

SKRIPSI

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TENTANG HIPERTENSI DENGAN KEPATUHAN KONTROL DI POLI JANTUNG RSUD DR. SOETOMO SURABAYA

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



Oleh :

I GUSTI AYU KARNASIH

NIM : 019930034 B

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2002

Surat Pernyataan

Saya bersumpah bahwa Skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dalam berbagai Jenjang Pendidikan di perguruan Tinggi manapun.



I Gusti Ayu Karnasih
NIM: 019930034 B

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini telah disetujui
Pada tanggal 20 Pebruari 2002

Oleh
Pembimbing ketua

dr. Dwi Aprilawati, M. Kes
NIP. 132 12 722

Pembimbing



Sari Luthfiah, SKp.
NIP. 140 299 257

Mengetahui
Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas airlangga



Prof. Eddy Soewandojo, dr., SpPD.
NIP : 130325831

LEMBAR PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi
Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Pada tanggal 19 Maret 2002

Tim Penguji


Ketua : Dr. I Ketut Sudiana, drs.MSi
Anggota : dr. Dwi Aprilawati, M.Kes
Anggota : Sari Luthfiah, SKp

Tanda tangan

(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi


Prof. Eddy Soewandojo, dr. SpPD
NIP. 130 325 831

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Ida Sang Hyang Widhi Wasa, atas rahmatNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ **HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TENTANG HIPERTENSI DENGAN KEPATUHAN KONTROL DI POLI JANTUNG RSUD DR. SOETOMO SURABAYA**”, dimana skripsi ini sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Secara khusus kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dr. Dwi Aprilawati, M. Kes., selaku pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh keikhlasan dan kesabaran sejak awal hingga akhir penulisan skripsi ini.

Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Ibu Sari Luthfiyah, SKp., selaku pembimbing kedua yang juga memberikan bimbingan dan arahan sampai skripsi ini dapat diselesaikan.

Penelitian ini dapat diselesaikan adalah berkat bantuan dari berbagai pihak . Dalam kesempatan ini , kami menyampaikan ucapan terima kasih yang setulus - tulusnya kepada Yang Terhormat :

1. Prof. Dr. H . Sudarto, DTM&H., selaku Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr. Sp. THT., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Prof. Edy Suwandoyo, dr. Sp.PD., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan dalam menyelesaikan pendidikan dan penyusunan skripsi ini.
4. Prof. Dr. H. Dikman Angsar, SPOG., selaku Direktur Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam melaksanakan penelitian.
5. Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Ka. UPF Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya beserta staf yang telah memberi ijin dan membantu pelaksanaan penelitian.
6. Ibu dan saudara kami tercinta yang selalu memberikan dukungan moril dan material selama kami mengikuti pendidikan.
7. Teman sejawat yang telah membantu dan memberikan dorongan dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Suami dan anak anak kami tersayang yang dengan penuh pengertian telah memberikan dukungan atas selesainya pendidikan dan skripsi ini.

Kami dengan segala kerendahan hati menyadari ketidaksempurnaan dan keterbatasan skripsi ini . Oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, Februari 2002

Penulis

ABSTRACT

The onset of hypertension is usually gradual and develops to severe slowly. From a research found that most of the clients with hypertension stopped their medication program on the first year. Most of them are outpatient clinic. The lack of knowledge in conjunction with their disease is the factor that influencing their disobedience. Obeying the follow up care of the clients is the positive behavior to reach the therapy's goal.

This research's design is cross sectional. The independent variable is respondent's knowledge of hypertension, and the dependent variable is their obedience to the follow up care. The samples are 157 clients with hypertension who has visited heart outpatient clinics in Dr. Soetomo Hospital for more than a year. They are selected by consecutive sampling. The data needed in this study are collected by questionnaire and observation of the clients' medical record. The data are computed statistically by Chi-square test with $p \leq 0,05$.

The result shows that there is significance relationship between the respondents' knowledge of hypertension and their obedience follow up care ($p=0.05$).

It is concluded that the better the respondents' knowledge of hypertension, the better the obedience they have in follow up care in hospital. So the health provider should give more health education or information of hypertension clients.

Key words : Respondents' knowledge ; Obedience

DAFTAR ISI

HALAMA JUDUL	I
SURAT PERNYATAAN	ii
LEMBARAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Relevansi	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Proses Keperawatan	7
2.2 Hipertensi	10
2.3 Konsep Pengetahuan	16
2.4 Kepatuhan	19
2.5 Sikap	21
2.6 Perilaku	21
2.7 Kerangka Konsep	23
2.8 Hipotesa	24

BAB 3 METODELOGI PENELITIAN.....	25
3.1 Desain Penelitian	25
3.2 Kerangka Kerja	25
3.3 Identifikasi Variabel	26
3. 4 Desain Sampling	27
3.5 Pengumpulan dan Pengolahan Data	29
3.6 Etik Penelitian	31
3.7 Keterbatasan	32
BAB 4 HASIL PENELITIAN	33
4.1 Data Umum.....	33
4.2 Data Khusus	36
BAB 5 PEMBAHASAN	39
Analisis Tingkat Pengetahuan Pasien tentang Hipertensi dengan Kepatuhan Kontrol Pasien di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	39
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	46
6.1 Kesimpulan	46
6.2 Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	48
Lampiran 1 : Lembar Persetujuan untuk Mengadakan Penelitian.....	50
Lampiran 2 : Pernyataan Bersedia Menjadi Responden	51
Lampiran 3 : Kuesioner Tingkat Pengetahuan	52
Lampiran 4 : Lembar Observasi Kunjungan Pasien.....	54
Lampiran 5 : Lembar Tabulasi Data	55
Lampiran 6 : Lembar Pengolahan Data	60

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 4.1: Distribusi responden berdasarkan kelompok umur di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	35
Gambar 4.2: Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	35
Gambar 4.3: Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	36
Gambar 4.4: Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	36
Gambar 4.5: Distribusi responden berdasarkan lama sakit responden di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	37
Gambar 4.6: Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan pasien di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	37
Gambar 4.7: Distribusi responden berdasarkan tingkat kepatuhan kontrol pasien di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	38

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 : Hasil crostab hubungan pengetahuan dengan kepatuhan responden untuk melakukan kontrol di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya	38
Tabel 4.2 : Hasil Uji statistik dengan chi-square hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan kontrol responden di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya.	39



BAB 1

PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dengan kemajuan perekonomian dan bergesernya pola kehidupan masyarakat, maka bergeser pula pola penyakit yaitu dari penyakit infeksi kepada penyakit degeneratif seperti penyakit jantung dan pembuluh darah. Penyakit jantung yang banyak di Indonesia adalah penyakit jantung koroner, penyakit jantung reumatik dan penyakit tekanan darah tinggi (Rilantono,1999). Penelitian Darmoyo dikutip oleh Gunawan (2001) bahwa antara 1,8 % - 28,6 % penduduk dewasa adalah penderita hipertensi.

Hipertensi biasanya terjadi secara perlahan dan perkembangannya lambat sampai terjadi keadaan yang berat. Tetapi hipertensi jika tidak ditangani dapat menimbulkan komplikasi lebih lanjut (Dewit,1997). Diperkirakan 40 % sampai 50 % pasien dengan hipertensi menghentikan program pengobatannya dalam tahun pertama. Ketidapatuhan terhadap diet , exercise, pengurangan stress dan rencana pengobatan adalah masalah besar pada pasien umumnya. Dari hasil survai jantunging yang dilakukan oleh Boedhi Darmojo (1981), ditemukan 68,4 % termasuk hipertensi ringan.. Beberapa orang dari mereka tidak mengetahui cara mengontrol penyakitnya (Miller, 1992) seperti dikutip Carpenito (1998). Pada masyarakat perkotaan di Indonesia prevalensi hipertensi makin meningkat . Hasil kajian SKRT 1985 dan 1992 menunjukkan penyebab kematian akibat penyakit sirkulasi cenderung meningkat dari

9,9 % menjadi 16,6 %. Berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan RS dari 27 Propinsi oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, dari semua penderita yang berobat jalan 0,89 % adalah penderita hipertensi. Hare & Wilcox (1967) melaporkan bahwa ketidakpatuhan ditemukan 49 % pada pasien rawat jalan .

Hipertensi disebut sebagai “ *Silent Killer* “ karena pada stadium dini tidak ada tanda dan gejala subyektif yang mengidentifikasi adanya penyakit. Gejala akan tampak pada stadium lanjut dimana terjadi kerusakan target organ seperti ginjal, otak, jantung, dan aorta (Dewit,1998). Hipertensi umumnya terjadi pada usia lebih dari 40 tahun, dan diperberat oleh adanya faktor predisposisi. Banyak orang merasa tidak perlu belajar tentang hipertensi karena mereka merasa sehat dan tidak akan terjadi kondisi yang serius dalam waktu yang lama karena tidak merasakan gejala . Tetapi tanpa diketahui kondisi dapat membahayakan dalam beberapa tahun (Canobbio,1990).

Hipertensi tidak dapat diobati, tetapi tekanan darah dapat dikontrol untuk mengurangi masalah (Canobbio,1990). Prinsip penatalaksanaan hipertensi adalah dengan menurunkan tekanan darah dan mencegah terjadinya komplikasi . Pengobatan hipertensi umumnya dilakukan seumur hidup(Gunawan,2001). Berdasarkan hasil penelitian La Greca & Stone menyatakan bahwa mentaati rekomendasi pengobatan yang dianjurkan dokter merupakan masalah yang sangat penting, tingkat ketidakpatuhan terbukti cukup tinggi dalam seluruh populasi medis kronis.

Seseorang akan memperhatikan bahaya hipertensi ketika ada keluarga dekat yang meninggal karena terkena serangan jantung atau lumpuh karena stroke sebagai

akibat hipertensi. Hipertensi dapat mengakibatkan kerusakan sekunder pada target organ dan kematian dini akibat penyakit jantung dan stroke (Budiyanto,2000). Lamsudin (1996) melaporkan bahwa hipertensi tak terkontrol sebagai faktor resiko yang dominan untuk terjadinya stroke. Pasien dengan hipertensi dapat berkembang menjadi penyakit jantung koroner rata-rata 2 sampai 3 kali lebih besar dari pada orang dengan tekanan darah normal. Tekanan darah jika dipelihara atau di bawah 140/90 mm Hg, maka resiko pasien dengan hipertensi tidak akan meningkat (Dewit,1999).

Dari uraian diatas, maka perlu dilakukan penelitian lebih jauh guna mengetahui seberapa jauh pengetahuan pasien hipertensi tentang hipertensi dalam meningkatkan kepatuhan kontrol, sehingga hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi perawat dalam memberikan pengetahuan tentang hipertensi dengan lengkap.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Pernyataan Masalah

Hipertensi adalah penyakit kardiovaskuler yang paling banyak ditemui (Tagor,1999). Hipertensi biasanya terjadi secara perlahan dan perkembangannya lambat sampai terjadi keadaan yang berat. Tetapi hipertensi jika tidak ditangani dapat menimbulkan komplikasi lebih lanjut(Dewit,1997).

Hipertensi tidak dapat diobati, tetapi tekanan darah dapat dikontrol untuk mengurangi masalah (Canobbio,1990). Pengobatan hipertensi harus dilakukan seumur hidup. Pengetahuan yang kurang tentang hipertensi menyebabkan pasien hipertensi menganggap bahwa penyakitnya tidak membahayakan. Hal ini dapat

dilihat dari 40 % sampai 50 % pasien dengan hipertensi menghentikan program pengobatan dalam tahun pertama (Meller, 1992).

Pengetahuan tentang hipertensi perlu diberikan, agar pasien hipertensi dapat memahami dengan benar hal-hal yang dapat terjadi pada pasien hipertensi sehingga dapat membantu pasien hipertensi mengikuti program pengobatan yang berkelanjutan agar tekanan darah dapat dipertahankan 140/90 mm Hg dan tidak terjadi komplikasi.

1.2.2 Pertanyaan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang dan pernyataan masalah, maka dapat dirumuskan permasalahan : “ Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi terhadap kepatuhan kontrol pada pasien hipertensi di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan mempelajari hubungan tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan kontrol pasien dengan hipertensi.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan tentang hipertensi pada pasien dengan hipertensi di poli jantung RSUD DR Soetomo Surabaya.

2. Mengidentifikasi Kepatuhan kontrol pada pasien dengan hipertensi di poli jantung RSUD DR Soetomo Surabaya.
3. Mendapatkan gambaran tentang hubungan tingkat pengetahuan dan kepatuhan kontrol pada pasien dengan hipertensi di poli jantung RSUD DR Soetomo Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian dapat digunakan untuk :

1. Memberikan masukan kepada perawat tentang pentingnya intervensi pengetahuan terhadap kepatuhan kontrol pada pasien dengan hipertensi
2. Memberikan data dan informasi bagi institusi RSUD DR. Soetomo sebagai bahan pertimbangan dalam mengatasi ketidakpatuhan pada pasien dengan hipertensi.
3. Dapat memberikan gambaran pada penelitian selanjutnya.

1.5 Relevansi Penelitian

Meningkatnya prevalensi hipertensi dan tingginya angka ketidakpatuhan pada pasien rawat jalan dengan menghentikan program pengobatan, dapat menyebabkan tekanan darah tidak terkontrol, hal ini dapat meningkatkan angka kejadian komplikasi sebagai akibat hipertensi. Ketidakpatuhan pasien ini disebabkan karena kurangnya pemahaman tentang penanganan hipertensi. Permasalahan ini sangat relevan dengan peran perawat sebagai edukator untuk menjelaskan tentang pengertian hipertensi, faktor predisposisi, pencegahan dan penanganan hipertensi. Sehingga masalah

ketidaknaturan nasien dapat diatasi. tekanan darah dapat dikontrol dibawah 140/90 mm Hg dan komplikasi dapat dicegah.

The background of the page is a light blue color with a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Proses Keperawatan

Keperawatan pada prinsipnya membantu individu (sakit atau sehat) dengan aktivitas-aktivitas yang memberi sumbangan pada kesehatan atau pemulihan (atau mati dengan damai), yang mereka lakukan tanpa bantuan bila mereka mempunyai kekuatan, keinginan atau pengetahuan yang diperlukan, keperawatan juga membantu individu menjalankan terapi yang diprogramkan dan menjadi mandiri dari bantuan secepat mungkin (Henderson, 1960). Keperawatan adalah diagnosa dan tindakan dari respon-respon individu terhadap masalah-masalah kesehatan yang aktual dan potensial (ANA, 1980).

Proses Keperawatan didefinisikan sebagai metode ilmiah keperawatan untuk para penerima tindakan keperawatan. (Carpenito, 1995), atau metode yang sistematis, rasional untuk merencanakan perawatan terhadap individu. Tujuannya adalah mengidentifikasi status kesehatan pasien.

Proses keperawatan terdiri dari lima fase yaitu : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

2.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah fase pertama dari proses keperawatan meliputi pengumpulan, pengorganisaasian data, dan validasi data.

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah : observasi, wawancara , dan pemeriksaan fisik.

2.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah fase kedua dari proses keperawatan . Pada fase ini perawat menggunakan ketrampilan berpikir kritis untuk menginterpretasi data dan mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan pasien.

Diagnosa Keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon-respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat (NANDA, 1990).

Diagnosa keperawatan memberikan dasar petunjuk untuk memberikan terapi yang pasti, dimana perawat bertanggung jawab didalamnya (Kem et al,1984) seperti dikutip Townsend.

2.1.3 Perencanaan

Adalah fase dari proses keperawatan yang meliputi pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Pada perencanaan , perawat menghubungkan pengkajian dan pernyataan diagnostik untuk dibuat tujuan keperawatan dan dibuat strategi yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi atau menghilangkan masalah kesehatan pasien. Hasil dari fase perencanaan adalah rencana perawatan pasien.

Proses perencanaan meliputi aktivitas: menentukan prioritas keperawatan, menentukan tujuan keperawatan , menyeleksi strategi keperawatan, merencanakan pengembangan perawatan pasien.

2.1.4 Pelaksanaan / Implementasi

Implementasi adalah setiap asuhan langsung yang dilakukan perawat atas nama pasien. Tindakan ini meliputi tindakan yang dilakukan perawat yang dihasilkan dari diagnosa keperawatan. Tindakan yang dilakukan dokter dihasilkan dari diagnosa medis dan kinerja fungsi-fungsi penting sehari-hari untuk pasien yang tidak dapat melakukan.

Implementasi keperawatan dapat dikategorikan sebagai tindakan mandiri atau kolaborasi (Marylan,1984). Implementasi keperawatan adalah program keperawatan, implementasi yang didelegasikan adalah program dokter. Implementasi berdasarkan diagnosa keperawatan terdiri dari (Alfaro, 1986):

1. Melakukan aktivitas untuk membantu pasien dalam beraktivitas.
2. Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengali masalah baru dan untuk memerlukan status yang ada.
3. Memberikan HE untuk membantu pasien meningkatkan pengetahuan baru tentang kesehatan atau penatalaksanaan gangguan.
4. Memberikan konseling pada pada pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan kesehatannya sendiri.
5. Berkonsultasi dengan profesi kesehatan yang lain .
6. Melakukan tindakan spesifik yang lain untuk menghilangkan , mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan.
7. Membantu pasien untuk melakukan aktifitasnya sendiri.
8. Membantu pasien untuk mengatasi resiko dan masalah serta menggali pilihan yang ada.

Sebaliknya intervensi yang disebutkan dibawah masalah kolaboratif terutama berfokus pada hal berikut :

1. Memantau ketidakstabilan fisiologis.
2. Berkonsultasi dengan dokter untuk mendapatkan intervensi yang tepat.
3. Melakukan tindakan khusus untuk mengatasi dan mengurangi keparahan kejadian.

2.1.5 Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan menilai dan merupakan fase terakhir dari proses keperawatan . Evaluasi aspek penting dalam proses keperawatan.

Proses evaluasi meliputi enam komponen :

1. Mengidentifikasi hasil akhir dari tujuan keperawatan.
2. Mengumpulkan data sesuai dengan hasil yang diharapkan.
3. Membandingkan data dengan hasil yang diharapkan .
4. Menghubungkan tindakan keperawatan dengan hasil.
5. Menyimpulkan tentang status masalah pasien.
6. Merevisi dan memodifikasi rencana perawatan pasien.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Batasan Hipertensi

Hipertensi didefinisikan adanya kenaikan tekanan darah yang persisten . Pada orang dewasa rata-rata tekanan sistolik sama atau di atas 140 mm Hg dan tekanan diastolik sama atau di atas 90 mm Hg , menurut American Heart Association, rata-rata dari dua kali pemeriksaan yang berbeda dalam dua minggu. Menurut Pusdiknakes

Depkes disebutkan hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik diatas standar dihubungkan dengan usia.

Hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibedakan menjadi dua golongan besar, yaitu :

1. Hipertensi esensial (hipertensi primer / idiopathic) yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya, sebanyak 90 % kasus.
2. Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain , sebanyak 10 % kasus.

2.2.2 Faktor Predisposisi

Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi . Faktor-faktor tersebut antara lain :

1. Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2. Ciri perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah : umur, jenis kelamin dan ras. Umur yang bertambah akan menyebabkan kenaikan tekanan darah. Tekanan darah pria umumnya lebih tinggi dibandingkan tekanan darah wanita. Juga statistik di Amerika menunjukkan prevalensi hipertensi pada orang kulit hitam hampir dua kali lipat dibandingkan dengan orang kulit putih.

3. Kebiasaan Hidup.

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan hipertensi adalah :

- 1) Konsumsi garam yang tinggi, dari statistik diketahui bahwa suku bangsa atau penduduk dengan konsumsi garam rendah jarang menderita hipertensi. Dari dunia kedokteran juga telah dibuktikan bahwa pembatasan garam dan pengeluaran garam / natrium oleh obat diuretik akan menurunkan tekanan darah lebih lanjut.
- 2) Kegemukan atau makan berlebihan ; dari penelitian kesehatan terbukti ada hubungan antara kegemukan dan hipertensi . Meskipun mekanisme bagaimana kegemukan menimbulkan hipertensi belum jelas, tetapi sudah terbukti penurunan berat badan dapat menurunkan tekanan darah.
- 3) Stres dan ketegangan jiwa ; sudah lama diketahui bahwa ketegangan jiwa seperti rasa tertekan, murung, rasa marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat , sehingga tekanan darah akan meningkat. Jika stres berlangsung cukup lama , tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organ atau perubahan patologis (Dr. Hans Selye: General Adaptation Syndrome, 1957). Gejala yang muncul dapat berupa hipertensi atau penyakit maag.
- 4) Pengaruh lain yang dapat menyebabkan naiknya tekanan darah adalah sebagai berikut : merokok: karena merangsang sistem adrenergik dan meningkatkan tekanan darah ; minum alkohol, minum obat-obat, misal; ephedrin, Prednison, epinefrin.

2.2.3 Usaha Pencegahan Hipertensi.

Pencegahan lebih baik dari pada pengobatan, demikian juga terhadap hipertensi. pada umumnya, orang akan berusaha mengenali hipertensi jika dirinya atau keluarganya sakit keras atau meninggal dunia akibat hipertensi.

Sebenarnya sangat sederhana dan tidak memerlukan biaya, hanya diperlukan disiplin dan ketekunan menjalankan aturan hidup sehat, sabar, dan ikhlas (jawa; nrimo) dalam mengendalikan perasaan dan keinginan atau ambisi. Di samping berusaha untuk memperoleh kemajuan, selalu sadar atau mawas di ri untuk ikhlas menerima kegagalan atau kesulitan.

Usaha pencegahan juga bermanfaat bagi penderita hipertensi agar penyakitnya tidak menjadi lebih parah, tentunya harus disertai pemakaian obat-obatan yang harus ditentukan oleh dokter. Agar terhindar dari komplikasi fatal hipertensi, harus diambil tindakan pencegahan yang baik (Stop high blood pressure), antara lain dengan cara sebagai berikut :

1. Mengurangi konsumsi garam
2. Menghindari kegemukan
3. Membatasi konsumsi lemak
4. Olahraga teratur
5. Makan banyak sayur segar
6. Tidak merokok dan tidak minum alkohol
7. Latihan relaksasi atau meditasi
8. Berusaha membina hidup yang positif.

2.2.4 Penanggulangan Hipertensi

Penanggulangan hipertensi secara garis besar dapat dibagi menjadi dua penatalaksanaan yaitu : Penatalaksanaan Nonfarmakologis dan farmakologis

2.2.4.1 Penatalaksanaan Nonfarmakologis :

Hipertensi atau tekanan darah tinggi sebetulnya bukan suatu penyakit, tetapi hanya merupakan suatu kelainan dengan gejala gangguan pada mekanisme regulasi tekanan darah yang timbul.

Tujuan pengobatan hipertensi tidak hanya menurunkan tekanan darah saja, tetapi juga mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita bertambah kuat (Barry,1987).

Penatalaksanaan nonfarmakologi adalah dengan jalan memodifikasi gaya.

2.2.4.2 Penatalaksanaan farmakologis

Pengobatan hipertensi umumnya perlu dilakukan seumur hidup penderita. Pengobatan obat standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (Joint National Commite On Detection, Evaluation and Treatment of high Blood Pressure, USA, 1988) menyimpulkan bahwa obat diuretik, Penyekat Betha , Antagonis kalsium, atau penghambatan ACE, dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita. Bila tekanan darah tidak dapat diturunkan dalam satu bulan, dosis obat dapat disesuaikan sampai dosis maksimal atau menambahkan obat golongan lain atau mengganti obat pertama dengan obat golongan lain. Sasaran penurunan tekanan darah adalah kurang

dari 140/90 mm Hg dengan efek samping minimal. Penurunan tekanan dosis obat dapat dilakukan pada golongan hipertensi ringan yang sudah terkontrol dengan baik selama 1 tahun.

2.2.5 Komplikasi

Hipertensi merupakan penyebab utama penyakit jantung koroner, cedera cerebrovaskuler, dan gagal ginjal. Hipertensi menetap yang disertai dengan peningkatan tahanan perifer menyebabkan gangguan pada endothelium pembuluh darah mendorong plasma dan lipoprotein ke dalam intima dan lapisan sub intima dari pembuluh darah dan menyebabkan pembentukan plaque /aterosklerosis. Peningkatan tekanan juga menyebabkan hiperplasi otot polos, yang membentuk jaringan parut intima dan mengakibatkan penebalan pembuluh darah dengan penyempitan lumen. (Underjillett all.,1989) dikutip dari Carpenito (1999).

Komplikasi yang dapat timbul bila hipertensi tidak terkontrol adalah

1. Krisis Hipertensi
2. Penyakit jantung dan pembuluh darah : penyakit jantung koroner dan penyakit jantung hipertensi adalah dua bentuk utama penyakit jantung yang timbul pada penderita hipertensi.
3. Penyakit jantung cerebrovaskuler : hipertensi adalah faktor resiko paling penting untuk timbulnya stroke. Kecepatan dari stroke bertambah dengan setiap kenaikan tekanan darah.

4. Ensefalopati hipertensi yaitu sindroma yang ditandai dengan perubahan neurologis mendadak atau sub akut yang timbul sebagai akibat tekanan arteri yang meningkat dan kembali normal apabila tekanan darah diturunkan.
5. Nefrosklerosis karena hipertensi.
6. Retinopati hipertensi.

2.3 Konsep Pengetahuan

Pengetahuan merupakan kumpulan kesan-kesan dan penerangan yang terhimpun dari pengalaman yang siap untuk digunakan.. Adapun pengetahuan tersebut dapat diperoleh dari diri sendiri maupun orang lain.

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “ tahu “, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoatmojo,1997).

Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek inilah yang akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui maka menimbulkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut. (Ancok,1989).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (perilaku) dan perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Rogers mengungkapkan bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru dalam diri seseorang akan terjadi proses yang berurutan, yaitu :

1. *Awareness* (Kesadaran)

Dimana orang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus.

2. *Interest*

Subyek mulai tertarik terhadap stimulus /obyek tersebut. Disini sikap subyek sudah mulai timbul.

3. *Evaluation*

Pada tahap ini subyek mulai menimbang-nimbang baik buruknya stimulus terhadap dirinya.

4. *Trial*

Dimana subyek mulai melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus

5. *Adoption*

Dimana subyek telah berperilaku seseuai dengan pengetahuan , kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

1. *Tahu*

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalamnya adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik terhadap suatu bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah , kata kerja untuk mengukurnya antara : menyebutkan , menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.

2. *Memahami*

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, metode, prinsip dalam konteks / situasi yang lain.

4. Analisis

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu subyek kedalam suatu komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitanya satu sama lain.

5. Sintesis

Sintesis menunjuk suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian - bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau suatu kemampuan untuk menyusun formulasi yang baru dari formulasi - formulasi yang ada.

6. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.4 Kepatuhan

2.4.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan didefinisikan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan dokternya atau oleh yang lain (Sarafino,1990) seperti dikutip oleh Smet, (1994).

Kepatuhan adalah perilaku positif pasien dalam mencapai tujuan terapi (De Greest et.al.,1998). Pasien adalah sebagai pengambil keputusan dan kepatuhan sebagai hasil pengambilan keputusan menurut *Decision theory : Janis (1985)*

2.4.2 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah :

1. Faktor situasi , dukungan yang diberikan kepada pasien dan kesulitan yang dihadapi keluarganya adalah relevan, mematuhi anjuran dokter melibatkan biaya dan keuntungan.
2. Metode perawatan , frekuensi dan jumlah obat yang diberikan memiliki pengaruh demikian juga dengan pandangan pasien dengan efek samping dan kemanjuran perawatan.
3. Sumber penyakit, pandangan pasien tentang keparahan penyakit dan konsekuensi ketidakpatuhan menurun dengan lamanya sakit dan perkembangan kesehatan.
4. Pengertian / *Understanding* , pasien tidak dapat diharapkan mematuhi rekomendasi dokter apabila mereka tidak mengerti , ketidakjelasan dan sulitnya informasi yang diberikan pada pasien sering diremehkan.

5. Pengingatan / *Remembering*, Banyak pasien tidak patuh hanya karena mereka tidak dapat mengingat instruksi dokter .
6. Hubungan dokter pasien, pasien yang puas dengan aspek interpersonal perawatan , mereka akan lebih mungkin mengikuti saran dokter.

Kepatuhan meliputi perubahan perilaku kearah yang positif dipengaruhi oleh :
(Blevin & Lubkin, 1999) seperti dikutip Carpenitto (1999) :

1. Inisial dan kepercayaan yang terus menerus pada pemberi kesehatan yang profesional profesional.
2. *Reinforcement* / pujian oleh orang terdekat lainnya.
3. Persapsi diri terhadap sakit
4. Persepsi tentang keseriusan sakit yang diderita
5. Fakta-fakta bahwa kepatuhan dapat mengontrol gejala atau sakit
6. Efek samping dan kemampuan toleransi
7. Gangguan yang minimal pada aktivitas sehari-hari atau orang terdekat lainnya
8. Keuntungan yang lebih banyak didapatkan pada terapi dari pada kerugiannya.
9. Perasaan diri yang positif

Kepatuhan yang kurang / negatif dipengaruhi oleh :

1. Penjelasan yang tidak adekuat.
2. Tidak adanya kesepakatan antara pemberi pelayanan dengan klien.
3. Terapi yang memakan waktu lama.
4. Kompleksitas dan biaya yang tinggi karena pengobatan.
5. Efek samping yang berat.

2.5 Sikap

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan obyek tadi (Purwanto, 1997).

Sikap adalah suatu pernyataan evaluatif tentang obyek , orang atau kejadian-kejadian (Robbins,1997). Menurut Fishbein dan Ajzen (1990), mengatakan sikap sebagai afek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu obyek. Sikap,dapat bersifat positif dan dapat bersifat negatif. Dalam sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu, sedangkan dalam sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi , menghindari , membenci ,tidak menyukai obyek tertentu (Purwanto,1997).

Allport (1954), menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu obyek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu obyek.
3. Kecenderungan untuk bertindak

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh . Dalam penentuan sikap yang utuh ini , pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting .

2.6 Perilaku

Perilaku adalah merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) menurut Skinner (1983) seperti dikutip Notoatmojo (1997). Perilaku Kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan

dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Batasan ini mengandung dua komponen yaitu : respon dan stimulus. Stimulus terdiri dari 4 unsur pokok yaitu : perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsi rasa sakit dan penyakit yang ada dalam dirinya dan diluar dirinya), maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan sakit dan penyakit tersebut.

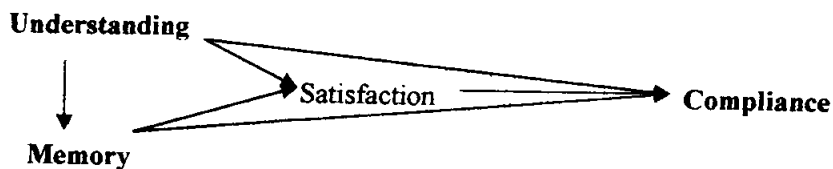
Perilaku sehat dan sakit sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit yaitu :

1. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan.
2. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*), adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit.
3. Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan.
4. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*), yaitu perilaku yang berhubungan dengan pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.

Hubungan antara sikap dan perilaku dibahas oleh Fishbein dan Ajzen dalam teori Of Reasoned Action (Dharmesta,1992). Dalam teori ini dikatakan sikap mempengaruhi perilaku dengan melalui suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan atau seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia yakin dan menilai perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar ia melakukan.

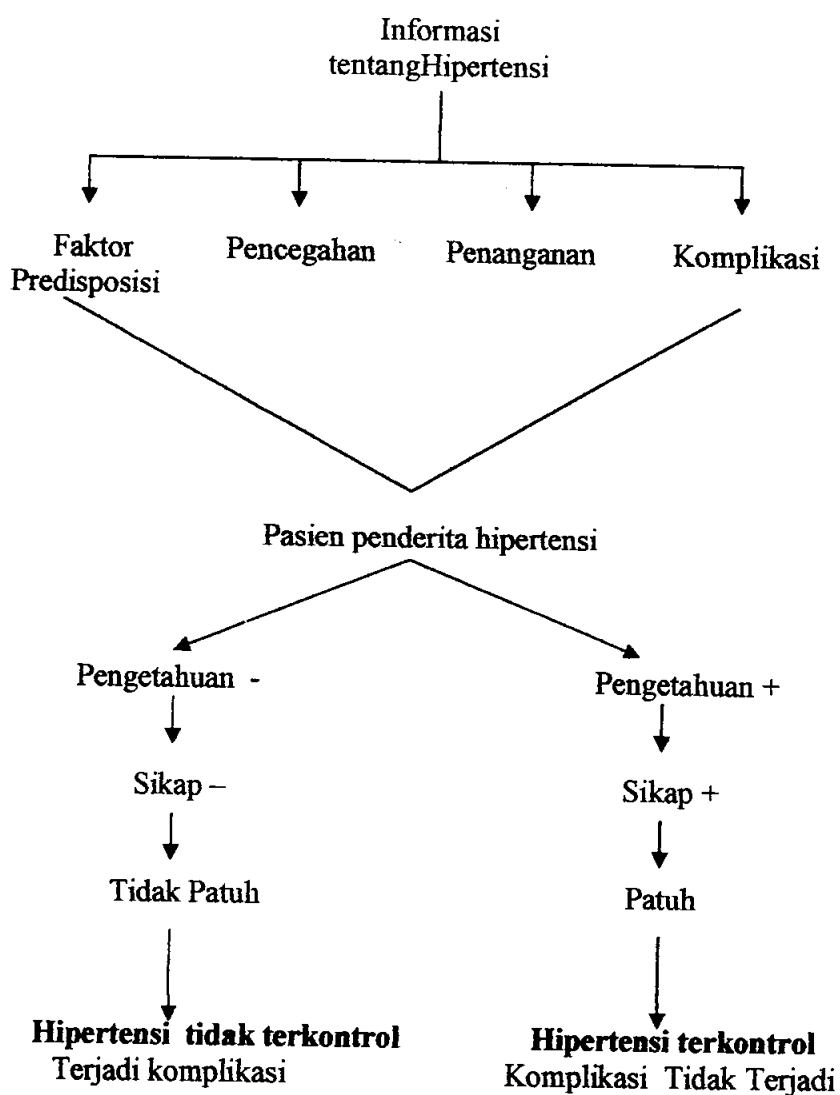
Kepatuhan pasien terhadap advice/ saran sangat berhubungan dengan pemahaman / *Understanding* dan pengingatan / *Memory* (Ley,1982).

Pendekatan model yang digunakan adalah



Hubungan Hipotesis antara pengertian, ingatan, kepuasan dengan perilaku ketaatan.
Sumber : Ley (1992,hal 73)

2.7 Kerangka Konsep



2.8 Hipotesa

Hipotesa adalah pernyataan yang masih lemah atau jawaban sementara terhadap permasalahan secara teoritis yang paling mungkin terjadi (Zainudin, 1999). Dari teori-teori yang telah diulas pada penelitian ini dirumuskan hipotesa sebagai berikut :

- Ho. Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dan kepatuhan kontrol pada pasien dengan hipertensi di Poli Jantung RSUD DR Soetomo Surabaya.
- H1. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dan kepatuhan kontrol pada pasien dengan hipertensi di Poli Jantung RSUD DR Soetomo Surabaya.



BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

BAB 3

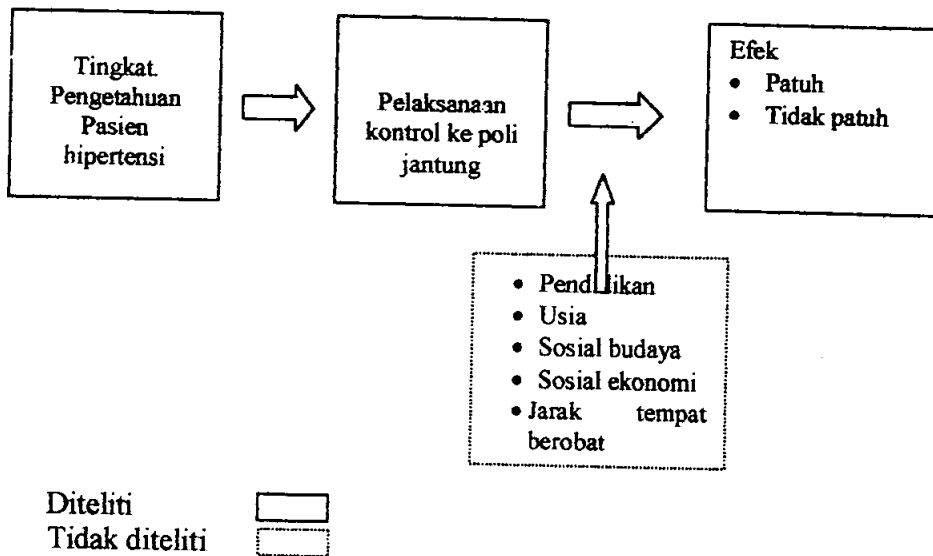
METODOLOGI

Metodologi penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan.. Pada Bab ini akan disajikan ; (1) desain penelitian, (2) populasi, sampel dan sampling,(3) identifikasi variabel dan definisi operasional variabel, (4) teknik pengumpulana data dan rencana pengolahan data, (6) masalah etika dan (7) keterbatasan.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Burn & Grove,1991). Penelitian ini dilakukan secara cross sectional dimana pengukuran variabel hanya dilakukan satu saat saja atau satu kali saja.

3.2 Kerangka Kerja



3.3 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
V. Independen pengetahuan	Pengetahuan adalah hasil dari tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu	Pengetahuan tentang hipertensi esensial (hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya) meliputi : 1. Pengertian 2. Gejala 3. Etiologi 4. Faktor predisposisi 5. Pencegahan 6. Pengobatan 7. Komplikasi	Quesioner	Ordinal	1. kurang : 45 % - 70 % 2. Baik : 71 % -100 %
V. Dependen Kepatuhan	Kepatuhan adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan dokternya atau oleh tenaga Kesehatan yang lainnya yang tercermin dalam frekuensi kontrol dalam satu tahun.	Frekuensi kontrol ke poli jantung yang diambil dari status pasien yang sudah berobat lebih dari 1 tahun.	Observasi	Nominal	1. Tidak Patuh bila frekuensi kontrol kurang dari 10 kali dalam jangka waktu satu tahun (Januari-Desember 2001) 2. Patuh bila frekuensi kontrol lebih atau sama dengan 10 kali dalam jangka waktu satu tahun (Januari - Desember 2001)

3.4 Disain Sampling

3.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti (Nursalam dan Siti Pariani, 2000). Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien hipertensi yang berobat ke poli jantung RSUD DR Soetomo Surabaya dari tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember tahun 2000 .

3.4.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah pasien hipertensi yang dapat atau layak untuk diteliti.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini:

- Pasien Hipertensi esensial yang bersedia untuk diteliti.
- Pasien yang sudah berobat ke poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya lebih dari 1 tahun.

Kriteria Eklusi:

- Pasien tidak bersedia diteliti
- Pasien yang berobat ke poli jantung kurang dari 1 tahun.

Besarnya sampel penelitian, beberapa ahli mengatakan pendapat yang bervariasi.

Menurut Zainudin (1999), besar sampel penelitian ditentukan dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

p = estimator proporsi populasi

q = 1-p

z = harga kurva normal yang tergantung harga alpa.

N= jumlah unit populasi

d=penyimpangan yang ditolerir

Pada penelitian ini besarnya populasi sebanyak 10.298 kali kunjungan selama Januari-Desember 2000, harga p berdasarkan hasil beberapa penelitian rata-rata 11% , harga kurva normal adalah 1,96 dengan d =0,05 sehingga jumlah sampel yang didapatkan adalah 157 responden.

3.4.3 Sampling

Sampling adalah cara atau teknik yang digunakan untuk mengambil sampel (Soetrisno,1997) untuk dapat mewakili populasinya. Pada penelitian ini menggunakan sampling non probability tipe consecutive, dimana setiap pasien hipertensi yang memenuhi kriteria inklusi dimasukkan menjadi responden penelitian .

3.5 Pengumpulan dan Pengolahan Data

3.5.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti, yang disebarikan pada pasien untuk mendapatkan data primer tentang tingkat pengetahuan sedangkan untuk mendapatkan data sekunder tentang kepatuhan kontrol diambil dari rekam medik pasien. Pengertian dari instrumen adalah usaha untuk mengumpulkan informasi dengan menyampaikan sejumlah pertanyaan tertulis untuk dijawab oleh responden (Soetrisno,1997). Pengukuran ini sering digunakan pada kualitatif data (Nursalam,2001)

3.5.2 Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Subyek penelitian adalah pasien hipertensi yang berobat di poli tersebut.

Jadwal penelitian direncanakan sebagai berikut :

Program Kegiatan	Waktu dalam Bulan dan tahun					
	2001				2002	
	Sept.	Okt.	Nop	Des	Jan.	Feb.
1. Persiapan : penyusunan dan konsultasi proporsal.	xx	xx xx	xx			
2. Pengumpulan data				xx	xx	
3. Analisa Data dan konsultasi hasil					Xx	
4. Penulisan Laporan					xx	xx
5. Seminar						x

3.5.3 Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan dianalisa dengan menggunakan uji chi- square. Uji ini dipakai untuk menguji hubungan antara variabel – variabel penelitian. Persyaratan dalam uji chi-square meliputi dua macam tabel (Roestam,1996) yaitu :

- 1) Tabel 2x2 yang tidak bisa dipakai apabila $n < 20$ dan nilai $expected < 5$
- 2) Tabel B x K
- 3) Tingkat kemaknaan adalah besarnya probabilitas dari peranan sampling variasi yang diberi simbol p . Tingkat kepercayaan dirancang $p < 0,05$ yang artinya bahwa bila hasil uji statistik $p < 0,05$ artinya ada hubungan yang bermakna antar variabel yang diukur. Dan apabila $> 0,05$ maka berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara dua variabel yang diukur (Soetrisno,1990).

Rumus yang digunakan dalam uji chi square :

- 1) Uji chi square dengan menggunakan tabel 2x2

$$X^2 = \frac{n\{(ad-bc)- (1/2n)\}}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

- 2) Menentukan derajat kebebasan (df = degree of freedom)

$$df = (B-1) \times (K-1)$$

- 3) Derajat Kemaknaan $p < 0,05$

3.6 Etika Penelitian

Setiap penelitian yang menggunakan subyek manusia harus tidak bertentangan dengan etika (Nursalam,2001) sebagai subyek penelitiannya ini dilakukan setelah mendapat rekomendasi dari FK Unair dan ijin dari Direktur RSUD DR Soetomo Surabaya. Penelitian dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. Lembar persetujuan sebagai subyek

Yang berisi pernyataan persetujuan sebagai subyek, yang diisi secara sukarela oleh subyek.

2. Anomany

Pada lembar pengumpulan data tidak mencantumkan nama subyek, lembar pengumpulan data cukup diisi nomer kode.

3. Confidentialy

Menjaga kerahasiaan pasien yang dijadikan subyek penelitian.

3.7 Keterbatasan

Keterbatasan yang dihadapi peneliti dalam penelitian ini adalah:

1. Sampel yang dijadikan subyek penelitian diperoleh dengan cara consecutif sampling sehingga hasilnya kurang dapat digeneralisasikan pada wilayah yang lebih luas.

2. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang dibuat sendiri dan belum diujicobakan sehingga reliabelitas dan validitasnya perlu disempurnakan.
3. Waktu pelaksanaan penelitian ini dirasakan sangat terbatas sehingga mempengaruhi penyusunan hasil laporan penelitian.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

BAB 4

HASIL

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang meliputi data umum berupa karakteristik responden dan data khusus hasil analisa hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan kontrol subyek.

4.1 Data Umum

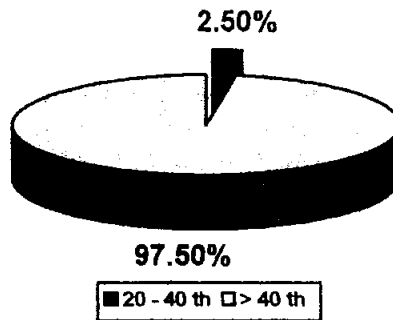
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Pengambilan data penelitian ini dilakukan di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Poliklinik Jantung RSUD Dr. Soetomo merupakan instalasi rawat jalan bagi penderita kardiovaskuler meliputi : penyakit jantung maupun hipertensi. Dalam hal ini subyek yang diteliti hanya penderita hipertensi esensial yang melakukan kontrol mulai tanggal 14 Desember 2001 s.d 14 Januari 2002. Cara pemilihan sampel adalah secara consecutive sampling dimana setiap pasien yang memenuhi kriteria inklusi maupun eksklusi dimasukan dalam penelitian sampai mencapai jumlah sebanyak 157 orang.

4.1.2 . Karakteristik Responden

Dari hasil pengumpulan data didapatkan karakteristik responden secara umum sebagai berikut :

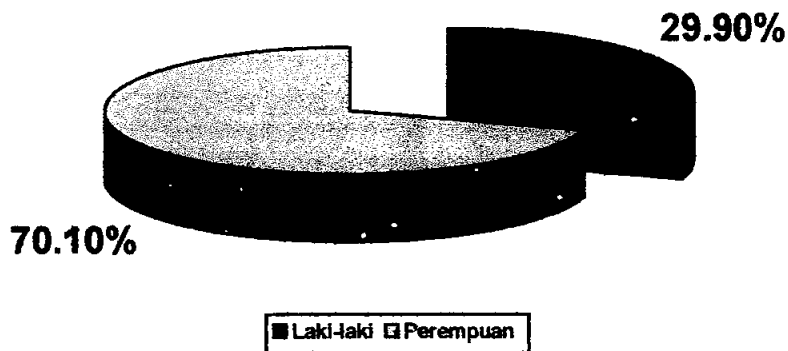
1) Umur Responden



Gambar 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo, Januari 2002.

Dari gambar di atas tampak, sebagian besar responden berusia lebih dari 40 tahun yaitu 97,5%.

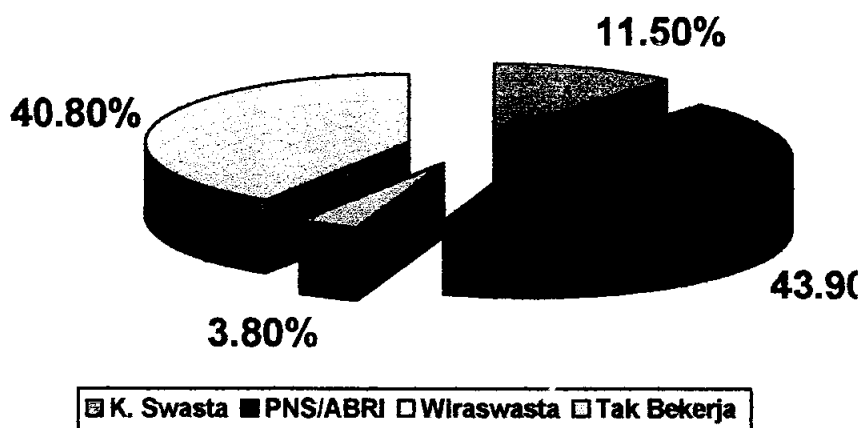
2) Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo, Januari 2002.

Dari gambar di atas, tampak bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (70.10 %).

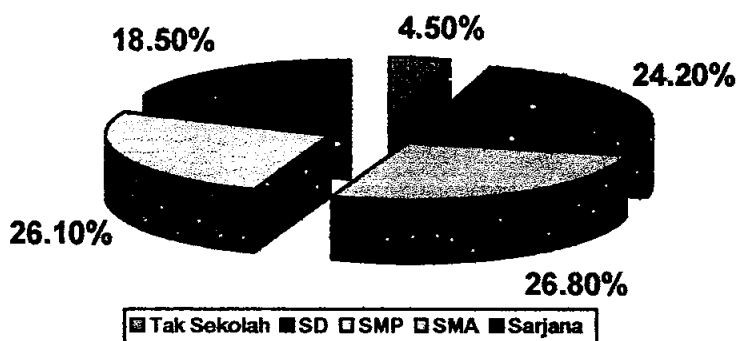
3). Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo, Januari 2002.

Dari gambar di atas tampak, sebagian besar bekerja sebagai PNS/ABRI serta pensiunan (43.90 %). Hanya sebagian kecil responden bekerja wiraswasta (3.80 %).

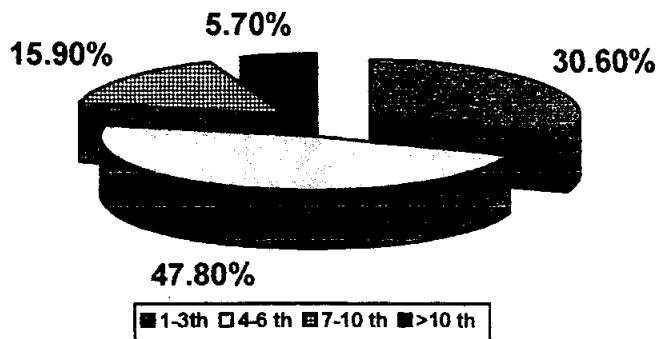
4). Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan



Gambar 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo, Januari 2002

Dari gambar di atas, tampak distribusi pendidikan responden hampir merata terutama SD, SMP dan SMA, masing-masing 24,2 %, 26.8 % dan 26.1 %.

5) Distribusi Lama Sakit Responden



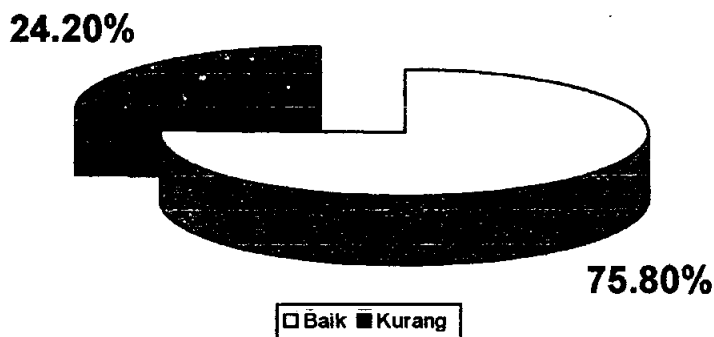
Gambar 4.5 Distribusi Berdasarkan Lama Sakit Responden di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo, Januari 2002

Dari gambar di atas tampak sebagian besar lama sakit berkisar antara 4 – 6 tahun (47.80 %). Sedangkan yang menderita hipertensi lebih dari 10 tahun hanya 5,7 %.

4.2 Data Khusus

Dalam data khusus ini disajikan tentang distribusi pengetahuan dan kepatuhan kontrol serta hasil analisis hubungan kedua variabel tersebut.

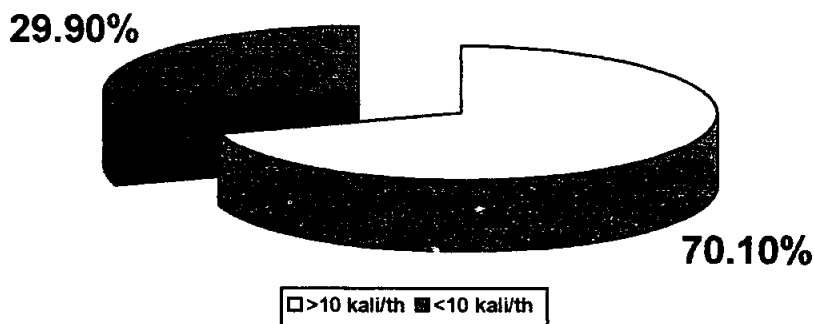
1) Distribusi Pengetahuan Responden Tentang Hipertensi



Gambar 4.6 Distribusi Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Responden Tentang Hipertensi di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo, Januari 2002

Berdasarkan data di atas, tampak bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik tentang hipertensi (75.80%), hanya sebagian kecil yang berpengetahuan kurang (24,20%).

2) Distribusi Kepatuhan Kontrol Responden



Gambar 4.7 Distribusi Berdasarkan Tingkat Kepatuhan Melakukan Kontrol Responden di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo, Januari 2002

Dari gambar di atas tampak, sebagian besar responden melakukan kontrol lebih dari 10 kali dalam setahun (70,10 %). Hanya sebagian kecil yang kontrolnya kurang , yaitu melakukan kontrol kurang dari 10 kali dalam setahun (29,90 %).

3) Hasil Analisis Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol.

Tabel 4.1 Hasil crosstab hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan Responden melakukan kontrol di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2002.

		KONTROL		TOTAL
		< 10 kali/th	> 10 kali/th	
PENGETAHUAN TENTANG HIPER TENSI	Kurang	28 (17,8 %)	11 (7,0 %)	39 (24,8 %)
	Baik	19 (12,1 %)	99 (63,1 %)	118 (75,2 %)
JUMLAH		47 (29,9%)	110 (70,10 %)	157 (100 %)

Dari tabel di atas, tampak bahwa dari seluruh responden sebanyak 157 orang, yang pengetahuannya kurang sebanyak 39 orang (24,8%) sedangkan yang baik sebanyak 118 orang (75,2 %). Responden yang berpengetahuan kurang dan kepatuhan kontrolnya kurang sebanyak 28 orang (17,8 %), sedangkan responden yang pengetahuannya kurang tetapi kepatuhan kontrolnya baik sebanyak 11 orang (7,0 %). Responden yang pengetahuannya baik dan memiliki kepatuhan kontrol yang baik sebanyak 99 orang (63,1 %). Sedangkan responden yang berpengetahuan baik tetapi kurang patuh melakukan kontrol sebanyak 19 orang (12,1 %).

Tabel 4.2 Hasil Uji Statistik dengan Chi-Square Hubungan Pengetahuan dan Tingkat Melakukan Kontrol Responden di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, Januari, 2002.

	df	Asym.Sig (2- sided)	Exact Sig (2- sided)	Exact Sig (1- sided)
Pearson Chi-square	1	0.000		
Fisher's Exact Test	1			0.000
N of Valid Case	157			

Dari tabel di atas tampak bahwa dengan menggunakan analisis Fisher's Exact Test didapatkan adanya hubungan yang sangat bermakna antara pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan melakukan kontrol sebesar ($p = 0,000$).



BAB 5

PEMBAHASAN

BAB 5

PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian ini , yang diukur dengan uji Fisher's Exact Test dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$, menunjukkan hasil sebesar $P 0,00$, hal ini menunjukkan adanya hubungan signifikan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan kontrol di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Teori yang dapat menjelaskan alasan hipotesa diterima adalah :

Notoatmojo (1997), pengetahuan adalah merupakan hasil " tahu " , dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Menurut Laventhal, dkk (1984), manusia menggunakan informasi yang diterima untuk membentuk gambaran kognitif/pengetahuan dari kesakitan yang melibatkan ciri-ciri sebagai berikut:

1. Identitas yang terdiri dari pola gejala dan ' label kesakitan'
2. Penyebab yang dirasakan
3. Gambaran mengenai parahnya atau konsekuensi kesakitan tersebut.
4. Batas waktu dan harapan mengenai lamanya sakit tersebut.
5. Penyembuhan dan pengobatan (Robin & Salovery, 1989)

Menurut Sarafino (1990), seperti dikutip Smet (1994) , kepatuhan didefinisikan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan dokter atau oleh yang lain. De Greest et.al. (1998) menyebutkan kepatuhan adalah perilaku positif pasien dalam mencapai tujuan terapi. Berdasarkan hasil penelitian ini pasien mengetahui tentang penyakitnya karena adanya informasi dari berbagai media

dan petugas kesehatan dan menyadarkan mereka untuk mencari pengobatan agar tekanan darahnya stabil dan tidak terjadi komplikasi atau penyakitnya bertambah parah, seperti tujuan terapi hipertensi adalah mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mm Hg dan mencegah terjadinya komplikasi (Barry, 1987).

Kepatuhan kontrol yang baik pada penelitian ini karena pasien mempercayai pemberi pelayanan kesehatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya dan adanya bukti bahwa pasien-pasien yang kontrol teratur dapat terhindar dari bahaya komplikasi hipertensi. Hal ini sesuai dengan apa yang dinyatakan Carpenito (2000), bahwa kepatuhan dipengaruhi oleh : 1) kepercayaan pada pemberi pelayanan kesehatan yang professional, 2) pujian oleh orang yang terdekat, persepsi terhadap sakit, 3) persepsi tentang keseriusan sakit yang diderita, 4) fakta bahwa kepatuhan dapat mengontrol sakit atau gejala, 5) efek samping dan kemampuan toleransi, 6) Keuntungan yang didapat lebih banyak dari kerugiannya, 7) perasaan diri yang positif.

Menurut Notoatmojo (1997), terbentuknya suatu perilaku baru terutama pada orang dewasa terutama di mulai pada domain *kognitif*, dalam arti subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi. Dengan adanya pengetahuan baru akan menimbulkan respon dalam bentuk sikap pada subyek terhadap obyek yang diketahui yang akhirnya obyek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut menimbulkan respon lebih jauh berupa tindakan. Sikap adalah suatu pernyataan evaluatif tentang obyek , orang atau kejadian-kejadian (Robbins,1997). Dalam hal ini Fishbein dan Ajzen (1990), mengatakan sikap sebagai afek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu obyek. Sikap dapat bersifat positif dan dapat bersifat negatif. Pada penelitian ini responden bersikap positif sehingga tindakannya mentaati anjuran

dokter untuk kontrol dengan teratur setiap bulan, hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Purwanto, (1997) bahwa sikap merupakan penentu yang penting dalam tingkah laku manusia, sikap seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan. Disamping itu pasien menentukan untuk melakukan kontrol dengan teratur dipengaruhi keyakinan akan pentingnya kontrol yang teratur seperti komponen sikap yang disampaikan Allport (1954).

Hubungan antara sikap dan perilaku dibahas oleh Fishbein dan Ajzen dalam teori Of Reasoned Action (Dharmesta,1992). Dalam teori ini dikatakan sikap mempengaruhi perilaku dengan melalui suatu proses pengambilan keputusan yang teliti dan beralasan atau seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia yakin dan menilai perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar ia melakukan.

Pengetahuan pasien yang baik tentang hipertensi akan meningkatkan pemahaman pasien tentang hal-hal yang berkaitan dengan hipertensi meliputi pencegahan dan penanganannya sehingga mendorongnya untuk berperilaku untuk mencegah dan menangani penyakitnya. Menurut Purwanto (1993) perilaku manusia berasal dari dorongan yang ada dalam dirinya dalam rangka memenuhi kebutuhannya.

Dalam teori Health belief Model (Sarafino, 1990) dinyatakan kepatuhan merupakan fungsi dari keyakinan-keyakinan tentang kesehatan, ancaman yang dirasakan, persepsi kekebalan, pertimbangan mengenai hambatan / kerugian (biaya, waktu) dan keuntungan (efektifitas pengobatan.). Hasil penelitian menunjukkan pasien menyadari bahwa ada gangguan dalam dirinya, berdasarkan informasi yang ia peroleh sehingga menimbulkan kecemasan bahkan dapat dikaitkan dengan adanya kematian. Oleh karena adanya gangguan /ancaman kesehatan ini maka pasien menghimpun

pengetahuan tentang berbagai macam gangguan yang mungkin terjadi dan menghimpun berbagai cara mengatasi gangguan tersebut yang merupakan pencerminan dari berbagai bentuk perilaku yang berupa tindakan manipulatif untuk meniadakan atau menghilangkan gangguan tersebut. Pada pasien-pasien hipertensi walaupun mereka tidak mengalami gejala mereka tetap kontrol rutin karena mereka menyadari akan bahaya yang ditimbulkan bila tidak melakukan kontrol. Hal ini sejalan dengan teori Laventhal (1984), yang menyatakan bahwa diagnosis hipertensi walaupun asimtomatik (tidak mengalami gejala tertentu) mendorong orang untuk mencari gejala yang mungkin terjadi. Jadi ancaman, keseriusan, ketidakkebalan dan pertimbangan untung rugi dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki (Notoatmojo, 1997).

Bagaimana pasien mengetahui dirinya terancam tergantung dari pengetahuannya tentang hipertensi dan bagaimana pasien mempersepsikan penyakitnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata pasien sudah mengetahui bahwa penyakit yang diderita mengganggu integritas dirinya maka pasien berusaha untuk mencari alternatif penanganan untuk mencegah agar ancaman tersebut tidak terjadi, sesuai dengan teori pengaturan diri (Leventhal dkk., 1992) menyatakan bahwa orang menciptakan representasi ancaman kesehatan mereka sendiri, dan merencanakan serta bertindak dalam hubungannya dengan representasinya. Dalam hal ini pasien sendiri yang mengambil keputusan untuk mematuhi anjuran dokter sesuai dengan representasi yang dibentuk.

Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif mengetahui maupun bersikap. Mempersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya, maupun aktif (tindakan) yang dilakukan

sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit, dalam hal ini yang terkait dengan penelitian ini adalah perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (Health seeking behavior), yaitu perilaku untuk melakukan / mencari pengobatan ke RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui panca indra. Persepsi yang benar akan dapat merangsang dipertahankannya perilaku yang diambil. Kepatuhan kontrol pasien hipertensi pada penelitian ini karena adanya pengetahuan pasien tentang pengobatan hipertensi memerlukan waktu jangka panjang atau seumur hidup, untuk itu ia menentukan untuk mengikuti anjuran petugas kesehatan secara rutin, jadi pasien melakukan kontrol berdasarkan pilihannya, hal ini sesuai dengan pernyataan Purwanto bahwa perubahan perilaku manusia diawali dengan adanya kesadaran/mengetahui terhadap stimulus dan perilaku yang diambil adalah pilihannya sendiri (Purwanto, 1994). Hal ini juga sesuai dengan *Decision theory : Janis (1985)* bahwa pasien sebagai pengambil keputusan dan kepatuhan sebagai hasil pengambilan keputusan.

Berdasarkan hipotesa Ley : bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan dengan pemahaman dan pengingatan. Tingginya kepatuhan pasien pada penelitian ini disebabkan karena pasien mengerti dan memahami tentang penyakitnya dan dapat mengingat apa yang dianjurkan petugas kesehatan.

Rogers mengungkapkan bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru dalam diri seseorang akan terjadi proses yang berurutan, yaitu : 1) Awareness (Kesadaran) yaitu

dimana orang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus, 2) Interest yaitu Subyek mulai tertarik terhadap stimulus /obyek tersebut, disini sikap subyek sudah mulai timbul, 3) Evaluation : pada tahap ini subyek mulai menimbang-nimbang baik buruknya stimulus terhadap dirinya, 4) Tria Dimana subyek mulai melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus, 5) Adoption: dimana subyek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan , kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus. Berdasarkan teori Rogers ini, pada hasil penelitian didapatkan sebanyak 70,1 % pasien yang menjadi responden berada pada tahap adoption yaitu perilaku patuh terhadap anjuran dokter untuk kontrol teratur dan yang memiliki kriteria pengetahuan baik sebanyak 83,9 % . Hal ini menunjukkan bahwa perilaku kontrol yang mereka lakukan didasari pengetahuan yang mereka miliki dan atas kesadarannya sendiri tanpa paksaan sehingga perilaku tersebut mereka pertahankan yang dapat menjamin kelanggengannya (long lasting).

Dari hasil penelitian didapatkan ada 11 (7,0 %) responden yang memiliki pengetahuan kurang melakukan kontrol lebih atau sama dengan 10 kali dan 19 responden (12,1 %) yang memiliki pengetahuan cukup melakukan kontrol kurang dari sepuluh kali dalam setahun. Hal ini disebabkan karena kepatuhan kontrol dipengaruhi banyak faktor (Sarafino, 1990) seperti dikutip Smet, (1994) yaitu : 1) faktor situasi: meliputi dukungan yang diberikan keluarga dan kesulitan yang dihadapi pasien, 2) metode perawatan , jumlah obat yang diberikan , 3) sumber penyakit , pandangan pasien tentang keparahan sakit dan lama sakit, 4) Hubungan dokter /petugas kesehatan dengan pasien , pasien yang puas dengan aspek interpersonal perawatan akan lebih mungkin mengikuti anjuran dokter/petugas kesehatan. Pada penelitian ini penyebab ketidak

patuhan antara lain karena kurangnya dukungan keluarga , jumlah obat yang diberikan dan mudahnya mendapatkan obat tanpa resep dokter sehingga menyebabkan pasien malas kontrol tetapi mereka tetap minum obat, dan kurang puasnya hubungan interpersonal antara pasien dengan petugas kesehatan yang disebabkan oleh banyaknya pasien yang harus dilayani sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan komunikasi yang terapeutik sesuai dengan permasalahan yang dihadapi pasien dan kurang lengkapnya informasi yang diberikan serta lama sakit juga sangat mempengaruhi kepatuhan pasien untuk kontrol. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Carpenito bahwa ketidak patuhan dipengaruhi oleh penjelasan yang tidak adekuat, tidak adanya kesepakatan antara pemberi perawatan dengan pasien, Terapi yang memakan waktu lama.

Untuk mencegah ketidak patuhan pada pasien tersebut sebaiknya diadakan pembenahan pada hal-hal yang dapat mendukung terjadinya ketidak patuhan .

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

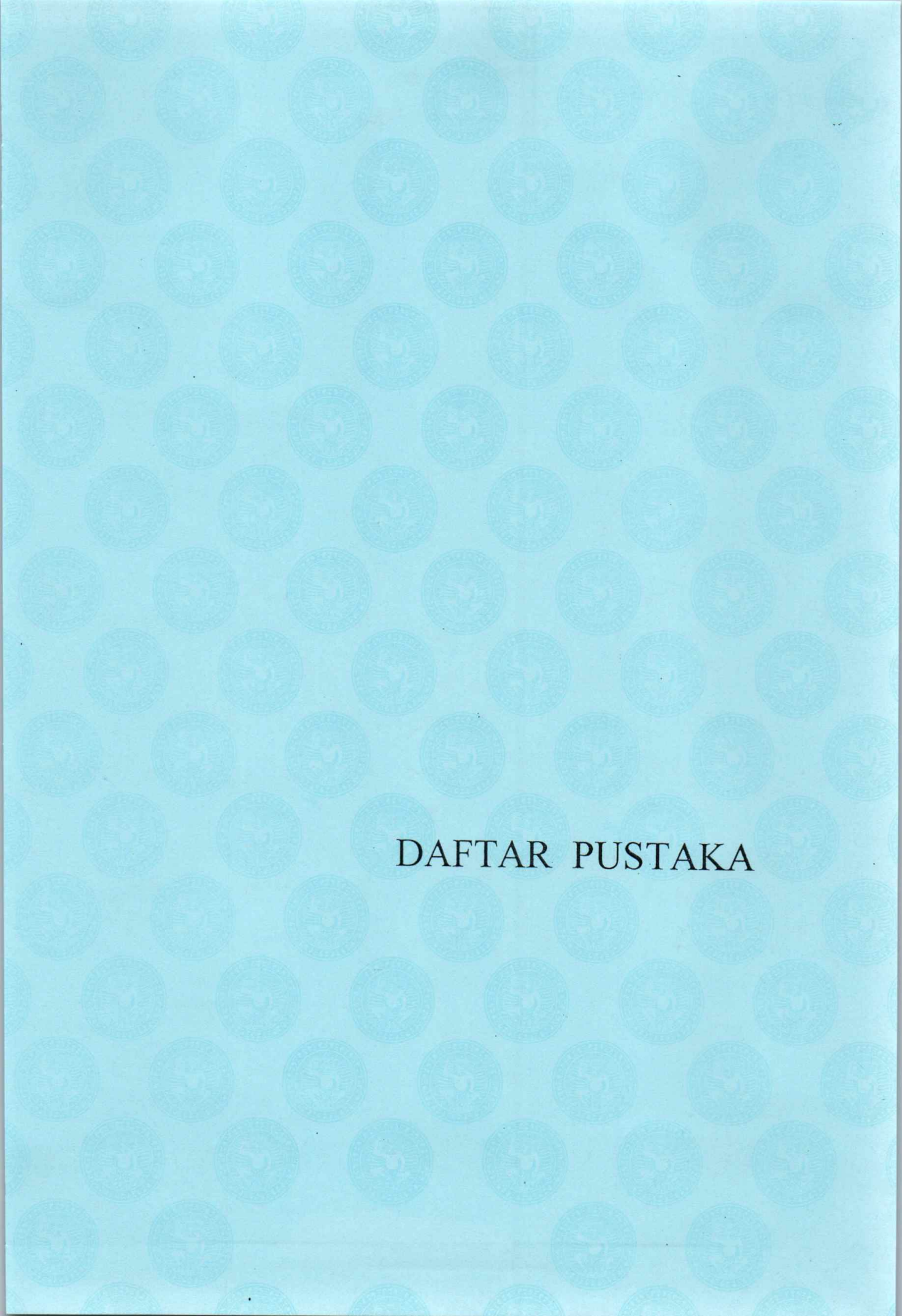
Berdasarkan analisis hasil penelitian maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan tentang hipertensi pada pasien di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah masuk dalam kriteria baik sebanyak 118 responden (75,2 %), Hal ini disebabkan banyaknya sumber informasi yang bisa didapatkan pasien, seperti dari media masa dan media elektronik serta penyuluhan yang diberikan oleh petugas kesehatan.
2. Kepatuhan kontrol pasien hipertensi di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya , dalam kriteria patuh sebanyak 70.1 % dan tidak patuh 29,9 %. Kepatuhan kontrol pasien di poli jantung RSUD Dr. Soetomo sangat terkait dengan peran serta petugas kesehatan dalam memberikan pengetahuan dan tersedianya fasilitas yang sangat mendukung .
3. Tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi di poli jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya memiliki hubungan yang signifikan terhadap kepatuhan kontrol, yang berarti semakin tinggi tingkat pengetahuan pasien maka kepatuhannya untuk kontrol juga semakin baik.

6.2 Saran

Pengetahuan adalah dasar untuk terbentuknya perilaku dan kepatuhan pasien maka perlu :

1. Manusia menggunakan informasi yang untuk membentuk gambaran kognitif/pengetahuan. Oleh karena itu pemberian pengetahuan dengan mengadakan penyuluhan perlu diadakan secara teratur untuk meningkatkan dan mempertahankan pengetahuan memori yang dimiliki pasien.
2. Pengetahuan terjadi karena ada rangsangan yang dtangkap melalui panca indra , semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima rangsangan maka semakin jelas pengetahuan yang diperoleh. Dalam memberikan penyuluhan akan lebih baik kalau menggunakan berbagai media .
3. Petugas kesehatan sebagai pemberi informasi perlu meningkatkan pengetahuannya tentang cara-cara memberikan penyuluhan dan meningkatkan komunikasi terapeutik sehingga pasien dapat menangkap apa yang dijelaskan petugas sehingga pasien dapat mengambil tindakan sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki.
4. Untuk peneliti selanjutnya , perlu dilakukan penelitian yang lebih spesifik tentang sumber pengetahuan yang dimiliki pasien dengan kepatuhan atau kepatuhan dihubungkan dengan tingkat/derajat Hipertensi.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, (1996), *Psikologi Sosial untuk Perawat*, Alih bahasa Leoni Sally ,EGC, Jakarta. (hal.49).
- Ancok, Dj., (1989), *Tehnik Penyusunan Skala Pengukuran* , Pusat Penelitian Kependudukan UKG
- Bakri,S., (1991). *Pengobatan Farmakologik Pada Hipertensi*, EGC, Jakarta. (hal 18-35).
- Burn & Grove , (1991), *The Practice Of Nursing Research : Conduct, Critiques And Utilisation*, 2 nd, W.B. Saunders CO , Philadelphia. (hal.171).
- Carpenito.L.J (1997). *Nursing Diagnosis; Application to Clinical Practice*. Lippincott. Philadelphia.(hal. 594-599).
- Carpenito, Linda Juall, (1999), *Rencana Asuhan Dan Dokumentasi Keperawatan* , edisi 2, Alih Bahasa Monika Ester , EGC, Jakarta..
- Djojogugito. A.H.M (2000). *Wujud Nyata Pelayanan Individu dari Profesi Perawat*. Bandung. (Makalah disampaikan dalam Munas PPNI VI).
- Gunawan , L., (2001) , *Hipertensi , Tekanan Darah Tinggi* , Kannisius, Yogyakarta.(hal.7-34).
- Green, L.W. at. Al., (2000), *Health Promotion Planning : an Educational And Enviromental Approach* , Secong Edition, Mayfield Publishing Company, London.(hal.57-62).
- Guyton A.C, (1991). *Textbook of Medical Physiologi*. 8 th Edition. WB. Sounders. London.
- Hadi. S., (1997) Statistik Jilid 2, Andi Offset Yogyakarta (315 – 340) .
- Hinchliff,S.M., (1996), *Physiologi For Nursing Practice*, Second Edition, Bailliare Tindall, London.(hal.426-427).
- Laksman T. dkk, (1997), *Kamus Kedokteran*, Penerbit Djambatan, Jakarta.
- Laragh, J.H., (1995), Hipertensi : *Pathofisiologi, Diagnosis, And Management*, Second Edition, Vol. One, Raven Press, New York.
- Ley. P., (1982), Satisfaction Compliance and communication, British Journal Of Clinical Psychology (hal.241 – 252)

- Miller , M.J., (1983), Pathofisiologi : ***Principles Of Disease***, W.B. Saunders CO., Philadephia.
- Muzaham , F., (1995), ***Sosiologi Kesehatan*** , Grasindo, Jakarta.(hal. 107-109).
- Notoatmojo, S., (1993), ***Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku Kesehatan*** , Andi Offset, Yogyakarta.(hal.145-150).
- Nursalam dan Siti Pariani, (2000). ***Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan***. Universitas Airlangga. Surabaya.(hal. 64-66; 95-108).
- Pearson & Vaughan. (1996). ***Nursing Process For Practice***. Anchor Brendon Ltd. London.
- Pusdiknakes Depkes, (1993), ***Proses Keperawatan Pada Pasien Dengan gangguan Sistem Kardio Vaskuler***, EGC, Jakarta.(hal.191-202).
- Zainudin M, (1998). ***Metodelogi Penelitian***. Impress. Surabaya.



LAMPIRAN

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
JL. KARANGMENJANGAN NO.12 TELP. 5501071 - 73
SURABAYA

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/ 83 /308/Litb/II/2002

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DR. Dr. Hans Lumintang, SpKK
NIP : 140 086 485
Jabatan : Kepala Bidang Litbang


dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : L. GUSTIAYU KARNASIH
NIM/NIRM : 019930034 B
INSTITUSI : Program Studi S.1 Ilmu Keperawatan
Fak. Kedokteran Universitas Airlangga

telah menyelesaikan penelitian di Instalasi Rawat Jalan dan Sub Bagian Rekam Medik RSUD Dr. Soetomo dengan judul " Studi hubungan tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi dan kepatuhan kontrol di Poli Jantung RSUD Dr. Soetomo Surabaya " mulai tanggal 14 Desember s/d 14 Pebruari 2002.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya .

Surabaya, 27 Pebruari 2002

Kepala Bidang Litbang,

DR. Dr. Hans Lumintang, SpKK
NIP. 140 086 485

Lampiran : 2

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Studi Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien- Tentang Hipertensi Dengan Kepatuhan Kontrol Di Poli Jantung RSUD DR Soetomo Surabaya

Oleh :
I GUSTI AYU KARNASIH

Kami adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Hipertensi Dengan Kepatuhan Kontrol Di Poli Jantung RSUD DR Soetomo

Partisipasi Saudara sebagai responden penelitian ini akan membawa dampak positif dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan.

Kami mengharap tanggapan/jawaban saudara sesuai dengan pendapat saudara tanpa dipengaruhi orang lain. Kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat “volunter” [bebas], saudara bebas untuk ikut atau tidak tanpa adanya sangsi apapun.

Jika saudara bersedia menjadi responden penelitian ini, silakan saudara menandatangani kolom dibawah ini.

Tanda Tangan :

Tanggal :

No Responden :

Lampiran : 3

Lembar Pengumpulan Data

Petunjuk :

Mohon dijawab pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda silang [X] di depan jawaban yang paling cocok dengan keadaan saudara !

Daftar Pertanyaan :

A. Data Umum.

1. Usia saat ini :

< 20 tahun

20 – 40 tahun

> 40 tahun

2. Jenis kelamin

Laki-laki

Perempuan

3. Pekerjaan

Buruh / pegawai tidak tetap

Swata

PNS/ABRI

Wiraswasta

Tidak bekerja

4. Tingkat pendidikan

Tidak sekolah

SD

SMP

SMA

D III / S1

5. Lama sakit :

1 – 3 tahun

4 - 6 tahun

7 – 10 tahun

Lebih dari 10 tahun

B. Data Pengetahuan

Petunjuk !

Silanglah kolom jawaban “ YA” bila pernyataan benar atau silanglah kolom jawaban “ TIDAK “ bila pernyataan salah sesuai dengan pengetahuan saudara !

NO.	PERNYATAAN	JAWABAN		SKORE
		YA	TIDAK	
1.	Hipertensi/Tekanan darah tinggi adalah meningkatnya tekanan darah			
2	Menurut saudara “ apakah hipertensi atau merupakan penyakit keturunan ?“.			
3	Menurut saudara “ apakah hipertensi dipengaruhi oleh kebiasaan makan makanan yang berlemak ?”.			
4	Menurut saudara “ apakah olah raga yang tidak teratur bisa mencegah hipertensi ?”.			
5	Menurut saudara “ apakah stress dapat memperingan hipertensi ”.			
6	Menurut pendapat saudara “ apakah orang yang gemuk lebih mudah menderita hipertensi “.			
7	Menurut pendapat saudara “ apakah penanganan hipertensi dengan obat merupakan hal yang utama?”.			
8	Menurut pendapat saudara “apakah pengobatan hipertensi dapat mencegah komplikasi dari hipertensi .			
9	Menurut saudara “ apakah hipertensi dapat menimbulkan stroke ?”			
10	Menurut saudara “ apakah kebiasaan merokok dapat memperingan hipertensi ”.			
11	Apakah saudara harus membatasi makan makanan yang asin-asin?			
12	Apakah kontrol yang teratur saudara anggap perlu walaupun tidak ada keluhan ?			
13	Apakah saudara harus menghilangkan atau menghindari kebiasaan merokok ?			
14	Apakah saudara harus selalu minum obat sesuai anjuran dokter?			
15	Menurut saudara “Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang atau kemungkinan seumur hidup”.			

Lampiran : 4

Lembar Observasi
Kunjungan Pasien Dalam Satu Tahun

Kode Responden	Frekuensi Kunjungan		Skore
	Anjuran Dokter	Kunjungan Pasien	
001			
002			
003			
004			
005			
006			
007			
008			
009			
010			
011			
012			
013			
014			
dst..			

Lampiran : 5

**HASIL TABULASI DATA PENGARUH PENGETAHUAN
TERHADAP KEPATUHAN MELAKUKAN KONTROL**

NO	Umur	Kelamin	Pekerjaan	Pendidikan	Lama sakit	Pengetahuan	Kontrol
1	3	2	5	2	1	1	1
2	3	2	5	2	2	2	2
3	3	1	3	3	2	2	2
4	3	2	5	4	2	2	2
5	3	2	5	2	1	1	1
6	3	1	3	4	2	2	2
7	3	2	5	2	3	2	2
8	3	1	3	3	2	2	2
9	3	2	3	2	4	1	2
10	3	2	3	3	2	2	2
11	3	2	5	3	4	2	2
12	3	2	5	2	3	2	2
13	3	2	3	4	2	2	2
14	3	2	3	2	3	2	2
15	3	1	3	2	1	1	1
16	3	1	2	3	2	2	2
17	3	1	2	3	2	2	2
18	3	2	5	1	3	2	2
19	3	1	3	5	2	1	1
20	3	2	5	4	2	2	2
21	3	2	5	3	1	1	1
22	3	2	5	3	2	1	2
23	3	2	3	4	4	2	2
24	3	1	3	5	2	2	2
25	3	2	5	3	1	2	2
26	3	2	5	1	2	2	2
27	3	2	3	2	3	2	2
28	3	2	5	3	2	2	2
29	3	2	2	2	1	2	2
30	3	2	5	3	3	2	2
31	3	1	2	4	3	2	1
32	3	2	3	1	2	2	2
33	3	1	3	5	2	2	2
34	3	2	5	5	1	2	2
35	3	2	4	4	2	1	1
36	3	2	5	1	2	2	2
37	3	1	3	5	2	2	2
38	3	2	4	5	1	2	2
39	3	2	3	2	3	2	2
40	3	2	5	2	3	2	2
41	3	2	3	1	2	2	2
42	3	1	3	4	1	2	2
43	3	2	5	2	3	2	1
44	3	1	3	2	2	2	2
45	3	2	5	3	2	2	1
46	3	2	4	4	2	2	2

47	3	2	5	4	1	2	2
48	3	2	3	4	2	2	2
49	3	1	3	3	2	2	2
50	3	2	5	2	1	1	2
51	3	1	3	4	2	2	2
52	3	1	3	5	1	1	1
53	3	2	5	3	2	2	1
54	3	2	5	3	3	2	2
55	3	2	5	4	2	2	2
56	3	1	3	4	3	2	2
57	2	1	3	5	2	2	2
58	3	2	3	3	2	1	1
59	3	2	5	1	1	1	1
60	3	2	3	5	2	1	2
61	3	2	5	4	1	2	2
62	2	2	5	4	1	2	2
63	3	1	3	3	3	2	2
64	3	2	5	4	1	1	1
65	2	2	3	4	1	1	1
66	3	2	3	5	2	2	2
67	3	1	3	5	2	2	2
68	3	1	3	3	2	2	2
69	3	2	3	4	3	2	1
70	3	2	5	3	3	2	2
71	3	2	3	4	2	2	2
72	3	1	3	4	3	2	2
73	3	1	3	3	2	2	2
74	3	2	3	4	1	2	2
75	3	2	5	3	2	1	2
76	3	2	5	3	2	2	2
77	3	2	2	2	2	1	1
78	3	2	5	4	1	1	1
79	3	1	5	5	2	1	2
80	3	1	5	3	4	2	2
81	2	2	2	2	1	2	1
82	3	1	3	5	2	1	2
83	3	1	3	5	1	2	2
84	3	1	5	2	1	2	2
85	3	2	5	2	2	1	1
86	3	1	5	3	1	1	2
87	3	1	3	4	1	2	2
88	3	2	2	2	1	1	1
89	3	2	5	4	2	2	2
90	3	2	5	3	3	2	2
91	3	2	3	5	2	2	1
92	3	2	5	4	2	2	2
93	3	2	3	5	2	2	2
94	3	2	5	4	1	2	2
95	3	1	3	4	2	2	2
96	3	2	5	4	1	2	2

97	3	2	3	5	3	2	2
98	3	2	2	2	1	1	1
99	3	2	2	2	2	2	2
100	3	1	3	2	1	1	2
101	3	2	3	2	2	1	2
102	3	2	5	3	1	2	2
103	3	2	5	2	2	1	2
104	3	2	3	4	2	2	2
105	3	2	3	2	3	2	2
106	3	2	3	3	2	2	2
107	3	2	3	2	2	2	2
108	3	1	2	3	2	2	2
109	3	1	3	5	1	1	2
110	3	2	5	3	4	1	2
111	3	2	3	3	1	2	2
112	3	2	5	3	2	2	1
113	3	1	2	4	1	2	1
114	3	2	5	5	1	2	1
115	3	1	3	5	2	2	1
116	3	2	5	2	3	2	2
117	3	2	5	2	3	2	1
118	3	2	4	4	2	2	2
119	3	1	3	3	2	2	1
120	3	1	3	5	1	1	1
121	3	2	5	4	2	2	1
122	3	2	3	3	2	1	2
123	3	2	5	4	1	2	2
124	3	2	5	4	1	1	1
125	3	1	3	5	2	2	2
126	3	2	5	3	3	2	2
127	3	1	3	3	2	2	2
128	3	2	5	3	2	2	2
129	3	1	5	5	2	1	2
130	3	1	3	5	2	1	1
131	3	2	5	2	3	1	1
132	3	2	2	2	1	1	1
133	3	2	3	5	2	2	2
134	3	2	5	4	1	2	2
135	3	2	3	5	3	2	2
136	3	1	3	2	1	1	2
137	3	2	5	1	4	2	2
138	3	2	3	5	3	1	2
139	3	2	2	2	5	1	1
140	3	2	3	5	2	2	2
141	3	2	3	3	1	1	2
142	3	2	5	3	1	1	2
143	3	2	2	2	2	1	1
144	3	1	4	3	2	1	2
145	3	2	5	4	2	2	2
146	3	2	4	4	1	2	2

147	3	1	3	4	2	2	2
148	3	2	2	2	1	1	1
149	3	2	2	2	2	2	2
150	3	2	3	2	5	1	2
151	3	2	3	4	1	2	2
152	3	2	2	2	2	1	1
153	3	2	5	3	5	2	2
154	3	1	3	5	1	2	2
155	3	1	5	3	1	1	1
156	3	2	5	4	2	2	2
157	3	2	2	3	1	2	2

osstabs

Lampiran : 6

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
UMUR * KONTROL	157	100.0%	0	.0%	157	100.0%
ELAMIN * KONTROL	157	100.0%	0	.0%	157	100.0%
EKERJA * KONTROL	157	100.0%	0	.0%	157	100.0%
ENDIDIK * KONTROL	157	100.0%	0	.0%	157	100.0%
SAKIT * KONTROL	157	100.0%	0	.0%	157	100.0%
LENGTH * KONTROL	157	100.0%	0	.0%	157	100.0%

UMUR * KONTROL

Crosstab

			KONTROL		Total
			Kurang dari 10 kali dalam setahun	Lebih dari 10 kali dalam setahun	
UMUR	20-40 th	Count	1	3	4
		% within UMUR	25.0%	75.0%	100.0%
		% within KONTROL	2.1%	2.7%	2.5%
		% of Total	.6%	1.9%	2.5%
> 40 th	Count	Count	46	107	153
		% within UMUR	30.1%	69.9%	100.0%
		% within KONTROL	97.9%	97.3%	97.5%
		% of Total	29.3%	68.2%	97.5%
Total	Count	Count	47	110	157
		% within UMUR	29.9%	70.1%	100.0%
		% within KONTROL	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	29.9%	70.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.048 ^b	1	.827		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.049	1	.824		
Fisher's Exact Test				1.000	.653
Linear-by-Linear Association	.047	1	.828		
N of Valid Cases	157				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.20.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.017			.827
Interval by Interval	Pearson's R	-.017	.076	-.217	.828 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.017	.076	-.217	.828 ^c
Total of Valid Cases		157			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

KELAMIN * KONTROL

Crosstab

			KONTROL		Total
			Kurang dari 10 kali dalam setahun	Lebih dari 10 kali dalam setahun	
KELAMIN	Laki	Count	14	33	47
		% within KELAMIN	29.8%	70.2%	100.0%
		% within KONTROL	29.8%	30.0%	29.9%
		% of Total	8.9%	21.0%	29.9%
	Perempuan	Count	33	77	110
		% within KELAMIN	30.0%	70.0%	100.0%
		% within KONTROL	70.2%	70.0%	70.1%
		% of Total	21.0%	49.0%	70.1%
Total		Count	47	110	157
		% within KELAMIN	29.9%	70.1%	100.0%
		% within KONTROL	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	29.9%	70.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^b	1	.979		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.979		
Fisher's Exact Test				1.000	.569
Linear-by-Linear Association	.001	1	.979		
Total of Valid Cases	157				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.07.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.002			.979
Interval by Interval	Pearson's R	-.002	.080	-.026	.979 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.002	.080	-.026	.979 ^c
N of Valid Cases		157			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

PEKERJA * KONTROL

Crosstab

			KONTROL		Total
			Kurang dari 10 kali dalam setahun	Lebih dari 10 kali dalam setahun	
PEKERJA	Swasta	Count	8	10	18
		% within PEKERJA	44.4%	55.6%	100.0%
		% within KONTROL	17.0%	9.1%	11.5%
		% of Total	5.1%	6.4%	11.5%
PNS/ABRI		Count	18	51	69
		% within PEKERJA	26.1%	73.9%	100.0%
		% within KONTROL	38.3%	46.4%	43.9%
		% of Total	11.5%	32.5%	43.9%
Wiraswasta		Count	2	4	6
		% within PEKERJA	33.3%	66.7%	100.0%
		% within KONTROL	4.3%	3.6%	3.8%
		% of Total	1.3%	2.5%	3.8%
Tak bekerja		Count	19	45	64
		% within PEKERJA	29.7%	70.3%	100.0%
		% within KONTROL	40.4%	40.9%	40.8%
		% of Total	12.1%	28.7%	40.8%
Total		Count	47	110	157
		% within PEKERJA	29.9%	70.1%	100.0%
		% within KONTROL	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	29.9%	70.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.329 ^a	3	.507
Likelihood Ratio	2.217	3	.529
Linear-by-Linear Association	.181	1	.670
N of Valid Cases	157		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.80.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.465			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.525	.075	7.689	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.525	.075	7.689	.000 ^c
N of Valid Cases		157			

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Based on normal approximation.

SysInfo

FILE INFO:

File Type: SPSS Data File

Creation Date:

Creation Time:

Label: Not Available

Number of Cases: 0

Total # of Defined Variable Elements: 7

Number of Named Variables: 7

Weights Are Not Weighted

Data Are Uncompressed

File Contains Case Data