

LAPORAN PENELITIAN DOSEN



PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG KEPATUHAN DIET RENDAH GARAM TERHADAP TEKANAN DARAH PADA LANSIA HIPERTENSI DI DESA PAHLAWAN SETIA BEKASI 2021

TIM PENGUSUL

Ketua

I Ratnah, S.Kep..Ners,M.Kep

(NIDN: 0331126301)

Anggota

Arabta M. Peraten Pelawi, S. Kep., Ns., M. Kep

(NIDN: 0301096505)

Rosdiana Manalu

(NPM: 18.156.01.11.030)

Yana Apriyani Rindiantika

(NPM: 18.156.01.11.036)

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2021**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi di Desa Pahlawan Bekasi 2021

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : I Ratnah.,S.Kep.,Ners.,M.Kep
b. NIDN : 0331126301
c. Jabatan Fungsional : Dosen S1 Keperawatan dan Profesi Ners
d. Program Studi : Profesi Ners
e. Nomor HP : 0822-1322-4798
f. Alamat surel (e-mail) : iratnahmkep@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Arabta M. Peraten Pelawi, S. Kep., Ns., M. Kep
b. NIDN : 0301096505
c. Program Studi : Keperawatan

Lama Penelitian Keseluruhan : 1 Tahun

Biaya Penelitian Diusulkan : Rp. 9.900.000,-

Jumlah Mahasiswa yang Terlibat : 2 Orang

Bekasi, 31 Agustus 2022

Mengetahui,
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners



(Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN : 0316028302

Ketua Peneliti,



(I Ratnah, S.Kep., Ns., M.Kep)
NIDN : 0331126301

Menyetujui,
Kepala UPPM



(Rotua Surrany S, SKM.,M.Kes)
NIDN : 0315018401

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR SKEMA	v
RINGKASAN	2
BAB I PENDAHULUAN	3
A. Latar Belakang	3
B. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Target Luaran	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Pendidikan Kesehatan	6
1. Definisi Pendidikan Kesehatan.....	6
2. Tujuan Pendidikan Kesehatan	6
3. Metode Pendidikan Kesehatan	6
4. Media Pendidikan Kesehatan	7
5. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan	8
B. Kepatuhan	8
1. Definisi	8
2. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan.....	8
3. Manfaat kepatuhan	9
C. Diet Rendah Garam	10
1. Definisi rendah garam	10
2. Macam dan indikasi pemberian.....	11
3. Makanan yang boleh dan tidak oleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi.....	11
4. Cara mengurangi konsumsi garam	11
5. Daftar Bahan makanan sehari-hari	12
D. Lansia	13
1. Definisi	13
2. Karakteristik Lansia.....	13
3. Tipe lansia.....	13
4. Tugas perkembangan lansia.....	14
5. Perubahan Akibat Proses Menua	14
E. Hipertensi	16
1. Definisi	16
2. Klasifikasi	16
3. Manifestasi Klinis.....	18
4. Pathway	19
5. Pemeriksaan Penunjang.....	20
6. Penatalaksanaan	20
7. Komplikasi.....	21
E. Kerangka Teori	22
BAB III	23
METODE PENELITIAN	23
A. Desain Penelitian	23
B. Tahapan Penelitian	23

C. Lokasi Penelitian	24
D. Populasi dan Sampel	24
1. Populasi Penelitian	24
2. Sampel Penelitian	24
E. Metode Analisis Dat	25
1. Univariat	25
2. Bivariat	25
BAB 4 BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN.....	26
A. Anggaran Biaya.....	26
B. Jadwal Penelitian	26
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	27
A. Pelaksanaan penelitian	27
B. Hasil Penelitian.....	27
1. Analasia Univariat	27
2. Analisa Bivariat.....	28
1. Uji Normalitas	28
2. Uji Paired Samples T-Test.....	29
BAB VI PENUTUP	31
A. Kesimpulan	31
B. Saran.....	31
1. Lansia Desa Pahlawan Setia Bekasi	31
2. Desa Pahlawan Setia Bekasi.....	32
3. Bagi Peneliti Selanjutnya.....	32
LAMPIRAN.....	35
Lampiran. Surat Pernyataan Ketua Peneliti	35

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan <i>The Joint National Committee on Detection</i>	16
Tabel 3. 1.....	23
Tabel 3. 2 Waktu Penelitian	Error! Bookmark not defined.
Tabel 3. 3 Kriteria Inklusi dan Ekslusi.....	24
Tabel 4. 1Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan	26
Tabel 4. 2Jadwal Kegiatan	26
Tabel 5. 1 Distribusi Frekuensi Tekanan Darah Sistolik Sebelum.....	27
Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Tekanan Darah <i>Diastole</i> Sebelum.....	27
Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Tekanan Darah <i>Sistolik</i> Sesudah.....	28
Tabel 5. 4 Uji Normalitas.....	28
Tabel 5. 5.....	29

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Pathway 19
Skema 2. 2 Kerangka Teori..... 22

RINGKASAN

Hipertensi merupakan penyebab umum terjadinya stroke dan serangan jantung, hipertensi sering disebut *The Silent Killer*. Hipertensi dapat dicegah salah satunya dengan melakukan perubahan gaya hidup dengan mengurangi pemakaian garam. Dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam, karena pengetahuan menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami tentang diet hipertensi terutama pada lansia yang mengalami penurunan kemampuan berbagai organ, fungsi dan sistem tubuh.

Tujuan Penelitian ini untuk menganalisa pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi.

Metode penelitian ini merupakan penelitian quasy eksperiment dengan pendekatan *One Group Pre-Post test without control* dengan jumlah sampel 14 responden menggunakan teknik sampling Purposive sampling. Analisa bivariat adalah uji paired sample t-test.

Hasil penelitian menunjukkan tekanan darah sistolik dan diastolik sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan pada lansia hipertensi dengan jumlah sampel sebanyak 14 responden (n=13) didapatkan data bahwa T hitung tekanan darah sistolik (3.832) > T tabel (2.160) dan nilai P value (0,000) < nilai *alpha* (0,05) sedangkan untuk T hitung tekanan darah diastolik (3.239) > T tabel (2.160) dan nilai P value (0,000) < nilai *alpha* (0,05).

Dapat disimpulkan ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi.

Kata kunci: Kepatuhan, Diet Rendah Garam, Pendidikan Kesehatan, Lansia, Hipertensi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Usia lanjut adalah usia 60 tahun keatas sesuai dengan definisi *World Health Organization (WHO)* yang terdiri dari (1) usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, (2) usia lanjut (*elderly*) usia 60-74 tahun, (3) usia tua (*old*) usia 75-90 tahun, dan (4) usia sangat lanjut (*very old*) usia diatas 90 tahun. Peningkatan jumlah lanjut usia dinegara maju relatif lebih cepat dibandingkan dinegara berkembang, namun secara absolut lansia di negara berkembang jauh lebih banyak (Kemenkes RI, 2013).

Usia lanjut atau lansia bukan merupakan suatu penyakit, tetapi keadaan tersebut dapat menimbulkan masalah sosial. Di beberapa negara, terutama di negara-negara maju, umur harapan hidup telah bertambah panjang sehingga warga yang berusia lebih dari 65 tahun juga semakin bertambah. Tanda-tanda masa tua disertai dengan adanya kemunduran-kemunduran kemampuan kerja panca indera, gangguan fungsi alat-alat tubuh, perubahan psikologi serta adanya berbagai penyakit yang muncul. (Anggriyana & Atikah, 2010)

Menurut *World Health Organization (WHO)*, perkembangan jumlah penduduk lanjut usia di Asia Tenggara ialah sebesar 8% atau sekitar 142 juta jiwa (Kemenkes RI, 2013). Data dari Kemenkes RI, jumlah lansia di Indonesia tahun 2014 mencapai 18 juta jiwa dan diperkirakan meningkat menjadi 41 juta jiwa di tahun 2035 serta lebih dari 80 juta jiwa di tahun 2050. Sebaran penduduk lansia pada tahun 2010, lansia yang tinggal di perkotaan sebesar 9,58% dan yang tinggal dipedesaan sebesar 9,97%, terdapat perbedaan yang cukup besar antara lansia yang tinggal di perkotaan dan tinggal di pedesaan.

Melihat dari banyaknya jumlah lansia yang ada di Indonesia, pasti banyak masalah kesehatan yang di alami oleh lansia. Masalah ini berawal dari kemunduran sel-sel tubuh, sehingga fungsi dan daya tubuh menurun serta faktor resiko terhadap penyakit pun meningkat (Kholifah, 2016). Data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) angka kesakitan lansia tahun 2014 sebesar 25,05% menunjukkan bahwa satu dari empat lansia mengalami sakit. Masalah kesehatan yang sering di alami lanjut usia adalah hipertensi. Sampai saat ini, hipertensi merupakan tantangan besar di Indonesia. Hipertensi merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer (Kemenkes RI, 2014).

Angka kejadian hipertensi di dunia cukup tinggi, menurut *the American Heart Association (AHA)* setiap 1 dari 3 orang dewasa di Amerika Serikat menderita hipertensi. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 prevalensi hipertensi di Indonesia berdasarkan umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8% dengan diagnosis dari cakupan tenaga kesehatan hanya 36,8%, dan sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat tidak terdiagnosis yaitu sebesar 63,2% (Balitbangkes Kemenkes RI, 2013). Prevalensi tertinggi hipertensi pada umur ≥ 18 tahun terletak di Provinsi Bangka Belitung (30,9%), Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%), Jawa Barat (29,4%) sementara Provinsi Jawa Tengah masuk ke dalam 15 besar provinsi dengan prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia sebesar 26,4% (Ratnawati, 2016).

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan bahwa 25,8% penduduk Indonesia mengidap hipertensi (Riskesdas, 2013). Pada tahun 2014 di

Jawa Barat ditemukan 790.382 orang kasus hipertensi (2,46% terhadap jumlah penduduk \geq 18 tahun). Pada tahun 2014 di Kota Bekasi kasus Hipertensi merupakan terbanyak keempat yaitu 36,807 kasus (6,4%) (Dinkes Jabar, 2014).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. (Kemenkes RI, 2014). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai. Hipertensi merupakan silent killer dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya itu adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, vertigo, jantung berdebar-debar, malaise, penglihatan kabur, telinga berdering (tinnitus), dan epitaksis. (Kemenkes RI, 2014)

Penatalaksanaan Hipertensi pada usia lanjut dapat dicegah atau diobati, dengan cara mengubah gaya hidup seperti mengatur pola makan, mengurangi stres, mengkonsumsi obat-obatan penurun tekanan darah dan olahraga teratur (Kowalski, 2010 dalam Erly 2014). Pengaturan pola makan seperti diet rendah garam sangat dianjurkan untuk lansia yang memasuki usia pralansia (45 tahun) dan usia lansia (65 tahun ke atas). Untuk penderita hipertensi berat diet rendah garam yang disarankan adalah 200-400 mg Na/hari sedangkan untuk penderita hipertensi tidak terlalu berat diet rendah garam yang disarankan 600-800 mg Na/hari dan untuk penderita hipertensi ringan diet rendah garam yang disarankan adalah 1000-1200 mg Na/hari.

Sebaiknya pasien hipertensi memiliki pengetahuan mengenai diet rendah garam karena tingkat pengetahuan yang baik tentang diet hipertensi akan mempermudah terjadinya perubahan perilaku dengan mengontrol tekanan darah. Menurut Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa salah satu faktor penentu terjadinya perubahan perilaku kesehatan adalah faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang didalamnya termasuk pengetahuan mengenai diet hipertensi.

Penderita hipertensi harus tetap menjalankan diet hipertensi setiap hari dengan ada atau tidaknya sakit dan gejala yang timbul. Hal ini dimaksudkan agar keadaan tekanan darah penderita hipertensi tetap stabil sehingga dapat terhindar dari penyakit hipertensi dan komplikasinya (Agrina, 2011). Upaya mengubah suatu perilaku pemeliharaan yang terus menerus diperlukan suatu pendidikan kesehatan. Salah satu upaya yang bisa diberikan untuk meningkatkan kepatuhan adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kurniawati (2016) yang meneliti pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan diet pada pasien hipertensi, hasil penelitiannya menunjukkan ada pengaruh yang signifikan dari pemberian pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh penulis di Desa Pahlawan Setia Bekasi pada tahun 2018, mendapatkan data dari Kader Desa Pahlawan Setia mengenai jumlah lansia sebanyak 30 orang lansia yang tercatat tinggal di daerah tersebut. Dari 30 orang lansia tersebut. Menurut Kader Desa Pahlawan Setia, di Desa tersebut belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan pelaksanaannya.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Kepatuhan Diet Rendah Garam Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi Di Desa Pahlawan Setia Bekasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tekanan darah sistolik dan diastolik lansia penderita hipertensi sebelum di lakukan pendidikan kesehatan di Desa Pahlawan Setia Bekasi.
- b. Mengetahui tekanan darah sistolik dan diastolik lansia penderita hipertensi sesudah di lakukan pendidikan kesehatan di Desa Pahlawan Setia Bekasi.
- c. Mengetahui Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Kepatuhan Diet Rendah Garam Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi di Desa Pahlawan Setia Bekasi

C. Target Luaran

Luaran enelitian ini adalah publikasi dan akan diterapkan juga melalui Pengabdian Kepada Masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pendidikan Kesehatan

1. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsur-unsur input (sasaran dan pendidik dari pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) dan output (melakukan apa yang diharapkan). Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan. (Notoadmojo, 2012).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Promosi kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab terbentuknya perilaku tersebut Green dalam (Notoadmojo, 2012) yaitu :

a. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi

Promosi kesehatan bertujuan untuk mengunggah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya maupun masyarakatnya. Disamping itu, dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi, kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan kesehatan, pameran kesehatan, iklan-iklan layanan kesehatan, billboard, dan sebagainya.

b. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor enabling (penguat)

Bentuk promosi kesehatan ini dilakukan agar masyarakat dapat memberdayakan masyarakat agar mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara memberikan kemampuan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

c. Promosi kesehatan dalam faktor reinforcing (pemungkin)

Promosi kesehatan pada faktor ini bermaksud untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

3. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoadmojo (2012), berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, penggolongan metode pendidikan ada 3 (tiga) yaitu:

a. Metode berdasarkan pendekatan perorangan

Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seorang yang mulai tertarik pada

suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Ada 2 bentuk pendekatannya yaitu :

b. Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan diabntu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

c. Wawancara

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan, wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak mengetahui atau belum menerima perubahan, apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar kesadaran dan pengertian yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan lebih dalam lagi.

d. Metode berdasarkan pendekatan kelompok

Penyuluh berhubungan dengan sasaran secara kelompok dalam penyampaian promosi kesehatan dengan metode ini kita perlu mempertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran.

e. Metode berdasarkan pendekatan massa

Metode pendekatan massa ini cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Sehingga sasaran dari metode ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, sehingga pesan-pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa.

4. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan berdasarkan panca indera yang di gunakan adalah :

a. *Media bantu lihat* (visual aids)

Media ini membantu menstimulasi penglihatan, dalam media ini terdapat 2 bentuk media yaitu media yang diproyeksikan (slide dan film), dan media yang tidak diproyeksikan (gambar dan bagan).

b. *Media bantu dengar* (audio aids)

Media ini membantu menstimulasi pendengaran seperti CD dan Radio

c. *Media bantu lihat-dengar*

Media ini membantu menstimulasi penglihatan dan pendengaran seperti televise dan VCD (Notoatmodjo 2003).

Sedangkan berdasarkan media pendidikan kesehatan berdasarkan jenis media antara lain :

d. *Media cetak*

- 1) *Booklet*, yaitu penyampaian dalam bentuk buku
- 2) *Leaflet*, yaitu penyampaian dalam bentuk lembaran yang dilipat
- 3) *Flif chart*, yaitu bebentuk lembar balik, bentuk buku dimana tiap lembar berisi peragaan dan lembar belakang berisi keterangan.
- 4) Poster, yaitu pesan atau informasi kesehatan yang ditempel ditembok atau tempat umum.
- 5) Media elektronik
- 6) Media papan

5. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan

Pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. Perubahan pemeliharaan kesehatan yang terjadi, seharusnya didasarkan pengetahuan dari kesadaran melalui proses pembelajaran yang dihasilkan melalui pendidikan kesehatan (Achjar, 2011).

B. Kepatuhan

1. Definisi

Menurut David G Mayer (2012) kepatuhan merupakan perubahan perilaku atau kepercayaan seseorang sebagai akibat adanya tekanan kelompok yang terdiri dari pemenuhan dan penerimaan, serta mengikuti peraturan atau perintah langsung yang diberikan kepada suatu kelompok maupun individu.

Menurut WHO (2003), kepatuhan di definisikan sberapa baik perilaku seseorang dalam menggunakan obat, mengikuti diet, atau mengubah gaya hidup sesuai dengan tatalaksana terapi, pasien dan tenga kesehatan dapat mempengaruhi kepatuhan.

2. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Carpenito (2000, dalam suparyanto, 2010) sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga seseorang tidak dapat lagi mempertahankan kepatuhannya, sampai menjadi tidak patuh adalah faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah :

a. *Tingkat pendidikan*

Tingkat pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang pendidikan tersebut merupakan pendidikan aktif yang diperoleh secara mandiri melalui tahapan-tahapan tertentu. Gunarso (1990 dalam Suparyanto, 2010) mengemukakan bahwa semakin tua umur seseorang maka perkembangan mentalnya semakin baik, tetapi tidak secepat ketika umur belasan tahun. Dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan seseorang akan mengalami puncaknya pada usia tertentu dan akan menurun kemampuan menerima atau mengingat sesuatu seiring bertambahnya usia.

b. *Pemahaman tentang pengetahuan*

Seseorang kadang kurang mengerti tentang apa yang di intruksikan padanya. Kadang-kadang ini disebabkan oleh kegagalan professional dalam memberikan informasi lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus di ingat oleh seorang sehingga salah mengartikannya.

c. *Dukungan keluarga*

Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam mentukan program pengobatan yang akan dijalani oleh penderita. Keluarga juga memberikan dan membuat keputusan mengenai keperawatan anggota keluarga yang sakit.

d. *Keyakinan, sikap, dan kepribadian*

Orang yang tidak patuh adalah orang yang depresi, ansietas dan yang mempunyai kekuatan ego yang lemah serta memiliki kehidupan sosial yang lebih memusatkan pada diirinya sendiri.

e. *Tingkat ekonomi*

Tingkat ekonomi merupakan kemampuan finansial untuk memenuhi segala kebutuhan hidup sesoang, tetapi ada pula orang yang sudah pensiun dan tidak bekerja bias membiayai semua program pengobatan dan perawatan sehingga belum tentu tingkat ekonomi menengah kebawah akan mengalami ketidakpatuhan dan sebaliknya tingkat ekonomi baik terjadi ketidakpatuhan.

Sedangkan ketidakpatuhan menurut Rantucci (2007) terjadi karena 3 faktor :

1) *Faktor pasien*

- a) Ketidakseriusan pasien terhadap penyakitnya
- b) Ketidakpuasan hasil terapi
- c) Kurangnya dukungan keluarga terkait pelaksanaan terapi

2) *Faktor komunikasi*

- a) Tingkat pengawasan tim kesehatan rendah
- b) Kurang penjelasan yang lengkap, tepat dan jelas
- c) Interaksi dengan petugas kesehatan sangat sedikit atau tidak sama sekali.

3) *Faktor perilaku*

- a) Munculnya efek yang merugikan
- b) Hambatan fisik atau biaya untuk mendapatkan obat

3. Manfaat kepatuhan

Menurut Widodo (2004), manfaat dari kepatuhan yaitu :

a. *Keberhasilan pengobatan*

Diet sangat berarti dan mempunyai efek bagi penyembuhan.

b. *Menurunkan biaya perawatan*

Kepatuhan terhadap obat dan diet mempercepat perawatan sehingga tidak perlu lama-lama untuk dirawat dirumah sakit.

c. *Tingkat kesembuhan meningkat*

Kepatuhan dalam minum obat dan menjalankan diet mempunyai peluang untuk sembuh sangat besar.

Sedangkan ketidakpatuhan dapat memperlama masa sakit atau meningkatnya keparahan penyakit (Pratiwi, 2011)

C. Diet Rendah Garam

1. Definisi rendah garam

Menurut Instalasi Gizi Perjan RSCM dan Asosiasi Dietisien Indonesia (2013), diet rendah garam adalah garam natrium seperti yang terdapat didaram garam dapur (NaCl), soda kue (NaHCO₂), *baking powder*, natrium benzoate, dan vetsin (monosodium glutamat). Tujuan dari diet rendah garam adalah membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Natrium mempunyai fungsi menjaga keseimbangan cairan dan asam basa tubuh, serta berperan dalam transmisi saraf dan kontraksi otot. Asupan sehari-hari umumnya mengandung lebih banyak natrium daripada yang dibutuhkan oleh tubuh. Dalam keadaan normal, jumlah natrium yang dikeluarkan tubuh melalui urin sama dengan jumlah yang dikonsumsi, sehingga terdapat keseimbangan.

Makanan sehari-hari biasanya cukup mengandung natrium yang dibutuhkan sehingga tidak ada penetapan kebutuhan natrium sehari. Menurut WHO (1990) menganjurkan pembatasan konsumsi garam dapur sehingga 6 gram sehari (ekuivalen dengan 2400 mg natrium). Asupan natrium yang berlebihan, terutama dalam bentuk natrium klorida, dapat menyebabkan gangguan keseimbangan cairan tubuh, sehingga menyebabkan edema atau asites dan/ atau hipertensi. Penyakit-penyakit tertentu seperti sirosis hati, penyakit ginjal tertentu, dekompensasio kordis, toksemia pada kehamilan dan hipertensi esensial dapat menyebabkan gejala edema atau asites dan/ atau hipertensi, dalam keadaan demikian asupan garam natrium perlu dibatasi.

National Research Council of The National Academy of Sciences merekomendasikan konsumsi natrium per hari sebanyak 1.100-3.300 mg. Jumlah tersebut setara dengan ½-1½ sendok teh garam dapur per hari. Untuk orang yang menderita hipertensi, konsumsi natrium dianjurkan tidak lebih dari 2.300 mg perhari. Jumlah tersebut sama dengan 6 gram NaCl atau lebih kurang satu sendok teh garam dapur. *American Heart Association* (AHA) merekomendasikan konsumsi Na bagi orang dewasa tidak lebih dari 2.400 mg/hari, yaitu setara dengan satu sendok teh garam dapur sehari. Menurut *United States Department of Agriculture* (USDA), rata-rata kebutuhan natrium ibu hamil sekitar 2.400 mg dalam sehari, kira-kira setara dengan satu sendok the (kompas.com 2010).

Selain itu, natrium adalah salah satu komponen zat terlarut dalam darah. Mengonsumsi garam akan menyebabkan konsentrasi zat terlarut tinggi (peningkatan osmolalitas). Peningkatan osmolalitas darah merangsang hipofise posterior untuk melepaskan hormone anti diuretik hormone (ADH) yang akan bekerja pada tingkat tubulus ginjal untuk meningkatkan permeabilitas kapiler. Peningkatan permeabilitas kapiler ini memberikan kesempatan pada tubulus untuk merabsorpsi kembali air masuk kedalam vaskuler sehingga meningkatkan volume darah dan akhirnya meningkatkan tekanan darah. (Dini Nuris Nurainies, 2016).

2. Macam dan indikasi pemberian

Diet rendah garam diberikan kepada pasien dengan edema atau asites dan/ atau hipertensi seperti yang terjadi pada penyakit dekompensasio kordis, sirosis hati, penyakit ginjal tertentu, toksemia pada kehamilan, dan hipertensi esensial. Diet ini mengandung cukup zat-zat gizi sesuai dengan keadaan penyakit dapat diberikan berbagai tingkat diet rendah garam.

a. Diet rendah garam I (200-400 mg Na)

Diet rendah garam I diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan hipertensi berat. Pada pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur, Tensi ≥ 160 / ≥ 100 mmHg.

b. Diet rendah garam II (600-800 mg Na)

Diet garam rendah II diberikan kepada pasien dengan edema atau asites dan/ atau hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari sama dengan diet rendah garam rendah I. pada pengolahan makanan boleh menggunakan $\frac{1}{2}$ sdt garam dapur (2 g), Tensi 140-159/90-99 mmHg.

c. Diet rendah garam III (1000-1200 mg Na)

Diet rendah garam III diberikan kepada pasien dengan edema atau asites dan/ atau hipertensi ringan. Pemberian makanan sehari sama dengan diet rendah garam rendah I. pada pengolahan makanannya boleh menggunakan 4 sdt (4 g) garam dapur, Tensi 140/90 mmHg. Menurut Instalasi Gizi Perjan RSCM dan Asosiasi Dietisien Indonesia (2013).

3. Makanan yang boleh dan tidak oleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi

a. Makanan yang boleh dikonsumsi

- 1) Umbi-umbian seperti beras, jagung, ubi, singkong, kentang dan talas.
- 2) Sayuran seperti kangkung, bayam, pucuk labu, daun singkong wotel dan sebagainya.
- 3) Buah seperti jambu biji, papaya, melon, manga, dan sebagainya.
- 4) Kacang-kacangan dan hasil olahannya (tempe dan tahu) serta polong-polongan.

b. Makanan yang tidak boleh dikonsumsi

- 1) Makanan dengan kandungan garam yang tinggi
- 2) Makanan yang di awetkan seperti ikan asin atau ikan pindang atau telur asin, atau dendeng atau abon
- 3) Makanan atau minuman dalam kemasan seperti sarden atau sosis atau mie instan , atau minuman bersoda, asinan buah dalam kaleng
- 4) Makanan yang mengandung penyedap rasa atau sayuran yang dimasak menggunakan penyedap makanan yang mengandung garam (kecap, saos, vetsin/motto, terasi).
- 5) Susu tinggi lemak

4. Cara mengurangi konsumsi garam

Garam natrium secara ilmiah dalam bahan makanan atau ditambahkan pada waktu memasak atau mengelola makanan. Makanan hewani biasanya lebih banyak mengandung garam natrium daripada makanan nabati.

Jumlah konsumsi natrium 2300 mg/hari (setara dengan 1 sendok teh) garam yang ditambahkan pada makanan dan perlu di kurangi yaitu Natrium

klorida atau garam dapur, Mononatrium glutamate atau vetsin, natrium bikarbonat atau soda kue dan natrium bisulfit untuk mengawetkan daging

Cara memasak makanan yang mengandung natrium

- a. Untuk mengeluarkan garam natrium dari ikan asin, maka rendam dan cuci ikan asin sebelum dimasak
- b. Untuk mengeluarkan garam natrium pada margarin, campur margarin dengan air lalu masak sampai mendidih. Margarin akan mencair dan garam natrium akan larut dalam air. Dinginkan cairan kembali dengan memasukkan panci kedalam kulkas. Margarin akan mengeras, lalu buang air yang mengandung natrium
- c. Pilih bahan makanan segar

Makanan serba instan mempunyai kadar garam yang cukup tinggi karena menggunakan pengawet. Untuk membuat proporsi natrium dan kalium tetap seimbang makanlah buah dan sayur. Lebih baik masaklah masakan sendiri, karena makanan restoran dan olahan seringkali mengandung garam yang lebih besar dari masakan sendiri.

5. Daftar Bahan makanan sehari-hari

Menurut Instalasi Gizi Perjan RSCM dan Asosiasi Dietisien Indonesia (2013), membuat daftar makanan-makanan yang baik untuk di konsumsi lansia dengan takaran yang tentukan seperti tabel dibawah ini :

Tabel 2. 1bahan makanan

Bahan makanan	Berat (g)	Urt
Beras	300	5 gelas nasi
Daging	100	2 potong sedang
Telur ayam	50	1 butir
Tempe	100	4 potong sedang
Kacang hijau	25	2 ½ sendok makan
Sayuran	200	2 gelas
Buah	200	2 potong sedang papaya
Minyak	25	2 ½ sendok makan
Gula pasir	25	2 ½ sendok makan

D. Lansia

1. Definisi

mencapai umur 60 tahun keatas (Nugroho, 2008). Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia adalah kelompok usia 60 tahun keatas yang rentan terhadap kesehatan fisik dan mental. Penurunan kemampuan berbagai organ, fungsi dan sistem tubuh bersifat alamiah/fisiologis (Efendi, 2009).

Menurut pendapat berbagai ahli dalam Efendi (2009) batasan- batasan umur yang mencakup batasan umur lansia adalah sebagai berikut:

- a. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas”.
- b. Menurut World Health Organization (WHO), usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut : usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) ialah 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*) ialah di atas 90 tahun.
- c. Maryam (2008) mengklasifikasi lansia antara lain:
 - 1) Pralansia
Seseorang yang berusia antara 45-49 tahun.
 - 2) Lansia
Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
 - 3) Lansia risiko tinggi
Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan (Depkes RI, 2003)
 - 4) Lansia potensial
Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa (Depkes, 2003).
 - 5) Lansia tidak potensial
Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes, 2003).

2. Karakteristik Lansia

Lansia memiliki tiga karakteristik sebagai berikut (Dewi, 2014):

- a. Berusia lebih dari 60 tahun
- b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial hingga spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
- c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

3. Tipe lansia

Dewi (2014), banyak ditemukan bermacam-macam tipe lansia. Beberapa yang menonjol diantaranya:

- a. Tipe arif bijaksana
Lansia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

- b. Tipe mandiri
Lansia kini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.
- c. Tipe tidak puas
Lansia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan beribadat, ringan kaki, melakukan berbagai jenis pekerjaan.
- d. Tipe bingung
Lansia yang sering kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

4. Tugas perkembangan lansia

Menurut Dewi (2014), Setiap tahap perkembangan manusia memiliki tugas perkembangannya sendiri-sendiri, termasuk lansia yang memiliki tugas perkembangan sebagai berikut :

- a. Menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik.
- b. Menyesuaikan diri dengan masa pension dan berkurangnya penghasilan keluarga
- c. Menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup
- d. Menjalin hubungan dengan orang-orang disekitarnya
- e. Menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes dan harmonis.

5. Perubahan Akibat Proses Menua

Darmojo (2014), perubahan fisik dan fungsi yang terjadi pada lansia sebagai berikut :

- a. Sel
Jumlah sel menurun/lebih sedikit, ukuran sel lebih besar, jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang, jumlah sel otak menurun, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atrofi beratnya berkurang 5-10 %, lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar.
- b. Sistem persarafan
Respon dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress, saraf panca indra mengecil, kurang sensitive terhadap sentuhan, terjadi deficit memori.
- c. Sistem pendengaran
Terjadinya gangguan pendengaran, hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, bunyi suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun, membrane timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis, tinitus (bising yang bersifat mendengung, bias bernada tinggi atau rendah, bias terus-menerus atau intermiten).
- d. Sistem penglihatan
Sfingter pupil timbul sclerosis dan respon terhadap sinar menghilang, kornea lebih berbentuk sferis (bola), lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menurunnya daya akomodasi, lapang pandang menurun:luas pandangan berkurang, daya membedakan warna menurun.
- e. Sistem kardiovaskular
Terjadi penebalan dan kekakuan pada katup jantung, elastisitas dinding aorta menurun. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap

tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan kontraksi dan volume menurun. Terjadinya penurunan curah jantung, kehilangan elastisitas pembuluh darah, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigen berkurang. Kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan. Tekanan darah meningkat akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat.

f. Sistem pengaturan suhu tubuh

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu thermostat, yaitu menetapkan suatu suhu tubuh. Terjadi penurunan temperature tubuh secara fisiologis $\pm 35^0$ C ini akibat metabolisme yang menurun.

g. Sistem pernafasan

Otot pernafasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku. Aktivitas silia menurun. Paru kehilangan elastisitas, kapasitas pernafasan maksimum menurun dengan kedalaman bernafas menurun. Berkurangnya elastisitas bronkus. Oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg. Kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan menurun seiring pertambahan usia.

h. Sistem pencernaan

Kehilangan gigi, penyebab utama periodontal disease yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk. Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis, atrofi indra pengecap.

i. Sistem genitourinaria

Mengecilnya nefron akibat atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50% sehingga fungsi tubulus berkurang. Akibatnya, kemampuan mengonsentrasi urine menurun, berat jenis urine menurun, proteinuria (biasanya +1), BUN (blood urea nitrogen) meningkat sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat. Serta keseimbangan elektrolit dan asam lebih mudah terganggu dan jumlah darah yang difiltrasi oleh ginjal berkurang.

Pada vesika urinaria, otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang air seni meningkat.

j. Sistem integumen

Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit cenderung kusam, kasar, dan bersisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis). Timbulnya bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik-bintik atau noda cokelat.

k. Sistem musculoskeletal

Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra, pergelangan, dan paha. Terjadinya kekakuan jaringan penghubung. Tendon mengerut dan mengalami sclerosis. Atrofi serabut otot, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lamban, otot kram, dan menjadi tremor.

E. Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor resiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal. Hipertensi berkaitan dengan kenaikan tekanan sistolik atau tekanan diastolik atau tekanan keduanya. Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten dimana tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Pada lansia, dikatakan hipertensi jika tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Wijaya, 2013).

2. Klasifikasi

Tabel 2. 1Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan *The Joint National Committee on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 7 (JNC 7)*

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi stadium 1	140-159	90-99
Hipertensi stadium 2	≥160	≥100

Menurut Budi S. Pikir (2015) terdapat dua faktor risiko terjadinya hipertensi antara lain:

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Kebanyakan penderita hipertensi diderita oleh lansia, yaitu seseorang yang sudah berumur diatas 60 tahun. Hal ini dikarenakan terjadinya kekakuan dinding arteri besar, peningkatan konsentrasi renin dan perubahan pada sistem organ tubuh yang lain (Boedhi-Darmojo, 2014).

2). Jenis kelamin

Hipertensi berkaitan dengan jenis kelamin laki-laki dan usia. Namun, pada usia tua, risiko hipertensi meningkat tajam pada perempuan dibandingkan laki-laki.

3). Genetik

Hipertensi pada orang yang mempunyai riwayat hipertensi dalam keluarga sekitar 15-35%. Hipertensi usia dibawah 55 tahun terjadi 3,8 kali lebih sering pada seseorang dengan riwayat hipertensi dalam keluarga. Hal ini disebabkan karena mutasi gen tunggal diturunkan berdasarkan hukum mendel.

4). Ras

Orang amerika serikat kulit hitam cenderung mempunyai tekanan darah lebih tinggi dibandingkan orang berkulit putih (Loyd-Jones dkk, 2009). Keseluruhan angka mortalitas terkait hipertensi lebih tinggi pada kulit hitam (Hertz dkk, 2005).

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

1) Pendidikan

Hipertensi berhubungan terbalik dengan tingkat edukasi, orang yang berpendidikan tinggi mempunyai informasi kesehatan termasuk hipertensi dan lebih mudah menerima gaya hidup sehat seperti diet sehat, olahraga, dan memelihara berat badan ideal. Ketidakmauan pasien untuk berobat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan pasien tentang hipertensi, tidak adanya gejala dan sulit mencapai pusat pelayanan kesehatan.

2) Kontrasepsi

Peningkatan kecil tekanan darah terjadi pada kebanyakan perempuan yang menggunakan kontrasepsi oral, tetapi peningkatan besar juga kadang terjadi. Kontrasepsi estrogen akan meningkatkan tekanan darah 3-6/2-5 mmHg, sekitar 5% perempuan yang menggunakan kontrasepsi oral jangka panjang menunjukkan peningkatan tekanan darah di atas 140/90 mmHg.

3) Diet Garam

Natrium intraselular meningkat dalam sel darah dan jaringan lain pada hipertensi primer (esensial). Asupan garam dapat menyebabkan rigiditas otot polos vascular, oleh karena itu asupan garam berlebihan dapat menyebabkan hipertensi. Peningkatan asupan natrium 100 mmol/hari dapat meningkatkan tekanan darah sampai 6 mmHg.

4) Obesitas

Obesitas terjadi pada 64% pasien hipertensi. Pada obesitas, lemak visceral mengakibatkan resistensi insulin. Akibat lanjut dari hiperinsulinemia adalah promosi peningkatan absorpsi Na oleh ginjal sehingga dapat terjadi hipertensi. Akumulasi lemak visceral meningkatkan aktivitas sistem renin-angiotensin. Pada hal ini obesitas dikaitkan dengan peningkatan volume intravascular, peningkatan curah jantung, aktivasi renin-angiotensin dan peningkatan aliran simpatetik.

5) Rokok

Merokok meningkatkan tekanan darah melalui peningkatan norepinefrin plasma dari saraf simpatetik. Merokok juga dapat menyebabkan aktivasi simpatetik, stress oksidatif, dan efek vasopressor akut yang dihubungkan dengan marker inflamasi, yang akan mengakibatkan disfungsi endotel, secara pembuluh darah, dan meningkatkan kekakuan pembuluh darah. Setiap batang rokok dapat meningkatkan tekanan darah 7/4 mmHg.

6) Kopi (kafein)

Kopi dapat meningkatkan secara akut tekanan darah dengan memblokir reseptor vasodilatasi adenosin dan meningkatkan norepinefrin plasma. Minum dua sampai tiga cangkir kopi akan meningkatkan tekanan darah secara akut, dengan variasi yang luas antara individu dari 3/4 mmHg sampai 15/13 mmHg.

7) Obat Anti Inflamasi Nonsteroid (OAIN)

OAIN menghambat sintesa prostaglandin dan meningkatkan sintesa endotelin-1. Prostaglandin merupakan vasodilator yang kuat,

sehingga menghambat prostaglandin akan meningkatkan tahanan perifer dan endotelin-1 merupakan vasokonstriksi.

Berdasarkan (Nanda NIC-NOC, 2015) Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas :

- a. Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan/atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.
- b. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolic lebih rendah dari 90 mmHg.

Menurut Boedhi-Darmojo (2014) Penyebab hipertensi pada orang dengan lanjut usia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada :

- a. Elastisitas dinding aorta menurun
- b. Peningkatan konsentrasi renin.
- c. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
- d. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan penurunnya kontraksi dan volumenya.
- e. Kehilangan elastisitas pembuluh darah
Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigen.
- f. Meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer.

3. Manifestasi Klinis

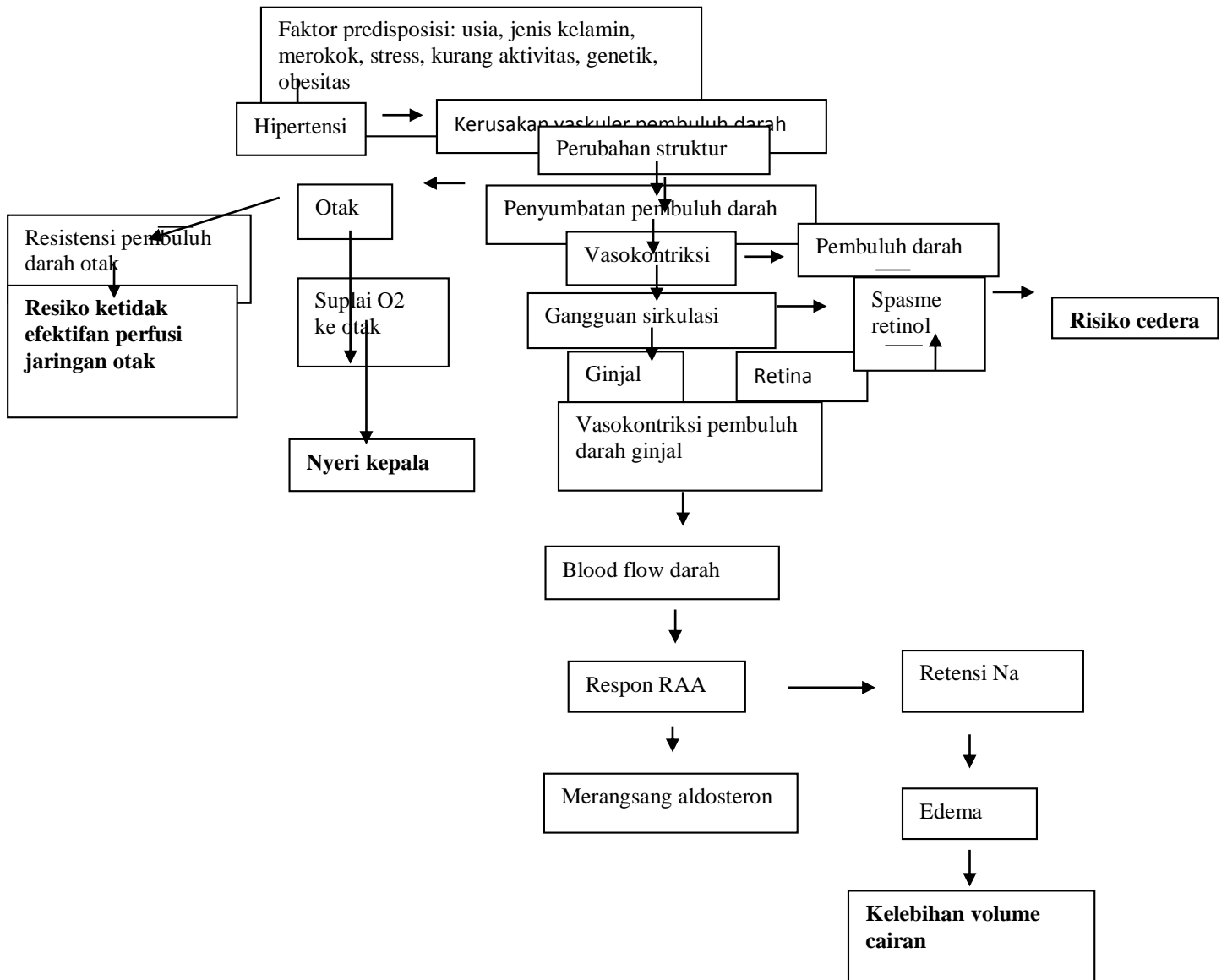
Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat cairan (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat bisa terjadi edema pupil. Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun (Wijaya, 2013).

Wijaya (2013) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul :

- a. Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial.
- b. Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi
- c. Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.
- d. Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- e. Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan perifer.

4. Pathway

Skema 2. 1 Pathway



5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti : hipokoagulabilitas, anemia.
- b. Pemeriksaan Retina
- c. BUN / kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal.
- d. Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- e. Urinalisa : untuk mengetahui protein dalam urin ,darah dan glukosa
- f. CT Scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati
- g. EKG : Dapat menunjukkan pola regangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi. Untuk mengetahui hipertropi ventrikel kiri
- h. IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, perbaikan ginjal.
- i. Photo dada : Menunjukkan destruksi kalsifikasi pada area katup, pembesaran jantung.
- j. Pemeriksaan : ronogram, pielogram intravena arteriogram renal, pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin.

6. Penatalaksanaan

Menurut Susilo. Y (2011) pengobatan pada hipertensi bertujuan mengurangi morbiditas dan mortalitas dan mengontrol tekanan darah. Dalam pengobatan hipertensi ada 2 cara yaitu pengobatan nonfarmakologik (perubahan gaya hidup) dan pengobatan farmakologik.

- a. Pengobatan nonfarmakologik
 - 1) Perubahan gaya hidup
Gaya hidup yang baik dan sehat merupakan upaya untuk menghindari terjangkitnya hipertensi ataupun timbulnya komplikasi.
 - 2) Upaya menghilangkan atau menghindari stres dapat dilakukan seperti : meditasi, yoga, hipnotis yang dapat mengontrol sistem saraf otonom dan menurunkan hipertensi.
 - 3) Berat badan yang berlebihan atau obesitas merupakan faktor resiko terjadinya hipertensi, sehingga upaya penurunan BB pada obesitas sangat penting. Disamping itu upaya penurunan BB juga dapat meningkatkan efektivitas pengobatan farmakologis.
 - 4) Diet hipertensi
Mengurangi konsumsi garam, konsumsi kecap , MSG
- b. Pengobatan farmakologi
 - 1) Deuretik
Obat yang memperbanyak kencing , mempertinggi pengeluaran garam (NaCl). Dengan turunnya kadar Na⁺, maka tekanan darah akan turun, dan efek hipotensifnya kurang kuat. obat yang banyak beredar adalah spironolactone, HTC, chioralidone, dan indopamide.
 - 2) Alfa-blocker

Obat yang dapat memblokir reseptor alfa dan menyebabkan vasodilatasi perifer serta turunannya tekanan darah. Karena efek hipotensinya ringan sedangkan efek sampingnya agak kuat. Obat yang termasuk dalam jenis alfa blocker adalah prazosin dan terazosin.

3) Beta-blocker

Mekanisme kerja obat Beta-blocker belum diketahui, dengan pasti. Diduga kerjanya berdasarkan beta blokase pada jantung sehingga mengurangi daya dan frekuensi jantung. Obat yang terkenal dari jenis beta blocker adalah propranolol, atenolol, pindolol, dan sebagainya.

4) Obat yang bekerja sentral.

Obat yang bekerja sentral dapat mengurangi pelepasan noradrenalin sehingga menurunkan aktivitas saraf adrenergic perifer dan turunannya tekanan darah. Penggunaan obat ini perlu memperhatikan efek hipotensi ortostatik. Obat yang termasuk dalam jenis ini adalah clonidine, guanfacine, dan metildopa.

5) Vasodilator

Obat vasodilator dapat langsung mengembangkan dinding arteriole sehingga daya tahan tubuh pembuluh perifer berkurang dan tekanan darah menurun. Obat yang termasuk dalam jenis ini adalah Hidralazinedan.

7. Komplikasi

Tekanan darah apabila tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ sebagai berikut (wijaya,2013) :

a. Jantung

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung coroner. Jantung tidak mampu lagi memompa sehingga banyak cairan tertahan diparu maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak nafas dan oedema. Kondisi ini disebut gagal jantung.

b. Otak

Komplikasi hipertensi pada otak, menimbulkan risiko stroke, apabila tidak diobati risiko terkena stroke 7 kali lebih besar.

c. Ginjal

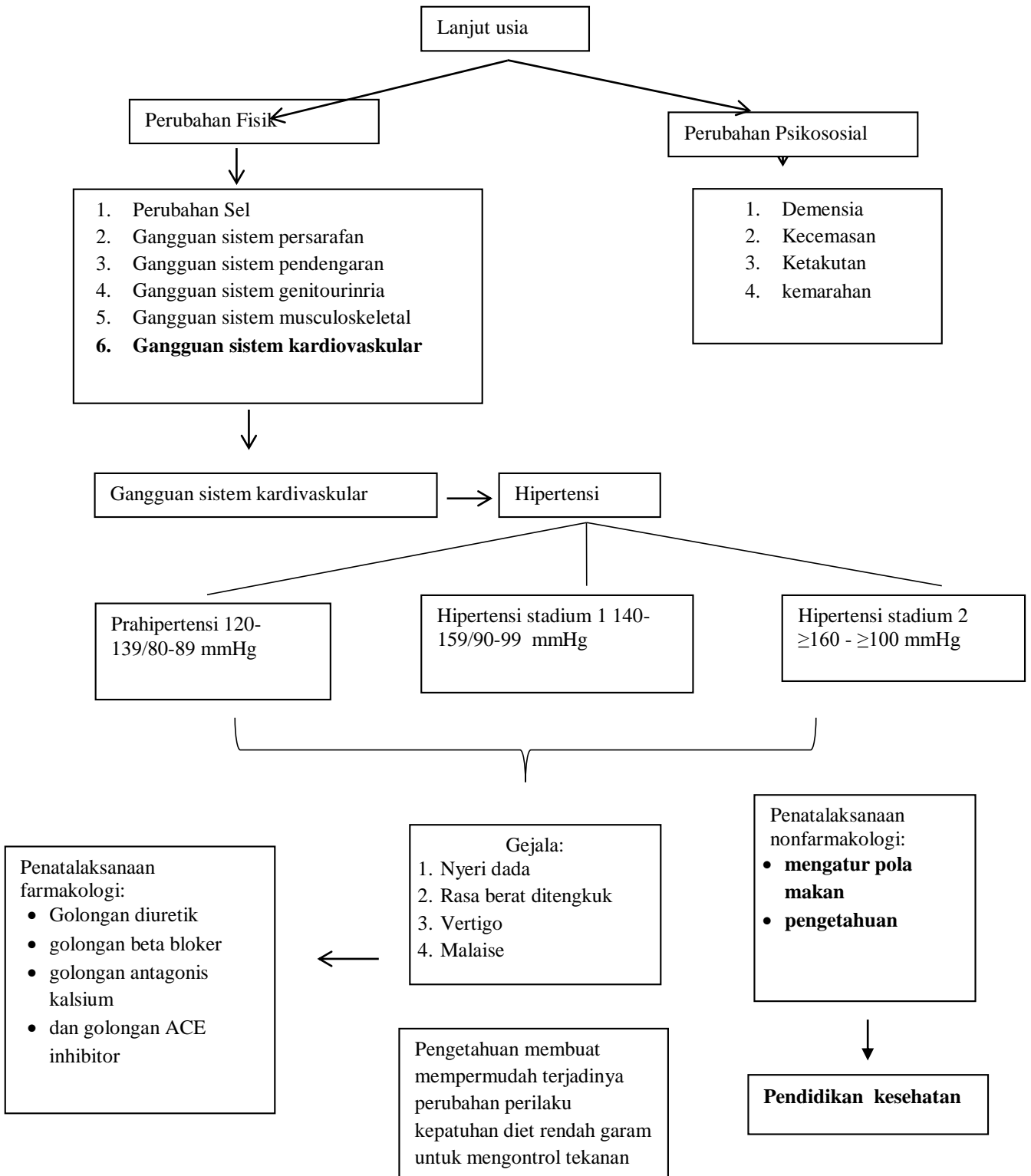
Tekanan darah tinggi juga menyebabkan kerusakan ginjal, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan kerusakan sistem penyaringan didalam ginjal akibatnya lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan didalam tubuh.

d. Mata

Pada mata hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan.

E. Kerangka Teori

Skema 2. 2 Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah model atau metode yang digunakan peneliti untuk melakukan suatu penelitian yang memberikan arah terhadap jalannya penelitian. (Dharma, 2015)

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif, dengan desain *Quasi eksperimental*. Penelitian yang dilaksanakan adalah dengan memberikan suatu perlakuan atau intervensi pada subjek penelitian, yaitu lansia. Penelitian menggunakan *One group pretest-posttest design without control*, yaitu suatu penelitian yang memberikan perlakuan pada suatu kelompok studi tetapi sebelumnya diukur atau dites dahulu (*pretest*).

Penelitian dilakukan bertujuan untuk mengetahui perubahan tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Penilaian atau observasi pada penelitian dengan menggunakan desain ini akan dilakukan sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan sesudah eksperimen (*pre dan post test*). Perbedaan antara *pre* dan *post test* dianggap efek dari *treatment* (Arikunto, 2005 dalam Dwi Sulastri, 2015)

Bentuk penelitian ini adalah sebagai berikut

Pre test 01	Perlakuan X	Post test 02
----------------	----------------	-----------------

Keterangan:

01 : Kondisi awal sebelum diberikan perlakuan

X : perlakuan pendidikan kesehatan

02 : Kondisi setelah diberikan perlakuan

Dalam penelitian ini responden akan diberikan pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam sebagai salah satu upaya dalam menurunkan tekanan darah.

B. Tahapan Penelitian

Definisi operasional variabel adalah pembatasan ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel diamati atau diteliti (Notoatmodjo, 2012). Berikut definisi operasional pada penelitian ini terdapat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3. 1
Definisi Operasional Penelitian

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA
Pendidikan kesehatan Kepatuhan diet rendah garam	Merupakan pemberian informasi dalam mengikuti diet atau mengubah gaya	Power point, wawancara		

	hidup sesuai dengan tatalaksana terapi.			
Tekanan Darah	Tekanan yang dihasilkan oleh pompa jantung untuk mengedarkan darah keseluruh tubuh	<i>Sphygmomano meter</i> , stetoskop, dan lembar observasi	<ul style="list-style-type: none"> • Tetap (terjadi peningkatan 0 mmHg) • Meningkat (terjadi peningkatan 10-20 mmHg) • Turun (terjadi penurunan 10-20 mmHg) 	Rasio

C. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Pahlawan Setia Bekasi.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi target adalah unit dimana suatu hasil penelitian akan diterapkan (digeneralisir) (Kelana, 2015). Populasi target dalam penelitian ini adalah lansia hipertensi di Desa Pahlawan Setia yang berjumlah 30 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi akses yang dapat dijadikan sebagai subjek penelitian (Kelana, 2015) Sampel yang dijadikan responden dalam penelitian ini adalah lansia hipertensi di Desa Pahlawan Setia Bekasi tahun 2018 dan lansia hipertensi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang di tentukan oleh peneliti yang berjumlah 15 responden.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3. 2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria Inklusi	Kriteria Eksklusi
1. Lansia yang berumur 60-75 tahun.	1. Lansia yang mempunyai penyakit komplikasi
2. Lansia yang mempunyai penyakit hipertensi	2. Lansia dalam keadaan sakit, sehingga kondisi tubuh tidak memungkinkan untuk mengikuti pendidikan kesehatan
3. Lansia yang masih bisa berkomunikasi dengan baik	
4. Lansia yang tidak memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan	
5. Lansia yang masih bisa membaca	
6. Lansia yang bersedia menjadi responden	

E. Metode Analisis Dat

1. Univariat

Analisis data *univariat* dilakukan dengan menggunakan *software statistic* untuk menggambarkan distribusi frekuensi responden dengan menggunakan sistem proporsi atau persentase, dan nilai mean. Variabel yang akan dilakukan analisa *univariat* pada penelitian ini adalah variabel independen yaitu Pendidikan Kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam dan variabel dependen yaitu tekanan darah pada lansia hipertensi di Desa Pahlawan Setia Bekasi Tahun 2018.

2. Bivariat

Analisa *Bivariat* dalam penelitian ini adalah suatu teknik analisa data yang digunakan untuk melihat pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi di Desa Pahlawan Setia Bekasi tahun 2018. Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan uji *Paired T-test* untuk mengetahui pengaruh variabel independen dan variabel dependen. Pengaruh antara variabel independen dan variabel dependen dapat diketahui dengan membandingkan nilai alpha (α) 0,05 dengan p value apabila p value > nilai alpha (α), maka dinyatakan H_0 gagal ditolak, artinya tidak ada pengaruh antara variabel independen dengan variabel dependen, tetapi sebaliknya apabila p value < nilai alpha (α) maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Data akan dianalisa menggunakan *software statistik* berbasis komputerisasi dengan tingkat kemaknaan 95% (alpha 0,05).

BAB 4 BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

A. Anggaran Biaya

Justifikasi anggaran biaya ditulis dengan terperinci dan jelas dan disusun sesuai dengan format Tabel 4.1 dengan komponen sebagai berikut.

Tabel 4. 1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan

No	Jenis Pengeluaran	Biaya yang Diusulkan
1	Biaya untuk pelaksana, petugas laboratorium, pengumpul data, pengolah data, penganalisis data.	Rp2.700.000,-
2	Pembelian bahan habis pakai untuk ATK, fotocopy, surat menyurat, penyusunan laporan, cetak, penjilidan laporan, publikasi, pulsa, internet, bahan laboratorium.	Rp3.200.000,-
3	Perjalanan untuk biaya survei/sampling data, seminar, biaya akomodasi-konsumsi, transport	Rp2.000.000,-
4	Sewa untuk peralatan /ruang laboratorium, kendaraan, kebun percobaan, peralatan penunjang penelitian lainnya	Rp2.000.000,-
Jumlah		Rp9.900.000,-

B. Jadwal Penelitian

Jadwal pelaksanaan penelitian dibuat dengan tahapan yang jelas untuk 1 tahun dalam bentuk diagram batang (bar chart) seperti dalam Lampiran XXX.

Tabel 4. 2 Jadwal Kegiatan

No	Jenis Kegiatan	Bulan					
		1	2	3	4	5	6
1	Koordinasi Tim						
2	Identifikasi Permasalahan						
3	Studi Literatur						
4	Pengumpulan Data						
5	Evaluasi dan Analisa						
6	Kesimpulan						
7	Penyusunan Laporan Penelitian						

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pelaksanaan penelitian

Penelitian dilaksanakan di Desa Pahlawan Setia Bekasi pada tanggal 10 Juni – 17 Juni 2018. Berdasarkan data yang di peroleh selama penelitian, lansia yang memenuhi kriteria inklusi adalah 14 responden. Sebelum dan sesudah melakukan pendidikan kesehatan, responden terlebih dahulu di lakukan pemeriksaan tekanan darah dengan menggunakan Lembar observasi, *Sphygmamometer*, *stethoscope*. Kemudian semua responden tersebut diberikan pendidikan kesehatan yang dilakukan di teras bersama-sama di pandu oleh peneliti selaku mentor di bantu 2 orang asisten peneliti (Desi Anggraini dan Siti Khairunnisa). Pendidikan kesehatan dilakukan yaitu 3 kali selama 30 menit kemudian dilakukan pemeriksaan tekanan darah setelah 1 hari intervensi untuk mengevaluasi hasil pendidikan kesehatan terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi. Setelah itu menganalisis hasil dari lembar observasi sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi.

B. Hasil Penelitian

1. Analasia Univariat

Berikut akan dijelaskan analisa univariat mengenai distribusi frekuensi tekanan darah *sistole* dan *diastole* sebelum dan sesudah dilakukan [endidikan kesehatan pada lansia hipertensi

Tabel 5. 1 Distribusi Frekuensi Tekanan Darah Sistole Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan pada Lansia Penderita Hipertensi (n=14)

Tekanan darah sistole (mmHg)	Frekuensi	Persentase (%)
120-139	0	0
140-159	10	71.4
>160	4	28.6
Total	14	100

(Sumber : Kuesioner, Juni 2021)

Berdasarkan tabel 5.1 distribusi frekuensi tekanan darah sistolik sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dari 14 responden (100%) terdapat 4 orang responden (28.6%) yang nilai tekanan darah sistolik nya > 160 mmHg, dan 10 orang responden (71.4%) yang nilai tekanan darah sistolik nya 140-159 mmHg.

Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Tekanan Darah *Diastole* Sebelum

**Diberikan Pendidikan Kesehatan pada Lansia
Penderita Hipertensi ($n=14$)**

Tekanan darah diastole (mmHg)	Frekuensi	Persentase (%)
80-89	3	21.4
90-99	4	28.6
100	7	50.0
Total	14	100.0

(Sumber : Kuesioner , Juni 2021)

Berdasarkan tabel 5.2 distribusi frekuensi tekanan darah diastolik sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dari 14 responden (100%) terdapat 7 orang responden (50,0%) yang nilai tekanan darah diastolik nya > 100 mmHg, 4 orang responden (28,6%) yang nilai tekanan darah diastolik nya 90-99 mmHg, 3 orang responden (21,4%) yang nilai tekanan darah diastolik nya 80-89 mmHg.

Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Tekanan Darah *Sistole* Sesudah
Diberikan Pendidikan Kesehatan pada Lansia
Penderita Hipertensi ($n=14$)

Tekanan darah sistole (mmHg)	Frekuensi	Persentase (%)
120-139	9	64.3
140-159	4	28.6
>160	1	7.1
Total	14	100.0

(Sumber : Kuesioner, Juni 2021)

Berdasarkan tabel 5.3 distribusi frekuensi tekanan darah sistolik sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dari 14 responden (100%) terdapat 1 orang responden (7,1%) yang nilai tekanan darah sistolik nya > 160 mmHg, 4 orang responden (28,6%) yang nilai tekanan darah sistolik nya 140-159 mmHg, dan 9 orang responden (64.3%) yang nilai tekanan darah sistolik nya 120-139 mmHg.

2. Analisa Bivariat

1. Uji Normalitas

Tabel 5. 4 Uji Normalitas

	Test of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov			ShapiroWilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
hari 1 pre test sistolik	.211	14	.90	.889	14	.079
hari 1 pre test diastolik	.120	14	.200	.961	14	.745
hari 1 post test sistolik	.180	14	.200	.895	14	.094
hari 1 post test diastolik	.207	14	.107	.932	14	.321
hari 2 pre test sistolik	.180	14	.200	.895	14	.094

hari 2 pre test diastolik	.120	14	.200	.961	14	.745
hari 2 post test sistolik	.180	14	.200	.895	14	.094
hari 2 post test diastolik	.214	14	.080	.946	14	.500
hari 3 pre test sistolik	.192	14	.175	.936	14	.370
hari 3 pre test diastolik	.120	14	.200	.961	14	.745
hari 3 post test sistolik	.205	14	.115	.901	14	.118
hari 3 post test diastolik	.221	14	.062	.895	14	.094

(Sumber : Kuesioner, Juni 2021)

Tabel 5.6 Hasil uji normalitas data dengan menggunakan analisa uji *Shapiro-Wilk test* pada pengukuran kepatuhan diet rendah garam *pre-test* dan *post-test* didapatkan hasil $p. Value > 0,05$. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa data telah terdistribusi normal, sehingga pengujian data untuk analisa pengaruh menggunakan uji *paired simple T test*.

2. Uji Paired Samples T-Test

Berikut akan dijelaskan analisa pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi di Desa Pahlawan Setia Bekasi dengan menggunakan analisa komparasi *paired t-test*.

Tabel 5. 5
Pengaruh sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi di Desa Pahlawan Setia Bekasi

Tekanan Darah	Mean	Standart Deviation	P.Value	T. Hitung	T. Tabel (Df=13)
Sistolik	Sebelum	146.29	0,000	5.580	2.160
	Sesudah	140.57			
Diastolik	Sebelum	85.00	0,000	6.024	2.160
	Sesudah	79.79			

(Sumber : Hasil pengolahan data dengan cara komputerisasi Husliyah, Juni 2018)

Berdasarkan tabel 5.6 hasil bivariat dengan uji komparasi *paired t test* tentang tekanan darah sistolik dan diastolik sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan pada lansia hipertensi dengan jumlah sampel sebanyak 14 responden (n=13) didapatkan data bahwa T hitung tekanan darah sistolik (3.832) > T tabel (2.160) dan nilai P value (0,000) < nilai α (0,05) maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah sistolik pada lansia hipertensi, sedangkan untuk T hitung tekanan darah diastolik (3.239) > T tabel (2.160)

dan nilai *P value* (0,000) < nilai *alpha* (0,05) maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah sistolik pada lansia hipertensi.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang “Pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi di Desa pahlawan setia bekasi tahun 2021”, dan pembahasan yang telah dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Distribusi frekuensi tekanan darah sistolik sebelum dilakukan distribusi frekuensi tekanan darah sistolik sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dari 14 responden (100%) terdapat 4 orang responden (28,6%) yang nilai tekanan darah sistolik nya > 160 mmHg, dan 10 orang responden (71,4%) yang nilai tekanan darah sistolik nya 140-159 mmHg.
2. Distribusi frekuensi tekanan darah diastolik sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dari 14 responden (100%) terdapat 7 orang responden (50,0%) yang nilai tekanan darah diastolik nya > 100 mmHg, 4 orang responden (28,6%) yang nilai tekanan darah diastolik nya 90-99 mmHg, 3 orang responden (21,4%) yang nilai tekanan darah diastolik nya 80-89 mmHg.
3. Distribusi frekuensi tekanan darah sistolik sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dari 14 responden (100%) terdapat 1 orang responden (7,1%) yang nilai tekanan darah sistolik nya > 160 mmHg, 4 orang responden (28,6%) yang nilai tekanan darah sistolik nya 140-159 mmHg, dan 9 orang responden (64,3%) yang nilai tekanan darah sistolik nya 120-139 mmHg.
4. Distribusi frekuensi tekanan darah diastolik sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dari 14 responden (100%) terdapat 10 orang responden (71,4%) yang nilai tekanan darah diastolik nya 80-89 mmHg, dan 4 orang responden (28,6%) yang nilai tekanan darah diastolik nya 90-99 mmHg.
5. Terdapat Pengaruh sebelum dan sesudah di berikan intervensi pendidikan kesehatan pada lansia hipertensi dengan jumlah sampel sebanyak 14 responden ($n=13$) didapatkan data bahwa T hitung tekanan darah sistolik (3.832) $>$ T tabel (2.160) dan nilai P value (0,000) $<$ nilai $alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah sistolik pada lansia hipertensi, sedangkan untuk T hitung tekanan darah diastolik (3.239) $>$ T tabel (2.160) dan nilai P value (0,000) $<$ nilai $alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang kepatuhan diet rendah garam terhadap tekanan darah sistolik pada lansia hipertensi.

B. Saran

1. Lansia Desa Pahlawan Setia Bekasi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang kepatuhan diet rendah garam pada lansia hipertensi untuk mengontrol tekanan darah.

2. Desa Pahlawan Setia Bekasi

Hasil penelitian ini diharapkan untuk memberikan informasi dan masukan secara obyektif mengenai penanganan pada lansia yang mengalami hipertensi untuk meningkatkan kepatuhan diet rendah garam dengan pendidikan kesehatan. Bagi lansia hipertensi diharapkan lebih meningkatkan kepatuhan diet rendah garam untuk mengontrol tekanan darah .

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber informasi dalam penelitian selanjutnya dan tidak hanya berfokus pada materi diet rendah garam tetapi juga kepatuhan terhadap terapi lainnya, karena kepatuhan diet rendah garam hanya salah satu cara nonfarmakologis untuk mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi dan pemberian pendidikan kesehatan tidak hanya berfokus pada lansia tetapi perlu kepada keluarga lansia sebagai family support dalam menjalankan terapi.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2013 *Penuntun Diet Edisi Baru*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Asikin, M. dkk. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Erlangga
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Penyajian Pokok-Pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. <http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/Data%20Riskesda%202013.pdf> (diakses pada tanggal 28 Maret 2018)
- Badan Pusat Statistik. (2014). *Statistik Penduduk Usia Lanjut*. Jakarta https://www.bappenas.go.id/files/data/Sumber_Daya_Manusia_dan_Kebudayaan/Statistik%20Penduduk%20Lanjut%20Usia%20Indonesia%202014.pdf (diakses pada tanggal 29 Maret 2018)
- Budijanto, Didik. (2015) *Hipertensi. The Silent Killer*. <http://www.pusdatin.kemkes.go.id/article/view/15080300001/hipertensi-the-silent-killer.html> (diakses pada tanggal 29 Maret 2018)
- Departemen Kesehatan RI. *Masalah Hipertensi Di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan; 2012.
- Dharma, Kelana K. (2015). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Huteri. 2013. *Diet Garam*. <http://diethuteri.com/1737/mengenal-lebihdekat-diet-rendah-garam/>, diakses tanggal 1 juni 2014, jam 13.00 WITA.
- Kemendes RI.2013 *Gambaran kesehatan Lansia Di Indonesia*. Available at http://www.depkes.go.id/download/Buletin_Lansia.pdf, 1.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan No.43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. 31 Agustus 2016.
- Kesehatan, K. D., & Timur, P. J. (2010). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun*. Retrieved from http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/12_Jabar_2015.pdf
- Kementrian Kesehatan RI. *Hipertensi*. Jakarta Selatan: Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI;2015
- Kurniawati, dkk. 2016 *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan Diet Pada Penderita Hipertensi*. Jombang : UNIPDU jombang

- Mamahit, dkk. 2017 *Hubungan Pengetahuan Tentang Diet Garam Dengan Tekanan Darah Pada Lansia Di Puskesmas Bahu Kota Manado*. Manado : Universitas sam ratulangi manado
- Nurarif, amin huda dan Kusuma, hardhi. 2015 *aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic-noc*. Jogjakarta : mediaaction publishing Jogjakarta
- Nurainies, dini nuris. 2016 *Diet Sehat dengan Terapi Garam*. Yogyakarta : gosyen publishing
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoadmodjo, S. (2010). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku cetakan I*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Pudiasti, R. D. (2011) *Penyakit Pemicu Stroke : dilengkapi posyandu lansia dan posbindu PTM*. Yogyakarta : Nuha Medika Press
- Rantucci, M. J (2007) *Pharmacists talking to patient (Ed. Ke 2)* Baltimore : Lippincot William dan Wilkins
- Wijaya, andra. 2013 *keperawatan medikal bedah*. Jakarta : Nuha Medika
- World Health Organization. *Recommendations for salt reduction*. WHO; 2014
- Yuli. 2014. *Makan Garam Bisa Menyebabkan Tekanan Darah Tinggi* .online: <http://www.carakhasiatmanfaat.com/artikel/kaitan-garam-dan-tekanan-darahtinggi.html>, di akses tanggal 3 Juli 2014, jam 22.45 WITA

LAMPIRAN

Lampiran. Surat Pernyataan Ketua Peneliti

SURAT PERYATAAN KETUA PENGUSUL

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : I Ratnah S.Kep..Ners,M.Kep
NIDN : 0321108001
Jabatan Fungsional : Dosen S1 Keperawatan dan Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya yang berjudul

“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Kepatuhan Diet Rendah Garam Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi Di Desa Pahlawan Setia Bekasi 2021”
Yang diusulkan dalam skema Penelitian Dosen untuk tahun anggaran **Bersifat Orisinal dan Belum Pernah Dibiayai oleh Lembaga/Sumber Dana Lain.**

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan dan hukum yang berlaku serta mengembalikan seluruh biaya penelitian yang saya sudah diterima ke STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan **sesungguhnya dengan sebenar-benarnya.**

Bekasi, 31 Agustus 2022

Mengetahui

Ka. UPPM STIKes MI



Rotua Suriany S, M.Kes

NIDN. 0315018401

Yang menyatakan



(I Ratnah, S.Kep., Ns., M.Kep)

NIDN : 0331126301

SURAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

No telp/HP :

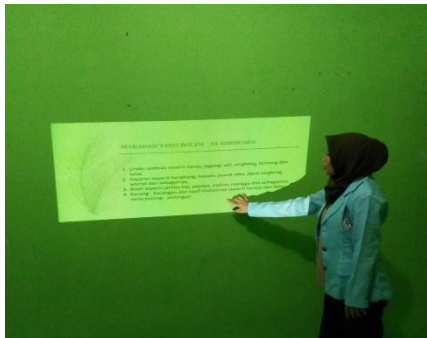
Menyatakan bahwa saya telah mengerti sepenuhnya atas penjelasan yang telah diberikan oleh Husliyah dan bersedia menjalani penelitian mengenai “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan Diet Rendah Garam Pada Lansia Hipertensi Di Desa Pahlawan Setia Bekasi”.

Pernyataan ini dibuat dengan kesadaran Penuh Tanpa Paksaan.

Bekasi, Juni 2021

Peserta Penelitian

()



	Lembar Observasi	Hari 1 Pre test		post test		Hari 2 Pretest		Post test		Hari 3 pre test		post test	
No	Kode Responden	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Ibu M	150	100	140	100	140	90	130	80	130	90	130	80
2	Ibu M	150	90	150	90	150	90	140	90	140	90	130	80
3	Bapak P	160	100	160	100	160	90	150	90	150	90	140	90
4	Ibu A	150	100	150	80	150	90	140	80	140	70	130	80
5	Ibu M	150	80	140	80	140	85	140	80	140	85	130	80
6	Bapak T	160	100	160	100	160	100	140	90	140	100	130	90
7	Ibu S	150	90	140	90	140	90	140	80	140	90	130	80
8	Ibu A	150	80	140	80	140	80	140	90	140	80	140	80
9	Bapak M	160	100	160	100	160	90	160	80	150	90	140	90
10	Ibu N	150	85	150	80	150	85	140	85	140	85	130	80
11	Bapak N	150	90	150	80	150	85	140	80	140	85	130	80
12	Bapak K	160	100	160	90	160	100	160	80	160	80	150	80
13	Bapak N	160	100	160	100	160	100	150	100	150	90	140	90
14	Ibu Y	150	90	140	90	140	90	130	90	130	80	130	80

Kode Responden	mean pre sis	mean pre dias	mean post sis	mean post dias
	140	90	133	87
	147	90	140	87
	157	90	150	93
	147	70	140	80

	143	85	137	80
	153	100	143	93
	143	90	137	83
	143	80	140	83
	157	90	153	90
	147	85	140	82
	147	85	140	80
	160	80	157	83
	157	90	150	97
	140	80	133	87
rata-rata	149	86	142	86

Frequencies

Statistics

kategori

N	Valid	14
	Missing	0

kategori

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	140-159	10	71.4	71.4	71.4
	>160	4	28.6	28.6	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

kategori

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	80-89	3	21.4	21.4	21.4
	90-99	4	28.6	28.6	50.0
	>100	7	50.0	50.0	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

kategori

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	120-139	9	64.3	64.3	64.3
	140-159	5	35.7	35.7	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

kategori

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	80-89	10	71.4	71.4	71.4
	90-99	4	28.6	28.6	100.0
Total		14	100.0	100.0	

Tests of Normality

bagian		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Hasil	hari 1 pre test sistolik	.211	14	.090	.889	14	.079
	hari 1 pre test diastolik	.120	14	.200*	.961	14	.745
	hari 1 post test sistolik	.180	14	.200*	.895	14	.094
	hari 1 post test diastolik	.207	14	.107	.932	14	.321
	hari 2 pre test sistolik	.180	14	.200*	.895	14	.094
	hari 2 pre test diastolik	.120	14	.200*	.961	14	.745
	hari 2 post test sistolik	.180	14	.200*	.895	14	.094
	hari 2 post test diastolik	.214	14	.080	.946	14	.500
	hari 3 pre test sistolik	.192	14	.175	.936	14	.370
	hari 3 pre test diastolik	.120	14	.200*	.961	14	.745
	hari 3 post test sistolik	.205	14	.115	.901	14	.118
	hari 3 post test diastolik	.221	14	.062	.895	14	.094

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pre_test_sistolik	146.29	14	5.539	1.480
	post_test_sistolik	140.57	14	6.869	1.836

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pre_test_sistolik & post_test_sistolik	14	.830	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				T	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pre_test_sistolik - post_test_sistolik	5.714	3.832	1.024	3.502	7.927	5.580	13	.000

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pre_test_diastolik	85.00	14	7.596	2.030
	post_test_diastolik	79.79	14	7.266	1.942

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pre_test_diastolik & post_test_diastolik	14	.906	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	pre_test_diastolik - post_test_diastolik	5.214	3.239	.866	3.344	7.084	6.024	13	.000

