

# SKRIPSI

## PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK TERHADAP KEPATUHAN DIIT PADA PENDERITA HIPERTENSI DI DUSUN GLAGAHARUM DESA DUKUHARUM WILAYAH KERJA PUSKESMAS MEGALUH JOMBANG

*PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

**DESY SISWI ANJAR SARI**

NIM. 130915207

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2011**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 11 Februari 2011

Yang Menyatakan



DESY SISWI ANJAR SARI  
NIM. 130915207

**LEMBAR PERSETUJUAN**

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK TERHADAP  
KEPATUHAN DIIT PADA PENDERITA HIPERTENSI  
DI DUSUN GLAGAHARUM DESA DUKUHARUM  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS MEGALUH  
JOMBANG**

TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 11 FEBRUARI 2011

Oleh:

Pembimbing I



Rizki Fitryasari, S.Kep., Ns.M.Kep  
NIP. 198002222006042001

Pembimbing II



Elida Ulfiana, S.Kep., Ns.M.Kep  
NIK. 139060786

Mengetahui,

a.n Dekan  
Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep  
NIP. 197904242006042002

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI  
SKRIPSI DENGAN JUDUL**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK TERHADAP  
KEPATUHAN DIIT PADA PENDERITA HIPERTENSI  
DI DUSUN GLAGAHARUM DESA DUKUHARUM  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS MEGALUH  
JOMBANG**

Telah diuji  
Pada tanggal 16 Februari 2011  
PANITIA PENGUJI

Ketua : Makhfudli, S.Kep., Ns.M.Ked.Trop  
NIK. 139040679

(.....)

Anggota : 1. Rizki Fitriyasaki, S.Kep., Ns.M.Kep  
NIP. 198002222006042001

(.....)

2. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns.M.Kep  
NIK. 139060786

(.....)

Mengetahui,  
An. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga  
Plt. Wakil Dekan 1



Mira Triharini, S.Kp.M.Kep  
NIP. 197904242006042002

# *MOTTO*

*Ridhollahi fi Ridhol Wasidaini wa*

*suhtullahi fi suhtil wa sidaini*

*Ridho Allah seperti Ridho kedua orang*

*tua, murka Allah seperti murka kedua*

*orang tua..*

*Jadi,*

*Selama ini Restu dan Ridho orang tua*

*sangat berarti dalam setiap langkahku...*

*I love MOM... DAD...*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok terhadap Diit pada Penderita Hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja puskesmas megaluh kabupaten Jombang”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
2. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
3. Rizki Fitryasari, S.Kep., Ns M.Kep. selaku pembimbing 1 yang telah meluangkan waktu, membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
4. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns. M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah meluangkan waktu, membimbing, motivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

5. dr. Heri Wibowo, M.Kes. selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang beserta staf yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian di wilayah Puskesmas Megaluh Jombang.
6. dr. Icus G. Marsudi M.Kes selaku Kepala Puskesmas Megaluh beserta staf yang telah memberikan kesempatan, kepercayaan, fasilitas kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian ini terlaksana dengan baik.
7. Purwaningsih Amd. Keb , selaku bidan Polindes Desa Dukuharum Megaluh yang telah memberikan data-data dan membantu saat penelitian dalam menyusun skripsi ini.
8. Didik Purwanto selaku Kepala Desa Dukuharum beserta staf yang telah memberikan kesempatan, kepercayaan, fasilitas kepada peneliti untuk melakukan penelitian ini terlaksana dengan baik.
9. Seluruh responden penelitian di Desa Glagaharum Desa Dukuharum yang berkenan menjadi responden dalam penelitian, sehingga penelitian dapat terlaksana dengan baik.
10. Seluruh dosen, Staff dan karyawan lingkungan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama penyusunan skripsi.
11. Orang tua dan saudara-saudaraku tercinta yang dengan sabar selalu memberikan dukungan, semangat, bantuan, doa dan kasih sayang yang tak terhingga untuk saya.
12. Teman- teman seperjuangan di FKp UNAIR khususnya B12 yang telah memberikan dorongan, semangat serta kebersamaannya.

13. Binta Indra Permana orang yang berarti dalam hidupq, yang selalu memberi dukungan, semangat, doa dan kasih sayang selama menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, sehingga saya berharap atas kritikan dan masukan yang membangun untuk kesempurnaan skripsi ini.

Surabaya, Februari 2011

Penulis



**ABSTRACT**

**EFFECT OF EDUCATION ON HEALTH GROUP DIET COMPLIANCE  
PATIENTS WITH HYPERTENSION IN LAGAHARUMDUKUHARUM  
WORK AREA COMMUNITY HEALTH CENTER MEGALUH  
JOMBANG**

*Quasy experiment*

By : Desy Siswi Anjar Sari

Hypertension is called the silent killer because it includes the deadly disease without any symptoms in advance so that people with positive hypertension diet hypertension disobedient. Efforts to avoid the complications of hypertension by way of a healthy lifestyle with diet adherence hypertension. The purpose of the study after being given a health education group of patients with hypertension diet dutifully run.

The design of this study is quasy experiment with two group pre post test design. The sample of patients with hypertension with blood pressure being in treatment groups of 12 persons and 12 persons in the control group obtained by purposive sampling technique on Glagaharum Dukuharum community health center Megaluh. Data collection using observation sheets and questionnaires, then analyzed using Mc Nemar test and Fisher Exact Test level of significant  $p < 0.05$ .

In this study, results showed there is effect of health education on adherence diet group obtained the results of  $p = 0.027$ , in the treatment group obtained the results of  $p = 0.016$  there is a difference after being given health education, control group obtained  $p = 1.000$  there is no difference significant.

Patients with hypertension after administration of health education group no change occurred hypertension diet adherence run-learning process that may affect perceptions of hypertensive patients about diet, resulting in changes in behavior become obedient in carrying out diet hypertension.

**Key words: health education group, Compliance, diet, Hypertension**

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul .....	i
Surat pernyataan .....	ii
Lembar persetujuan .....	iii
Lembar penetapan panitian penguji skripsi .....	iv
Motto .....	v
Ucapan terima kasih .....	vi
Abstract .....	ix
Daftar isi .....	x
Daftar tabel .....	xii
Daftar gambar .....	xiii
Daftar lampiran .....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar belakang .....	1
1.2 Rumusan masalah .....	4
1.3 Tujuan penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan umum .....	5
1.3.2 Tujuan khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Manfaat teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep dasar hipertensi .....	7
2.1.1 Pengertian .....	7
2.1.2 Etiologi .....	8
2.1.3 Faktor resiko hipertensi .....	11
2.1.4 Gejala penyakit hipertensi .....	11
2.1.5 Komplikasi hipertensi .....	12
2.1.6 Penatalaksana hipertensi .....	13
2.2 Konsep dasar diit hipertensi.....	15
2.2.1 Tujuan diit hipertensi .....	15
2.2.1 Macam diit hipertensi .....	15
2.2.2 Bahan makanan yang diberikan sehari-hari .....	20
2.3 Konsep dasar kepatuhan .....	23
2.3.1 Definisi .....	23
2.3.2 Mempengaruhi tingkat kepatuhan .....	23
2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan .....	24
2.3.4 Derajat ketidakpatuhan .....	25
2.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan .....	25
2.3.6 Upaya-upaya untuk meningkatkan kepatuhan .....	29
2.4 Konsep dasar pendidikan kesehatan .....	30
2.4.1 Pengertian .....	30

2.4.2 Tujuan .....	30
2.4.3 Sasaran pendidikan kesehatan .....	32
2.4.4 Metode pendidikan kesehatan .....	32
2.4.5 Alat bantu/peraga/media pendidikan kesehatan .....	37
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>	
3.1 Kerangka konseptual .....	43
3.2 Hipotesis .....	44
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain penelitian .....	45
4.2 Kerangka kerja .....	46
4.3 Populasi, sampel dan sampling .....	47
4.3.1 Populasi .....	47
4.3.2 Sampel .....	47
4.3.3 Sampling .....	48
4.4 Identifikasi variabel .....	48
4.4.1 Variabel independen .....	48
4.4.2 Variabel dependen .....	48
4.5 Definisi operasional .....	49
4.6 Metode pengumpulan data dan analisa data .....	50
4.6.1 Instrumen .....	50
4.6.2 Lokasi .....	51
4.6.3 Prosedur pengolahan data .....	51
4.6.4 Analisa data .....	52
4.7 Etika penelitian .....	54
4.8 Keterbatasan peneliti .....	55
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
5.1 Hasil Penelitian .....	56
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian .....	56
5.1.2 Data umum .....	57
5.1.3 Data khusus .....	61
5.2 Pembahasan .....	64
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1 Kesimpulan .....	69
6.2 Saran .....	69
Daftar pustaka .....	71
Lampiran .....	73

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah JNC VI .....	8
Tabel 2.2 Makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada pasien Hipertensi .....	21
Tabel 2.3 Bahan makanan yang diberikan dalam sehari .....	22
Tabel 2.4 Pembagian bahan makanan sehari-hari .....	22
Tabel 4.1 Desain penelitian.....	45
Tabel 4.2 Definisi operasional di Dusun Galagaharum Wilayah kerja Puskesmas Megaluh kabupaten Jombang di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	48
Tabel 5.1 Data kepatuhan diit hipertensi pada penderita hipertensi dan uji statistik pada kelompok perlakuan dan kontrol di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	63

## DAFTAR GAMBAR

		Halaman
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan kelompok diet pada penderita hipertensi.....	43
Gambar 4.1	Kerangka kerja penelitian pengaruh pendidikan kesehatan kelompok terhadap diet pada Penderita Hipertensi. ....	44
Gambar 5.1	Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan usia di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	57
Gambar 5.2	Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan jenis kelamin di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	58
Gambar 5.3	Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan pendidikan di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	58
Gambar 5.4	Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan pekerjaan di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	59
Gambar 5.5	Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan penghasilan di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	59
Gambar 5.6	Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan lama menderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	60
Gambar 5.7	Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan sumber informasi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 .....	61

- Gambar 5.8 Diagram pie kepatuhan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok antara kelompok perlakuan dan kontrol di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011..... 61
- Gambar 5.9 Diagram pie kepatuhan responden sesudah diberikan pendidikan kesehatan kelompok antara kelompok perlakuan dan kontrol di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011 ..... 62

**DAFTAR LAMPIRAN**

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1 Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian .....	73
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan kota Jombang .....	74
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian Puskesmas Megaluh .....	75
Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian .....	76
Lampiran 5 Lembar permohonan menjadi responden .....	77
Lampiran 6 Lembar persetujuan menjadi responden.....	78
Lampiran 7 Lembar Pengumpulan Data .....	79
Lampiran 8 SAP .....	84
Lampiran 9 Leaflet .....	106
Lampiran 10 Tabulasi Data .....	110
Lampiran 11 Uji Statistik .....	117

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi sebenarnya adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan (Sustrani, 2005). Menurut WHO (1987), batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg dan tekanan darah sama dengan atau diatas 160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Hipertensi seringkali disebut sebagai pembunuh gelap (*silent killer*) karena termasuk penyakit yang mematikan tanpa disertai dengan gejala-gejala lebih dahulu. Sebagai peringatan bagi korbannya kalau muncul gejala-gejala tersebut seringkali dianggap sebagai gangguan biasa, sehingga korbannya terlambat menyadari akan datangnya penyakit (Sustrani, 2005). Pada diit hipertensi yang perlu diwaspadai adalah asupan zat-zat pemicu naiknya tekanan darah, terutama garam (Saraswati, 2009).

Penderita hipertensi di Indonesia diperkirakan 15 juta orang tetapi hanya 40% yang merupakan hipertensi terkontrol. Hipertensi membuka peluang 12 kali lebih besar bagi penderitanya untuk menderita stroke dan 6 kali lebih besar untuk serangan jantung, serta 5 kali lebih besar kemungkinan meninggal karena gagal jantung (*Congestive heart failure*), berisiko besar mengalami gagal ginjal (Sustrani, 2005). Prevalensi 6-15% pada orang dewasa, setengah di antaranya tidak menyadari dan tidak mengetahui faktor resikonya. Dari angka-angka prevalensi hipertensi di Indonesia telah banyak dikumpulkan

dan menunjukkan di daerah pedesaan masih banyak penderita yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan, baik dari segi informasi maupun penatalaksanaan pengobatannya. Jangkauan masih sangat terbatas dan sebagian besar penderita hipertensi tidak mempunyai keluhan (Armilawaty, dkk 2007).

Sedangkan data yang diperoleh dari Polindes Dusun Glagaharum Desa Dukuharum yang termasuk Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh adalah tahun 2008 sebanyak 62 penderita, tahun 2009 sebanyak 67 penderita, tahun 2010 bulan Januari sampai September sebanyak 57 penderita. Berdasarkan data tersebut setiap tahunnya mengalami peningkatan jumlah penderita hipertensi. Dari 57 penderita tekanan darahnya stadium 1 sebanyak 13 orang (23%), stadium 2 sebanyak 25 orang(44%) dan stadium 3 sebanyak 19 orang (33%). Sedangkan tiga tahun terakhir yang pernah terserang stroke sebanyak 13 orang dan 5 orang meninggal karena penyakit hipertensi. Dari hasil wawancara petugas kesehatan didapatkan penderita belum bisa mengontrol makanan dan diit yang tepat, jika hal tersebut dibiarkan akan beresiko terjadi komplikasi.

Hasil studi pendahuluan yang diperoleh dari wawancara dan kuesioner pada 10 penderita hipertensi, didapatkan data bahwa 7 penderita hipertensi tidak mematuhi diit hipertensi. Penderita masih suka makan-makanan yang asin, gurih, sering makan-makanan mengandung bahan pengawet, karena pengetahuan sangat kurang dan sebagian dari mereka mengatakan bosan dengan diit hipertensi. Hal yang perlu digaris bawahi yaitu timbulnya masalah tentang ketidak patuhan dalam menjalankan diit hipertensi, 3 penderita lainnya tidak mengetahui tentang diet hipertensi jadi selama ini makan makanan yang ada sama dengan anggota keluarga yang lainnya. Dari 10 penderita belum pernah mendapatkan pendidikan

kesehatan kelompok hanya pendidikan kesehatan individu dari petugas kesehatan, tetapi penderita belum secara jelas mengerti.

Bila seseorang dinyatakan positif menderita hipertensi harus berusaha mengatasinya dengan segera memeriksakan tekanan darah (Simbolo, dkk 2008). Penanganan hipertensi dilakukan bersama dengan diet rendah kolesterol atau, diet tinggi serat dan diet rendah energi bagi penderita hipertensi yang juga obesitas. Pasien hipertensi supaya banyak mengkonsumsi buah-buahan, sayuran, dan makanan rendah lemak dapat menurunkan tekanan darah. Perubahan pola hidup dapat berupa penurunan berat badan jika *overweight*; membatasi konsumsi alkohol, berolahraga teratur; mengurangi konsumsi garam, mempertahankan konsumsi natrium, kalsium, magnesium yang cukup, dan berhenti merokok. Gaya hidup yang lebih sehat, kemungkinan besar akan dapat mengontrol hipertensi (Sustrani, 2005).

Selain itu penderita hipertensi juga harus mempunyai pengetahuan dan sikap kepatuhan untuk dapat menyesuaikan penatalaksanaan hipertensi dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Elder (1994) yang dikutip Notoatmodjo (2007) bahwa untuk berperilaku sehat diperlukan tiga hal yaitu pengetahuan yang tepat, motivasi dan ketrampilan. Untuk meningkatkan perilaku sehat, maka perlu intervensi yang tepat dengan memberikan pelatihan. Sebelum hal itu dilakukan penting bagi kita untuk mengkaji tingkat pengetahuan penderita, karena perilaku yang didasari oleh pengetahuan yang baik akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Niven, 2002). Selain dari penderita sebagai tenaga kesehatan, perawat hendaknya memiliki kemampuan komunikasi yang

baik dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang diet hipertensi, sehingga penderita dapat mencegah terjadinya komplikasi penyakit hipertensi.

Menurut Notoatmodjo (2007) untuk merubah perilaku sehat dikelompokkan menjadi tiga yaitu menggunakan kekuatan, pemberian informasi dan diskusi partisipasi, oleh karena itu untuk menambah pengetahuan penderita dengan memberikan informasi baik secara individu maupun kelompok. Dalam hal ini penderita perlu diberikan pendidikan kesehatan dan diskusi partisipasi dalam memberikan informasi tentang diet hipertensi agar tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Bahwa sekelompok tersebut tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya.

Petugas kesehatan di Polindes Desa Dukuharum saat ini berupaya mengadakan pemeriksaan tekanan darah setiap satu bulan sekali. Sampai saat ini petugas kesehatan belum pernah memberikan pendidikan kesehatan kelompok pada penderita hipertensi, hanya memberi informasi kepada penderita tentang pengobatannya, diet secara umum saat penderita berobat. Berdasarkan hal di atas maka dipandang perlu untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh Kabupaten Jombang.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh Kabupaten Jombang?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh Kabupaten Jombang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kepatuhan diet pada penderita hipertensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh.
2. Mengidentifikasi kepatuhan diet pada penderita hipertensi sesudah diberikan pendidikan kesehatan kelompok pada penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh.
3. Menganalisa pengaruh diberikan pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat teoritis

Dapat digunakan sebagai pengembangan Ilmu Komunitas terutama dalam hal metode pendidikan kesehatan kelompok yang sesuai untuk penderita hipertensi mematuhi diit hipertensi.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi yang berguna untuk penderita hipertensi untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya menjalankan diit hipertensi untuk menurunkan tekanan darah agar tidak ada resiko tinggi komplikasi.
2. Dapat menjadi pilihan metode pendidikan kesehatan kelompok yang dilaksanakan di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh.
3. Bagi petugas kesehatan dapat digunakan sebagai acuan penatalaksanaan tanpa menggunakan obat pada penderita hipertensi.

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Dalam tinjauan pustaka ini dibahas tentang konsep hipertensi, konsep diet hipertensi, konsep kepatuhan, konsep pendidikan kesehatan.

#### 2.1 Konsep Hipertensi

##### 2.1.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi didefinisikan oleh *Joint National Committee On Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC)* sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, mempunyai rentang dari tekanan darah normal tinggi sampai hipertensi maligna. Keadaan ini dikategorikan sebagai primer atau esensial (hampir 90% dari semua kasus) atau sekunder, terjadi sebagai akibat dari kondisi patologi yang dapat dikenali, seringkali dapat diperbaiki (Doenges, 2000).

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi sebenarnya adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan (Sustrani, 2005).



Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah JNC VI

<b>Klasifikasi dari JNC-VI tentang Tekanan Darah pada Orang Dewasa Berusia 18 tahun dan lebih</b>		
Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal-tinggi	130-139	85-89
<b>Hipertensi</b>		
Stadium I	140-159	90-99
Stadium II	160-179	100-109
Stadium III	>180	>110

Sumber : JNC VI, yang dikutip dari Saraswati (2009).

### 2.1.2 Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi dua golongan, yaitu:

#### 1. Hipertensi esensial atau hipertensi primer

Menurut Gray, dkk (2002). Merupakan 95% dari kasus-kasus hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi jenis ini adalah :

##### 1) Genetik

Dibandingkan orang kulit putih, orang kulit hitam di negara barat lebih banyak menderita hipertensi, lebih tinggi tingkat hipertensinya, dan lebih besar tingkat morbiditas maupun mortalitasnya, sehingga diperkirakan ada kaitan hipertensi dengan perbedaan genetik.

##### 2) Geografi dan lingkungan

Terdapat perbedaan tekanan darah yang nyata antara populasi kelompok daerah kurang makmur dengan daerah maju.

##### 3) Janin

Faktor ini dapat memberikan pengaruh karena berat lahir rendah tampaknya merupakan predisposisi hipertensi dikemudian hari,

barang kali karena lebih sedikitnya jumlah nefron dan lebih rendahnya kemampuan mengeluarkan natrium pada bayi dengan berat lahir rendah.

4) Jenis Kelamin

Hipertensi lebih jarang ditemukan pada perempuan menopause dibandingkan pria, yang menunjukkan aktivitas hormon.

5) Natrium

Banyak bukti yang mendukung peran natrium dalam terjadinya hipertensi. Kemungkinan karena ketidakmampuan mengeluarkan natrium secara efisien baik diturunkan atau didapat.

6) Sistem renin angiotensin

Renin memicu produksi angiotensin (zat penekan) dan aldosteron (yang memacu natrium dan terjadinya retensi air sebagai akibat).

7) Hiperaktivitas simpatis

Dapat terlihat pada hipertensi umur muda. Katekolamin akan memacu produksi rennin, menyebabkan kontriksi arteriol dan vena meningkatkan curah jantung.

8) Resistensi insulin/hiperinsulinemia

Kaitan hipertensi primer dengan resistensi insulin telah diketahui sejak beberapa tahun silam, terutama pada pasien gemuk. Insulin merupakan zat penekan karena meningkatkan kadar katekolamin dan reabsorpsi natrium.

### 9) Disfungsi sel endotel

Penderita hipertensi mengalami penurunan respons vasodilatasi terhadap nitrat oksida, dan endotel mengandung vasodilator seperti endotelin-I meskipun kaitanya dengan hipertensi tidak jelas.

## 2. Hipertensi Sekunder atau hipertensi renal

Menurut Gray,dkk (2002), sekitar 5-10% kasus sisanya, penyebab spesifik sudah diketahui, yaitu :

### 1) Penyakit parenkim ginjal sebanyak 3%

Setiap penyebab ginjal (glomerulonefritis, pielonefritis, sebab-sebab penyumbatan) yang menyebabkan kerusakan parenkim akan cenderung menimbulkan hipertensi dan hipertensi itu sendiri akan menyebabkan kerusakan ginjal.

### 2) Penyakit renovaskuler sebanyak 1%

Terdiri atas penyakit yang menyebabkan gangguan pasokan darah ginjal dan secara umum dibagi atas aterosklerosis dan fibrodisplasia. Penurunan pasokan darah ginjal akan memacu produksi renin dan meningkatkan tekanan darah.

### 3) Endokrin

Pertimbangan aldosteronisme primer, sindrom cushing, hiperplasia adrenal kongenital, feokromositoma.

### 4) Hipertensi yang berkaitan dengan kehamilan

Hipertensi gestasional terjadi sampai 10% kehamilan pertama, terdapat proteinuria, peningkatan kadar urat serum, dan pada kasus

yang berat menyebabkan sindrom pre-eklamsi. Kelahiran akan mengakhiri hipertensi.

### 2.1.3 Faktor resiko Hipertensi

Menurut Sutrani (2005), ada beberapa faktor resiko terjadinya Hipertensi, diantaranya :

1. Pria.
2. Berusia, yaitu usia 45 tahun keatas.
3. Dari keluarga hipertensi
4. Menderita diabetes militus
5. Punya kadar kolesterol darah yang tinggi.
6. Obesitas atau kegemukan
7. Menyukai makanan dengan kadar garam tinggi atau makanan asin
8. Gaya hidup penuh stress.
9. Merokok.
10. Menderita gangguan jantung.
11. Diastoliknya >115 mmHg.

### 2.1.4 Gejala penyakit hipertensi

Gejala-gejala hipertensi bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya (Sustrani, 2005), gejala-gejala tersebut adalah

1. Sakit kepala
2. Jantung berdebar-debar
3. Sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat
4. Mudah lelah

5. Penglihatan kabur
6. Wajah memerah
7. Hidung berdarah
8. Sering buang air kecil, terutama di malam hari
9. Telinga berdenging (*tinnitus*)
10. Dunia terasa berputar (*vertigo*)

#### 2.1.5 Komplikasi

Hipertensi menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius, karena jika tidak terkendali akan berkembang dan menimbulkan komplikasi yang berbahaya (Gunawan, 2001). Sustrani (2005) komplikasi tersebut adalah

##### 1. Penyakit jantung koroner dan arteri

Ketika usia bertambah lanjut, seluruh pembuluh darah di tubuh akan semakin mengeras, terutama di jantung, otak dan ginjal. Hipertensi sering diasosiasikan dengan kondisi arteri yang mengeras ini.

##### 2. Payah jantung

Payah jantung (*Congestive Heart Failure*) adalah kondisi dimana jantung tidak mampu lagi memompa darah yang dibutuhkan tubuh. Kondisi ini terjadi karena kerusakan otot jantung atau sistem listrik jantung.

##### 3. Stroke

Hipertensi adalah faktor penyebab utama terjadinya stroke, karena tekanan darah yang selalu tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadi pecah. Jika hal ini terjadi pada pembuluh darah di otak, maka terjadi perdarahan otak yang dapat berakibat kematian. Stroke juga

dapat terjadi akibat sumbatan dari gumpalan darah yang macet di pembuluh darah yang sudah sempit.

## 2.1.6 Penatalaksanaan Hipertensi

### 1. Pengobatan farmakologi

Tujuan utama pengobatan penderita dengan hipertensi adalah tercapainya penurunan maksimum resiko total morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler. Selain itu tujuan pengobatan antihipertensi harus mengembalikan tekanan darah menjadi normal atau optimal (Joewono, 2003). Biasanya dokter akan memilih obat yang paling efektif kerjanya, dengan efek samping paling minimal dan biayanya terjangkau oleh pasiennya (Sustrani, 2005).

### 2. Pengobatan non farmakologi

Menurut Joewono (2003) ada beberapa strategi penatalaksanaan hipertensi non farmakologi, diantaranya :

#### 1) Berhenti merokok

Merupakan perubahan gaya hidup yang paling kuat untuk mencegah penyakit kardiovaskuler dan non kardiovaskuler pada klien hipertensi. Untuk klien yang sulit untuk menghentikan merokok dapat dibantu dengan pengobatan penggantian nikotin.

#### 2) Penurunan berat badan

Obesitas merupakan faktor prediposisi penting terjadinya hipertensi. Penurunan berat badan sebesar 5 kg pada klien hipertensi dengan obesitas (kelebihan berat badan 10%) dapat menurunkan tekanan darah. Penurunan berat badan juga bermanfaat untuk memperbaiki

faktor resiko yang lain (resisten insulin, diabetes militus, hiperlipidemia dan LVH).

### 3) Penurunan diit garam

Diit tinggi garam dihubungkan dengan diit kalium yang rendah. Penurunan diit natrium dari 180 mmol (10,5gram) per hari menjadi 80-100 mmol (4,7-5,8 gram) per hari menurunkan tekanan darah sistolik 4-6 mmHg. Tetapi pengaruh lebih kuat pada etnis kulit hitam, obesitas dan umur tua. Penurunan diit natrium menjadi 40 mmol (2,3gram) per hari ternyata cukup aman pada orang tua. Tujuan diit rendah natrium ialah sampai < 100 mmol (5,8gram) per hari atau < 6 gram NaCL per hari (WHO-ISH 1999).

### 4) Perubahan diit yang komplek

Vegetarian mempunyai tekanan darah lebih rendah dibandingkan pemakan daging dan diit vegetarian pada klien hipertensi dapat menurunkan tekanan darah. Meningkatkan konsumsi buah dan sayuran menurunkan tekanan darah sistolik atau tekanan darah diastolik 3/1 mmHg, sedangkan mengurangi diit lemak menurunkan tekanan darah 6/3 mmHg. Pada klien hipertensi, kombinasi keduanya dapat menurunkan tekanan darah 11/6 mmHg. Adanya diit tinggi kalsium, magnesium, dan kalium mungkin berperan terhadap efek tersebut.

### 5) Peningkatan aktivitas fisik

Latihan fisik aerobik sedang secara teratur (jalan atau renang selama 30-45 menit 3-4 kali seminggu) mungkin lebih efektif menurunkan

tekanan darah dibandingkan olahraga berat seperti seperti lari, jogging. Tekanan darah sistolik turun 4-8 mmHg. Latihan fisik isometrik seperti angkat besi dapat meningkatkan tekanan darah dan harus dihindari pada klien hipertensi (WHO-ISH, 1999).

#### 6) Penanganan faktor psikologi dan stress

Penanganan stress mungkin berpengaruh baik terhadap tekanan darah dan kepatuhan terhadap pengobatan hipertensi.

## 2.2 Diit Hipertensi

Diit adalah satu cara untuk mengatasi hipertensi tanpa efek samping yang serius, karena metode pengendaliaanya yang alami. Pada diit hipertensi jangalah diartikan sebagai diit ketat seperti yang biasa dilakukan banyak orang untuk menjadi langsing, tetapi yang perlu diwaspadai adalah asupan zat-zat pemicu naiknya tekanan darah, terutama garam (Saraswati, 2009).

### 2.2.1 Tujuan diit hipertensi :

Menurut Almatsier (2004) tujuan utama diet hipertensi adalah untuk menyesuaikan dan atau mengurangi jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat :

1. Menurunkan tekanan darah hingga normal.
2. Menurunkan berat badan, bila penderita terlalu gemuk.
3. Membantu mengurangi timbunan cairan dan garam.

### 2.2.2 Macam diit hipetensi

Macam-macam diit hipertensi ada berbagai macam antara lain sebagai berikut :



## 1. Diit garam rendah

Menurut Almatsier (2004) yang dimaksud dengan garam dalam diet garam rendah adalah garam natrium seperti yang terdapat di dalam garam dapur (NaCl), soda kue (NaHCO<sub>3</sub>), *baking powder*, natrium benzoate, dan *vetsin* (mono sodium glutamat).

### 1) Tujuan diit garam rendah

Adalah membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.

### 2) Syarat diit garam rendah adalah

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

### 3) Macam diit dan indikasi pemberian

Diit garam rendah diberikan kepada pasien dengan edema atau asites dan hipertensi. Diit ini mengandung cukup zat-zat gizi sesuai dengan keadaan penyakit dapat diberikan berbagai tingkat diit garam rendah. Menurut Almatsier (2004) macam diit garam rendah :

#### (1) Diit garam rendah I (200-400 mg Na)

Diit garam rendah I diberikan kepada pasien dengan hipertensi berat. Pada pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur . dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

(2) Diit garam rendah II (600-800 mg Na)

Diit garam rendah II diberikan kepada pasien dengan hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari-hari sama dengan diit garam rendah I. pada pengolahan makanannya boleh menggunakan  $\frac{1}{2}$  sendok teh garam dapur (2 gram). Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

(3) Diit garam rendah III (1000-1200 mg Na)

Diit garam rendah III diberikan kepada pasien dengan hipertensi ringan. Pemberian makanannya boleh menggunakan 1 sendok the (4 gram) garam dapur.

2. Diit serat tinggi

Mengkonsumsi lebih banyak sayur atau makanan yang mengandung banyak serat akan memperlancar buang air besar dan menahan sebagian asupan natrium. Makanlah buah-buahan, sayuran, dan makanan nabati. Santaplah buah segar 20-30 menit sebelum makan. Buah banyak mengandung air serat dan senyawa anti-oksidan  $\beta$  carotene, licopene, klorofil, dan vitamin C yang mampu meredam kenaikan tekanan darah, penderita hipertensi dianjurkan setiap hari mengkonsumsi makanan tinggi serat kasar cukup tinggi. Dari penelitian ditemukan bahwa dengan mengkonsumsi 7 gram serat per hari dapat membantu menurunkan tekanan darah sistolik sebanyak 5 mmHg (Sustrani, 2005). Menurut Saraswati (2009) sumber-sumber makanan mengandung tinggi serat kasar yang diajurkan :

- 1) Sumber buah-buahan yang merupakan sumber vitamin C antara lain jeruk, papaya, jambu biji lokal, mangga, nanas, belimbing manis, rambutan, sirsak, srikaya, apel.
  - 2) Sumber sayuran seperti kol, kol merah, paprika, dan cabai juga merupakan sumber vitamin C handal, jika disantap mentah, daun singkong, kacang panjang, jagung muda, pare, buncis, ketimun.
  - 3) Sumber protein nabati seperti kacang tanah, kacang hijau, kacang kedelai.
  - 4) Sumber karbohidrat seperti beras tumbuk/ merah, havermout, roti *whole wheat*.
3. Perbanyak konsumsi makanan tinggi kalium

Penelitian menunjukkan bahwa dengan mengkonsumsi 3500 miligram kalium dapat membantu mengatasi kelebihan natrium, sehingga dengan darah yang ideal dapat dicapai kembali tekanan yang normal. Bekerja mengusir natrium dari senyawanya, sehingga lebih mudah dikeluarkan. Sumber kalium mudah didapatkan dari asupan sehari-hari seperti : seledri senyawa elektrolit penting yang dapat membantu meredakan tekanan darah tinggi, pisang, jeruk, mentimun, belawah, semangka, melon, bengkoang, tomat, alpukat (Sustrani, 2005).

4. Perbanyak konsumsi makan tinggi magnesium

Kebutuhan magnesium menurut kecukupan gizi yang dianjurkan atau RDA (*recommended Dietary Allowance*) adalah sekitar 350 miligram, tetapi belum dapat dipastikan berapa banyak magnesium yang dibutuhkan untuk mengatasi hipertensi (Sustrani, 2005). Sumber makanan adalah kacang tanah, bayam, kacang polong, dan makan laut. Makanlah alpukat yang kaya lemak sehat dan berlipah magnesium yang membantu menurunkan tekanan darah tinggi.

Senyawa magnesium bekerja dengan cara mengendurkan dan membuat rileks otot-otot yang mengontrol pembuluh darah sehingga darah dapat mengalir bebas.

#### 5. Menghentikan kebiasaan buruk

Menghentikan rokok, kopi dan alkohol dapat mengurangi beban jantung, sehingga jantung dapat bekerja dengan baik. Rokok dapat meningkatkan risiko kerusakan pembuluh darah dengan mengendapkan kolesterol pada pembuluh darah jantung koroner, sehingga jantung bekerja lebih keras. Sedangkan alkohol dapat memacu tekanan darah. Karena itu 90 mililiter perminggu adalah batas tertinggi yang boleh dikonsumsi. Selain itu, kopi dapat memacu detak jantung. Menghentikan atau mengurangi kopi berarti menyayangi jantung agar tidak membebani lebih berat (Sustrani, 2005).

#### 6. Perbanyak konsumsi makanan tinggi kalsium

Jika selama ini gemar sayur asam dengan campuran buah melinjo dan daun mlinjo diteruskan saja. Buah mlinjo segar memang kaya kalsium, begitu pula daun mudanya, sedangkan kulit buahnya kaya  $\beta$  karoten. Kombinasi ini baik untuk mengendalikan tekanan darah yang meningkat. Namun, hati-hati jika anda mengalami kelebihan asam urat karena mlinjo juga mengandung purin yang melimpah yang akan menghasilkan asam urat dalam tubuh (Sustrani, 2005). Makanan sumber kalsium adalah sayur-sayuran hijau (sawi, bayam, pokcoi, brokoli, daun papaya, daun singkong, dll), tahu, ikan teri tawar, kacang-kacangan kering (kacang hijau, kacang merah, kacang tolo, kedelai) serta keju.

### 2.2.3 Bahan makan yang diberikan sehari

Dalam menu sehari-hari, ada tiga kali waktu makan yang pokok, yaitu pagi, siang, dan malam. Di antara waktu makan tersebut dapat diselingi dengan makanan ringan pada pukul 10.00 dan atau pukul 16.00.

Tabel 2.2 Makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada penderita hipertensi

<b>Golongan Bahan Makanan</b>	<b>Makanan Yang Boleh Diberikan</b>	<b>Makanan Yang Tidak Boleh Diberikan</b>
Sumber karbohidrat	Beras, kentang, singkong, terigu, tapioka, hunkwu, gula. Makanan yang diolah dari bahan makanan tersebut diatas tanpa garam dapur dan soda seperti : makaroni, mie bihin, roti, biskuit, kue kering.	Roti, biskuit dan kue-kue yang dimasak dengan garam dapur atau <i>baking powder</i> dan soda.
Sumber protein hewani telur maksimal 1 butir sehari	Daging dan ikan maksimal 100 gram sehari, telur maksimum 1 butir sehari.	Otak, ginjal, lidah, sardin, daging, ikan, susu dan telur yang diawet dengan garam dapur seperti daging asap, bacon, dendeng, abon, keju, ikan asin, ikan kaleng, kornet, udang kering, ebi, tahu asin, telur pindang.
Sumber nabati protein	Semua kacang-kacangan dan hasilnya yang diolah dan dimasak tanpa garam.	Keju, kacang tanah dan semua kacang-kacangan dan hasilnya yang dimasak dengan garam dapur dan ikatan natrium
Sayuran	Semua sayuran segar sayuran yang diawetkan tanpa garam dapur, natrium benzoat dan soda	Sayuran yang dimasak dan diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti sayuran dalam kaleng, sawi asin, asinan acar.
Buah-buahan	Semua buah-buahan segar, buah yang diawetkan tanpa garam dapur, natrium benzoat	Buah-buahan yang diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti buah dalam kaleng.
Lemak	Minyak goreng, margarin dan mentega tanpa garam	Margarin dan mentega biasa
Bumbu-bumbu	Semua bumbu-bumbu kering yang tidak mengandung garam dapur dan tidak mengandung ikatan natrium. Garam dapat disesuaikan ketentuan untuk diit garam rendah II dan III	Garam dapur, soda kue, baking powder, vestin dan bumbu-bumbu yang mengandung garam dapur seperti : kecap, terasi, maggi, <i>tomato ketchup</i> , petis dan tauco
Minuman	Teh, air putih	Coklat, minuman ringan

Sumber : Almtsier (2004)

Tabel 2.3 Bahan makanan yang diberikan sehari

No.	Jenis bahan makanan	Berat dalam gram	Ukuran Rumah tangga	Keterangan
1	Bahan makanan pokok Beras atau penukar	300	5 gelas nasi (3 piring)	Menu dalam satu hari
2	Lauk pauk Daging Telur ayam Tempe	100 50 100	2 potong sdg 1 butir 4 potong sdg	
3	Sayuran hijau Sayuran	200	2 mangkok	
4	Buah Pepaya	100	2 potong sdg	
5	Minyak	25	2 ½ sdm	
6	Kacang hijau	25	2 ½ sdm	
7	Gula pasir	25	2 ½ sdm	

Sumber : Almatsier (2004)

Tabel 2.4 Pembagian Bahan makanan sehari-hari

Bahan makanan	Berat	Ukuran rumah tangga
<b>Pagi</b>		
Beras	70 gram	1 gelas nasi
Telur	50 gram	1 butir
Sayuran	50 gram	½ gelas atau ½ mangkuk
Minyak	5 gram	½ sdm
Gula pasir	10 gram	1 sdm
<b>Siang dan Sore</b>		
Beras	140 gram	2 gelas nasi
Daging	50 gram	1 potong sedang
Tempe	50 gram	2 potong sedang
Sayuran	75 gram	¾ gelas
Buah	100 gram	1 potong sedang
Minyak	10 gram	1 sdm
<b>Selingan (Pukul 10.00)</b>		
Kacang hijau	25 gram	2 ½ sdm
Gula pasir	15 gram	1 ½ sdm

Sumber : Almatsier (2004)

## 2.3 Konsep Kepatuhan

### 2.3.1 Definisi

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Menurut (Niven, 2002), mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

2.3.2 Menurut Brunner & Suddarth (2002) variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien adalah :

1. Variabel demografi

Variabel ini dapat berupa usia, jenis kelamin, suku bangsa, status social ekonomi, dan pendidikan.

2. Variabel penyakit

Variabel ini dapat berupa parah tidaknya penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.

3. Variabel program terapeutik

Variabel ini dapat berupa kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.

4. Variabel psikososial

Variabel ini dapat berupa intelegensi, sikap terhadap petugas kesehatan, penerimaan dan penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan finansial dan lainnya yang tetmasuk dalam mengikuti regimen.



2.3.3 Menurut Niven (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan antara lain :

1. Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat memahami instruksi jika seseorang salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya Ley dan Spelman (1967) dikutip Niven (2002) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti instruksi yang diberikan kepada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap. Penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

2. Kualitas interaksi

Riset tentang faktor-faktor interpersonal yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan komunikasi verbal dan nonverbal pasien dan empati terhadap perasaan pasien akan menghasilkan suatu kepatuhan dan akan menghasilkan suatu kepuasan.

3. Isolasi dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial secara negatif berhubungan dengan kepatuhan (Backeland & Laudwal, 1975).

#### 4. Kenyakinan, Sikap dan Kepribadian

Kepribadian secara benar dibedakan antara orang yang patuh dengan yang gagal, orang-orang yang tidak patuh adalah orang yang lebih mengalami depresi, ansietas, memiliki ego yang lebih lemah dan yang kehidupannya sosialnya lebih memusatkan perhatian pada dirinya sendiri.

2.3.4 Derajat Ketidakpatuhan Ditentukan oleh faktor, Niven (2002) juga mengungkapkan derajat ketidakpatuhan itu ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Kompleksitas prosedur pengobatan.
2. Derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan.
3. Lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi program tersebut.
4. Apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan.
5. Apakah pengobatan itu berpotensi menyelamatkan hidup.
6. Keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan bukan petugas kesehatan.

2.3.5 Menurut Carpenito (2000) berpendapat bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah segala sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga penderita tidak mampu lagi mempertahankan kepatuhannya, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya:

1. Pemahaman tentang instruksi.

Tidak seorang pun mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Ley dan Spelman tahun 1967 (Niven, 2002) menemukan bahwa lebih dari 60% responden yang di

wawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesalahan dalam memberikan informasi lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus di ingat oleh penderita.

## 2. Tingkat pendidikan.

Tingkat pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri, lewat tahapan-tahapan tertentu (Feuer Stein et.al., 1986).

Singgih D. Gunarso ( 1990 ) dikutip Niven (2002) mengemukakan bahwa semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur–umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan faktor umur akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncaknya pada umur–umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu seiring dengan usia semakin lanjut. Hal ini menunjang dengan adanya tingkat pendidikan yang rendah.

## 3. Kesakitan dan pengobatan.

Perilaku kepatuhan lebih rendah untuk penyakit kronis (karena tidak ada akibat buruk yang segera dirasakan atau resiko yang jelas), saran mengenai gaya hidup dan kebiasaan lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek samping, perilaku yang tidak pantas.

#### 4. Keyakinan, sikap dan kepribadian.

Kepribadian antara orang yang patuh dengan orang yang gagal, Orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan memiliki kehidupan sosial yang lebih, memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lebih ditandai dengan kurangnya penguasaan terhadap lingkungannya. Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidakpatuhan (Tylor, 1991). Sebagai contoh, di Amerika Serikat para wanita kaum kulit putih dan orang-orang tua cenderung mengikuti anjuran dokter (Sarafino, 1990).

#### 5. Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan kepatuhan (Baekeland dan Lundawall).

#### 6. Tingkat ekonomi

Tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup, akan tetapi ada kalanya penderita TBC sudah pensiun dan tidak bekerja namun biasanya ada sumber keuangan lain yang bisa digunakan untuk membiayai semua program pengobatan dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah ke bawah

akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik tidak terjadi ketidakpatuhan (Power park C.E., 2002) dikutip Niven (2002).

#### 7. Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga teman, waktu, dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan contoh yang sederhana, jika tidak ada transportasi dan biaya dapat mengurangi kepatuhan penderita. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan. Dukungan sosial nampaknya efektif di negara seperti Indonesia yang memiliki status sosial lebih kuat, dibandingkan dengan negara-negara barat.

#### 8. Perilaku sehat.

Perilaku sehat dapat di pengaruhi oleh kebiasaan, oleh karena itu perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku tetapi juga dapat mempertahankan perubahan tersebut. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut.

#### 9. Dukungan profesi keperawatan (kesehatan)

Dukungan profesi kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan penderita. Dukungan mereka terutama

berguna pada saat penderita menghadapi kenyataan bahwa perilaku sehat yang baru itu merupakan hal yang penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku penderita dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari penderita, dan secara terus menerus memberikan yang positif bagi penderita yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya (Meichhenbaum, 1997) dikutip Niven (2002).

### 2.3.6 Upaya-upaya untuk meningkatkan kepatuhan

Menurut Tylor (1990); Sarafino (1990) dan Ley (1992) yang dikutip Suparyanto (2009) menyatakan bahwa peranan para ahli di dalam perilaku kepatuhan sering diremehkan. Salah satunya strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara perawat dan pasien. Dengan adanya komunikasi pasien bisa mendapatkan informasi sehingga tingkat pengetahuan pasien akan meningkat. Hal ini dapat menciptakan kepatuhan pada pasien. Dukungan sosial juga menjadi faktor yang penting yang mempengaruhi kepatuhan, tenaga kesehatan seharusnya juga mencoba untuk mempertinggi dukungan sosial. Jika perawat dapat memperoleh jalan masuk ke keluarga pasien. Ketidakepatuhan bisa lebih dikurangi.

Menurut Eraker dkk (1984) dan Levanthal & Cameron (1987) dikutip Suparyanto (2009), kepatuhan pasien program kesehatan dapat ditinjau dari berbagai perspektif teoritis :

1. Biomedis yang mencakup demografi pasien, keseriusan penyakit, dan kompleksitas program kesehatan.

2. Teori perilaku atau pembelajaran sosial yang menggunakan pendekatan behavioristik dalam hal *reward*, petunjuk, kontrak dan dukungan sosial.
3. Perputaran umpan balik komunikasi dalam hal mengirim, menerima, memahami, menyimpan dan penerimaan.
4. Teori keyakinan rasional, yang menimbang manfaat pengobatan dan resiko penyakit melalui penggunaan logika *cost benefit*.
5. Sistem pengaturan diri, pasien dilihat sebagai pemecah masalah yang mengatur perilakunya berdasarkan persepsi atas penyakit, ketrampilan kognitif, dan pengalaman masa lalu yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk membuat rencana dan mengatasi penyakit.

## **2.4 Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan**

### **2.4.1 Pengertian**

Menurut Nywander (1947) dikutip Machfoedz (2007) Pendidikan Kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat

### **2.4.2 Tujuan**

Menurut Machfoedz (2007) tujuan pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Tujuan kaitanya dengan batasan sehat

Berdasarkan WHO (1954) tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan mengubah perilaku belum sehat menjadi perilaku sehat, namun perilaku tersebut ternyata mencakup hal yang luas, sehingga perlu perilaku tersebut dikategorikan secara mendasar. Menurut Azwar (1983) yang dikutip Machfoedz (2007) membagi perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam :

- 1) Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Dengan demikian kader kesehatan mempunyai tanggung jawab di dalam penyuluhannya mengarahkan kepada keadaan bahwa cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari.
  - 2) Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat di dalam kelompok.
  - 3) Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Ada kalanya masyarakat memanfaatkan sarana kesehatan yang ada secara berlebihan. Sebaliknya sudah sakit belum pula menggunakan sarana kesehatan yang ada sebagaimana mestinya.
2. Mengubah perilaku kaitanya dengan budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya, kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma, adalah kebudayaan. Mengubah kebiasaan, apalagi adata kepercayaan, yang telah menjadi norma atau nilai di suatu kelompok masyarakat, tidak segampang itu untuk mengubahnya hal itu memerlukan suatu proses yang panjang.



### 2.4.3 Sasaran pendidikan kesehatan

Menurut Machfoedz (2007) sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia, berdasarkan kepada program pembangunan Indonesia, adalah :

1. Masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan.
2. Masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, pemuda, remaja.  
Termasuk dalam kelompok khusus ini adalah kelompok lembaga pendidikan mulai TK sampai perguruan tinggi. Sekolah agama swasta maupun negeri.
3. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

### 2.4.4 Metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007) metode dalam memberikan pendidikan kesehatan :

1. Metode pendidikan individual (perorangan)

Metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi.

2. Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus di ingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

## 1) Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

### (1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah:

#### 1. Persiapan

Ceramah akan berhasil apabila penceramah menguasai materi yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan :

- 1) Mempelajari materi dengan sistematika yang baik lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema.
- 2) Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound system, dan sebagainya.

#### 2. Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah tersebut dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk itu penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Sikap dan penampilan yang menyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah.
- 2) Suara hendaknya cukup keras dan jelas
- 3) Pandangan harus tertuju keseluruhan peserta ceramah.

- 4) Berdiri di depan ( dipertengahan) tidak boleh duduk.
- 5) Menggunakan alat-alat Bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin.

## (2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat dimasyarakat.

## 2) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya kita sebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain :

### (1) Diskusi kelompok

Agar semua anggota dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur jalanya diskusi sehingga semua orang dapat dapat kesempatan berbicara dan tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta.

(2) Curah pendapat (*Brain storming*)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam *flipchart* atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh diberi komentar oleh siapapun. Baru semua anggota mengeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

(3) Bola salju (*Snow balling*)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2 pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap-tiap pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

(4) Kelompok-kelompok kecil (*Buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (*buzz group*) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

(5) Memainkan peranan (*Role play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan.

(6) Permainan simulasi (*Simulation game*)

Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti permainan monopoli, dengan menggunakan dadu, gaco (penunjuk arah), selain beberapa ataupun main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai nara sumber.

3. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan (pendekatan) massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umum, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa.

- 1) Ceramah umum (*public speaking*).
- 2) Pidato-pidato/ diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

- 3) Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan disuatu media massa adalah juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- 4) Sinetron Dokter Sartika dalam acara TV pada tahun 1990-an juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- 5) Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan dan penyakit juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.
- 6) *Billboard*, yang dipasang pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

#### 2.4.5 Alat bantu/ peraga / media

##### 1. Pengertian

Yang dimaksud dengan alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/ pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan/ pengajaran (Notoatmodjo, 2007).

##### 2. Faedah alat Bantu pendidikan kesehatan

- 1) Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
- 2) Mencapai sasaran yang lebih banyak.
- 3) Membantu dalam mengatasi banyak hambatan dalam pemahaman.
- 4) Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.

- 5) Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/ informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan.
  - 6) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan.
  - 7) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik.
  - 8) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.
3. Macam-macam alat bantu pendidikan kesehatan
- 1) Alat bantu lihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan.
  - 2) Alat bantu dengar (*audio aids*), yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasi indra pendengaran pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran misalnya : piring hitam, radio, pita suara, dan sebagainya.
  - 3) Alat Bantu liat-dengar, seperti televisi dan video caset. Alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan *Audio Visual Aids (AVA)*.
4. Sasaran yang dicapai alat bantu pendidikan kesehatan
- 1) Sasaran antara lain :
    - (1) Individu atau kelompok.
    - (2) Kategori-kategori sasaran seperti kelompok umur, pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya.
    - (3) Bahasa yang mereka gunakan.
    - (4) Adat-istiadat serta kebiasaan.
    - (5) Minat dan perhatian.

- (6) Pengetahuan dan pengalaman mereka tentang pesan yang akan diterima.
- 2) Tempat memasang antara lain :
- (1) Di dalam keluarga
  - (2) Di masyarakat
  - (3) Di instansi-intansi misalnya puskesmas, rumah sakit, kantor-kantor sekolah-sekolah, dan sebagainya.
- 3) Sedapat mungkin dapat dipergunakan oleh :
- (1) Petugas-petugas puskesmas/kesehatan
  - (2) Kader kesehatan
  - (3) Guru-guru sekolah dan tokoh-tokoh masyarakat lainnya
  - (4) Pamong desa
5. Merencanakan dan menggunakan alat peraga
- Biasanya kita mengunakan alat peraga sebagai pengganti objek-objek yang nyata sehingga dapat memberikan pengalaman yang tidak langsung bagi sasaran. Sebelum membuat alat peraga, kita harus merencanakan dan memilih alat peraga yang paling penting dan tepat untuk digunakan dan tujuan yang hendak dicapai :
- 1) Tujuan pendidikan
    - (1) Menanamkan pengetahuan, pendapat dan konsep-konsep
    - (2) Mengubah sikap dan persepsi
    - (3) Menanamkan tingkah laku/kebiasaan yang baru
  - 2) Tujuan penggunaan alat peraga
    - (1) Sebagai alat Bantu dalam latihan/penataran/pendidikan.



(2) Untuk menimbulkan perhatian terhadap suatu masalah.

(3) Untuk mengingatkan suatu pesan/informasi.

(4) Untuk menjelaskan fakta-fakta, prosedur, tindakan.

#### 6. Cara mempergunakan alat peraga

Pada waktu menggunakan alat peraga hendaknya memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Senyum adalah lebih baik, untuk mencari simpati
- 2) Tunjukkan perhatian bahwa hal yang akan dibicarakan itu penting
- 3) Pandangan mata hendaknya ke seluruh pendengar agar mereka tidak kehilangan kontrol pihak pendidik
- 4) Gaya bicara hendaknya bervariasi agar pendengar tidak bosan dan tidak mengantuk
- 5) Ikut sertakan peserta
- 6) Bila perlu berilah selingan humor, guna menghidupkan suasana, dan sebagainya.

#### 7. Media pendidikan kesehatan

Merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat, berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan. Media ini dibagi menjadi :

##### 1) Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain sebagai berikut :

- (1) *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
  - (2) *Leaflet* ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran-lembaran yang dilipat. Isi informasi dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
  - (3) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti *leaflet*, tetapi tidak berlipat.
  - (4) *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan dalam bentuk lembar balik, biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan yang berkaitan dengan gambar tersebut.
  - (5) *Rubrik* atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
  - (6) Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau dikendaraan umum.
  - (7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.
- 2) Media elektronik
- Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya antara lain : Televisi, radio, video, slide, film Strip

### 3) Media papan (*Billboard*)

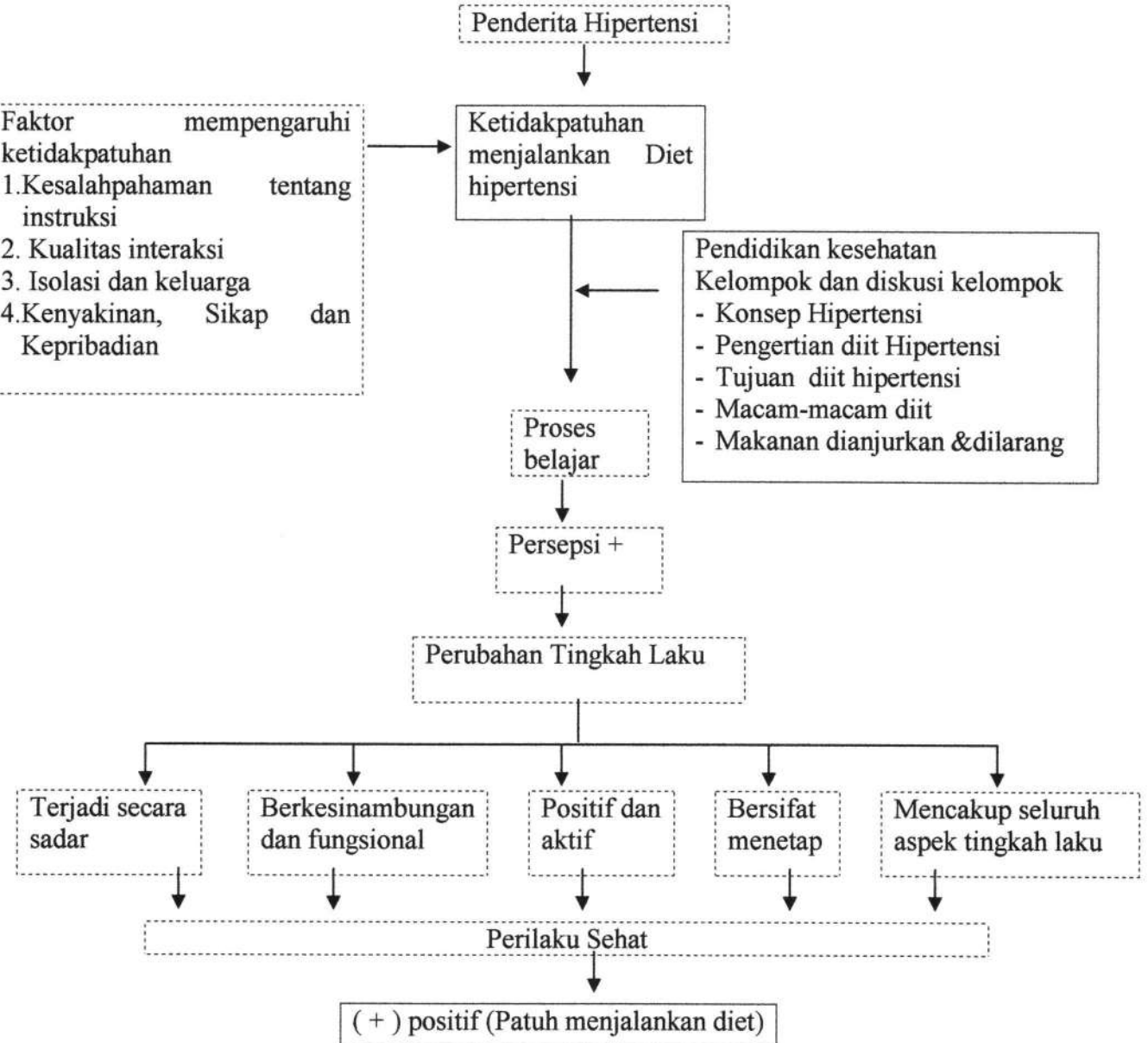
Yang dipasang ditempat-tempat umum dapat diisi dengan informasi kesehatan. Media ini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang di tempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL**  
**DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

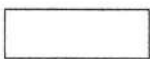
**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual penelitian**



Keterangan



: diukur



: tidak diukur

Gambar 3.1 : Kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan kelompok diet pada penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Penderita hipertensi merupakan penyakit pengobatannya dilakukan seumur hidup yang dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi (diit). Untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi harusnya patuh menjalankan diit agar tekanan darahnya tetap terkontrol. Selain pengetahuan Faktor mempengaruhi ketidakpatuhan adalah kesalahpahaman tentang instruksi, kualitas interaksi, isolasi dan keluarga, keyakinan, sikap dan kepribadian. Pemberian pendidikan kesehatan kelompok yang sesuai dengan kebutuhan berupa informasi tentang konsep Hipertensi, pengertian diit Hipertensi, tujuan diit hipertensi, macam-macam diit, makanan dianjurkan & dilarang dan penatalaksana non farmakologi (diit) melalui proses belajar yang akan merubah persepsi menjadi positif juga dan penderita dapat merubah tingkah laku secara sadar, berkesinambungan dan fungsional, positif dan aktif, bersifat menetap, mencakup seluruh aspek tingkah laku penderita dapat berperilaku sehat perlu memberikan informasi secara jelas untuk menambah pengetahuan agar tidak terjadi kesalah pahaman instruksi diharapkan dapat berperilaku sehat dalam menjalankan diit hipertensi. Dapat mengontrol tekanan darah sehingga tidak terjadi komplikasi yang lebih parah.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

H1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja Puskesmas Megaluh Kabupaten Jombang.

# **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini merupakan cara untuk untuk menjawab suatu permasalahan dengan metode ilmiah. Dalam bab ini akan diuraikan tentang : desain penelitian, kerangka kerja, desain sampling meliputi populasi, sampel, dan sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan data, analisis data, etik penelitian, dan keterbatasan.

#### 4.1 Desain penelitian

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana peneliti bisa diterapkan. Dilihat dari cara pengumpulan dan pengolahan. Dilihat dari cara pengumpulan dan pembahasan ini merupakan penelitian dengan desain yang digunakan pada penelitian ini adalah *quasy experiment*. Dalam rancangan ini peneliti menggunakan jenis penelitian *two group pre post test design* kelompok eksperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak, pada kedua kelompok diawali dengan pra tes dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali pasca tes (Nursalam, 2003)

Tabel 4.1 Desain penelitian *two group pre post test desain*

Subyek	Pra test	Perlakuan 1	Pasca test
KP	01	X1	02
KK	01	-	02

Keterangan :

KP : Kelompok perlakuan

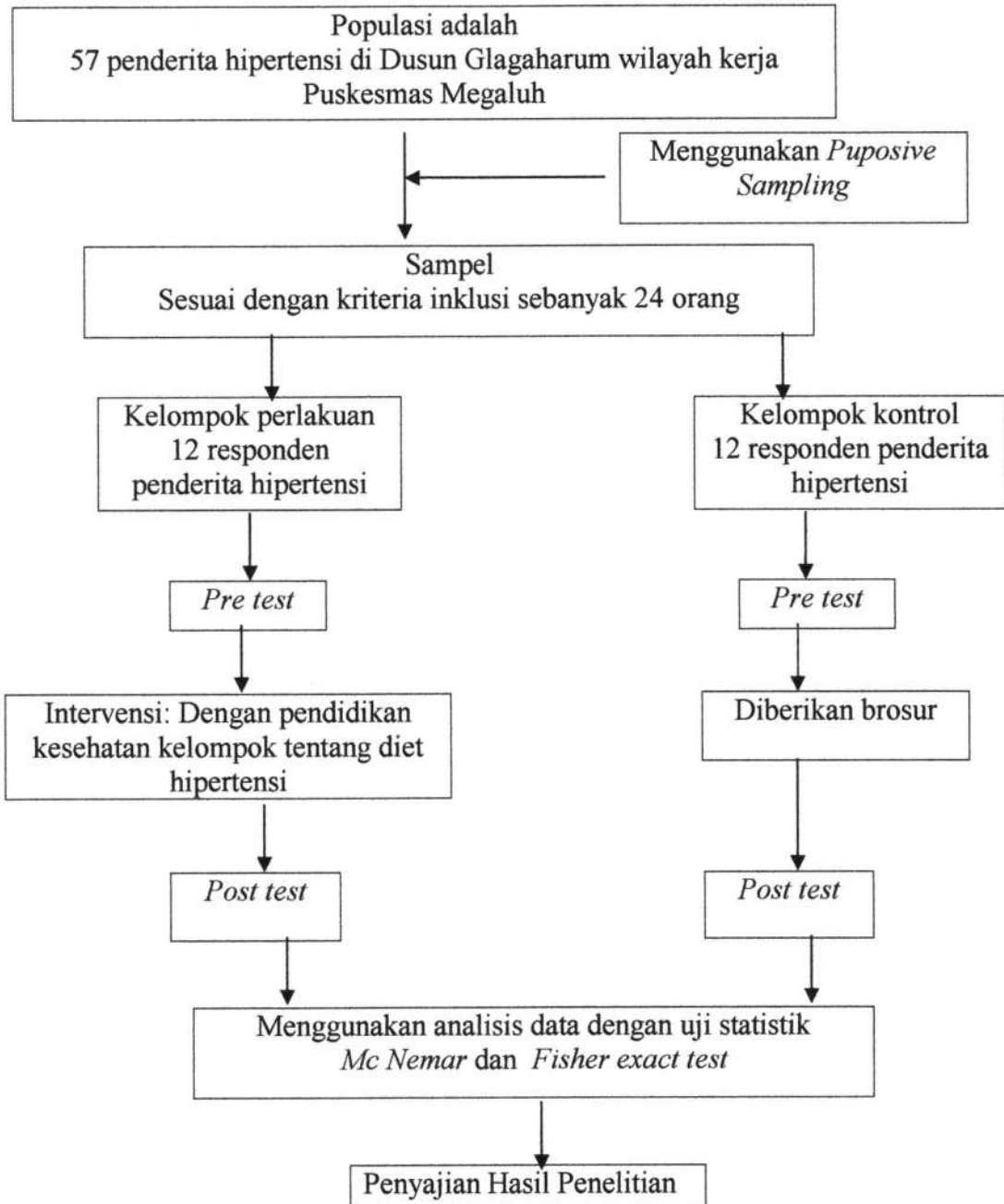
KK : Kelompok kontrol

01 : Observasi kepatuhan sebelum intervensi



- 02 : Observasi kepatuhan setelah intervensi  
 X1 : Diberi pendidikan kesehatan kelompok  
 - : Tidak diberi pendidikan kesehatan kelompok

#### 4.2 Kerangka kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok terhadap Diet pada Penderita Hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

### **4.3 Populasi, sampel dan sampling**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi adalah setiap subjek (manusia) yang memenuhi kriteria yang ditetapkan. Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum wilayah kerja Puskesmas Megaluh bulan Januari- September 2010 sebanyak 57 orang.

#### **4.3.2 Sampel**

Besar kecilnya jumlah sampel sangat dipengaruhi oleh desain dan ketersediaan subjek dari peneliti itu sendiri. Prinsip umum yang berlaku adalah sebaiknya penelitian digunakan jumlah sampel sebanyak mungkin (Nursalam, 2003). Besar sampel dalam penelitian ini adalah sebagian penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum wilayah kerja Puskesmas Megaluh Kabupaten Jombang. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

##### **Inklusi**

1. Responden bersedia untuk diteliti
2. Responden yang bisa baca dan menulis
3. Responden menderita hipertensi tanpa komplikasi penyakit lainnya
4. Penderita hipertensi dengan tekanan darah sedang (160-179/100-109mmHg)
5. Responden berusia 40-65 tahun

##### **Eklusi :**

1. Pendidikan perguruan tinggi
2. Sosial ekonomi kurang (penghasilan  $\leq$  Rp. 500.000 perbulan)

Berdasarkan dari kriteria inklusi diperoleh sampel sebanyak 24 responden, kemudian dibagi menjadi dua kelompok perlakuan dan kontrol secara merata dari segi jenis kelamin, pendidikan, usia. Masing-masing kelompok sebanyak 12 responden kelompok perlakuan dan 12 responden kelompok kontrol.

#### **4.3.4 Sampling**

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk mewakili populasi. Pada penelitian ini peneliti menggunakan *Nonprobability sampling (purposive sampling)* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

#### **4.4 Identifikasi variabel**

Dalam setiap penelitian selalu dilakukan pengukuran terhadap variabel. Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Soeparto, Taat Putra dan haryanto, 2000) yang dikutip Nursalam (2003). Berdasarkan hubungan antara variabel-variabel satu dengan lainnya, variabel dibedakan menjadi dua yaitu : variabel independen dan variabel dependen

##### **4.4.1 Variabel independen**

Variabel Independent dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan kelompok.

##### **4.4.2 Variabel dependen**

Variabel dependent dalam penelitian ini adalah kepatuhan diet pada penderita.

#### 4.5 Definisi operasional variabel

Tabel 4.2 Definisi Operasi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja puskesmas megaluh kabupaten Jombang di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011..

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Variabel Independen: Pendidikan kesehatan kelompok	Suatu kegiatan memberikan dan meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi tentang diit hiperetensi secara berkelompok	Sesi 1: selama 50 menit 1. Memberikan informasi tentang hipertensi 2. Pengertian diit hipertensi 3. Pedoman diit pada penderita hipertensi - diit rendah garam - diit tinggi serat - perbanyak asupan kalium - perbanyak asupan magnesium 4. Makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada penderita hipertensi 5. Bahan makanan yang diberikan sehari Sesi 2: Diskusi (Tanya jawab & mendiskusikan jawabannya bersama-sama) selama 30 menit	SAP		
2.	Variabel Dependen: Kepatuhan diit pada penderita hipertensi	kesanggupan pasien dalam melaksanakan program diet yang ditentukan oleh petugas kesehatan	1. Diit rendah garam (2gram/ ½ sdt) 2. Memperbanyak serat dan vit C (7gram/ 2 potong pepaya) 3. Perbanyak asupan kalium (3500 gram/seledri,mentimun, 2 mangkuk sayur bayam) 4. Perbanyak asupan magnesium ( 350 gram/1 biji alpukat) 5. Menghentikan kebiasaan buruk (kopi,alkohol, merokok)	Observasi Dan kuesioner	Nominal	Pernyataan positif Skor 1 : Ya Skor 0 : Tidak Pernyataan negatif Skor 0 : Ya Skor 1 : tidak  Patuh: $T \geq \text{mean } T$ Tidak patuh: $T \leq \text{mean } T$

## 4.6 Metode pengumpulan data dan analisis data

### 4.6.1 Instrumen

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2006). Untuk melakukan pengumpulan data peneliti membuat instrumen sebagai pedoman pengumpulan data berupa lembar observasi (*checklist*) dan kuesioner untuk mengevaluasi kepatuhan diet hipertensi sebelum dan sesudah perlakuan selama satu minggu dengan cara skor, pada kuesioner dan lembar observasi pernyataan positif skor 1 jika Ya dan 0 jika tidak, begitu sebaliknya jika pernyataan negatif skor 1 jika tidak dan skor 0 jika ya. Pada penelitian ini instrumen yang digunakan berupa kuesioner sebanyak 10 soal dan lembar observasi sebanyak 20 pernyataan. Pernyataan positif pada kuesioner nomor 1, 2, 3, 4, 7 sedangkan pernyataan negatif nomor 5, 6, 8, 9, 10. Lembar observasi pernyataan positif nomor 1, 3, 4, 7, 12, 13, 14, 15, 16, 20 sedangkan pernyataan negatif nomor 2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 19. Dalam penelitian ini untuk variabel independen berupa satuan acara pendidikan kesehatan dan diskusi. Dalam diskusi kelompok nantinya diharapkan responden dapat berpartisipasi karena budaya antara laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan status dan dapat berinteraksi dengan baik. Sedangkan instrumen untuk variabel dependent menggunakan lembar observasi (*checklist*) dan kuesioner.

#### 4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 9 Januari 2011 sampai dengan 23 Januari 2011 di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh Jombang.

#### 4.6.3 Prosedur pengambilan data

Pada penelitian ini pengambilan dan pengumpulan data setelah peneliti memperoleh rekomendasi dari Program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan izin Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang dan tembusan kepada Puskesmas Megaluh untuk mengadakan penelitian di Polindes Dusun Glagaharum Desa Dukuharum wilayah kerja Puskesmas Megaluh. Saat survey awal peneliti menggunakan wawancara dengan mengadakan pendekatan kepada penderita hipertensi untuk mengetahui tingkat kepatuhan penderita dalam menjalankan diet dan masalah penyebab ketidakpatuhan penderita dan untuk mendapatkan persetujuan dari penderita sebagai responden peneliti pada saat datang berobat ke Polindes. Dalam menentukan sampel peneliti dibantu oleh bidan Polindes dalam menyeleksi responden pada kriteria inklusi yang sudah ditentukan. Data responden dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Sebagai subyek penelitian yaitu penderita hipertensi di Polindes Dusun Glagaharum Desa Dukuharum yang sudah memenuhi kriteria inklusi. Responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Untuk mendapatkan data sebelum penelitian meminta persetujuan pada responden dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*). Bagi responden bersedia diteliti kemudian diberikan kuesioner dan akan

diobservasi tentang kepatuhan diitnya selama satu minggu oleh peneliti. Responden dikumpulkan dalam suatu ruangan sebagai kelompok perlakuan, sedangkan kelompok kontrol hanya diberi brosur. Pada kelompok perlakuan akan diberikan pendidikan kesehatan kelompok. Sebelumnya responden diberi penjelasan maksud dan tujuan penelitian. Setelah itu pada kelompok perlakuan pada sesi pertama diberi pendidikan kesehatan kelompok selama 50 menit dengan jeda waktu tiga hari setelah itu dilanjutkan sesi ke dua diskusi kelompok selama 30 menit, sebelumnya peneliti mengkontrak diharapkan pada sesi ke dua responden datang semua. Dalam diskusi kelompok peneliti membagi satu kelompok yang terdiri dari 12 orang, selain itu peneliti dalam diskusi ini sebagai pemimpin kelompok yang mengarahkan dan mengatur jalannya diskusi kelompok agar semua orang dapat berbicara. Setelah diberikan pendidikan kesehatan peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner. Selain dari peneliti dalam mengisi lembar observasi dibantu bidan desa supaya hasilnya valid peneliti dibantu bidan desa datang ke rumah responden untuk mengisi lembar observasi selama satu minggu. Pada akhir evaluasi responden akan diberikan kuesioner untuk post test untuk diisi baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, setelah itu dilanjutkan menganalisa data.

#### **4.6.4 Analisa data**

Data-data yang diperoleh dari responden kemudian dianalisa oleh peneliti. Pertama kali dilakukan pengecekan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan. Selanjutnya mengecek kelengkapan data dengan memastikan responden mengisi semua pertanyaan yang diberikan dan lembar observasi sudah terisi semua. Tahap tabulasi data dilakukan dengan memberi

skor pada setiap item yang perlu diberi skor. Pada variabel dependen menggunakan lembar observasi dan kuesioner pernyataan positif skor 1 jika Ya dan 0 jika tidak, begitu sebaliknya jika pernyataan negatif skor 1 jika tidak dan skor 0 jika ya. Untuk menentukan pasien tersebut dalam kategori patuh atau tidak patuh menggunakan rumus skor T

$$T = 50 + 10 \frac{(x - X)}{Sd}$$

Keterangan :

x = skor yang didapat

X = median

Sd = standar deviasi

(Saifudin, 2005)

kemudian untuk mengetahui kategori kepatuhan penderita dicari mean T.

Maka akan diperoleh kesimpulan :

Patuh : bila  $T \geq \text{mean } T$

Tidak patuh : bila  $T \leq \text{mean } T$

Analisi statistik *Mc Nemar* , uji ini untuk mengetahui perbedaan pre test dan post tes pada variabel dependen yaitu kepatuhan diit penderita sebelum dan sesudah pemberian intervensi pendidikan kesehatan kelompok (Sugiyono, 2007). Menganalisa perbedaan hasil pada kelompok perlakuan dan kontrol menggunakan uji *Fisher exact test*, untuk dengan derajat kemaknaan  $\rho \leq 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima artinya ada pengaruh yang bermakna antar dua variabel (Sunarto dan Riduwan, 2009).



#### 4.7 Etika penelitian

##### 1. Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Lembar persetujuan akan diedarkan sebelum penelitian diberikan kepada seluruh subyek yang akan diteliti. Tujuannya adalah agar subyek mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Subyek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu (Nursalam, 2008).

##### 2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Nama subyek tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data untuk mengetahui kesertaannya dalam penelitian, cukup dengan menuliskan tanda pada lembar persetujuan tersebut atau nama inisial (Nursalam, 2008).

##### 3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari subyek dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset. Subyek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan (Nursalam, 2008).

##### 4. Keadilan (*Right to Justice*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi

apabila ternyata mereka tidak bersedia atau *dropped out* sebagai responden (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini pada kelompok kontrol akan diberikan pendidikan kesehatan kelompok tetapi setelah penelitian agar semua responden tidak ada diskriminasi.

#### 4.8 Keterbatasan penelitian

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini antara lain :

1. Instrumen atau alat pengumpul data

Penggunaan alat pengumpulan data (lembar observasi dan kuesioner) yang disusun oleh peneliti sendiri yang belum pernah di uji validasi dan reabilitas sehingga kurang sempurna yang artinya intrumen ini belum bisa diandalkan baik konsistensinya, keakuratan dan ketepatannya.

2. Faktor *feasibility*

Penelitian ini hanya dilakukan dengan memberikan dua kali perlakuan pada kelompok perlakuan sehingga responden belum semuanya patuh menjalankan diit hipertensi karena keterbatasan waktu dan biaya peneliti.

3. Peneliti

Pada pengisian lembar observasi peneliti dibantu petugas kesehatan setempat tidak bisa secara optimal hasilnya karena tidak bisa mengawasi selama 24 jam penuh mengobservasi kepatuhan menjalankan diit. Perlu cara yang lebih mudah dan spesifik untuk observasi mengetahui kepatuhan penderita hipertensi menjalankan diit hipertensi.

## **BAB 5**

# **HASIL DAN PEMBAHASAN**

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini dibahas tentang hasil penelitian yang meliputi gambaran secara umum lokasi penelitian, gambaran umum responden meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, lama menderita hipertensi dan data khusus tentang kepatuhan diit sebelum, sesudah diberikan pendidikan kesehatan kelompok. Data-data tersebut diperoleh dengan melalui kuesioner dan observasi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

#### 5.1 Hasil penelitian

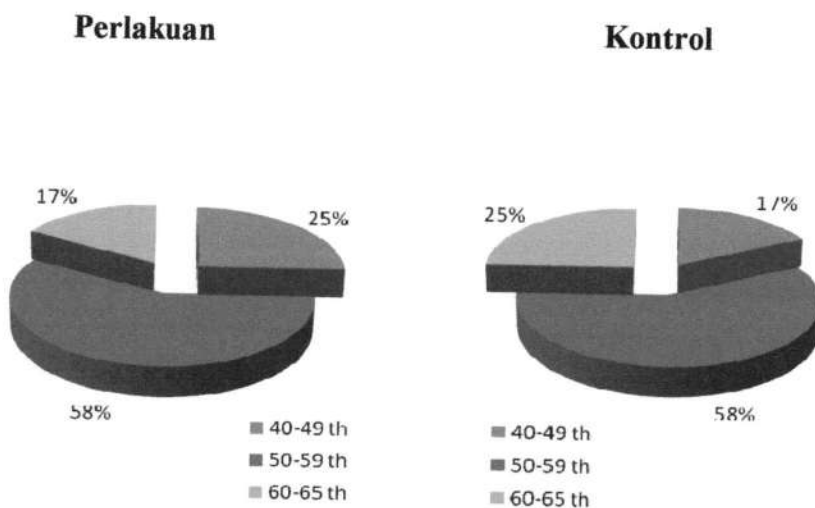
##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum yang termasuk wilayah kerja Puskesmas Megaluh Kecamatan Megaluh Jombang. Jumlah penduduk Desa Dukuharum sebanyak 1476 jiwa (laki-laki 699 jiwa, perempuan 777 jiwa), jumlah kepala keluarga 460 KK, luas wilayah Desa Dukuharum 141,093 Ha yang terdiri dua dusun yaitu Dusun Glagaharum terdapat 7 RT (2RW) dengan jumlah penduduk 996 jiwa dan Dusun Dukuhmireng terdapat 4 RT (1RW) dengan jumlah penduduk 480 jiwa. Adapun letak Desa Dukuharum Kecamatan Megaluh ini berbatasan dengan sebelah utara yaitu Desa Pacarpeluk, sebelah timur yaitu Desa Sidomulyo, sebelah selatan yaitu Desa Ngogri, sebelah barat yaitu Desa Sumberagung.

Di Desa Dukuharum terdapat polindes yang mempunyai program salah satunya adalah pengobatan gratis yang dilakukan setiap satu bulan sekali yang diperuntukan bagi penderita hipertensi dan para lansia untuk mengetahui kesehatan warga Desa Dukuharum. Peneliti melakukan penelitian dalam program tersebut. Subjek penelitian adalah penderita penyakit Hipertensi yang datang untuk berobat ke polindes. Petugas kesehatan bersama dengan peneliti menyeleksi responden berdasarkan kriteria inklusi yang bersedia diteliti.

### 5.1.2 Data umum

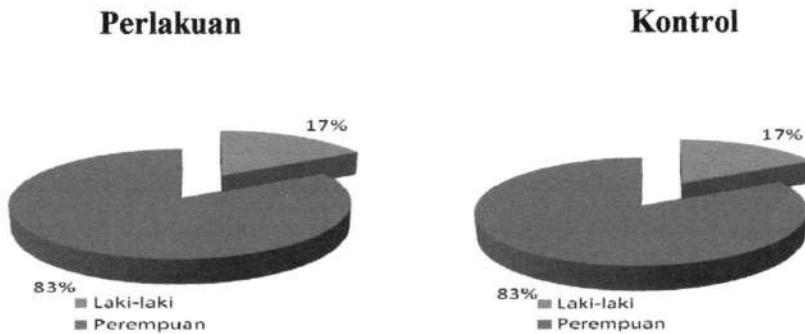
1. Distribusi responden berdasarkan usia pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



Gambar 5.1 Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan usia di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan kelompok perlakuan lebih dari 50% responden berusia 50-59 tahun sebanyak 7 orang (58%). Kelompok kontrol lebih dari 50% responden berusia 50-59 tahun sebanyak 7 orang (58%).

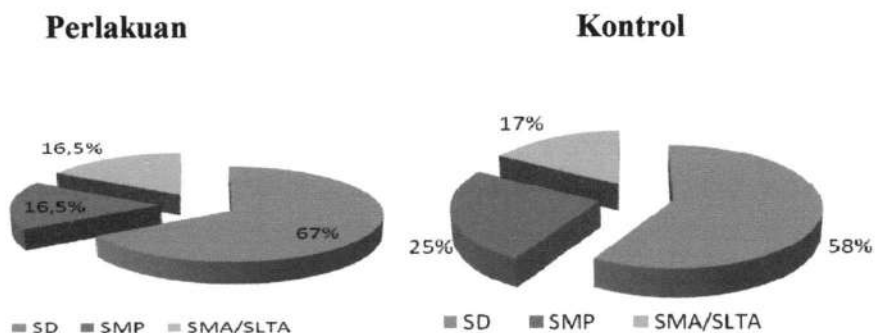
2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



Gambar 5.2 Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan jenis kelamin di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan maupun kontrol berjenis kelamin perempuan sebanyak 10 orang (83%) dan laki-laki sebanyak 2 orang (17%) .

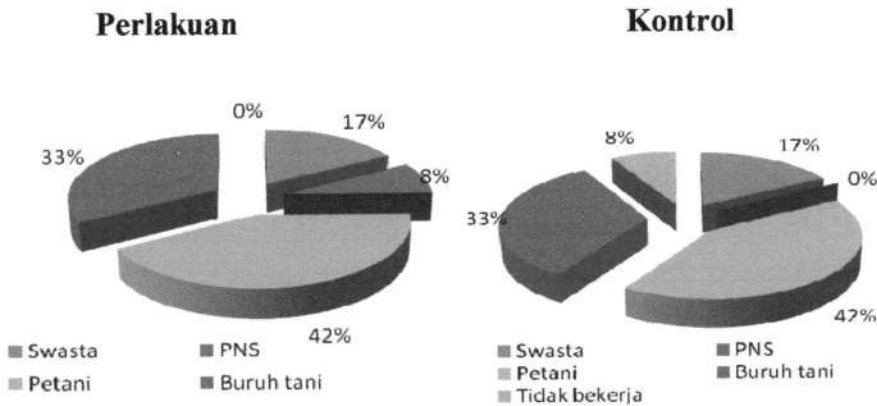
3. Distribusi responden berdasarkan pendidikan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



Gambar 5.3 Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan pendidikan di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.3 menunjukkan sebagian besar pada kelompok perlakuan pendidikan yaitu SD sebanyak 8 orang (67%). Kelompok kontrol lebih dari 50% pendidikannya SD sebanyak 7 orang (58%).

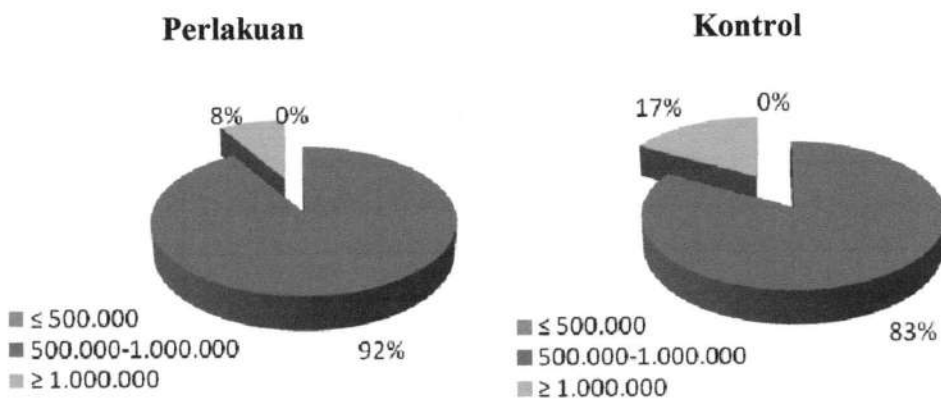
4. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



Gambar 5.4 Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan pekerjaan di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.4 menunjukkan pada kelompok perlakuan berdasarkan pekerjaannya sebagai besar pekerjaannya sebagai petani sebanyak 5 orang (42%). Kelompok kontrol sebagian besar bekerja sebagai petani sebanyak 5 orang (42%).

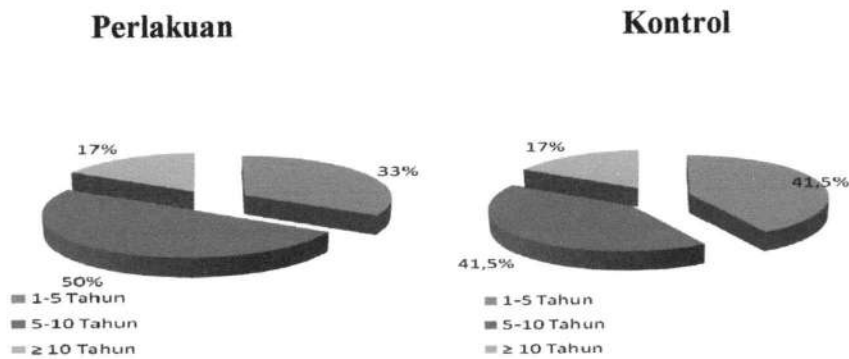
5. Distribusi responden berdasarkan penghasilan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



Gambar 5.5 Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan penghasilan di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.5 menunjukkan mayoritas pada kelompok perlakuan penghasilannya 500.000-1.000.0000 sebanyak 11 orang (92%). Kelompok kontrol sebagian besar penghasilannya 500.000-1.000.0000 sebanyak 10 orang (83%).

6. Distribusi responden berdasarkan lama menderita hipertensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

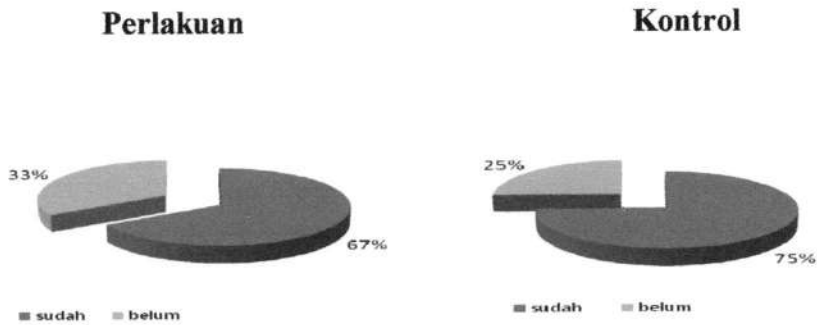


Gambar 5.6 Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan lama menderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.6 menunjukkan sebagian besar pada kelompok perlakuan berdasarkan lama menderita hipertensi 5-10 tahun sebanyak 6 orang (50%). Pada kelompok kontrol berdasarkan lama menderita 1-5 tahun dan 5-10 tahun sebanyak 5 orang (41,5%).



7. Distribusi responden berdasarkan sumber informasi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

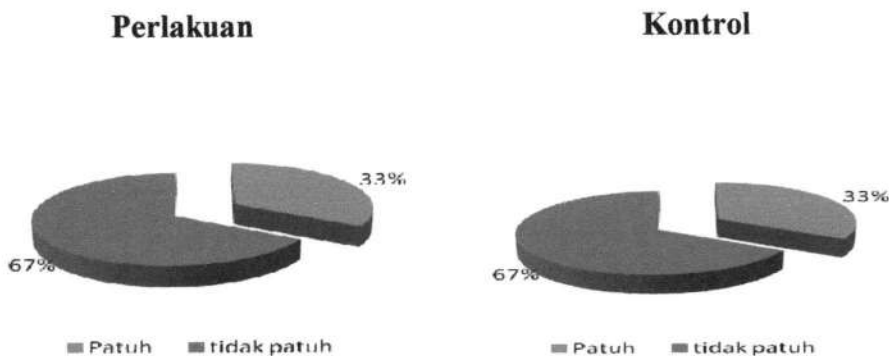


Gambar 5.7 Diagram pie distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan sumber informasi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.6 menunjukkan sebagian besar responden pada kelompok perlakuan sudah pernah memperoleh informasi tentang diit sebanyak 8 orang (67%). Kelompok kontrol sebagian besar sudah pernah memperoleh informasi tentang diit sebanyak 9 orang (75%).

#### 5.1.2 Data khusus

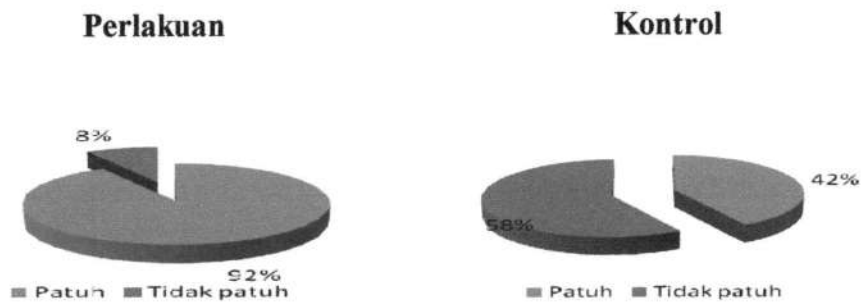
1. Kepatuhan diit sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok



Gambar 5.8 Diagram pie kepatuhan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok antara kelompok perlakuan dan kontrol di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.8 menunjukkan sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok, baik kelompok perlakuan dan kontrol sebagian besar tidak patuh menjalankan diit hipertensi sebanyak 8 orang (67%) dan patuh menjalankan diit sebanyak 4 orang (33%).

2. Kepatuhan diit sesudah diberikan pendidikan kesehatan kelompok pada penderita hipertensi



Gambar 5.9 Diagram pie kepatuhan responden sesudah diberikan pendidikan kesehatan kelompok antara kelompok perlakuan dan kontrol di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar 5.9 menunjukkan mayoritas responden pada kelompok perlakuan patuh menjalankan diit hipertensi setelah diberikan pendidikan kesehatan kelompok sebanyak 11 orang (92%). Kelompok kontrol lebih dari 50% responden tidak patuh menjalankan diit hipertensi sesudah diberikan brosur sebanyak 7 orang (58%).

3. Pengaruh pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi

Tabel 5.1 Data kepatuhan diet hipertensi pada penderita hipertensi dan uji statistik pada kelompok perlakuan dan kontrol di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja Puskesmas Megaluh tanggal 9 Januari s/d 23 Januari 2011

No	Perlakuan				Kontrol			
	Sebelum		Sesudah		Sebelum		Sesudah	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patuh	4	33%	11	92%	4	33%	5	42%
Tidak patuh	8	67%	1	8%	8	67%	7	58%
Total	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%
Mean	1,67		1,08		1,67		1,58	
SD	0,492		0,289		0,492		0,515	
<i>Mc Nemar</i> $\rho = 0,016$					<i>Mc Nemar</i> $\rho = 1,000$			
<i>Fisher exact test</i> $\rho = 0,027$								

Dari tabel 5.1 dengan menggunakan uji *Mc Nemar* pada kelompok perlakuan didapatkan ( $\rho = 0,016$ ) artinya  $H_1$  diterima menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet hipertensi dan pada kelompok kontrol didapatkan ( $\rho = 1,000$ ) artinya  $H_0$  diterima menunjukkan bahwa tidak ada perubahan yang signifikan setelah diberikan brosur terhadap kepatuhan diet hipertensi. Setelah di uji dengan menggunakan uji *Fisher exact test* untuk mengetahui perbedaan kepatuhan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah mendapat intervensi didapatkan hasil  $\rho = 0,027$  yang artinya terdapat pengaruh yang signifikan pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi.

## 5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil sebagian besar responden baik kelompok perlakuan maupun kontrol tidak patuh menjalankan diit hipertensi sebanyak 8 orang (67%). Keadaan ini didukung oleh faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan responden menjalankan diit hipertensi diantaranya : 1) pemahaman tentang instruksi, 2) tingkat pendidikan, 3) Kesakitan dan pengobatan, 4) Keyakinan, sikap dan kepribadian, 5) dukungan keluarga, 6) tingkat ekonomi, 7) dukungan sosial, 8) perilaku sehat, 9) Dukungan profesi keperawatan atau petugas kesehatan (Niven, 2002).

Faktor-faktor lain sesuai karakteristik demografi yang mempengaruhi ketidakpatuhan responden sebelum diberikan perlakuan baik kelompok perlakuan dan kontrol adalah sebagian besar pendidikannya adalah SD yaitu (67%) kelompok perlakuan dan (58%) kelompok kontrol. Selain itu berdasarkan usia sebagian besar responden berusia 50-59 tahun (58%) baik kelompok perlakuan maupun kontrol. Menurut Singgih D. Gunarso (1990) mengemukakan bahwa semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur–umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun, dengan demikian dapat disimpulkan faktor umur akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang yang akan mengalami puncaknya pada umur–umur tertentu dan akan menurun kemampuan penerimaan atau mengingat sesuatu seiring dengan usia semakin lanjut. Karena sebagian besar (67%) responden pendidikannya SD dan usianya 50-59 tahun dalam memberikan informasi tidak cukup satu kali dan bersifat satu arah saja perlu diberikan informasi tentang diit secara jelas. Oleh karena itu

peneliti tidak hanya memberikan pendidikan kesehatan saja tetapi juga diskusi kelompok agar responden lebih mengerti dan jelas.

Selain pendidikan dan usia sebagian besar responden sudah pernah memperoleh informasi secara lisan dari petugas kesehatan tetapi belum jelas atau mengerti tentang diit hipertensi secara jelas. Saat ditanya tentang diit tahu tidak boleh mengkonsumsi makanan yang terlalu banyak garam, tetapi jenis makanan seperti apa yang boleh dimakan belum mengerti. Hal ini bisa terjadi salah pemahaman tentang intruksi antara penderita dan petugas kesehatan sehingga penderita tidak patuh menjalankan diit sesuai yang dianjurkan. Untuk itu peneliti mengadakan pendidikan kesehatan kelompok dan diskusi kelompok agar tidak terjadi salah pemahaman tentang instruksi antara penderita dan petugas kesehatan yang nantinya penderita patuh menjalankan diit hipertensi dalam menurunkan tekanan darahnya. Dari hasil observasi dan kuesioner sebagian besar responden masih suka makan asin dan setiap hari lebih dari 2 mg atau  $\frac{1}{2}$  sendok teh mengkonsumsi garam. Hal tersebut adalah yang memicu meningkatnya tekanan darah.

Menurut Niven (2002) mengungkapkan derajat ketidakpatuhan itu ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu: kompleksitas prosedur pengobatan, derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan, lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi program tersebut, apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan, apakah pengobatan itu berpotensi menyelamatkan hidup, keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan bukan petugas kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian 50% responden kelompok perlakuan lama menderita 5-10 tahun, kelompok kontrol sebesar 41,5% lama menderita

hipertensi 5-10 tahun. Pada penderita hipertensi tidak akan bisa sembuh tetapi hanya bisa mencegah resiko terjadi komplikasi, karena sebagian besar penderita lebih dari 5 tahun menderita hipertensi bosan patuh menjalankan diit hipertensi. Sebagai petugas kesehatan harus tetap berkomunikasi dan memberikan informasi yang terbaru dengan baik sehingga penderita tidak merasa bosan dan pengetahuannya bertambah mendorong berperilaku sehat mematuhi diit hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden setelah diberikan pendidikan kesehatan kelompok pada kelompok perlakuan patuh menjalankan diit hipertensi sebanyak 11 orang (98%), sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan brosur tentang jenis makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan pada penderita hipertensi tidak ada perubahan yang signifikan merubah tingkat kepatuhan dalam menjalankan diit hipertensi.

Menurut Notoatmodjo (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan antara lain : pengetahuan, sikap, tindakan, motivasi dari petugas kesehatan. Menurut Tylor (1990); Sarafino (1990) dan Ley (1992) yang dikutip Smet (1994) menyatakan bahwa peranan para ahli di dalam perilaku kepatuhan sering diremehkan. Salah satunya strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara perawat dan pasien. Dengan adanya komunikasi pasien bisa mendapatkan informasi sehingga tingkat pengetahuan pasien akan meningkat.

Untuk menambah pengetahuan perlu memberikan informasi secara jelas kepada penderita agar tidak terjadi salah pemahaman. Selain dari penderita sebagai petugas kesehatan harus mampu berkomunikasi secara baik dalam

memberikan pendidikan kesehatan tentang diet hipertensi. Setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan banyak mengalami perubahan dalam mematuhi makanan yang dianjurkan. Dapat disimpulkan dengan memberi informasi kepada responden secara jelas dapat merubah kepatuhan penderita.

Berdasarkan hasil penelitian pada kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan kelompok 7 penderita mengalami perubahan dari tidak patuh menjadi patuh menjalankan diet hipertensi. Pada kelompok kontrol hanya satu penderita yang mengalami perubahan dari tidak patuh menjadi patuh menjalankan diet hipertensi. Berdasarkan WHO (1954) yang dikutip Machfoedz (2007) tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Dapat disimpulkan orang yang diberikan pendidikan kesehatan kelompok dapat merubah seseorang untuk berperilaku sehat dengan mematuhi diet hipertensi.

Berdasarkan analisis menunjukkan ada pengaruh pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diet  $p = 0,027$ . Adapun hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan pada kelompok perlakuan adalah adanya pemberian pendidikan kesehatan kelompok dan diskusi kelompok yang tidak hanya satu arah saja dalam memberikan informasi tetapi dua arah (Notoatmodjo, 2007). Selain itu responden dapat bertukar pengalaman antara responden satu dengan yang lainnya. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perubahan yang cukup signifikan karena sebagian besar pendidikannya adalah SD meskipun sudah diberi brosur tidak dapat merubah responden menjadi patuh.

Faktor lainnya adalah sosial ekonomi responden yang sebagian besar penghasilannya 500.000-1.000.000 sebesar (92%) kelompok perlakuan dan (83%)

kelompok kontrol. Disini tidak ada hambatan dalam memenuhi diit hipertensi responden mampu memenuhi sesuai diit dianjurkan jika setelah diberikan pendidikan kesehatan kelompok dapat mematuhi.

Menurut Dinicola dan DiMatteo (1984) dikutip oleh Niven N, (2002) untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien, diantaranya: mengembangkan tujuan kepatuhan, perilaku sehat, kognitif, dukungan sosial, dukungan dari professional kesehatan. Menurut Notoatmodjo (2007) bahwa untuk merubah perilaku sehat dikelompokkan menjadi tiga yaitu menggunakan kekuatan, pemberian informasi dan diskusi partisipasi, oleh karena itu untuk menambah pengetahuan penderita dengan memberikan informasi baik secara individu maupun kelompok.

Penelitian ini peneliti memberikan informasi dengan cara pendidikan kesehatan kelompok, akan terjadi proses pembelajaran yang dapat mempengaruhi persepsi responden tentang menjalankan diit hipertensi. Sehingga terjadi perubahan perilaku terjadi secara sadar, berkesinambungan, positif, bersifat menetap yang mencakup seluruh aspek tingkah laku penderita dapat berperilaku sehat patuh dalam menjalankan diit hipertensi. Selain dari bertambahnya pengetahuan penderita dengan diadakan pendidikan kesehatan kelompok akan terjadi bertukar pengalaman antar penderita yang sudah patuh menjalankan diit hipertensi dan yang tidak patuh. Hal tersebut orang yang belum patuh akan mendapatkan dukungan penderita yang patuh menjalankan diit hipertensi



## **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini akan menyajikan kesimpulan dan saran sesuai dengan tujuan penelitian.

#### **6.1 Kesimpulan**

1. Sebagian besar pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum diberikan pendidikan kesehatan kelompok responden tidak patuh menjalankan diit hipertensi.
2. Sebagian besar responden patuh dalam menjalankan diit hipertensi pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perubahan kepatuhan menjalankan diit hipertensi.
3. Pendidikan kesehatan kelompok dapat meningkatkan kepatuhan menjalankan diit pada penderita hipertensi.

#### **6.2 Saran**

1. Pemberian pendidikan kesehatan kelompok dapat meningkatkan tingkat kepatuhan penderita dalam menjalankan diit hipertensi, sehingga perlu diprogramkan secara terjadwal setiap satu bulan sekali untuk memberikan pendidikan kesehatan kelompok.
2. Diharapkan bagi pemberi pendidikan kesehatan khususnya perawat kesehatan komunitas sebagai alat intervensi dalam keperawatan komunitas dapat melanjutkan pendidikan kesehatan kelompok bagi penderita

hipertensi untuk meningkatkan kepatuhan diit sesuai ketentuan untuk menurunkan tekanan darah agar terhindar dari komplikasi hipertensi.

3. Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang kepatuhan penderita hipertensi dalam menjalankan diit hipertensi dapat menstabilkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Dan mendapatkan jumlah sampel yang lebih banyak dan menggunakan instrumen yang baku agar mendapatkan hasil yang lebih baik.
4. Setelah diberikan pendidikan kesehatan kelompok agar selalu mencari informasi terkini tentang penatalaksanaan penyakit hipertensi baik dipelayanan kesehatan, media elektronik maupu media cetak.

# DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier S, (2004). *Penuntun Diet*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, hal : 102-110
- Arikunto, (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : PT. Rineka Cipta, hal: 109
- Arnilawaty, dkk, (2007). *Hipertensi Dan Faktor Resikonya Dalam Kajian Epidemiologi*. Online pada <http://www.wordpress.com>. Tanggal 20 November 2010. Jam 23.00
- Bruner, Suddarrth, (2002). *Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta : EGC, hal: 113
- Carpenito, L,(2000). *Diagnosa Keperawatan Aplikasi Pada Praktek Klinis*.Edisi ke-6. Jakarta : EGC, hal: 102
- Doenges, Marilyn E, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3 (terjemahan). Jakarta : EGC, hal: 216
- Gray, dkk, (2002). *Kardiologi*. Jakarta : Erlangga, hal: 136-140
- Gunawan, Lany, (2001). *Hipertensi*. Jakarta : PT.Gramedia Pustaka Utama, hal:30-35
- Joewono, B.S, (2003). *Ilmu Penyakit Jantung*. Surabaya : Airlangga University Press, hal:87-94
- Machfoedz I, Suryani E, (2007). *Pendidikan kesehatan Bagian Dari Promosi kesehatan masyarakat*. Yogyakarta : Fitramaya, hal: 5-20
- Niven, Neil, (2002). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : EGC, hal: 75-87
- Notoatmodjo, S,(2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT. Rineka Cipta, hal: 90-120
- Notoatmodo, S,(2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : A Mahasatya, hal:72
- Notoatmodjo, (2010). *Teori Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 84
- Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Raya, hal: 93-96

- Nursalam, (2008). **Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan**. Jakarta: Salemba, hal: 125-127
- Saifudin, (2005). **Sikap Manusia**. Yogyakarta: Pustaka belajar, hal: 53 – 58.
- Saraswati S, (2009). **Diet Sehat Untuk Penyakit Asam Urat, diabetes, Hipertensi, dan Stroke**. Jogja 70 A Plus Books, hal: 117-129
- Simbolon, dkk, (2008). **Tekanan Darah**. Jakarta: Dian Rakyat, hal: 53
- Sugiyono, (2005). **Statistika untuk Penelitian**. Bandung :Alfabeta, hal: 151
- Sugiyono, (2007). **Statistika Untuk Penelitian**. Bandung: CV Alfabeta, hal: 135
- Sunarto dan Riduwan. 2009. **Pengantar Statistik**. Bandung : Alfabeta, hal: 155
- Suparyanto. (2010). **Konsep Kepatuhan**. Online pada [www.dr-Suparyatno.com](http://www.dr-Suparyatno.com). Tanggal 25 November 2010. Jam 22.00
- Sustraini L, dkk, (2005). **Hipertensi**. Jakarta : Gramedia Tustaka Utama, hal: 25-27
- Sulistyo. (2010). **SPSS 17**. Yogyakarta : Cakrawala, hal: 86

# LAMPIRAN



Surabaya, 5 Januari 2011

Nomor : 2665 /H3.1.12/PPd/2010  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Jombang  
di –  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Desy Siswi Anjar Sari  
NIM : 130915207  
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok Terhadap Kepatuhan  
Diit Pada Penderita Hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum  
Wilayah Kerja Puskesmas Megaluh Jombang  
Tempat : Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah Kerja Puskesmas  
Megaluh Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP : 196611212000032001

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Megaluh Jombang
2. Kepala Desa Dukuharum Megaluh Jombang





PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG  
**DINAS KESEHATAN**  
JL. KH. WAHID HASYIM 131 TELP. (0321) 866197  
JOMBANG

Jombang, 07 Januari 2011

Nomor : 441.7/ 0107 /415.25/2011  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : **Ijin Penelitian**

Kepada  
Yth. **Kepala Puskesmas Megaluh**  
Kecamatan Megaluh  
di  
J o m b a n g

Menindaklanjuti Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor : 2665/H3.1.12/PPd/2010, tanggal 5 Januari 2011 perihal permohonan bantuan fasilitas penelitian mahasiswa PSIK-FKP Unair. Maka dengan ini mohon berkenan Puskesmas saudara sebagai tempat penelitian mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Adapun nama mahasiswanya adalah :

Nama : **Desy Siswi Anjar Sari**

Nomor Induk : 130915207

J u d u l : Pengaruh pendidikan kesehatan kelompok terhadap kepatuhan diit pada penderita hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum wilayah kerja Puskesmas Megaluh Jombang

Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan  
- Segala sesuatu yang terkait dengan kegiatan / pembimbingan di lapangan agar dimusyawarahkan bersama mahasiswa yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan banyak terima kasih.

A.n KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JOMBANG



dr. HERI WIBOWO, M.Kes.

Pembina

NIP. 19650812 199103 1 012

Tembusan Yth.:

1. Dekan Fak Keperawatan Unair Surabaya
2. Mahasiswa yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPTD PUSKESMAS MEGALUH**  
**JALAN RAYA MEGALUH NO .24 TELP ( 0321 ) 888513**  
**KECAMATAN MEGALUH**  
Kode Pos 61457

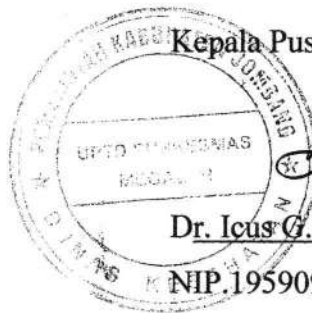
Nomor : 441.7 / // /415.25.13/2011  
Sifat : penting  
Lamp : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Megaluh, 16 Januari 2011  
Kepada  
Yth. Kepala Dinas kesehatan  
Kabupaten Jombang  
Di  
Jombang

Menindak lanjuti surat dari Dinas Kesehatan No. 441.0107/415.25/2010 tgl 06 Januari 2011 perihal pada pokok surat maka kami tidak keberatan untuk memberikan ijin penelitian di Puskesmas Megaluh kepada Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya an :

Nama : Desy Siswi Anjar Sari  
No Induk : 130915207

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan banyak terima kasih.



Kepala Puskesmas Megaluh

Dr. Icus G. Marsudi M.Kes.

NIP.19590914 198803 1 008

Tembusan Yth. :

1. Dekan Fak Keperawatan Unair Surabaya
2. Mahasiswa yang bersangkutan



**PEMERINTAHAN KABUPATEN JOMBANG**  
**KECAMATAN MEGALUH**  
**DESA DUKUHARUM**

**SURAT PERNYATAAN**  
**TELAH MELAKUKAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Didik Purwanto

Jabatan : Kepala Desa

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Desy Siswi Anjar Sari

NIM : 130915207

Jabatan : Mahasiswa S1 keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Telah melakukan penelitian dengan judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok terhadap Diit pada Penderita Hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja puskesmas megaluh kabupaten Jombang. Mulai tanggal 9 Januari 2011 sampai dengan 23 Januari 2011.

Demikian Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana semestinya.

Jombang, 23 Januari 2011  
Kepala Desa  
KEPALA DESA  
DUKUHARUM  
KECAMATAN MEGALUH  
Didik Purwanto

Lampira 5

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Desy Siswi Anjar Sari

NIM : 130915207

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul **Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok terhadap Diit pada Penderita Hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja puskesmas megaluh kabupaten Jombang.**

Tujuan penelitian adalah untuk menganalisa Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok terhadap Diit pada Penderita Hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja puskesmas megaluh kabupaten Jombang , untuk itu kami mengharap kesediaan bapak / ibu untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Kesedian Bapak / Ibu adalah suka rela, data yang diambil dan disajikan nanti bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama Bapak / Ibu.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak / Ibu saya ucapkan terima kasih.

Jombang, Januari 2011

Hormat saya

Desy Siswi Anjar Sari

## Lampiran 6

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Desy Siswi Anjar Sari, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok terhadap Diit pada Penderita Hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja puskesmas megaluh kabupaten Jombang. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini menunjukkan bahwa saya telah di berikan informasi tentang penelitian ini.

Jombang, Januari 2011

Responden

-----

(Tanda Tangan)

## Lampiran 7

**LEMBAR PENGUMPULAN DATA**  
**Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kelompok terhadap Diit pada Penderita**  
**Hipertensi di Dusun Glagaharum Desa Dukuharum Wilayah kerja**  
**puskesmas megaluh kabupaten Jombang**

Kode Responden : (diisi oleh peneliti)

Nama (inisial) :

Umur : .....

Tekanan Darah : mmHg

Lama menderita :

Petunjuk Pengisian

Berikan tanda silang (  $\checkmark$  ) pada pilihan yang anda anggap benar pada pertanyaan dengan pilihan jawaban

**A. Data Demografi responden**

1. Pendidikan terakhir ....

1. SD

Diisi oleh peneliti

2. SMP

3. SMA/SLTA

2. Jenis Kelamin

1. Laki-laki

2. Perempuan

3. Pekerjaan saat ini

1. Swasta

2. PNS/ABRI/POLRI

3. Petani

4. Buruh Tani

5. Tidak bekerja

4. Penghasilan perbulan

1.  $\leq$  500.000

2. 500.000-1.000.000

3.  $\geq$  1.000.000

5. Sudah pernah mendapatkan informasi tentang diit hipertensi sebelumnya

1. Sudah

2. Belum

**B. Kepatuhan Diet**

1. Apakah anda mengkonsumsi makanan 3 kali dalam sehari ?   
 Ya   
 Tidak
2. Apakah menu makanan anda terdiri dari nasi, lauk dan sayur ?   
 Ya   
 Tidak
3. Apakah dalam satu minggu ini anda mengkonsumsi salah satunya   
makanan ini : tempe, daging, telur hanya satu biji dalam sehari-harinya ?   
 Ya   
 Tidak
4. Apakah dalam satu minggu ini makanan yang anda konsumsi   
menggunakan garam dapur lebih dari  $\frac{1}{2}$  sendok teh (2 gr) ?   
 Ya   
 Tidak
5. Apakah dalam satu minggu ini anda mengkonsumsi makanan salah satu   
makanan berikut ini: Abon, ikan asin, ikan kaleng, udang kering, telur asin,  
kecap, petis, saos tomat dan terasi ?   
 Ya   
 Tidak
6. Apakah dalam dalam satu minggu ini anda mengkonsumsi salah satu   
makanan berikut ini : jerohan (hati, ginjal), kuning telur, mentega,  
margarin, santan kental (kare/ gule/ lodeh)?   
 Ya

Tidak

7. Apakah dalam sehari anda mengkonsumsi buah-buahan segar (minimal salah satu) : jambu biji,semangka, pepaya, apel, pisang, belimbing, sirsak dan jeruk?

Ya

Tidak

8. Apakah anda satu minggu ini memasak menggunakan vitsin, dan makan-makanan mengandung baking powder , soda ?

Ya

Tidak

9. Apakah satu minggu ini anda mengkonsumsi sayuran salah satunya sebagai berikut ini : sayuran dalam kaleng, sawi asin, asinan, acar ?

Ya

Tidak

10. Apakah dalam sehari selama satu minggu ini anda mengkonsumsi minuman berikut (minimal salah satu ) : kopi, coklat dan merokok bagi penderita laki-laki ?

Ya

Tidak



**LEMBAR OBSERVASI**

No.	Jenis Makanan	Hari ke 1		Hari ke 2		Hari ke 3		Hari ke 4		Hari ke 5		Hari ke 6		Hari ke 7	
		YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK
1 SKRIPSI	Penggunaan garam dapur hari ini apakah hanya 1/2 sendok teh														
2	Selain garam apakah hari ini saat memasak menggunakan Vitsin Jika Ya berapa banyak.....														
3 PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN...	Makan Daging 2 potong sedang														
4	Makan Buah-buahan yang segar														
5	Minum kopi														
6	Merokok														
7	Telur 1 butir														
8	Makan makanan kaleng														
9	Ikan asin														
10	Terasi														
11	petis														
12	Makan sayur-sayuran segar														
13	Makan mentimun														
14	Makan seledri														
15	Makan 3 pring nasi sehari														
16 DESY SISWI ANJAR SARI	Makan makanan kacang-kacangan diolah tanpa garam dapur														

17	Makan Makanan mengandung garam :telur asin, udang kering, pindang, abon																				
18	Makan kue yang mengandung baking powder dan soda																				
19	Makan jeroan( hati, ginjal)																				
20	Minyak goreng dan mentega tanpa garam																				
JUMLAH SKOR																					

## Lampiran 8

**SATUAN ACARA PENDIDIKAN KESEHATAN**

Topik	: Hipertensi
Sasaran	: Penderita Hipertensi di Dusun glagaharum Desa Dukuharum Megaluh
Tempat	: Balai Desa Desa Dukuharum Megaluh
Waktu	: 50 Menit

**I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan kelompok penderita hipertensi di Dusun glagaharum Desa Dukuharum Megaluh Jombang, memahami tentang penyakit hipertensi terutama diit hipertensi.

**II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS**

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan kelompok, maka penderita hipertensi diharapkan:

1. Memahami Pengertian hipertensi
2. Memahami konsep dasar hipertensi
3. Memahami penatalaksana hipertensi
4. Memahami pengertian diit hipertensi
5. Memahami tujuan diit hipertensi
6. Memahami macam-macam diit hipertensi
7. Memahami jenis makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada penderita hipertensi
8. Memahami contoh bahan makanan yang diberikan sehari pada penderita hipertensi.

### III. MATERI

1. Definisi Hipertensi
2. Konsep Hipertensi ( penyebab, tanda dan gejala, komplikasi)
3. Penatalaksana Hipertensi
4. Pengertian diit Hipertensi
5. Tujuan diit hipertensi
6. Macam-macam diit hipertensi
7. Jenis makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada penderita hipertensi
8. Bahan makanan yang diberikan sehari pada penderita hipertensi

### IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab

### V. KEGIATAN

NO	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN
1.	Pembukaan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perkenalan</li> <li>2. Menjelaskan tujuan kegiatan pendidikan kesehatan</li> <li>3. Menanyakan sejauh mana pemahaman diit hipertensi</li> </ol>
2.	Penyampaian materi	20 menit	Menjelaskan tentang: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengertian Hipertensi</li> <li>2) Konsep Hipertensi (penyebab, tanda dan gejala, komplikasi)</li> <li>3) Penatalaksana Hipertensi</li> <li>4) Pengertian diit Hipertensi</li> </ol>

- 
- |    |             |  |  |
|----|-------------|--|--|
|    |             | 5) Tujuan diit hipertensi  |  |
|    |             | 6) Macam-macam diit hipertensi   |  |
|    |             | 7) Jenis makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada penderita hipertensi. |  |
|    |             | 8) Bahan makanan yang diberikan sehari pada penderita hipertensi                 |  |
| 3. | Tanya jawab | 10 menit   | 1. Memberi kesempatan untuk bertanya.                                      |
| 4. | Penutup     | 10 menit   | 1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan<br>2. Memberikan salam penutup |
- 

## VI. EVALUASI

### Kriteria Evaluasi

#### 1. Evaluasi struktur

- 1) Peserta hadir ditempat yang sudah ditentukan untuk pendidikan kesehatan 100%
- 2) Pendidikan kesehatan dilaksanakan di Balai Desa Desa Dukuharum
- 3) Sarana dan prasarana memadai

#### 2. Evaluasi peserta

- 1) Peserta memperhatikan terhadap materi pendidkan kesehatan
- 2) Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan samapi

selesai.

- 3) Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar

### 3. Evaluasi Hasil

- 1) Penderita memahami tentang diet hipertensi.
- 2) Jumlah penderita yang hadir dalam pendidikan kesehatan sesuai yang diharapkan.
- 3) Kegiatan berjalan sesuai dengan tujuan yang dicapai
- 4) Tidak ada yang gangguan

## VII. SARANA

1. Lokasi memadai
2. Jumlah kursi sesuai dengan jumlah penderita yang hadir

## VIII. MEDIA

1. Lembar balik
2. Leaflet

## IX. SUMBER PUSTAKA

- Almatsier S, (2004). *Penuntun Diet*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, hal: 102-110
- Sustraini L, dkk, (2005). *Hipertensi*. Jakarta : Gramedia Tustaka Utama, hal: 25-27
- Saraswati S. (2009). *Diet Sehat Untuk Penyakit Asam Urat, diabetes, Hipertensi, dan Stroke*. Jogjakarta : A Plus Books, hal: 117-129

## X. PENGORGANISASIAN

- Pembicara : Desy Siswi Anjar Sari
- Observasi : Bidan Desa (Purwaningsih)

## MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN

### HIPERTENSI

#### 1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi didefinisikan oleh *Joint National Committee On Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC)* sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, mempunyai rentang dari tekanan darah normal tinggi sampai hipertensi maligna. Keadaan ini dikategorikan sebagai primer atau esensial (Doenges, 2000).

Klasifikasi tekanan darah JNC VI

**Klasifikasi dari JNC-VI  
tentang Tekanan Darah pada Orang Dewasa  
Berusia 18 tahun dan lebih**

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal-tinggi	130-139	85-89
<b>Hipertensi</b>		
Stadium I	140-159	90-99
Stadium II	160-179	100-109
Stadium III	>180	>110

Sumber : JNC VI, yang dikutip dari Saraswati S (2009) .

#### 2. Konsep Hipertensi

##### Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi dua golongan, yaitu :

##### 1. Hipertensi esensial atau hipertensi primer

Menurut Gray, dkk (2002). Merupakan 95% dari kasus- kasus hipertensi

yang tidak diketahui penyebabnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi jenis ini adalah :

- a. Genetik.
  - b. Geografi dan lingkungan
  - c. Janin
  - d. Jenis Kelamin
  - e. Natrium
2. Hipertensi Sekunder atau hipertensi renal
- a. Penyakit parenkim ginjal sebanyak 3%
  - b. Penyakit renovaskuler sebanyak 1%
  - c. Endokrin
  - d. Hipertensi yang berkaitan dengan kehamilan

#### Faktor resiko Hipertensi

Menurut Sustrani (2005), ada beberapa faktor resiko terjadinya Hipertensi, diantaranya :

1. Pria.
2. Berusia, yaitu usia 45 tahun keatas.
3. Dari keluarga hipertensi
4. Menderita diabetes militus
5. Punya kadar kolesterol darah yang tinggi.
6. Obesitas atau kegemukan
7. Menyukai makanan dengan kadar garam tinggi atau makanan asin
8. Gaya hidup penuh stress.
9. Merokok



10. Menderita gangguan jantung

11. Diastoliknya >115 mmHg

Gejala penyakit hipertensi

Gejala-gejala hipertensi bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya (Sustrani, 2005), gejala-gejala tersebut adalah

1. Sakit kepala
2. Jantung berdebar-debar
3. Sulit bernafas setelah bekerja keras atau mengangkat beban berat
4. Mudah lelah
5. Penglihatan kabur
6. Wajah memerah
7. Hidung berdarah
8. Sering buang air kecil, terutama di malam hari
9. Telinga berdenging (*tinnitus*)
10. Dunia terasa berputar (*vertigo*)

Komplikasi

Hipertensi menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius, karena jika tidak terkendali akan berkembang dan menimbulkan komplikasi yang berbahaya. Komplikasi tersebut adalah

1. Penyakit jantung koroner dan arteri

Ketika usia bertambah lanjut, seluruh pembuluh darah di tubuh akan semakin mengeras, terutama di jantung, otak dan ginjal. Hipertensi sering diasosiasikan dengan kondisi arteri yang mengeras ini.

## 2. Payah jantung

Payah jantung (*Congestive Heart Failure*) adalah kondisi dimana jantung tidak mampu lagi memompa darah yang dibutuhkan tubuh. Kondisi ini terjadi karena kerusakan otot jantung atau sistem listrik jantung.

## 3. Stroke

Hipertensi adalah faktor penyebab utama terjadinya stroke, karena tekanan darah yang selalu tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadi pecah. Jika hal ini terjadi pada pembuluh darah di otak, maka terjadi perdarahan otak yang dapat berakibat kematian. Stroke juga dapat terjadi akibat sumbatan dari gumpalan darah yang macet di pembuluh darah yang sudah sempit.

## 3. Penatalaksanaan Hipertensi

### 1. Pengobatan farmakologi

Tujuan utama pengobatan penderita dengan hipertensi adalah tercapainya penurunan maksimum resiko total morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler. Selain itu tujuan pengobatan antihipertensi harus mengembalikan tekanan darah menjadi normal atau optimal (Joewono, 2003).

### 2. Pengobatan non farmakologi

Menurut Joewono (2003) ada beberapa strategi penatalaksanaan hipertensi non farmakologi, diantaranya :

- a. Berhenti merokok
- b. Penurunan berat badan
- c. Penurunan diit garam

- e. Perubahan diit yang komplek
- f. Peningkatan aktivitas fisik
- g. Penanganan faktor psikologi dan stress

#### 4. Pengertian diit Hipertensi

Diet adalah satu cara untuk mengatasi hipertensi tanpa efek samping yang serius, karena metode pengendaliaanya yang alami. Pada diit hipertensi jangalah diartikan sebagai diit ketat seperti yang biasa dilakukan banyak orang untuk menjadi langsing, tetapi yang perlu diwaspadai adalah asupan zat-zat pemicu naiknya tekanan darah, terutama garam.

#### 5. Tujuan diet hipertensi :

Tujuan utama diet hipertensi adalah untuk menyesuaikan dan atau mengurangi jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat :

1. Menurunkan tekanan darah hingga normal.
2. Menurunkan berat badan, bila penderita terlalu gemuk
3. Membantu mengurangi timbunan cairan dan garam.

#### 6. Macam diit hipetensi

##### 1) Diit garam rendah

Yang dimaksud dengan garam dalam diet garam rendah adalah garam natrium seperti yang terdapat di dalam garam dapur (NaCl), soda kue (NaHCO<sub>3</sub>), Baking powder, natrium benzoate, dan vetsin (mono sodium glutamat).

##### (1) Tujuan diit garam rendah

Adalah membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.

(2) Syarat diit garam rendah adalah

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

(3) Macam diit dan indikasi pemberian

Diit garam rendah diberikan kepada pasien dengan edema atau asites dan hipertensi. Diit ini mengandung cukup zat-zat gizi sesuai dengan keadaan penyakit dapat diberikan berbagai tingkat diit garam rendah.

Macam diit garam rendah :

1) Diit garam rendah I (200-400 mg Na)

Diit garam rendah I diberikan kepada pasien dengan hipertensi berat. Pada pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur . dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

2) Diit garam rendah II (600-800 mg Na)

Diit garam rendah II diberikan kepada pasien dengan hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari-hari sama dengan diit garam rendah I. pada pengolahan makanannya boleh menggunakan  $\frac{1}{2}$  sendok the garam dapur (2 gram). Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

3) Diit garam rendah III (1000-1200 mg Na)

Diit garam rendah III diberikan kepada pasien dengan hipertensi ringan. Pemberian makanannya boleh menggunakan 1 sendok the (4 gram) garam dapur.

## 2) Diit serat tinggi

Sumber-sumber makanan mengandung tinggi serat kasar yang diajurkan :

1. Sumber buah-buahan yang merupakan sumber vitamin C antara lain jeruk, papaya, jambu biji lokal, mangga, nanas, belimbing manis, rambutan, sirsak, srikaya, apel.
2. Sumber sayuran seperti kol, kol merah, paprika, dan cabai juga merupakan sumber vitamin C handal, jika disantap mentah, daun singkong, kacang panjang, jagung muda, pare, buncis, ketimun.
3. Sumber protein nabati seperti kacang tanah, kacang hijau, kacang kedelai.
4. Sumber karbohidrat seperti beras tumbuk/ merah, haverhout, roti *whole wheat*.

## 3) Perbanyak konsumsi makanan tinggi kalium

Penelitian menunjukkan bahwa dengan mengkonsumsi 3500 miligram kalium dapat membantu mengatasi kelebihan natrium, sehingga dengan darah yang ideal dapat dicapai kembali tekanan yang normal. Bekerja mengusir natrium dari senyawanya, sehingga lebih mudah dikeluarkan. Sumber kalium mudah didapatkan dari asupan sehari-hari seperti : seledri senyawa elektrolit penting yang dapat membantu meredam tekanan darah tinggi, pisang, jeruk, mentimun, belawah, semangka, melon, bengkoang, tomat, alpukat.

## 4) Perbanyak konsumsi makan tinggi magnesium

Kebutuhan magnesium menurut kecukupan gizi yang dianjurkan atau RDA (recommended Dietary Allowance) adalah sekitar 350 miligram,

tetapi belum dapat dipastikan berapa banyak magnesium yang dibutuhkan untuk mengatasi hipertensi. Sumber makanan adalah kacang tanah, bayam, kacang polong, dan makan laut. Makanlah alpukat yang kaya lemak sehat dan berlipah magnesium yang membantu menurunkan tekanan darah tinggi. Senyawa magnesium bekerja dengan cara mengendurkan dan membuat rileks otot-otot yang mengontrol pembuluh darah sehingga darah dapat mengalir bebas.

5) Menghentikan kebiasaan buruk

Menghentikan rokok, kopi dan alkohol dapat mengurangi beban jantung, sehingga jantung dapat bekerja dengan baik. Rokok dapat meningkatkan risiko kerusakan pembuluh darah dengan mengendapkan kolesterol pada pembuluh darah jantung koroner, sehingga jantung bekerja lebih keras. Sedangkan alkohol dapat memacu tekanan darah. Selain itu, kopi dapat memacu detak jantung.

6) Perbanyak konsumsi makanan tinggi kalsium

Jika selama ini gemar sayur asam dengan campuran buah melinjo dan daun mlijo diteruskan saja. Buah mlinjo segar memang kaya kalsium, begitu pula daun mudanya, sedangkan kulit buahnya kaya  $\beta$  karoten. Kombinasi ini baik untuk mengendalikan tekanan darah yang meningkat. Namun, hati-hati jika anda mengalami kelebihan asam urat karena mlinjo juga mengandung purin yang melimpah yang akan menghasilkan asam urat dalam tubuh. Makanan sumber kalsium adalah sayur-sayuran hijau (sawi, bayam, brokoli, daun papaya, daun singkong, dll), tahu, tawar, kacang-kacangan (kacang hijau, kacang merah, kacang tolo, kedelai).

## 7. Makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada penderita hipertensi

<b>Golongan Bahan Makanan</b>	<b>Makanan yang boleh diberikan</b>	<b>Makanan Yang Tidak Boleh Diberikan</b>
Sumber karbohidrat	Beras, kentang, singkong, terigu, tapioka, hunkwu, gula. Makanan yang diolah dari bahan makanan tersebut diatas tanpa garam dapur dan soda seperti : makaroni, mie bihun, roti, biskuit, kue kering.	Roti, biskuit dan kue-kue yang dimasak dengan garam dapur atau <i>baking powder</i> dan soda.
Sumber protein hewani maksimal 1 butir sehari	Daging dan ikan maksimal 100 gram sehari, telur maksimal 1 butir sehari.	Otak, ginjal, lidah, sardin, daging, ikan, susu dan telur yang diawet dengan garam dapur seperti daging asap, bacon, dendeng, abon, keju, ikan asin, ikan kaleng, kornet, udang kering, ebi, tahu asin, telur pindang.
Sumber protein nabati	Semua kacang-kacangan dan hasilnya yang diolah dan dimasak tanpa garam.	Keju, kacang tanah dan semua kacang-kacangan dan hasilnya yang dimasak dengan garam dapur dan ikatan natrium
Sayuran	Semua sayuran segar sayuran yang diawetkan tanpa garam dapur, natrium benzoat dan soda	Sayuran yang dimasak dan diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti sayuran dalam kaleng, sawi asin, asinan acar.
Buah-buahan	Semua buah-buahan segar, buah yang diawetkan tanpa garam dapur, natrium benzoat	Buah-buahan yang diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti

		buah dalam kaleng.
Lemak	Minyak goreng, margarin dan mentega tanpa garam	Margarin dan mentega biasa
Bumbu-bumbu	Semua bumbu-bumbu kering yang tidak mengandung garam dan tidak mengandung ikatan natrium. Garam dapat disesuaikan ketentuan untuk diet garam rendah II dan III	Garam dapur, soda kue, baking powder, vestin dan bumbu-bumbu yang mengandung garam dapur seperti : kecap, terasi, maggi, <i>tomato ketchup</i> , petis dan tauco
Minuman	Teh, air putih	Coklat, minuman ringan

#### 8. Bahan makanan yang diberikan sehari

No.	Jenis bahan makanan	Berat dalam gram	Ukuran Rumah tangga	Keterangan
1	Bahan makanan pokok Beras atau penekar	300	5 gelas nasi (3 piring)	Menu dalam satu hari
2	Lauk pauk Daging Telur ayam Tempe	100 50 100	2 potong sdg 1 butir 4 potong sdg	
3	Sayuran hijau Sayuran	200	2 mangkok	
4	Buah Pepaya	100	2 potong sdg	
5	Minyak	25	2 ½ sdm	
6	Kacang hijau	25	2 ½ sdm	
7	Gula pasir	25	2 ½ sdm	



## 2.5 Tabel Pembagian Bahan makanan sehari-hari

<b>Bahan makanan</b>	<b>Berat</b>	<b>Ukuran rumah tangga</b>
<b>Pagi</b>		
Beras	70 gram	1 gelas nasi
Telur	50 gram	1 butir
Sayuran	50 gram	½ gelas atau ½ mangkuk
Minyak	5 gram	½ sdm
Gula pasir	10 gram	1 sdm
<b>Siang dan Sore</b>		
Beras	140 gram	2 gelas nasi
Daging	50 gram	1 potong sedang
Tempe	50 gram	2 potong sedang
Sayuran	75 gram	¾ gelas
Buah	100 gram	1 potong sedang
Minyak	10 gram	1 sdm
<b>Selingan (Pukul 10.00)</b>		
Kacang hijau	25 gram	2 ½ sdm
Gula pasir	15 gram	1 ½ sdm

## **SATUAN ACARA PENDIDIKAN KESEHATAN**

### **(DISKUSI KELOMPOK)**

Topik	: Hipertensi
Sasaran	: Penderita Hipertensi di Dusun glagaharum Desa Dukuharum Megaluh
Tempat	: Balai Desa Desa Dukuharum Megaluh
Waktu	: 30 Menit

#### **I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM**

Setelah mengikuti diskusi kelompok penderita hipertensi di Dusun glagaharum Desa Dukuharum Megaluh Jombang, memahami tentang diit hipertensi.

#### **II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS**

Setelah mengikuti diskusi kelompok, maka penderita hipertensi diharapkan:

- a. Dapat memahami kasus topik yang dibahas yang diberikan
- b. Mampu berdiskusi kelompok dalam menyelesaikan kasus.
- c. Dapat memahami penatalaksanaan secara non farmakologi pada penderita hipertensi agar terhindar dari komplikasi

#### **III. KASUS**

Ada penderita hipertensi seorang wanita yang berusia 50 tahun tekanan darahnya mencapai 170/100 mmHg. Penderita teratur minum obat antihipertensi, dalam satu hari hanya memakai garam dapur  $\frac{1}{2}$  sendok teh, jika memasak tidak pernah diberi vitsin, tetapi penderita ini suka makan ikan asin, telur asin, minum kopi, acar. Pertayaan adalah

1. Termasuk stadium berapa penderita hipertensi
2. Apakah sudah benar jenis makanan yang dimakan sesuai dengan diit?  
Apa alasannya?

**X. METODE**

Diskusi

**XI. KEGIATAN**

<b>NO</b>	<b>TAHAP</b>	<b>WAKTU</b>	<b>KEGIATAN</b>
1.	Pembukaan	10 menit	1. Menjelaskan tujuan kegiatan diskusi kelompok. 2. Menanyakan sejauh mana pemahaman diit hipertensi setelah diberikan pendidikan kesehatan.
2.	Diskusi	20 menit	1. Memberi kasus 2. Memberi kesempatan untuk bertanya dan menjawab kasus dengan diskusi kelompok.
3.	Penutup	5 menit	1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan 2. Memberikan salam penutup

**XII. EVALUASI**

Kriteria Evaluasi

## 4. Evaluasi struktur

- 1) Peserta hadir ditempat yang sudah ditentukan untuk pendidikan kesehatan 100%
- 2) Diskusi kelompok dilaksanakan di Balai Desa Desa Dukuharum
- 3) Sarana dan prasarana memadai

#### 5. Evaluasi peserta

- 1) Peserta mampu berdiskusi dalam menyelesaikan kasus yang diberikan.
- 2) Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat.
- 3) Semua peserta mempunyai kesempatan berbicara dan tidak menimbulkan dominasi.

#### 6. Evaluasi Hasil

- 1) Penderita memahami tentang diit hipertensi.
- 2) Jumlah penderita yang hadir dalam diskusi kelompok sesuai yang diharapkan.
- 3) Kegiatan berjalan sesuai dengan tujuan yang dicapai
- 4) Tidak ada yang gangguan

### **XIII. SARANA**

1. Lokasi memadai
2. Jumlah kursi sesuai dengan jumlah penderita yang hadir

### **XIV. MEDIA**

Papan tulis

### **XV. PENGORGANISASIAN**

Pemimpin kelompok : Desy Siswi Anjar Sari  
Observasi : Bidan Desa (Purwaningsih)

**JADWAL KEGIATAN PENDIDIKAN KESEHATAN KELOMPOK**

No.	Waktu	Kegiatan Pendidikan kesehatan kelompok	Kegiatan Peserta
1.	Tanggal 16 Januari 2011 Jam 08.00- 08.10	<b>Pembukaan</b> 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan kegiatan pendidikan kesehatan 3. Menanyakan sejauh mana pemahaman diit hipertensi	- Menjawab salam - Mendengarkan - Memperhatikan - Memperhatikan
	08.10- 08.30	Menjelaskan tentang: 1. Pengertian Hipertensi 2. Konsep Hipertensi (penyebab, tanda dan gejala, komplikasi) 3. Penatalaksana Hipertensi 4. Pengertian diit Hipertensi 5. Tujuan diit hipertensi 6. Macam-macam diit hipertensi 7. Jenis makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada penderita hipertensi. 8. Bahan makanan yang diberikan sehari pada penderita hipertensi	- Memperhatikan - Memperhatikan - Memperhatikan - Memperhatikan
	08.30- 08.45	<b>Tanya jawab</b> 1. Kenapa setelah bekerja disawah dada saya selalu sesak buat bernafas	- Bertanya - Memperhatikan

- 
2. Dikatakan orang terkena hipertensi tidak boleh minum kopi, tetapi saat kepala saya pusing kalau sudah minum kopi tidak pusing lagi. Apakah minum kopi bisa menurunkan tekanan darah
  3. Saya tiap hari minum air putihnya kurang bisa banyak tetapi sambil makan krupuk atau makanan yang gurih-gurih, apakah seperti itu boleh untuk orang menderita hipertensi
  4. Apakah makanan yang bersantan kayak lodeh boleh untuk orang hipertensi?
  5. Kaki saya sering linu dikarenakan apa?
  6. Menurut saya makan kalau tidak gurih tidak enak saya tidak mau makan bagaimana solusinya?

08.45-55

**Penutupan**

1. Menyimpulkan materi
2. Mengucapkan salam penutup

Memperhatikan

**KEGIATAN DISKUSI KELOMPOK**

<b>NO</b>	<b>Waktu</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Kegiatan peserta</b>
1.	19 Januari 2011 Jam 09.00	1. Menjelaskan tujuan kegiatan diskusi kelompok. 2. Menanyakan sejauh mana pemahaman diit hipertensi setelah diberikan pendidikan kesehatan.	1. Memperhatikan 2. Menjawab lebih paham tentang diit hipertensi, sering tidak merasa pusing.
2.	Diskusi	1. Memberi kasus 2. Memberi kesempatan untuk bertanya dan menjawab kasus dengan diskusi kelompok.	1. Responen menjawab secara berdiskusi dengan responden lainnya dan menjawab secara bersama-sama: termasuk stadium sedang, makannan yang dimakan salah, karena tidak sesuai dengan ketentuan 2. Saya selalu berobat teratur minum obat teratur tetapi tekanan darah saya selalu diatas 150/90 mmHg kenapa seperti ini? 3. Apakah dengan mematuhi diit hipertensi tidak akan

---

		terkena stroke?
3. Penutup	1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan	Responden memberi saran kepada peneliti dan petugas kesehatan dengan dilakukan pendidikan kesehatan penderita lebih paham dan mengerti. untuk dilakukan seperti ini penyakit yang lainnya
	2. Memberikan salam penutup	

---





OLEH :

DESY SISWI ANJAR SARI

PROGRAM STUDI ILMU

KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNAIR SURABAYA

2010

# HIPERTENSI APA ITU???

## PENGERTIAN

Hipertensi adalah :

☐ Tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg.

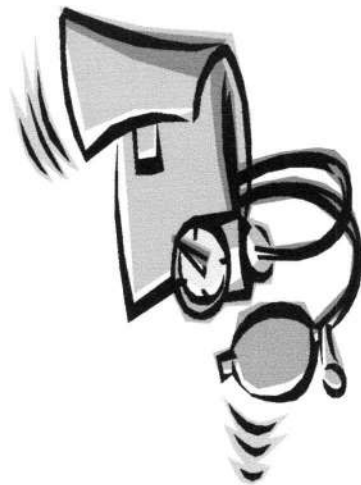
☐ suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan

## TANDA DAN GEJALA

- Pusing
- Rasa berat di tengkuk
- Sukar tidur
- Rasa mudah lelah

## PENATALAKSANA

- Pengobatan Dengan Obat
- Pengobatan Tanpa Obat ??????
- ✓ Peningkatan Aktivitas
- ✓ Patuh Menjalankan Dtit Hipertensi ????



- Telinga berdenging
- Mata berkunang – kunang
- Sesak napas
- Penglihatan Kabur
- Mimisan
- Tanpa gejala
- Jantung berdebar-debar

# DIET HIPERTENSI

## APA DAN BAGAIMANA

### DIET HIPERTENSI ????????????

## SUDAH

## TAHUKAN

## ANDA ????????

### PENGERTIAN DIET HIPERTENSI

Diet adalah satu cara untuk mengatasi hipertensi tanpa efek samping yang serius, karena metode pengendaliannya yang alami.



#ADAM

Pada diet hipertensi jangalah diartikan sebagai diet ketat seperti yang biasa dilakukan banyak orang untuk menjadi langsing, tetapi yang perlu diwaspadai adalah asupan

zat-zat pemicu naiknya tekanan darah, terutama garam.

### TUJUAN

1. Menurunkan tekanan darah hingga normal.
2. Menurunkan berat badan, bila penderita terlalu gemuk
3. Membantu mengurangi timbunan cairan dan garam.

### MACAM DIET HIPERTENSI

- ↓ Diit Rendah Garam
- ↓ Diit Serat Tinggi
- ↓ Memperbanyak Makanan Tinggi Kalium

### Magnesium

- ↓ Memperbanyak Makanan Tinggi Kalsium

- ↓ Menghentikan Kebiasaan Merokok, Kopi

### PEDOMAN DIET

- ↓ Diit Rendah Garam
  - Diit garam rendah I (200-400 mg Na). Diberikan dengan hipertensi berat. Pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur.
  - Diit garam rendah II (600-800 mg Na). Diberikan kepada hipertensi Sedang, pengolahan makanannya boleh menggunakan ½ sendok teh garam dapur (2 gram). Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

- Diit garam rendah III (1000-1200 mg Na). Diberikan kepada hipertensi Sedang, pengolahan makanannya boleh menggunakan ½ sendok teh garam dapur (2 gram). Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

- Diit garam rendah III (1000-1200 mg



ringan. Pemberian makanannya dapat membantu meredakan tekanan darah tinggi, pisang, jeruk, mentimun, belewah, semangka, melon, bengkoang, tomat.

Diit Serat Tinggi

- Buah-buahan:jeruk, papaya, jambu biji lokal, mangga, nanas, belimbing manis, rambutan, sirsak, srikaya, apel.

➤ Sayuran:kol, kol merah, paprika, daun singkong, kacang panjang, jagung muda, pare, buncis, ketimun.

➤ Protein nabati seperti kacang tanah, kacang hijau, kacang kedelai.

➤ Memperbanyak Makanan Tinggi Kalsium

➤ Karbohidrat seperti beras tumbuk/ merah, roti whole wheat.

Sumber makanan sayur-sayuran hijau(sawi, bayam, pokcoi, brokoli, daun papaya, daun singkong, dll), tahu,ikan teri tawar, kacang-kacangan kering (kacang hijau, kacang merah, kacang tolo, kedelai).

➤ Memperbanyak Makanan Tinggi Kalium

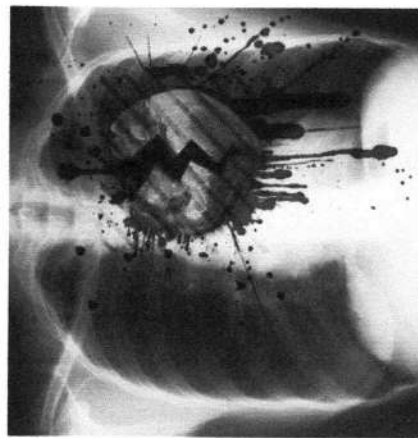
➤ Membantu mengatasi kelebihan natrium, sehingga dengan darah yang ideal dapat dicapai kembali

1. Penyakit jantung koroner

arteri

2. Payah jantung

3. Stroke



## KOMPLIKASI

## Makanan yang boleh dan tidak boleh diberikan pada penderita hipertensi

Golongan Bahan Makanan	Makanan Yang Boleh Diberikan	Makanan Yang Tidak Boleh Diberikan
Sumber karbohidrat	Beras, kentang, singkong, terigu, tapioka, hunkwu, gula. Makanan yang diolah dari bahan makanan tersebut diatas tanpa garam dapur dan soda seperti : makaroni, mie bihun, roti, biskuit, kue kering.	Roti, biskuit dan kue-kue yang dimasak dengan garam dapur atau <i>baking powder</i> dan soda.
Sumber protein hewani telur maksimal 1 butir sehari	Daging dan ikan maksimal 100 gram sehari, telur maksimum 1 butir sehari.	Otak, ginjal, lidah, sardin, daging, ikan, susu dan telur yang diawet dengan garam dapur seperti daging asap, bacon, dendeng, abon, keju, ikan asin, ikan kaleng, kornet, udang kering, ebi, tahu asin, telur pindang.
Sumber protein nabati	Semua kacang-kacangan dan hasilnya yang diolah dan dimasak tanpa garam.	Keju, kacang tanah dan semua kacang-kacangan dan hasilnya yang dimasak dengan garam dapur dan ikatan natrium
Sayuran	Semua sayuran segar sayuran yang diawetkan tanpa garam dapur, natrium benzoat dan soda	Sayuran yang dimasak dan diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti sayuran dalam kaleng, sawi asin, asinan acar.
Buah-buahan	Semua buah-buahan segar, buah yang diawetkan tanpa garam dapur, natrium benzoat	Buah-buahan yang diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti buah dalam kaleng.
Lemak	Minyak goreng, margarin dan mentega tanpa garam	Margarin dan mentega biasa
Bumbu-bumbu	Semua bumbu-bumbu kering yang tidak mengandung garam dapur dan tidak mengandung ikatan natrium. Garam dapat disesuaikan ketentuan untuk diet garam rendah II dan III	Garam dapur, soda kue, baking powder, vestin dan bumbu-bumbu yang mengandung garam dapur seperti : kecap, terasi, maggi, <i>tomato ketchup</i> , petis dan tauco
Minuman	Teh, air putih	Coklat, minuman ringan

## Lampiran 10

## TABULASI DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

## Kelompok Perlakuan

No.	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Penghasilan	Lama Menderita	Sumber informasi
1.	1	2	1	3	2	1	1
2.	1	2	3	3	2	1	1
3.	2	2	3	2	3	3	1
4.	3	1	2	3	2	3	1
5.	2	2	1	4	2	1	2
6.	2	2	2	3	2	2	2
7.	1	2	1	4	2	1	1
8.	2	2	1	4	2	2	1
9.	2	2	1	4	2	2	2
10.	2	1	1	1	2	2	1
11.	2	2	1	1	2	2	1
12.	3	2	1	4	2	2	2

## Kelompok Kontrol

No.	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Penghasilan	Lama Menderita	Sumber informasi
1.	3	2	1	3	2	3	2
2.	2	1	2	1	2	2	1
3.	2	2	3	4	2	1	1
4.	3	2	1	4	2	3	1
5.	2	2	1	3	2	1	1
6.	3	2	2	3	2	2	2
7.	2	2	1	4	2	2	2
8.	2	2	1	5	2	2	1
9.	1	2	3	1	3	1	1
10.	2	1	1	3	2	2	1
11.	2	2	1	4	2	1	1
12.	1	2	2	3	3	1	1

## Keterangan :

## Usia

1. 40-49 tahun
2. 50-59 tahun
3. 60-65 tahun

## Jenis Kelamin

1. Laki-laki
2. Perempuan

## pendidikan

1. SD
2. SMP
3. SMA/SLTA

## Pekerjaan

1. Swasta
2. PNS
3. Petani
4. Buruh tani
5. Tidak bekerja

## Pekerjaan

1.  $\leq 500.000$
2. 500.000-1.000.000
3.  $\geq 1.000.000$

## Lama menderita

1. 1-5 tahun
2. 5-10 tahun
3.  $\geq 10$  tahun

## Sumber informasi

1. Sudah
2. Belum

TABULASI DATA SEBELUM DIBERIKAN PENDIDIKAN KESEHATAN  
KELOMPOK

No	Lembar Observasi							Kuesioner										Skor
	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	8	9	8	10	8	8	8	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	63
2	9	9	10	6	7	8	10	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	63
3	7	9	8	11	7	7	9	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	62
4	9	8	9	10	7	9	6	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	62
5	10	11	9	11	12	11	10	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	78
6	6	9	10	9	8	11	7	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	62
7	10	8	8	10	8	9	9	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	66
8	7	10	9	9	7	9	9	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	63
9	8	10	8	9	9	10	9	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	65
10	9	10	10	8	8	8	7	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	64
11	8	9	6	7	8	10	6	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	59
12	8	7	9	8	8	7	7	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	57
13	7	6	8	10	7	9	9	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	61
14	6	8	8	8	10	9	6	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	58
15	10	8	9	7	9	9	8	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	63
16	6	8	8	9	7	9	8	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	57
17	11	12	10	7	12	10	11	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	78
18	10	10	7	10	9	6	6	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	60
19	7	8	10	6	8	8	9	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	60
20	8	9	10	8	8	9	8	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	65
21	8	10	9	6	7	8	8	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	59
22	8	10	11	12	9	12	10	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	77
23	8	7	9	9	7	8	9	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	61
24	10	6	5	7	10	10	8	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	60

TABULASI DATA SESUDAH DIBERIKAN PENDIDIKAN KESEHATAN  
KELOMPOK

No	Lembar Observasi							Kuesioner										Skor
	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	18	18	20	20	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	146
2	19	19	19	20	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	146
3	19	19	19	19	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	146
4	15	17	15	15	18	18	19	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	124
5	19	18	20	20	20	20	20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	146
6	19	20	20	20	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	149
7	19	20	20	20	20	20	20	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	148
8	20	20	20	20	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	150
9	20	20	20	20	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	150
10	19	19	19	20	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	146
11	19	19	20	20	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	148
12	19	19	19	20	20	20	20	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	148
13	8	7	9	10	9	10	10	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	68
14	10	11	11	12	10	12	10	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	80
15	10	11	12	10	12	10	12	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	82
16	6	6	7	9	9	9	10	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	60
17	12	12	13	12	12	15	14	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	96
18	10	10	7	10	9	8	8	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	66
19	8	9	7	8	8	10	9	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	62
20	12	11	11	12	14	13	15	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	94
21	8	8	9	9	10	9	8	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	65
22	12	12	14	11	12	10	10	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	87
23	8	7	7	9	8	8	9	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	60
24	9	8	5	7	10	9	8	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	61

## SEBELUM DIBERIKAN PERLAKUAN

No.	Skor	T	Mean T	Kategori	Ket
1	63	48,69141	49,25	2	Tidak patuh
2	63	48,69141	49,25	2	Tidak patuh
3	62	46,73828	49,25	2	Tidak patuh
4	62	46,73828	49,25	2	Tidak patuh
5	78	77,98828	49,25	1	Patuh
6	62	46,73828	49,25	2	Tidak patuh
7	66	54,55078	49,25	1	Patuh
8	63	48,69141	49,25	2	Tidak patuh
9	65	52,59766	49,25	1	Patuh
10	64	50,64453	49,25	1	Patuh
11	59	40,87891	49,25	2	Tidak patuh
12	57	36,97266	49,25	2	Tidak patuh
13	61	46,81159	49,58	2	Tidak patuh
14	58	42,46377	49,58	2	Tidak patuh
15	63	49,71014	49,58	1	Patuh
16	57	41,01449	49,58	2	Tidak patuh
17	78	71,44928	49,58	1	Patuh
18	60	45,36232	49,58	2	Tidak patuh
19	60	45,36232	49,58	2	Tidak patuh
20	65	52,6087	49,58	1	Patuh
21	59	43,91304	49,58	2	Tidak patuh
22	77	70	49,58	1	Patuh
23	61	46,81159	49,58	2	Tidak patuh
24	60	45,36232	49,58	2	Tidak patuh



## PERLAKUAN

**Descriptive Statistics**

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
KEPATUHAN	12	21	57	78	63.67	1.479	5.123
Valid N (listwise)	12						

**Descriptive Statistics**

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
T	12	41	36	77	49.25	2.884	9.992
Valid N (listwise)	12						

## KONTROL

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
KEPATUHAN	12	57	78	63.25	2.016	6.982
Valid N (listwise)	12					

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
T	12	41	71	49.58	2.945	10.202
Valid N (listwise)	12					

## SESUDAH PERLAKUAN

No.	Skor	T	Mean T	Kategori	Ket
1	146	50,60224	49,50	1	Patuh
2	146	50,60224	49,50	1	Patuh
3	146	50,60224	49,50	1	Patuh
4	124	19,0565	49,50	2	Tidak patuh
5	146	50,60224	49,50	1	Patuh
6	149	54,90393	49,50	1	Patuh
7	148	53,47003	49,50	1	Patuh
8	150	56,33783	49,50	1	Patuh
9	150	56,33783	49,50	1	Patuh
10	146	50,60224	49,50	1	Patuh
11	148	53,47003	49,50	1	Patuh
12	148	53,47003	49,50	1	Patuh
13	68	46,01471	49,50	2	Tidak patuh
14	80	54,83824	49,50	1	Patuh
15	82	56,30882	49,50	1	Patuh
16	60	40,13235	49,50	2	Tidak patuh
17	96	66,60294	49,50	1	Patuh
18	66	44,54412	49,50	2	Tidak patuh
19	62	41,60294	49,50	2	Tidak patuh
20	94	65,13235	49,50	1	Patuh
21	65	43,80882	49,50	2	Tidak patuh
22	87	59,98529	49,50	1	Patuh
23	60	40,13235	49,50	2	Tidak patuh
24	61	40,86765	49,50	2	Tidak patuh

Ket :

1 : Patuh

2 : Tidak patuh

## PERLAKUAN

## Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
KEPATUHAN	12	26	124	150	145.58	2.013	6.973
Valid N (listwise)	12						

## Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
T	12	37	19	56	49.50	2.851	9.877
Valid N (listwise)	12						

## KONTROL

## Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
KEPATUHAN	12	36	60	96	73.42	3.926	13.601
Valid N (listwise)	12						

## Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
T	12	26	40	66	49.50	2.878	9.968
Valid N (listwise)	12						

Lampiran 11

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
preperlakuan	12	1.67	.492	1	2
postperlakuan	12	1.08	.289	1	2

**McNemar Test**

**Crosstabs**

**preperlakuan & postperlakuan**

preperlakuan	postperlakuan	
	patuh	tidak patuh
1	4	0
2	7	1

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	preperlakuan & postperlakuan
N	12
Exact Sig. (2-tailed)	.016 <sup>a</sup>

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
prekontrol	12	1.67	.492	1	2
postkontrol	12	1.58	.515	1	2

**McNemar Test**

**Crosstabs**

**prekontrol & postkontrol**

prekontrol	postkontrol	
	patuh	tidak patuh
1	4	0
2	1	7

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	prekontrol & postkontrol
N	12
Exact Sig. (2-tailed)	1.000 <sup>a</sup>

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
baris * kolom	24	100.0%	0	.0%	24	100.0%

**baris \* kolom Crosstabulation**

			kolom		Total
			1	2	
baris 1	Count	11	5	16	
	Expected Count	8.0	8.0	16.0	
2	Count	1	7	8	
	Expected Count	4.0	4.0	8.0	
Total	Count	12	12	24	
	Expected Count	12.0	12.0	24.0	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.750 <sup>a</sup>	1	.009		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.688	1	.030		
Likelihood Ratio	7.368	1	.007		
Fisher's Exact Test				.027	.014
Linear-by-Linear Association	6.469	1	.011		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	24				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

b. Computed only for a 2x2 table