya memperoleh hasil strategi dukungan sosial dari keluarga terbanyak adalah dukungan yang baik sebesar 88,1 % dan dukungan kurang sebanyak 11,9%. Sebagian besar responden mendapatkan strategi dukungan sosial dari keluarga, tetapi dalam praktik mengendalikan kesehatannya responden tidak mendapatkan dukungan penuh dari keluarga, hal ini ditunjukkan masih ada sebesar 26,3% keluarga tidak meluangkan waktu untuk responden, 24,9% tidak mau mengantarkan responden untuk periksa kepelayanan kesehatan, 21,8% keluarga tidak membantu segala aktivitas responden dan 18,6% keluarga tidak menanggung semua biaya pengobatan responden. Dukungan sosial ini sangat dibutuhkan oleh lansia karena berpengaruh dalam membentuk perilaku lansia yang adaptif dalam menjalani kehidupannya.

Dukungan sosial salah satunya berasal dari keluarga besar yang sangat berkontribusi terhadap kesehatan dengan menciptakan lingkungan yang mendorong seseorang untuk berperilaku sehat, meningkatkan rasa percaya diri dan kesejahteraan, dan memberikan umpan balik sehingga tindakan individu menciptakan hasil yang diharapkan (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2010). Dukungan sosial khususnya keluarga penting bagi keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Selain keluarga besar dan seluruh jaringan

layanan profesional/tenaga kesehatan terdapat juga sumber bantuan lain yaitu teman, tetangga, rekan kerja, dan lain-lain. Melalui dukungan sosial ini, keluarga dapat membantu lansia untuk melakukan pencegahan penyakit, dan kelompok pendukungnya dapat membantu lansia dalam meningkatkan kesadaran terhadap penyakitnya, serta memberikan stimulus bagi lansia yang sakit untuk kembali sehat sehingga perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia menjadi lebih baik.

Karakteristik coping keluarga dalam penelitian ini menghasilkan lebih dari separuh keluarga dengan strategi coping dukungan sosial tidak efektif, hal ini disebabkan karena masih banyak keluarga dengan lansia yang kurang memanfaatkan kader dan fasilitas kesehatan yang ada di wilayahnya seperti posbindu selain itu karakteristik lansia dalam penelitian ini lebih banyak lansia yang berusia tua (*older elderly*) sehingga lansia mengalami keterbatasan dalam mengakses pelayanan tersebut dan kurang mendapat dukungan dari keluarga. Hal ini didukung dengan analisis item pernyataan yang memperoleh hasil hanya sebagian kecil keluarga menemani lansia untuk kontrol ke posbindu (34,6%), sebagian kecil keluarga menganjurkan lansia untuk ikut kegiatan sosial di masyarakat (25,7%).

e. Strategi Dukungan Spiritual

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari separuh keluarga menggunakan strategi dukungan spiritual yang efektif (54,4%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Sabri (2002) yang memperoleh hasil banyak keluarga dan lansia yang menggunakan strategi dukungan spiritual dalam mengatasi masalah fisik dan psikososial. Kinashih dan Wahyuningsih (2012) memperoleh hasil mayoritas peran pendampingan spiritual pada pasien lanjut usia baik yaitu sebanyak 72 pendampingan (90%). Mayoritas motivasi

kesembuhan pada pasien lanjut usia kuat yaitu sebanyak 72 responden (90%).

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan. Fryback (1992) dalam Potter dan Perry (2005) menjelaskan spiritual mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap kesehatan. Perubahan sosial yang terjadi pada lansia diantaranya adalah lebih mendekatkan diri pada Tuhan. Perubahan psikologis lansia adalah membutuhkan rasa kasih sayang dan perhatian. Hal tersebut dapat diperoleh dari keluarga yang terkait dengan perawatan pada lansia dengan hipertensi. Secara tidak langsung dukungan spiritual yang dilakukan oleh keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan sosial dan psikologis lansia sehingga meningkatkan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Hasil ini didukung dengan hasil analisis item pernyataan dimana sebagian besar keluarga sudah mengingatkan lansia untuk berdoa kepada Tuhan YME (72,1%) dan memberikan semangat kepada lansia untuk melakukan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaannya (63,2%). Sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan spiritual keluarga dengan mengingatkan lansia untuk berdoa dan beribadah sesuai dengan agamanya menjadi strategi dukungan spiritual yang efektif dalam meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia.

6.1.3 Perilaku Perawatan Hipertensi

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara berbagai faktor internal dan eksternal. Perilaku ini dibagi ke dalam tiga domain yaitu kognitif/ pengetahuan, afektif/ sikap, dan psikomotor/ tindakan (Bloom, 1908; dalam Notoatmodjo, 2007). Sesuai teori tersebut hasil penelitian

perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia merupakan hasil penilaian yang terdiri pengetahuan, praktik/ tindakan, dan sikap mengenai perawatan hipertensi dengan hasil penelitian menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia diperoleh sebagian besar lansia memiliki perilaku yang baik (64%). Hasil ini sesuai dengan penelitian Herlinah (2011) yang menyatakan lansia berperilaku baik (52,5%) dan perilaku tidak baik (47,5%). Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian Zulfitri (2006) yang memperoleh jumlah lansia berperilaku sehat sebanyak 51,2% dan lansia berperilaku tidak sehat sebanyak 48,8%.

Kurt Lewin (1970; dalam Notoatmodjo, 2007) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving force*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restining force*). Perilaku ini dapat berubah jika terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan dalam diri seseorang. Salah satu strategi untuk melakukan perubahan adalah dengan memberikan informasi sehingga meningkatkan pengetahuan dan menimbulkan kesadaran mereka untuk berperilaku sehat.

Hal ini didukung dengan analisis item pernyataan yang memperoleh hasil domain pengetahuan merupakan domain yang paling tinggi yang dimiliki oleh keluarga di Kelurahan Cisalak Pasar dimana sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik sebesar 87,5%. Tingkat pengetahuan responden di Kelurahan Cisalak Pasar ini termasuk kategori baik karena sebagian besar responden telah terpapar oleh informasi mengenai hipertensi, pencegahan dan perawatannya melalui penyuluhan kesehatan oleh mahasiswa aplikasi dan residensi, dimana wilayah ini merupakan wilayah praktek aplikasi keperawatan komunitas.

6.1.4 Hubungan Tipe Keluarga dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hasil analisis hubungan antara tipe keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia diperoleh keluarga inti menunjukkan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik dibandingkan dengan keluarga besar. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tipe keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Penelitian ini mempunyai hasil yang sama dengan penelitian Meirina (2011) yang menjelaskan tidak ada hubungan yang bermakna antara tipe keluarga dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi bagi lanjut usia.

Hasil ini penelitian ini berbeda dengan penelitian Kandari (2011) menyatakan terdapat hubungan antara jumlah anak yang tinggal bersama lansia. Lansia yang tinggal bersama anak akan merasa lebih baik dan berkurangnya tanda gejala hipertensi yang dirasakan. Sehingga tipe keluarga mempengaruhi terhadap status kesehatan lansia yang menderita hipertensi..

Kaakinen dan Duff (2010) menjelaskan bahwa masing-masing tipe keluarga memiliki kekuatan dan keterbatasan, baik secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi terhadap kesehatan individu dan keluarga. Melalui struktur dan tipe keluarga dapat diidentifikasi efektifitas strategi coping keluarga untuk setiap gangguan atau tuntutan hidup, krisis perawatan kesehatan, peningkatan kesejahteraan dan pencegahan penyakit (Denham, 2005; dalam Kaakinen & Duff, 2010).

Analisis hasil penelitian ini lebih banyak keluarga inti yang melakukan perawatan hipertensi lebih baik dibandingkan dengan keluarga besar. Hal ini disebabkan karena keluarga inti walaupun jumlah sumber daya manusianya lebih sedikit dibandingkan dengan

keluarga besar namun kedekatan emosional diantara anggota keluarga tersebut lebih baik sehingga mampu melakukan perawatan hipertensi dengan lebih baik. Hal ini didukung dengan analisis item pernyataan yang menunjukkan keluarga memiliki kedekatan emosional adalah 73,5% keluarga selalu merawat lansia dengan penuh perhatian dan 54,4% keluarga selalu mendengarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh lansia.

6.1.5 Hubungan Suku dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hubungan antara suku dengan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia hasil analisis bivariat diperoleh lansia yang berasal dari keluarga suku non Betawi menunjukkan perilaku perawatan hipertensi lebih baik dibandingkan dengan lansia yang berasal dari keluarga suku Betawi dengan hasil uji statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara suku dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Karakteristik suku mempengaruhi perbedaan budaya, gaya hidup, tradisi, dan kepercayaan. Setiap keluarga memiliki nilai dan keyakinan yang unik sesuai dengan budaya atau suku asal mereka, dan hal ini menentukan struktur, metode interaksi, praktik perawatan kesehatan dan mekanisme coping keluarga (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2010).

Lansia yang berasal dari keluarga dengan suku Betawi menunjukkan perilaku kurang baik dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia dari keluarga suku Non Betawi karena berdasarkan analisis item pernyataan suku Betawi menunjukkan perilaku kadang-kadang mengkonsumsi makanan yang tinggi lemak (24,3%), kadang-kadang makan makanan yang diberi bumbu seperti kecap, saos, terasi, bumbu penyedap, dan lain-lain (69,1%), kadang-kadang mengkonsumsi makanan yang bersantan (72,1%), kadang-kadang

mengkonsumsi mie instan (72,1%), dan tidak pernah melakukan olahraga seperti senam lansia (46,3%). Perilaku-perilaku tersebut dapat meningkatkan kejadian hipertensi lebih tinggi bahkan mudah terjadi komplikasi.

Perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia yang berasal dari keluarga suku Betawi pada penelitian ini menunjukkan perilaku kurang baik, hal ini sesuai dengan karakteristik suku Betawi dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan. Keluarga suku Betawi mencari pertolongan untuk mengatasi masalah kesehatan tidak segera langsung ke puskesmas atau petugas kesehatan, tetapi membeli obat ke warung dan praktik orang pintar (dukun). Dampak yang terjadi adalah keluarga datang ke puskesmas dengan membawa anggota keluarganya yang sakit sudah dalam keadaan lanjut atau terjadi komplikasi.

6.1.6 Hubungan Pendidikan dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hasil penelitian ini menunjukkan lansia yang berasal dari keluarga dengan pendidikan rendah melakukan perawatan hipertensi lebih baik dibandingkan dengan keluarga dengan pendidikan tinggi dengan hasil uji statistik tidak pada hubungan yang bermakna antara pendidikan keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hal ini sejalan dengan penelitian Meirina (2011) yang meneliti hubungan dukungan dan karakteristik keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia menyatakan tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia.

Hasil penelitian yang berbeda dilakukan oleh Suhadi (2011) yang menyatakan pengetahuan merupakan faktor yang paling berhubungan terhadap kepatuhan perawatan hipertensi pada lansia. Rahajeng dan Tuminah (2009) menyatakan faktor pendidikan dan pekerjaan berkaitan dengan gaya hidup dan status sosial. Individu yang

berpendidikan rendah memiliki kesadaran yang rendah untuk berperilaku hidup sehat dan rendahnya akses terhadap sarana pelayanan kesehatan.

Hasil analisis dari penelitian ini bahwa tingkat pendidikan rendah tidak selalu memiliki pengetahuan yang kurang dan kesadaran yang rendah untuk berperilaku sehat. Terdapat faktor lain yang mempengaruhi tingkat pendidikan yang rendah tetapi mampu berperilaku sehat seperti adanya pengaruh paparan informasi tentang perawatan hipertensi melalui penyuluhan kesehatan. Hasil penelitian ini teridentifikasi lebih banyak responden yang berpendidikan rendah namun lansianya mampu berperilaku baik dalam perawatan hipertensi karena sebagian besar keluarga dan lansia sudah mendapatkan informasi dari petugas kesehatan yang datang setiap bulan ke posbindu dan mendapatkan penyuluhan kesehatan oleh mahasiswa aplikasi dan residensi selama melakukan praktik di kelurahan tersebut.

6.1.7 Hubungan Pendapatan dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hasil analisis bivariat mengenai hubungan antara pendapatan keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia diperoleh keluarga yang memiliki pendapatan kurang dari upah minimum regional (UMR) menunjukkan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik dibandingkan dengan keluarga dengan pendapatan lebih dari upah minimum regional (UMR). Hasil statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hal ini sejalan dengan penelitian Meirina (2011) menyatakan ada hubungan antara antara penghasilan dengan pemenuhan gizi lansia, dimana dengan bertambahnya penghasilan keluarga maka status gizi akan semakin baik.

Hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhadi (2011) Faktor yang paling mempengaruhi kepatuhan dalam perawatan hipertensi adalah biaya pengobatan. Tidak adanya biaya pengobatan akibat penghasilan keluarga dan lansia yang rendah membuat lansia tidak patuh terhadap program pengobatan hipertensi.

Faktor ekonomi mempengaruhi tingkat kesehatan seseorang dengan cara meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara bagaimana dan dimana seseorang memanfaatkan pelayanan kesehatan (Potter & Perry, 2005). Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan salah satu sumber daya sosioekonomi yang mempengaruhi kelompok rentan (*vulnerable*) yaitu keterbatasan sumber daya ekonomi/kemiskinan. Kemiskinan dan penghasilan yang rendah menyebabkan individu menjadi rentan (*vulnerable*) sehingga mengakibatkan individu tersebut mengalami kesulitan dalam menjalankan fungsi sosial dan keterbatasan dalam mengakses sumber daya dan fasilitas layanan kesehatan untuk mencapai hidup sehat.

Analisis peneliti terhadap hasil penelitian ini, walaupun responden lebih banyak memiliki pendapatan yang rendah tetapi lansianya mampu melakukan perilaku perawatan hipertensi dengan baik karena terdapat faktor lain yang mempengaruhinya yaitu keluarga dan lansia memiliki pengetahuan yang baik tentang hipertensi dan perawatannya yaitu sebesar 87,5%. Keluarga dan lansia di Kelurahan Cisalak Pasar ini sudah mendapatkan informasi mengenai hipertensi dan perawatannya melalui penyuluhan kesehatan dan media informasi lain diantaranya mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang hipertensi dan perawatannya dari mahasiswa aplikasi dan residensi yang sedang praktik di kelurahan tersebut.

6.1.8 Hubungan Strategi Hubungan/ Kebersamaan Keluarga dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hasil penelitian ini menggambarkan keluarga dengan strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga tidak efektif. Hasil uji statistik ada hubungan yang bermakna antara strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Hal ini sesuai dengan hasil peneltian Reiss, dkk (1986; dalam Friedman, Bowden, & Jones) menyatakan bahwa anggota keluarga yang mengalami penyakit kronik yang menghabiskan waktu bersama keluarga, makan bersama, dan bersosialisasi lebih cepat mengalami kesembuhan dibandingkan dengan anggota keluarga yang sangat patuh terhadap program pengobatan dan tidak pernah melakukan cuti dari perawatan untuk melakukan kegiatan bersama keluarga.

Nugroho (2008) serta Darmojo dan Martono (2004) menjelaskan salah satu karakteristik lansia yaitu memasuki masa pensiun sehingga mengakibatkan lansia mengalami berbagai kehilangan seperti kehilangan finansial, status, teman/kenalan dan kehilangan aktivitas/ pekerjaan. Konsekuensi fungsional yang bersifat negatif akibat berbagai kehilangan tersebut adalah lansia mengalami kecemasan, kesepian, depresi dan gangguan kognitif. Sekitar 20% lansia yang mengalami kecemasan ditandai dengan adanya distres, takut berlebihan, khawatir tentang kesehatan mereka. Kesepian membuat lansia menjadi sangat tergantung dengan orang lain dan keakraban dengan orang lain berkurang (Miller, 2004). Berdasarkan teori tersebut maka lansia memerlukan dukungan kebersamaan dan perhatian, serta kedekatan emosional dari setiap anggota keluarganya untuk meningkatkan status kesehatan lansia.

Analisis hasil penelitian ini bahwa strategi hubungan/ kebersamaan keluarga merupakan strategi yang efektif untuk meningkatkan perilaku perawatan yang dilakukan oleh lansia menjadi lebih baik. Hasil analisis item pernyataan terkait strategi ini yaitu sebagian besar keluarga tidak membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah (80,9%). Kesimpulannya bahwa kebersamaan keluarga ini perlu ditingkatkan agar ikatan emosional diantara keluarga lebih meningkat, dengan kebersamaan dapat memberikan saling perhatian satu sama lain diantara anggota keluarga sehingga dapat keluarga dapat memberikan perawatan lebih baik kepada lansia dan lansia dapat melakukan perilaku perawatan hipertensi lebih baik pula dengan cara tidak membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah.

6.1.9 Hubungan Strategi Kognitif dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Gambaran hubungan antara strategi coping kognitif dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia diperoleh keluarga dengan strategi coping kognitif efektif menunjukkan perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping kognitif tidak efektif. Hasil uji statistik ada hubungan yang bermakna antara strategi coping kognitif dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Dalyoko (2010) yang menyatakan pengetahuan atau kognitif berperan penting dalam membentuk perilaku seseorang. Pengetahuan responden dapat diperoleh secara internal (pengetahuan dan pengalaman yang berasal dari dirinya sendiri) atau secara eksternal (berdasarkan pengetahuan dan pengalaman dari orang lain). Penelitian lain dari Hacihasanoglu dan Gozum (2011) membuktikan bahwa penderita hipertensi yang memiliki pengetahuan yang baik diperoleh melalui pendidikan

kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan memiliki hubungan yang bermakna dalam menurunkan tekanan darah.

Indriatie, Alberta dan Marhaeni (2009) menperoleh hasil sebagian besar (55%) klien hipertensi ternyata patuh melakukan kontrol, dan hampir setengahnya (45%) klien kipertensi yang tidak patuh melakukan kontrol. Hampir seluruhnya (97,30%) dari klien hipertensi yang memiliki pengetahuan baik adalah patuh melakukan kontrol. Dan hampir seluruhnya pula dari klien hipertensi (88,89%) yang memiliki pengetahuan kurang ternyata juga tidak patuh melakukan kontrol sehingga analisisnya terdapat hubungan antara pengetahuan klien tentang hipertensi dengan kepatuhan melakukan kontrol.

Analisis dari hasil penelitian ini bahwa strategi kognitif yang efektif akan menghasilkan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia lebih baik. Strategi kognitif ini membuat keluarga memiliki pengetahuan lebih baik, meningkatkan kesadaran untuk berperilaku lebih sehat dan dapat membuat keputusan lebih tepat melakukan perawatan kesehatan dan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hasil analisis item pernyataan diperoleh dari 2 variabel yang terdapat dalam strategi kognitif maka variabel pengetahuan lebih dominan dibandingkan dengan variabel pencarian informasi. Diantara item pernyataan pengetahuan hasil analisis yang paling tinggi yaitu keluarga sudah mengetahui tentang diet bagi perawatan hipertensi dimana keluarga selalu mengingatkan lansia tentang bahaya makan makanan yang mengandung garam, berminyak, dan bersantan kental sebanyak 54,4%

6.1.10 Hubungan Strategi Komunikasi dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hasil analisis bivariat mengenai hubungan antara strategi coping komunikasi dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia diperoleh keluarga dengan strategi coping komunikasi efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping komunikasi tidak efektif. Hasil uji statistik ada hubungan yang bermakna antara strategi coping komunikasi dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Keluarga yang menyampaikan pesan secara jelas, anggota keluarga bebas mengeskpresikan perasaannya tanpa takut membahayakan posisinya dalam keluarga, saling mendukung dan mempunyai kemampuan mendengar, empati dan saling bergantung satu sama lain merupakan ciri keluarga yang melakukan komunikasi secara efektif (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2010). Keluarga yang adaptif adalah keluarga yang melakukan komunikasi secara asertif diantara anggota keluarga. Komunikasi keluarga mempengaruhi kesehatan fisik dan mental keluarga serta mempengaruhi dalam proses pengambilan keputusan (Kaakinen & Duff, 2010).

Analisis penelitian ini bahwa strategi coping komunikasi efektif akan menghasilkan perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik. Keluarga yang menunjukkan keterbukaan, jujur, perhatian dan tulus dalam merawat lansia akan menghasilkan perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik. Hasil ini didukung dengan analisis item pernyataan 73,5% keluarga selalu merawat lansia dengan penuh perhatian dan 54,4% keluarga selalu mendengarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh lansia.

6.1.11 Hubungan Strategi Dukungan Sosial dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Gambaran hubungan antara strategi coping dukungan sosial dengan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia diperoleh keluarga dengan strategi coping dukungan sosial efektif menunjukkan perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan sosial tidak efektif. Hasil uji statistik ada hubungan yang bermakna antara strategi coping dukungan sosial dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Sumber dukungan sosial dapat berupa dukungan sosial dari *intern* keluarga seperti dukungan pasangan atau dukungan keluarga besar (Steiger & Lipson, 1985; Trainor, 1983, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Hasil penelitian ini sesuai dengan Sabri (2002) mengidentifikasi lansia yang mendapat dukungan keluarga yang optimal cenderung memiliki status kesehatan fisik dan psikososial yang sehat dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan keluarga. Suhadi (2011) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa kelompok lansia yang mendapatkan dukungan keluarga yang kuat memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Herlinah (2011) dapat menunjukkan bahwa strategi coping berupa dukungan keluarga dapat membantu dalam mengatasi masalah yang dialami oleh keluarga. Marzalia, McDonald dan Peter Donahuec (2008) menjelaskan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan kualitas hidup lansia dan meningkatkan status kesehatan fisik dan mental.

Soetanto (2010) dari hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan

kesehatannya diperoleh bahwa ada sebanyak 18 (52,9%) responden yang mempunyai dukungan keluarga kurang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya dengan baik. Sedangkan responden yang mempunyai dukungan keluarga baik ada 179 (71,3%) yang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya dengan baik, dan bahwa ada sebanyak 16 (47,1%) responden yang mempunyai dukungan keluarga kurang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya kurang baik. Sedangkan responden yang mempunyai dukungan keluarga baik ada 72 (28,7%) yang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya kurang baik. Hasil uji statistik ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan praktik lanlut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya.

Kane (1988, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2010) mendefinisikan dukungan sosial keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosialnya. Memiliki dukungan sosial membantu individu menghindari sakit, dan individu pendukungnya dapat membantu seseorang dalam meningkatkan kesadaran terhadap penyakitnya, dan memberikan stimulus bagi individu yang sakit untuk kembali sehat.

Dukungan sosial merupakan dukungan yang sangat bermanfaat dapat berupa pemberian bantuan bagi individu dari orang lain yang dapat dipercaya dan kesediaan dari orang-orang yang berarti, yang dapat dipercaya untuk membantu, menerima, dan menjaga individu. Dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai, dan mencintainya (Walgit, 2003). Menurut teori Green bahwa dukungan sosial merupakan salah satu faktor yang memperkuat seseorang untuk melakukan suatu perilaku tertentu (Notoadmodjo, 2007).

Hasil analisis variabel dari strategi dukungan sosial maka dukungan sosial keluarga merupakan dukungan yang paling berpengaruh dibandingkan dengan dukungan dari tenaga kesehatan. Keluarga merupakan sumber dukungan sosial karena dalam hubungan keluarga tercipta hubungan yang saling mempercaya. Individu sebagai anggota keluarga akan menjadikan keluarga sebagai kumpulan harapan, tempat bercerita, tempat bertanya, dan tempat mengeluarkan keluhan-keluhan saat individu sedang mengalami masalah. Hasil analisis item pernyataan diperoleh dukungan sosial yang berasal keluarga yang lebih dominan yaitu keluarga selalu merawat lansia pada saat lansia sedang sakit (59,6%), keluarga mengingatkan lansia untuk kontrol secara rutin ke posbindu atau puskesmas (52,9%) dan keluarga tidak pernah memberikan lansia makan makanan yang diawetkan seperti sarden, sayur asin, ikan asin, telur asin, dan lain-lain (52,2%).

6.1.12 Hubungan Dukungan Spiritual dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Proporsi keluarga dengan strategi dukungan spiritual efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi oleh lansia lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan spiritual tidak efektif. Hasil uji statistik ada hubungan yang bermakna antara strategi coping dukungan spiritual dengan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian Becker (2005) yang menjelaskan aspek spiritual merupakan strategi coping yang sangat penting dalam mengatasi penyakit kronis, kesepian, dan berbagai kehilangan akibat proses penuaan. Hasil penelitian sejalan dengan Sabri (2002) yang menjelaskan bahwa lansia yang aktif dalam mengikuti keagamaan cenderung memiliki kesehatan psikososial yang sehat dibandingkan lansia yang kurang aktif. Marzalia, McDonald dan Donahuec (2008) menjelaskan bahwa aspek spiritual dapat

meningkatkan kualitas hidup lansia dan meningkatkan status kesehatan fisik dan mental.

Kinasih dan Wahyuningsih (2012) memperoleh hasil bahwa dari 72 responden, 69 responden (86,3%) memiliki peran pendampingan spiritual baik dan motivasi kesembuhan kuat. Responden yang memiliki pendampingan spiritual kurang adalah 1 responden (1,3%) atau tidak ada responden yang memiliki motivasi kesembuhan lemah. Peran pendampingan spiritual yang kuat akan memotivasi untuk sembuh juga kuat. Hasil analisi dari uji statistik tersebut menunjukkan bahwa peran pendampingan spiritual pada pasien lansia memiliki hubungan yang kuat dalam menumbuhkan motivasi yang kuat untuk sembuh pada pasien lansia.

Spiritual seseorang akan mempengaruhi cara pandangnya terhadap kesehatan (Potter & Perry, 2005). Terdapat hubungan yang signifikan antara kesejahteraan spiritual dan peningkatan kemampuan individu atau keluarga untuk mengatasi stres dan penyakit. Koping dukungan spiritual penting dalam mendukung kepercayaan keluarga sehingga mereka dapat mengatasi penderitaan. Melalui koping dukungan spiritual ini akan meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia dengan lebih baik lagi, dimana hasil ini didukung dengan hasil analisis item pernyataan dimana sebagian besar keluarga sudah mengingatkan lansia untuk berdoa kepada Tuhan YME (72,1%) dan memberikan semangat kepada lansia untuk melakukan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaannya (63,2%). Sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan spiritual keluarga dengan mengingatkan lansia untuk berdoa dan beribadah sesuai dengan agamanya menjadi strategi dukungan spiritual yang efektif dalam meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia.

6.1.13 Strategi Dukungan Sosial merupakan Faktor Paling Dominan yang berhubungan dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai hubungan paling dominan adalah strategi dukungan sosial dengan nilai *p value* 0,010. Lansia hipertensi pada keluarga yang menggunakan strategi coping dukungan sosial secara efektif mempunyai peluang 2,7 kali untuk berperilaku baik. Setelah variabel strategi dukungan sosial, kemudian diikuti oleh strategi hubungan/ kebersamaan keluarga. Lansia hipertensi pada keluarga yang menggunakan strategi coping hubungan/ kebersamaan keluarga secara efektif mempunyai peluang 2,6 kali untuk berperilaku baik.

Hasil penelitian Sabri (2002) menunjukkan bahwa dukungan sosial dari teman atau sahabat mempunyai peranan penting bagi lansia dan memberikan dampak positif terhadap kemandirian keluarga dan kesehatan psikososial lansia. Suhadi (2011) menjelaskan bahwa lansia yang mendapatkan dukungan sosial dari petugas kesehatan atau kader memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dalam perawatan hipertensi dibandingkan dengan lansia yang kurang mendapatkan dukungan sosial. Hasil penelitian ini sesuai dengan Mayers, dkk (2007; dalam Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) menyatakan dukungan sosial mempengaruhi perilaku kesehatan. Kurangnya dukungan sosial menyebabkan prognosis penyakit HIV lebih cepat memburuk (Laserman, 2000; dalam Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

Dukungan sosial merupakan strategi coping yang efektif yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga sehingga lansia dapat melakukan perawatan hipertensi lebih baik. Melalui dukungan sosial ini lansia akan merasa diperhatikan, mendapat dukungan, dihargai dan dicintai sehingga lansia dapat melakukan perawatan hipertensi dengan lebih baik lagi. Dukungan sosial dapat berupa materi, emosi, dan informasi yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti seperti keluarga,

sahabat, teman, saudara, rekan kerja atau orang yang dicintai oleh individu yang bersangkutan, kader, dan tenaga kesehatan.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini dialami pada saat melakukan proses pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Jumlah kuesioner yang cukup banyak untuk diisi oleh lansia dan mengingat lansia sudah mengalami penurunan daya ingat dan penurunan kemampuan motorik lansia untuk menulis, sehingga ada beberapa lansia yang mengisi kuesioner dibantu oleh keluarga, dengan demikian kemungkinan akan mempengaruhi terhadap hasil penelitian. Keterbatasan lain yaitu keluarga dan lansia sudah mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang hipertensi dan perawatannya oleh mahasiswa aplikasi dan residensi sehingga kemungkinan mempengaruhi terhadap hasil penelitian khususnya domain pengetahuan tentang hipertensi.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan rendah tidak selalu memiliki pengetahuan yang kurang dan kesadaran yang rendah untuk berperilaku sehat. Terdapat faktor lain yang mempengaruhi tingkat pendidikan yang rendah tetapi mampu berperilaku sehat seperti adanya pengaruh paparan informasi tentang perawatan hipertensi melalui penyuluhan kesehatan. Karakteristik responden dalam penelitian ini lebih banyak memiliki pendapatan yang rendah tetapi mampu melakukan perilaku perawatan hipertensi pada lansia dengan baik karena terdapat faktor lain yang mempengaruhinya yaitu keluarga dan lansia memiliki pengetahuan yang baik tentang hipertensi dan perawatannya sebesar karena keluarga dan lansia ini sudah mendapatkan informasi mengenai hipertensi dan perawatannya melalui penyuluhan kesehatan dan media informasi lainnya. Hasil ini dapat memberikan masukan kepada institusi pelayanan kesehatan dan pendidikan keperawatan untuk dapat meningkatkan promosi kesehatan

melalui penyuluhan tidak hanya di posbindu tetapi sampai pada tingkat keluarga dengan melakukan kunjungan rumah.

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara strategi hubungan/ kebersamaan keluarga dengan perawatan hipertensi pada lansia. Dampak hubungan/ kebersamaan keluarga dapat meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia sehingga hubungan/ kebersamaan keluarga perlu ditingkatkan agar ikatan emosional diantara keluarga lebih meningkat, dengan kebersamaan dapat memberikan saling perhatian satu sama lain diantara anggota keluarga sehingga keluarga dapat memberikan perawatan lebih baik kepada lansia dan lansia dapat melakukan perilaku perawatan hipertensi lebih baik pula dengan cara tidak membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah. Keluarga dapat melakukan aktifitas bersama-sama diantara anggota keluarga dengan mengikutsertakan lansia seperti mengajak lansia bertemu pada acara keluarga baik yang dilakukan di dalam rumah atau di luar rumah, mengajak lansia untuk rekreasi dan olah raga bersama. Hal ini dapat memberikan masukan kepada pemberi pelayanan keperawatan agar dapat membentuk kelompok keluarga atau *support group* atau *self help group*. Melalui kelompok ini akan terjadi rasa kebersamaan dan saling memberi perhatian diantara keluarga atau lansia.

Strategi kognitif yang efektif akan menghasilkan perawatan hipertensi pada lansia lebih baik. Strategi kognitif ini membuat keluarga memiliki pengetahuan lebih baik, meningkatkan kesadaran untuk berperilaku lebih sehat dan dapat membuat keputusan lebih tepat melakukan perawatan kesehatan dan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hasil analisis variabel diperoleh dari 2 variabel yang terdapat dalam strategi kognitif maka variabel pengetahuan lebih dominan dibandingkan dengan variabel pencarian informasi. Dampak dari meningkatnya pengetahuan ini keluarga dapat memberikan pelayanan kesehatan pada

lansia dengan lebih baik lagi. Hal ini penting bagi pelayanan keperawatan agar dapat meningkatkan promosi kesehatan melalui penyuluhan kesehatan kepada keluarga dan lansia yang mengalami hipertensi baik dilakukan di posbindu maupun dilakukan melalui kunjungan rumah. Selain itu diharapkan bagi pengembang kebijakan agar menetapkan kebijakan untuk melaksanakan perawatan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya sehingga tanggung jawab bagi petugas kesehatan untuk melakukan kunjungan rumah dan meningkatkan status kesehatan lansia dengan memberikan informasi atau penyuluhan kepada keluarga.

Strategi dukungan sosial memiliki hubungan yang bermakna dengan perawatan hipertensi pada lansia. Diantara dukungan tersebut maka dukungan sosial keluarga merupakan dukungan yang paling berpengaruh dibandingkan dengan dukungan dari tenaga kesehatan. Keluarga merupakan sumber dukungan sosial karena dalam hubungan keluarga tercipta hubungan yang saling mempercayai. Individu sebagai anggota keluarga akan menjadikan keluarga sebagai kumpulan harapan, tempat bercerita, tempat bertanya, dan tempat mengeluarkan keluhan-keluhan saat individu sedang mengalami masalah.

Dukungan spiritual yang dilakukan oleh keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan sosial dan psikologis lansia sehingga meningkatkan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia. Dukungan spiritual keluarga dengan mengingatkan lansia untuk berdoa dan beribadah sesuai dengan agamanya menjadi strategi dukungan spiritual yang efektif dalam meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia. Dampak terhadap pelayanan keperawatan diharapkan menjadi masukan agar dapat meningkatkan pemberdayaan keluarga dimana keluarga dapat memberikan dukungan sosial lebih baik lagi terhadap lansia yang mengalami hipertensi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa strategi coping dukungan sosial merupakan strategi coping yang paling dominan berhubungan dengan perawatan hipertensi pada lansia. Hasil ini dapat memberikan masukan agar memaksimalkan dukungan sosial baik dukungan sosial internal berasal dari keluarga atau dukungan sosial eksternal yang berasal dari teman, tetangga, kader, dan pemberi pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya asuhan keperawatan keluarga sehingga dapat meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia dan meningkatkan kualitas hidup lansia.

6.3.2 Bagi Penelitian yang Akan Datang

Hasil penelitian ini dapat menjadi *evidence base* bagi penelitian yang akan datang untuk melakukan penelitian dengan menggunakan metode lain khususnya untuk melihat hubungan atau pengaruh strategi dukungan sosial keluarga dengan perawatan hipertensi pada lansia.

6.3.3 Bagi Keluarga dan Lansia

Hasil analisis penelitian didapatkan bahwa tipe keluarga sangat mempengaruhi terhadap perawatan hipertensi pada lansia. Setiap keluarga memiliki kekuatan dan keterbatasan masing-masing. Kekuatan yang dimiliki oleh keluarga dapat dimaksimalkan sehingga dapat memberikan perawatan kepada lansia dengan lebih baik. Hasil ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada masyarakat khususnya keluarga dengan lansia untuk memaksimalkan kekuatan keluarga untuk dapat memberikan perawatan kepada lansia diantaranya dengan meningkatkan kebersamaan dan kedekatan emosional di antara anggota keluarga dengan cara mengajak lansia bila ada acara keluarga baik yang dilakukan di dalam rumah atau di luar rumah, mengajak lansia untuk rekreasi dan olah raga bersama

Hasil ini dapat memberikan informasi kepada masyarakat khususnya keluarga dan lansia bahwa strategi coping khususnya dukungan sosial

khususnya dukungan sosial yang berasal dari keluarga sangat berpengaruh terhadap perawatan hipertensi pada lansia. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh keluarga, dimana keluarga dapat memanfaatkan dukungan sosial untuk meningkatkan perawatan hipertensi pada lansia dengan cara merawat lansia pada saat lansia sedang sakit, keluarga mengingatkan lansia untuk kontrol secara rutin ke posbindu atau puskesmas dan keluarga tidak pernah memberikan lansia makan makanan yang diawetkan seperti sarden, sayur asin, ikan asin, telur asin, dan lain-lain.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menguraikan simpulan dari hasil penelitian dan saran yang berguna bagi pelayanan dan penelitian keperawatan.

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik keluarga dalam penelitian ini lebih banyak keluarga dengan tipe keluarga inti. Tipe keluarga ini berpotensi bagi lansia untuk melakukan perawatan hipertensi lebih baik dengan memaksimalkan kekuatan yang dimiliki oleh keluarga dengan cara meningkatkan kedekatan emosional diantara anggota keluarga dan meningkatkan kegiatan spiritual secara bersama-sama.
- 7.1.2 Karakteristik responden penelitian ini lebih banyak memiliki tingkat pendidikan dan pendapatan rendah. Pendidikan dan pendapatan yang rendah berpotensi bagi lansia untuk tidak melakukan perawatan hipertensi dengan baik tetapi melalui penyuluhan kesehatan dan adanya media informasi, keluarga dan lansia dengan pendidikan dan penghasilan rendah mampu melakukan perawatan hipertensi dengan baik.
- 7.1.3 Karakteristik strategi coping yang digunakan oleh keluarga menunjukkan separuh responden memiliki: strategi hubungan/kebersamaan keluarga tidak efektif, strategi kognitif efektif, strategi komunikasi dan dukungan sosial tidak efektif dan strategi dukungan spiritual efektif. Terdapat 3 diantara 5 strategi coping keluarga yang tidak efektif berpotensi menurunnya perawatan hipertensi oleh lansia.
- 7.1.4 Perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia lebih banyak berperilaku baik dibandingkan dengan kurang baik. Dari domain pengetahuan, sikap, dan tindakan, domain pengetahuan memiliki proporsi yang lebih baik dibandingkan yang lainnya. Hal ini berpotensi dengan pengetahuan yang dimiliki oleh lansia dapat meningkatkan kesadaran lansia untuk berperilaku lebih sehat

- 7.1.5 Terdapat hubungan yang bermakna antara strategi hubungan/ kebersamaan keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Keluarga yang tidak membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah dapat meningkatkan rasa kepercayaan diri lansia kepada keluarga dan merasakan adanya perhatian dari keluarga.
- 7.1.6 Terdapat hubungan yang bermakna antara strategi kognitif dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Strategi kognitif khususnya pengetahuan keluarga merupakan hal yang paling berpengaruh sehingga dengan meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai hipertensi dan perawatannya akan semakin meningkatkan perilaku perawatan hipertensi pada lansia semakin baik pula.
- 7.1.7 Terdapat hubungan yang bermakna antara strategi komunikasi dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Strategi komunikasi keterbukaan, jujur, tulus, perhatian akan memberikan dampak positif kepada lansia sehingga dapat meningkatkan perilaku perawatan hipertensi lebih baik.
- 7.1.8 Terdapat hubungan yang bermakna antara strategi dukungan sosial dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Strategi dukungan sosial yang efektif khususnya dukungan sosial yang berasal dari keluarga akan berpengaruh positif terhadap perawatan hipertensi pada lansia untuk menjadi lebih baik.
- 7.1.9 Terdapat hubungan yang bermakna antara strategi dukungan spiritual dengan perawatan hipertensi oleh lansia. Strategi dukungan spiritual yang efektif khususnya dengan berdoa dan beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaannya berpotensi untuk meningkatkan perawatan hipertensi yang dilakukan oleh lansia.
- 7.1.6 Strategi dukungan sosial merupakan strategi coping yang paling dominan berhubungan dengan perawatan hipertensi pada lansia. Melalui dukungan sosial ini lansia akan merasa diperhatikan, mendapat dukungan, dihargai dan dicintai sehingga lansia dapat melakukan perawatan hipertensi dengan lebih baik lagi.

7.2 Saran

7.2.1 Pelayanan Kesehatan

7.2.1.1 Dinas Kesehatan

Perlu menetapkan kebijakan untuk melaksanakan perawatan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya sehingga kegiatan kunjungan rumah dan promosi kesehatan dalam bentuk penyuluhan kesehatan tetap dipraktikkan dan pembentukan kelompok pendukung sebaya atau swabantu dapat dilaksanakan dengan baik.

7.2.1.2 Puskesmas

- a. Perawat puskesmas tetap melanjutkan kunjungan rumah untuk memberikan informasi (penyuluhan kesehatan) kepada keluarga dan ditingkatkan untuk kasus-kasus lain yang dilakukan melalui upaya perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas).
- b. Perawat puskesmas pelu memotivasi kader, keluarga, dan lansia untuk membentuk dan aktif dalam kegiatan kelompok pendukung sebaya atau swabatu.

7.2.1.3 Institusi Pendidikan Keperawatan

- a. Meningkatkan pembinaan keluarga oleh mahasiswa dengan meningkatkan dukungan sosial keluarga dengan meningkatkan pemberdayaan keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi, dan meningkatkan peran serta kader dan melibatkan petugas kesehatan.
- b. Meningkatkan sistem pemberdayaan keluarga dengan memberikan penyuluhan kesehatan yang efektif saat mahasiswa melakukan praktik keperawatan komunitas khususnya keperawatan keluarga.

7.2.2 Penelitian yang Akan Datang

Peneliti yang akan datang diharapkan dapat melakukan penelitian terkait pengaruh dukungan sosial dengan menggunakan metode penelitian yang lain.

7.2.3 Keluarga dan Lansia

- 7.2.3.1 Keluarga diharapkan dapat meningkatkan kebersamaan keluarga dengan cara tidak membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah, ajak lansia jika ada pertemuan keluarga baik di dalam rumah maupun di luar rumah.
- 7.2.3.2 Keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan kepada lansia dengan merawat lansia saat sakit dan mengingatkan untuk kontrol kesehatannya ke posbindu/ puskesmas.
- 7.2.3.3 Keluarga dapat memotivasi lansia untuk terlibat aktif pada kelompok pendukung sebaya atau swabantu.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustanti, D. (2006). *Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Orang dengan HIV/ AIDS (ODHA) di Kota Bandar Lampung.* (Tesis). Jakarta: FIK UI.
- Agoes, A. (2010). *Penyakit Tua.* Jakarta: EGC.
- Allender, Rector, & Warner. (2010). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health.* Philadelphia: Lippincott.
- Alparslan, G.B & Akdemir, N. (2010). Effects of Walking and Relaxation Exercises on Controlling Hypertension. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, Vol.16, 2010, pp. 9 – 13. <http://www.ebscohost.com>
- Avritania, M.I., Indriati, P.A., & Supriyadi. (2012). *Hubungan Perawatan dan Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Lansia Di Kelurahan Kembanggarum Semarang.* Semarang: Stikes Telogorejo.
- Anggraini, D.A, Waren, A, Situmorang E, Asputra, H, & Sahaan, S.S. (2009). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi pada Pasien yang Berobat di Poliklinik Dewasa Puskesmas Bangkinang.* Riau: FK UNRI.
- Ariyanti, N.I. (2005). *Hubungan Asupan Natrium dengan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi Primer (Essensial) (Studi Pasien di Unit Rawat Jalan Badan Rumah Sakit Daerah Blora Kabupaten Blora.* Semarang: Undip.
- Babatsikou, F & Zavitsanou, A. (2010). Epidemiology of Hypertension in the Elderly. [www.hsj.gr Health Science.](http://www.ebscohost.com) Vol. 4 Issue 1. <http://www.ebscohost.com>
- Becker, H. N. (2005). Religion and Coping in Older Adults:A Social Work Perspective. *Journal of Gerontological Social Work* (The Haworth Social Work Practice Press, an imprint of The Haworth Press, Inc.). Vol. 45, No. 1/2, 2005, pp. 51-67. <http://www.ebscohost.com>
- BPS (2010). Data Statistik Indonesia. 20 Juni 2012. <http://www.datastatistikindonesia.com>
- Burns, N. & Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing Research.* St. Louis: Saunder.
- Badan Penelitian & Pengembangan Kesehatan Depkes RI. (2008). *Laporan Hasil Riskesdas Tahun 2007.* Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

- Dalyoko, D.A.P. (2010). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Hipertensi di Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Mojosongo Boyolali*. Surakarta: UMS
- Darmojo & Martono. (2004). *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Jakarta: FKUI
- Dharma, K.S. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: TIM.
- Dirjen P2PL. (2006). *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Depkes RI.
- Dirjen P2PL. (2011). *Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2010*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Dusek, et.al., (2008). Stress Management Versus Modification on Systolic Hypertension and Medication Elimination: A Randomized Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Vol. 14, No 2, 2008, pp.129 – 138. <http://www.ebscohost.com>
- Edelman, C.L. & Mandle, C.L. (2010). *Health Promotion: Throghout the Life Span*. St Louis: Mosby Elsevier.
- Friedman, M.M, Bowden, V.R, & Jones, E.G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Teory, Research, and Practice*. 4th Edition. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Gray, H.H, Dawkins, K.D, Simpson, I.A, & Morgan, J.M. (2005). *Kardiologi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hachihasanoglu, R & Gozum, S. (2011). The Effect of Patient Education and Home Monitoring on Medication Compliance, Hypertension Management, Healthy Lifestyle Behaviors and BMI in a Primary Health Care Setting. *Journal od Clinical Nursing*. Vol.20, pp. 692 – 705. <http://www.ebscohost.com>
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: FKM UI.
- Harnden, K.E, Frayn, K.N, & Hodson, L. (2009). Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet: Applicability and Acceptability to a UK Population. *Journal of Human and Dietetics*, Vol.23, 2009, pp. 3 – 10. <http://www.ebscohost.com>
- Herlinah, L. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi di Kecamatan Koja Jakarta Utara*. (Tesis). Jakarta: FIK UI.

- Indriatie, Alberta, K.L., & Marhaeni. (2009). Hubungan Pengetahuan tentang Hipertensi dengan Kepatuhan Kontrol Klien Hipertensi di Puskesmas Krembangan Selatan Surabaya. *Jurnal Keperawatan* VoL II No: 2, Agustus 2009, 57-59.
- Kaakinen, J.R & Duff, V.G. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kandari, Y.Y. (2011). Relationship of Strength of Social Support and Frequency of Social Contact with Hypertension and General Health Status Among Older Adults in the Mobile Care Unit in Kuwait. *J Cross Cultural Gerontology*. Vol. 26, 2011, pp.175 – 187. <http://www.ebscohost.com>
- Kementerian Koordinator Bidang Kesejateraan Rakyat. (2012). *Lansia Kini dan Mendatang*. <http://www.kemenkokesra.go.id>.
- Kinasih, K.D., & Wahyuningsih, A. (2012). Peran Pendampingan Spiritual terhadap Motivasi Kesembuhan pada Pasien Lanjut Usia. *Jurnal STIKES* Volume 5, No.1, Juli 2012, 1-10.
- Kowalak, J.P, Welsh, W, & Mayer, B. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Kozier, B, Erb, G, Berman, A, & Synder.S.J. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Kurniawan, A. (2002). *Gizi Seimbang untuk Mencegah Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat.
- Lucson, M. (2010). Hypertension Management in Older People. *British Journal of Community Nursing*. Vol 15, No. 01. <http://www.ebscohost.com>
- Lueckenotte, A.G. (2000). *Gerontology Nursing*. 2nd edition. Philadelphia: Mosby Year Book
- Lundy, K.S. & Janes, S. (2009). *Community Health Nursing Practice:Caring for the Public's Health*. 2nd edition. Canada: Jones and Bartlett Publisher.
- Mahan, L.K, & Stump, S.E. (2008). *Krause's Food and Nutrition Therapy*. St.Louis: Saunders Elsevier.
- Maglaya, A.S. (2009). *Nursing Practice in the Community*. 5th Edition. Marikina City: Argonauta Corporation.
- Marzialia, E., McDonald, L., & Donahuec, P. (2008). The Role of Coping Humor in the Physical and Mental Health of Older Adults. *Aging & Mental Health* Vol. 12, No. 6, November 2008, 713–718. <http://www.ebscohost.com>

- Matteson, M.A & McConnell, E.S. (1988). *Gerontological Nursing: Concept and Practice*. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Mauk, K.L. (2010). *Gerontological Nursing Competencies for Care*. 2nd Edition. Canada: Jones and Bartlet Publisher.
- Maurer, F.A. & Smith, C.M. (2005). *Community Public Health Nursing Practice: Health for Families and Population*. St.Louis: Elsevier Saunders.
- Meirina. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Lansia dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor Selatan*. (Tesis). Jakarta: FIK UI.
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for Wellness in Older Adults: Theory and Practice*. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Mubarok, Santoso, Rozikin, & Patonah. (2006). *Ilmu Keperawatan Komunitas II*. Jakarta: Sagung Seto.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nugroho, W. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Ogihara, T. & Rakugi, H. (2005). Hypertension in the Elderly: A Japanese Perspective. *Drugs Aging*, Vol. 22 (4), 2005, pp. 297 – 314. <http://www.ebscohost.com>
- Pinzon, R. (2008). *Analisis Situasi Pengendalian Tekanan Darah untuk Prevensi Stroke Sekunder*. CDK 165, Vol.35, No.6, September – Oktober 2008, pp. 328 – 330.
- Pollit, D.F, & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th ed. Philadelphia:Lippincot.
- Potter, P & Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Purnami, E.R.D. (2010). *Koping Ibu terhadap Bayi BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) yang Menjalani Perawatan Intensif di Ruang NICU (Neonatal Intensive Care Unit)*. Semarang: UNDIP.
- Rahajeng, E & Tuminah S. (2009). *Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia, Vol: 59, Nomor: 12, Desember 2009.

- Sabri, R. (2002). *Analisis Hubungan antara Karakteristik Usia Lanjut, Dukungan Sosial, dan Keaktifannya dalam Kelompok dengan Kesehatan Psikososial di Kecamatan Cakung Jakarta Timur*. (Tesis). Jakarta: UI.
- Saepudin, M. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: TIM.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-4. Jakarta: Sagung Seto.
- Sigarlaki, H.J.O. (2006). *Karakteristik dan Faktor Berhubungan dengan Hipertensi Di Desa Bocor, Kecamatan Bulus Pesantren, Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah*. Makara, Kesehatan, Vol. 10, No. 2, Desember 2006: 78-88.
- Sistem Kesehatan Nasional. (2009). *Bentuk dan Cara Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Vol.2. Jakarta: EGC.
- Soesanto, E. (2010). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Lansia Hipertensi dalam Mengendalikan Kesehatannya di Puskesmas Mranggen Demak. *Jurnal KePerawatan*. Vol. 3 No. 2 - September 2010 : 98 – 108.
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2004). *Community and Public Health Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Stanley, M. & Beare, P.G. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Stockslanger, J.L, & Schaeffer. (2008). *Buku Saku Asuhan Keperawatan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Subramanian, dkk. (2011). Non-Pharmacological Intervention in Hypertension: A Community-based Cross-over Randomized Controlled Trial. *Indian Journal of Community Medicine*. Vol.36, Juli 2011, pp 191-196. <http://www.ebscohost.com>
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Sugiharto, A. (2007). *Faktor-faktor Risiko Hipertensi Grade II pada Masyarakat (Studi Kasus Di Kabupaten Karanganyar)*. Semarang: UNDIP.
- Suhadi. (2011). *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi di wilayah Puskesmas Srondol, Kota Semarang 2011*. (Tesis). Jakarta: FIK UI.

Tapan, E. (2004). *Penyakit Ginjal dan Hipertensi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo

Tjokronegoro, A. (2004). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II*. Jakarta: FKUI

Undang-undang No.13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.

Watson, R. (2003). *Perawatan pada Lansia*. Jakarta:EGC.

Yenni. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Karakteristik Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukittinggi*. (Tesis). Jakarta: FIK UI.

Zulfitiri, R. (2006). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Lanjut Usia Hipertensi dalam Mengontrol Kesehatannya di Wilayah Kerja Puskesmas Melur Pekan Baru*. (Tesis). Jakarta: FIK UI.

_____. Laporan Kegiatan Posbindu di Kelurahan Cisalak tahun 2010

_____. Laporan PKK Kelurahan Cisalak Pasar tahun 2011.

_____. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2012.



KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN STRATEGI KOPING KELUARGA DENGAN PERAWATAN HIPERTENSI PADA KELOMPOK LANSIA DI KELURAHAN CISALAK PASAR KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

No	Variabel	Sub Variabel	Sub-sub variabel	Sub-sub-sub variabel	No Pertanyaan	
					Positif	Negatif
1	Independen	Kuesioner A Karakteristik Keluarga	1. Tipe Keluarga	Status tinggal lansia: 1. Hanya tinggal dengan anak 2. Tinggal bersama anak, cucu, menantu (keluarga besar)	No 8	
			2. Suku	Suku yang dianut: 1. Sunda 2. Betawi 3. Jawa 4. Minang 5. Lain-lain	No 4	
			3. Tingkat pendidikan keluarga	Pendidikan terakhir yang pernah diikuti: 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Akademi 5. Perguruan tinggi	No 5	
			4. Pendapatan keluarga	Jenis Pekerjaan 1. Pensiunan 2. Wiraswasta 3. Pedagang 4. Tidak Bekerja 5. Lain-lain Jumlah penghasilan keluarga per bulan	No 6 No 7	

No	Variabel	Sub Variabel	Sub-sub variabel	Sub-sub-sub variabel	No Pertanyaan	
					Positif	Negatif
	Kuesioner B: Strategi coping keluarga	Strategi hubungan keluarga	Kebersamaan dalam keluarga	No 1,2,3,4, 5,6,8,9	No 7, 10	
		Strategi kognitif	Pencarian informasi Pengetahuan keluarga	No 11,12, No 13- 22		
		Strategi komunikasi	Keterbukaan, jujur perhatian dan sopan	No 23,24, 25,26,27, 28,31	No 29, 30	
		Strategi dukungan sosial	Dukungan keluarga , teman, dan tenaga kesehatan pada lansia	No 32, 33, 34,37,38, 39,40,41	No 35,36, 42,43	
		Strategi dukungan spiritual	Kegiatan keagamaan	No 44-56		
	Kuesioner C Perawatan hipertensi pada Lansia	Pengetahuan	1. Pengertian hipertensi 2. Penyebab hipertensi 3. Tanda dan gejala 4. Akibat/komplikasi 5. Perawatan	No 2 - 8 No 9 - 11 No 12 No 13 - 17		No 1
		Praktik/ Tindakan/ Keterampilan	1. Pemantauan TD 2. Pengaturan Diet 3. Olahraga 4. Manajemen stres	No 1 No 2,3,11, No 15 - 17 No 18 - 21	No 4,5, 6,7,8,9, 10,12, 13,14	
		Sikap	Sikap lansia terhadapa perawatan hipertensi	No 1,2, 3, 4, 5,7, 9,10	No 6	

Kode Responden

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN STRATEGI KOPING KELUARGA DENGAN PERAWATAN HIPERTENSI OLEH LANSIA DI KELURAHAN CISALAK PASAR KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

Petunjuk Pengisian:

1. Kuesioner A diisi oleh keluarga yaitu kuesioner karakteristik keluarga.
2. Isilah titik-titik dan berilah tanda ceklist (✓) pada pilihan jawaban.
3. Jika jawaban dianggap salah maka jawaban tersebut diberi tanda = kemudian silahkan memilih kembali dan memberi tanda ceklist (✓).
4. Kode responden diisi oleh peneliti

A. Karakteristik Keluarga/Identitas Keluarga

1. Usia Kepala Keluarga : tahun
2. Alamat :
3. Agama :
4. Suku
 - () Sunda
 - () Betawi
 - () Jawa
 - () Minang
 - () Lain-lain
5. Pendidikan
 - () Tidak sekolah/tidak tamat SD
 - () SD
 - () SMP
 - () SMA
 - () Perguruan Tinggi
6. Pekerjaan
 - () Pensiunan
 - () Wiraswasta
 - () Pedagang
 - () Tidak Bekerja
 - () Lain-lain, sebutkan.....
7. Penghasilan keluarga dalam sebulan: Rp.....
8. Status tinggal lansia:
 - () Hanya tinggal bersama anak (keluarga inti)
 - () Tinggal bersama anak, cucu, menantu (keluarga besar)

A. Kuesioner Strategi Koping Keluarga

Petunjuk pengisian:

1. Kuesioner B ini diisi oleh keluarga
2. Berilah tanda checklist (✓) pada pilihan jawaban yang paling sesuai dengan keluarga:

Selalu : jika pernyataan tersebut selalu atau setiap hari dilakukan oleh keluarga

Sering : jika pernyataan tersebut sering atau 3 kali dalam seminggu dilakukan oleh keluarga

Kadang-kadang : jika pernyataan tersebut kadang-kadang atau 1 kali dalam seminggu dilakukan oleh keluarga

Tidak pernah : jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan oleh keluarga
3. Jika jawaban dianggap salah maka jawaban tersebut diberi tanda = kemudian silahkan memilih kembali dan memberi tanda checklist (✓).

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang -kadang	Tidak pernah
1	Keluarga mengajak lansia jika ada acara keluarga di rumah seperti arisan keluarga, pertemuan keluarga				
2	Keluarga mengajak lansia apabila ada acara keluarga di luar rumah seperti mengunjungi keluarga besar, rekreasi keluarga				
3	Keluarga mengajak lansia olahraga bersama-sama				
4	Keluarga mengajak lansia untuk rekreasi bersama				
5	Keluarga mengajak lansia untuk makan bersama				
6	Keluarga melibatkan lansia dalam musyawarah keluarga				
7	Keluarga membiarkan lansia sendiri saat menghadapi masalah				
8	Keluarga berdiskusi dengan lansia tentang perawatan hipertensi (darah tinggi)				
9	Keluarga menemanai lansia mengobrol atau berbincang-bincang bersama				
10	Keluarga membiarkan lansia menyendiri				
11	Keluarga mencari informasi tentang penyakit hipertensi yang dialami lansia				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
12	Keluarga bertanya kepada kader/ petugas kesehatan tentang hipertensi yang dialami lansia.				
13	Keluarga mengingatkan lansia untuk menjaga dan mengontrol kesehatannya				
14	Keluarga mengingatkan lansia untuk gerak badan/ olahraga secara teratur				
15	Keluarga mengingatkan kepada lansia tentang bahaya makan makanan mengandung garam, berminyak, bersantan kental bagi kesehatan lansia				
16	Keluarga menjelaskan dan mengingatkan pentingnya minum obat secara teratur bagi kesehatan lansia				
17	Keluarga mengingatkan lansia untuk mengontrol dan memperhatikan berat badannya agar tidak terlalu gemuk atau kurus				
18	Keluarga mengingatkan lansia untuk berpantang rendah garam atau mengurangi penggunaan garam pada masakan				
19	Keluarga mengingatkan lansia untuk mengurangi makan makanan yang mengandung lemak atau kolesterol				
20	Keluarga menjelaskan kepada lansia manfaat makan sayur dan buah bagi kesehatan				
21	Keluarga menjelaskan kepada lansia manfaat olahraga yang teratur bagi kesehatan lansia				
22	Keluarga mengajarkan lansia relaksasi nafas dalam untuk menurunkan tekanan darah				
23	Keluarga merawat lansia dengan penuh perhatian				
24	Keluarga meminta lansia untuk cerita kepada keluarga jika ada masalah				
25	Keluarga menegur lansia dengan kalimat yang sopan jika lansia melanggar pantangan				
26	Keluarga mengingatkan lansia agar terbuka jika ada masalah				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
27	Keluarga memberikan informasi kepada lansia mengenai pantangan makanan bagi lansia yang menderita hipertensi (darah tinggi)				
28	Keluarga mendengarkan keluhan-keluhan yang dirasakan oleh lansia				
29	Keluarga marah kepada lansia jika lansia tidak mengikuti nasihat keluarga				
30	Keluarga membiarkan lansia untuk makan dan minum apa saja yang disukainya				
31	Keluarga menceritakan kepada lansia mengenai kondisi penyakitnya				
32	Keluarga menemani lansia untuk kontrol ke posbindu atau puskesmas				
33	Keluarga menyediakan makan dengan mengurangi atau membatasi makanan yang mengandung garam				
34	Keluarga menyediakan buah-buahan dalam menu makanan sehari-hari				
35	Keluarga memberikan makanan instan seperti mie instan pada lansia				
36	Keluarga memberikan lansia makanan yang diawetkan seperti sarden, sayur asin, ikan asin, telur asin, dan lain-lain				
37	Keluarga merawat lansia saat kesehatan lansia menurun				
38	Keluarga mengingatkan lansia untuk kontrol ke posbindu/ puskesmas				
39	Keluarga menyarankan kepada lansia untuk rutin mengikuti kegiatan kesehatan di puskesmas atau posyandu lansia				
40	Keluarga mengantar lansia ke posbindu atau puskesmas				
41	Keluarga menganjurkan lansia untuk ikut kegiatan sosial di masyarakat				
42	Keluarga memberikan tugas pada lansia untuk mengurus cucu				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
43	Keluarga memberikan tugas pada lansia untuk mengerjakan pekerjaan rumah				
44	Keluarga mengingatkan lansia untuk mengikuti kegiatan keagamaan yang diadakan di rumah				
45	Keluarga memotivasi lansia untuk mengikuti kegiatan keagamaan yang diadakan di lingkungan masyarakat				
46	Keluarga mengajak lansia untuk beribadah bersama-sama				
47	Keluarga mengingatkan lansia untuk berdoa kepada Tuhan YME				
48	Keluarga meminta nasihat kepada pemuka agama untuk meringankan beban/masalah yang sedang dihadapi				
49	Keluarga mengajak lansia untuk berkunjung ke tempat-tempat beribadah sesuai kepercayaannya				
50	Keluarga mengingatkan lansia untuk lebih giat beribadah kepada Tuhan YME				
51	Keluarga memberikan pengertian kepada lansia bahwa sakit yang sedang dialami adalah ujian yang harus diterima dengan sabar				
52	Keluarga mengingatkan lansia untuk berserah diri dan mendekatkan diri kepada Tuhan YME				
53	Keluarga menyiapkan alat maupun benda-benda untuk beribadah (mukena, sajadah, tasbih, atau salib, dan lain-lain sesuai dengan agama dan kepercayaan)				
54	Keluarga memberikan semangat untuk melakukan ibadah sesuai agama dan kepercayaan				
55	Keluarga memberikan pujiyan kepada lansia karena telah menjalankan ibadah				
56	Keluarga menciptakan suasana yang tenang saat lansia beribadah				

A. Kuesioner Perawatan Hipertensi

Petunjuk pengisian:

1. Kuesioner C ini diisi oleh lansia
2. Berilah tanda checklist (✓) pada pilihan jawaban yang paling sesuai dengan keluarga
3. Jika jawaban dianggap salah maka jawaban tersebut diberi tanda = kemudian silahkan memilih kembali dan memberi tanda checklist (✓).

Bagian I

Isilah kolom berikut dengan memberikan tanda checklist (✓) pada jawaban yang Bapak/Ibu pilih!

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Tekanan darah normal untuk lanjut usia adalah diatas 140/90 mmHg		
2	Darah tinggi dapat disebabkan karena penuaan		
3	Makan makanan yang mengandung tinggi garam dapat menyebabkan darah tinggi		
4	Merokok dapat meningkatkan tekanan darah		
5	Minum alkohol dapat meningkatkan tekanan darah		
6	Stres dapat menyebabkan tekanan darah tinggi		
7	Orang yang gemuk mudah menderita darah tinggi		
8	Kurang olahraga mudah terkena darah tinggi		
9	Darah tinggi gejalanya: pusing, sakit kepala, rasa kaku ditengkuk		
10	Sulit tidur merupakan gejala dari darah tinggi		
11	Telinga berdenging merupakan gejala dari darah tinggi		
12	Darah tinggi dapat menyebabkan kebutaan		
13	Mengurangi makanan berkolesterol seperti sate daging kambing, gulai kambing dapat menurunkan tekanan darah		
14	Olahraga teratur minimal 30 menit/hari dapat menurunkan tekanan darah		
15	Mengurangi makanan yang diawetkan seperti ikan asin, telur asin dapat menurunkan tekanan darah		
16	Mengkonsumsi kacang-kacangan seperti: kacang merah dan kacang hijau dapat menurunkan tekanan darah		
17	Relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tekanan darah		

Bagian II

Isilah kolom berikut dengan memberikan tanda checklist (✓) pada jawaban yang Bapak/ Ibu pilih!

- Selalu : jika pernyataan tersebut selalu atau setiap hari dilakukan oleh keluarga
 Sering : jika pernyataan tersebut sering atau 3 kali dalam seminggu dilakukan oleh keluarga
 Kadang-kadang : jika pernyataan tersebut kadang-kadang atau 1 kali dalam seminggu dilakukan oleh keluarga
 Tidak pernah : jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan oleh keluarga

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	Lansia kontrol tekanan darah ke posbindu/puskesmas				
2	Lansia menimbang berat badan sebulan sekali				
3	Lansia makan makanan dengan membatasi atau mengurangi garam				
4	Lansia mengkonsumsi makanan yang diolah dengan menggunakan garam (biskuit, craker, keripik, makanan kering yang asin)				
5	Lansia makan makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang)				
6	Lansia minum minuman yang mengandung alkohol				
7	Lansia makan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape				
8	Lansia makan makanan yang mengandung lemak tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih, daging kambing)				
9	Lansia makan makanan yang diberi bumbu-bumbu seperti kecap, terasi, saus tomat/sambal, tauco, bumbu penyedap (vetsin)				
10	Lansia makan makanan yang bersantan: sayur lodeh, rendang, masakan padang				
11	Lansia makan buah-buahan: jeruk, pepaya, pisang, belimbing manis, mentimun, melon, semangka, mangga, tomat.				
12	Lansia makan yang instan seperti mie instan				
13	Lansia minum minuman bersoda (cocacola, sprite, fanta)				
14	Lansia merokok				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
15	Lansia berolah raga minimal 30 menit/hari				
16	Lansia melaakukan senam lansia				
17	Lansia melakukan kegiatan jalan kaki minimal 30 menit/hari				
18	Lansia bercerita pada keluarga atau teman saat stress/ banyak pikiran				
19	Lansia melakukan rekreasi untuk menghilangkan stress/banyak pikiran				
20	Lansia melakukan relaksasi seperti nafas dalam untuk meningkatkan perasaan tenang/rileks				
21	Lansia melakukan ibadah sesuai agamanya untuk meningkatkan perasaan tenang/rilkes				

Bagian III

Isilah kolom berikut dengan memberikan tanda check (✓) pada jawaban yang Bapak/Ibu pilih!

No	Pertanyaan	Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju
1	Penderita tekanan darah tinggi perlu kontrol tekanan darah secara rutin				
2	Kebiasaan berolah raga sangat baik untuk penderita tekanan darah tinggi				
3	Penyakit darah tinggi adalah kodisi yang berbahaya				
4	Tekanan darah penderita hipertensi harus dikelola atau dijaga agar selalu normal				
5	Posbindu sangat bermanfaat bagi penderita hipertensi untuk memeriksakan tekanan darahnya setiap bulannya				
6	Kebiasaan makan makanan yang tinggi garam sangat baik bagi penderita hipertensi				
7	Banyak makan sayur dan buah-buahan sangat baik bagi penderita darah tinggi				
8	Menghentikan kebiasaan merokok sangat baik bagi penderita darah tinggi				
9	Stress akibat beban pikiran yang berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah				
10	Bercerita kepada teman atau keluarga mengurangi stress akibat beban pikiran dapat menurunkan tekanan darah				

INFORMED CONSENT/ PENJELASAN PENELITIAN

Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Bapak/ Ibu diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik dan strategi coping keluarga dengan perawatan hipertensi pada lansia. Peneliti (saya) akan memberikan lembaran persetujuan ini, dan menjelaskan bahwa keterlibatan Bapak/ Ibu di dalam penelitian ini atas dasar sukarela.

Nama saya/peneliti adalah Ani Nuraeni. Saya pengajar di Akper Fatmawati dan sekarang sedang melanjutkan studi S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang beralamat di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kampus Depok, 16424. Saya dapat dihubungi di nomor telepon 08561152886. Penelitian ini atas biaya sendiri dan merupakan bagian dari persyaratan untuk Program Pendidikan Magister saya di Universitas Indonesia. Pembimbing saya adalah Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D dan Etty Rekawati, S.Kp., MKM dari Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia.

Penelitian ini melibatkan keluarga dan lansia yang berusia di atas 60 tahun yang menderita hipertensi. Keputusan Bapak/ Ibu untuk ikut atau pun tidak dalam penelitian ini, tidak mempengaruhi keberadaan keluarga dan lansia di masyarakat. **Dan apabila Bapak/Ibu memutuskan berpartisipasi, Bapak/ Ibu bebas untuk mengundurkan diri dari penelitian kapan pun.**

Sekitar 136 keluarga dengan lansia yang menderita hipertensi yang tinggal di Kelurahan Cisalak Pasar akan terlibat dalam penelitian ini.

Kuesioner yang akan saya berikan terdiri dari 3 bagian. Bagian pertama berisi tentang karakteristik keluarga dan lansia yang terdiri dari usia, suku, pendidikan, pendapatan keluarga, dan status tinggal keluarga. Bagian kedua berisi pernyataan tentang strategi coping keluarga dan bagian ketiga berisi pernyataan tentang

perawatan hipertensi pada lansia. Diharapkan Bapak/ Ibu dapat menyelesaikan pengisian kuesioner ini kurang lebih 60 menit.

Saya akan menjaga kerahasiaan Bapak/ Ibu dan keterlibatan Bapak/ Ibu dalam penelitian ini. Nama Bapak/Ibu tidak akan dicatat dimanapun. Semua kuesioner yang telah terisi hanya akan diberikan nomor kode yang tidak bisa digunakan untuk mengidentifikasi nama Bapak/ Ibu. Apabila hasil penelitian ini dipublikasikan, tidak ada satu identifikasi yang berkaitan dengan Bapak/ Ibu akan ditampilkan dalam publikasi tersebut. Siapa pun yang bertanya tentang keterlibatan Bapak/ Ibu dan apa yang Bapak/ Ibu jawab di penelitian ini, Bapak/ Ibu berhak untuk tidak menjawabnya. Namun, jika diperlukan catatan penelitian ini dapat dijadikan barang bukti apabila pengadilan memintanya. Keterlibatan Bapak/ Ibu dalam penelitian ini sejauh yang saya ketahui, tidak menyebabkan risiko yang lebih besar dari pada risiko yang biasa Bapak/ Ibu hadapi sehari-hari.

Walaupun keterlibatan dalam penelitian ini tidak memberikan keuntungan langsung kepada Bapak/ Ibu, namun hasil dari penelitian ini dapat bermanfaat untuk mengetahui lebih jauh bagaimana upaya-upaya yang dilakukan oleh keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi pada lansia dan dapat memberikan informasi kepada masyarakat khususnya keluarga mengenai strategi coping yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga dalam merawat lansia dengan hipertensi.

Apabila setelah terlibat dalam penelitian ini Bapak/ Ibu masih memiliki pertanyaan, Bapak/ Ibu dapat menghubungi saya di nomor telepon 08561152886.

Depok, November 2012

Peneliti

**SURAT PERNYATAAN
PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan penelitian “hubungan karakteristik dan strategi coping keluarga dengan perawatan hipertensi oleh lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok”.
2. Telah diberi kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban dengan jelas dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat, dan kemungkinan resiko yang terjadi akibat penelitian dilakukan.

Dengan pertimbangan di atas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun, bahwa saya BERSEDIA/ TIDAK BERSEDIA* berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Depok, 2012

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(.....)

(.....)

Keterangan:

***Coret yang tidak perlu**



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

No. 51/H2.F12.D/HKP.02.04/2012

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

Nama peneliti utama : **Ani Nuraeni**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 Desember 2012

Ketua,

Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD

NIP. 19511427 197703 2 001

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 4725/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

04 Desember 2012

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan Kota Depok
Jl. Margonda Raya
Ruko Depok Mas Kav A7-A9
Kota Depok

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

Sdr. Ani Nuraeni
NPM 1006833546

akan mengadakan penelitian dengan judul "**Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih


Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
4. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
5. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA DEPOK

DINAS KESEHATAN

Jl. Margonda Raya No. 42, Ruko Depok Mas Blok A-7-8-9
Telp : (021) 77203904, 77203724 Fax. : 77212909 - DEPOK 16431

Depok, 20 Desember 2012

Nomor	: 070/ 7185 /Umum	Yth.	Kepada
Sifat	: Biasa		Ka.
Lamp	: -		di -
Hal	: Izin Penelitian		Tempat

Sehubungan dengan surat dari Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas – Kota Depok Nomor : 70 / 813 /_Kesbang Pol & Linmas, tanggal 29 November 2012 tentang Surat Pemberitahuan Rekomendasi dan surat dari Wakil Dekan FIK UI, Tanggal : 4 Desember 2012 Nomor : 4725/H2.F12.D/PDP.04.00/2012, dengan perihal : Permohonan Izin penelitian

Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya penelitian oleh :

Nama / NPM	: Ani Nuraeni (1006833546)
Program	: Magister Ilmu Keperawatan
Judul	: Hubungan karakteristik dan strategi coping keluarga Dengan perawatan hipertensi pada lansia di kelurahan Cisalak pasar kecamatan Cimanggis Kota Depok
Lama	: Desember 2012 s.d Maret 2013
Tempat	: 1. Dinas Kesehatan Kota Depok 2. UPT Puskesmas Kec Cimanggis Kota Depok

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian /topik masalah/tujuan akademik.
2. Mematuhi dan memenuhi standar ketentuan / peraturan yang berlaku di locus kegiatan.
3. Apabila masa berlaku surat pengantar ini berakhir sedangkan kegiatan yang dimaksud belum selesai, perpanjang izin kegiatan harus diajukan oleh institusi pemohon dan disertai Surat Pemberitahuan Penelitian dari Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kota Depok.
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan, yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok melalui Ka Sub Bag Umum.
5. Sebelum hasil Penelitian dipublikasikan harap dipersentasikan hasil Penelitian tersebut ke Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok / ke Program.
6. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian surat pengantar ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

an. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok
Sekretaris

dr. Ani Rubiani, M.Kes
NIP. 19591230 198903 2 001

Tembusan Yth :

- Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok (sebagai laporan)



PEMERINTAH KOTA DEPOK

KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Pemuda No. 70B Pancoranmas - Depok 16431
Telp./Fax. (021) 77204704

SURAT REKOMENDASI

Nomor: 70 / 813- Kesbang Pol & Linmas

Membaca : Surat dari : Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan No. 4446/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal, 14 November 2012, Perihal, Permohonan Izin Penelitian.

Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2008, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 tahun 2008, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesbang Pol & Linmas (Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat)

Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;
Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Penelitian oleh:

Nama (NPM)	:	Ani Nuraeni (1006833546);
Alamat / Telp	:	Kampus UI Depok/Telp. 021 - 78849120
Jurusan	:	Ilmu Keperawatan
Judul	:	"Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga dengan Perawatan Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cisalak Pasar Kecamatan Cimanggis Kota Depok"
Lama Waktu	:	29 November 2012 s/d 28 Januari 2013
Tempat	:	Dinas Kesehatan Kota Depok, Kelurahan Cisalak Pasar Kota Depok,

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Melakukan kegiatan PKL/ magang/ , riset/pengumpulan data/ observasi/ serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/ Kantor/ Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan , yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 29 Nopember 2012

A.n. KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS
KOTA DEPOK
Kasi Linmas

NENENG ROCHAENI, S.Pd
NIP : 196402101984032005

Tembusan :

1. Walikota Depok Cq.Staf Ahli Bid.Pembangunan Setda Kota Depok (sebagai laporan);
2. Ka. Dinas Kesehatan Kota Depok;
3. Lurah Cisalak Pasar Kota Depok;
4. Ybs;

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. Nama | Ani Nuraeni |
| 2. Tempat/ Tanggal Lahir | Kuningan, 25 Agustus 1977 |
| 3. Jenis Kelamin | Perempuan |
| 4. Pekerjaan | Staf Pengajar Akademi Keperawatan Fatmawati
Jakarta |
| 5. Alamat | Perumahan Taman Bumyagara Blok D4/ 9A
Kel/Kec. Mustikajaya Kota Bekasi |
-

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Program Magister Keperawatan FIK UI Peminatan Keperawatan Komunitas
 2. S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus tahun 2000
 3. SMAN 2 Kuningan, lulus tahun 1996
 4. SMPN 1 Kuningan, lulus tahun 1993
 5. SDN Ciporang III Kuningan, lulus tahun 1990
-

RIWAYAT PEKERJAAN

1. Staf Pengajar Akademi Keperawatan Fatmawati Jakarta, tahun 2001 sampai sekarang
 2. Staf Pengajar Akademi Keperawatan Pamulang, tahun 2000 - 2001
-