

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG
HIPERTENSI DENGAN TEKANAN DARAH RATA-RATA
PASIEN DI POLIKLINIK PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
PALEMBANG**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:

AGUS SUBHAN

NIM : 702009033



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2013**

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG
HIPERTENSI DENGAN TEKANAN DARAH RATA-
RATA PASIEN DI POLIKLINIK PENYAKIT
DALAM RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
PALEMBANG**

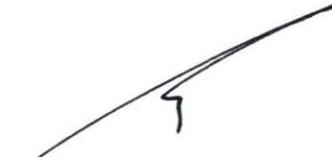
Dipersiapkan dan disusun oleh

Agus Subhan
NIM : 70 2009 033

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 18 Februari 2013

Menyetujui :


Dr. Legiran, M.Kes
Pembimbing Pertama


Drs. Sadakata Sinulingga, Apt, M.Kes
Pembimbing Kedua

Dekan
Fakultas Kedokteran




Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp. And

NBM/NIDN : 0603 4809 1052253/ 0002 064 803

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa :

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi Lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 18 Februari 2013

Yang membuat pernyataan



(Agus Subhan)

NIM. 70 2009 033

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, FEBRUARI 2013
AGUS SUBHAN**

**Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tentang Hipertensi Dengan Tekanan
Darah Rata-rata Pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit
Muhammadiyah Palembang**

xi + 53 Halaman + 12 Tabel + 7 Lampiran

ABSTRAK

Hipertensi saat ini masih menjadi masalah utama di dunia. Hipertensi yang tidak terkontrol tetap menjadi masalah kesehatan utama. Salah satu alasan yang menyebabkan tekanan darah tidak terkontrol adalah kurangnya pengetahuan dan sikap tentang hipertensi. Pengetahuan dan sikap sadar pasien mengenai hipertensi merupakan faktor penting dalam mencapai kontrol tekanan darah. Penelitian ini bertujuan hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dengan menggunakan desain deskriptif analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel sebanyak 114 pasien yang terbagi dalam 2 kelompok yaitu 38 pasien dengan sikap positif dan 76 pasien dengan sikap negatif. Pengambilan sampel penelitian dilakukan secara *consecutive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner pertanyaan terbuka dan sphygmomanometer, data yang diambil meliputi tingkat pengetahuan, sikap pasien tentang hipertensi dan tekanan darah rata-rata. Analisa data penelitian menggunakan metode uji *chi square* dengan level signifikansi sebesar 5%. Dari Hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 38 sikap positif, 25 responden (65,8%) tekanan darahnya terkontrol dan 13 responden (34,2%) tekanan darahnya tidak terkontrol. Sedangkan 76 responden dengan sikap negatif, 17 responden (22,4%) tekanan darahnya terkontrol dan 59 responden (77,6%) tekanan darahnya tidak terkontrol. Dari hasil uji Chi Square didapatkan nilai p value = 0,000. Semakin baik tingkat pengetahuan dan positif sikap seseorang tentang hipertensi maka semakin besar kesadaran seseorang untuk mengontrol tekanan darah.

Referensi : 27 (2000-2011)

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Hipertensi

"Aku Bukanlah Orang Hebat, Tapi Aku Mau Belajar Dari Orang-Orang Yang Hebat. Aku Adalah Orang Biasa Tapi Aku Ingin Menjadi Orang Yang Luar Biasa. Dan Aku Bukanlah Orang Yang Istimewa, Tapi Aku Ingin Membuat Seseorang Menjadi Istimewa....."

(Agus subhan)

Dengan mengucap syukur Alhamdulillah kepada Allah SWT serta shalawat dan salam kepada Nabi Besar Muhammad SAW, kupersembahkan karya kecilku ini untuk orang-orang yang kusayangi :

Papa Mama tercinta, motivator terhebat dalam hidupku yang tak pernah jemu mendo'akan dan menyayangiku, atas semua pengorbanan dan kesabaran mengantarku sampai kini. Tak pernah cukup ku membalas cinta Papa Mama padaku.

Saudara-saudariku Evi Julita, Nor Andi, Dwi Agustini, Dedi Tri Saputra dan Mey qoyymah yang telah banyak memberikan banyak hal yang berharga, terima kasih do'a dan semangatnya.

Dr. Legiran, M.Kes dan Drs. Sadakata Sinulingga, Apt, M.kes terima kasih banyak untuk bimbingan, arahan yang luar biasa selama pembuatan skripsi ini.

Spesial untuk orang yang selalu menemani dan memberikan semangat setiap waktu dalam pembelajaran, suka dan duka, yang ku sayang Vera Irawanda

Sahabat-sahabatku seperjuangan di FK UMP '09 kelompok belajar, team kamp*nger's, team kepompong, team tubies, team maya, team sailormoon, team cheribelly, team power lenje, team sentono, team karina dan khusus dodo,bella, botak team seperjuangan dalam bimbingan, semua teman-teman yang tak mungkin penulis sebutkan satu-persatu, **"Allah Dulu, Allah Lagi, Allah Terus"**

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG,
MEDICAL FACULTY**

SKRIPSI, FEBRUARY 2013

AGUS SUBHAN

Relations Knowledge And Attitudes About Hypertension With Blood Pressure Average Patients In Hospitals Muhammadiyah Clinics Disease In Palembang

xi + 53 Page + 12 Table + 7 attachment

ABSTRACT

Hypertension now still being main problem in the world. Hypertension uncontrolled remain health problems main. One reason that cause blood pressure uncontrolled is a lack of knowledge and attitude about hypertension. Knowledge and attitude conscious patient about hypertension as important factor in achieved control blood pressure. This research aimed at the relation between knowledge and attitudes about hypertension with blood pressure average patients in hospitals muhammadiyah clinics disease in palembang using design descriptive observational using analytic approach cross sectional done in hospital muhammadiyah palembang. The number of samples about 114 patientsi are divided into two groups: 38 patients with attitudes positif and 76 patients with negative attitude. The sample research conducted in consecutive sampling. Instruments research using a questionnaire and sphygmomanometer, and open question data taken knowledge, covering level attitude patient about hypertension and blood pressure average. Data analysis research using methods test chi square with significance 5 % level. From the research got that prepared 38 positiveness; 25 respondents (65,8 %) his blood pressure controlled and 13 respondents (34,2 %) his blood \pressure is uncontrolled. While 76 respondents with the negative, 17 respondents (22.4 %) his blood pressure controlled and 59 respondents (77,6 %) his blood pressure is uncontrolled. From the test chi square obtained value p value = 0,000. The better level knowledge and positive attitude someone about hypertension the more large consciousness someone to control blood pressure.

References: 27 (2000-2011)

Keywords: Knowledge, Attitudes, Hypertension.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul **“Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tentang Hipertensi dengan Tekanan Darah Rata-rata Pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang”**, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked). Shalawat dan salam selalu tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikutnya sampai akhir zaman.

Terima kasih kepada dr. Legiran, M.kes selaku pembimbing I dan Drs. Sadakata Sinulingga, Apt, M.Kes selaku pembimbing II atas kesabaran, perhatian, dan masukan-masukan berharga selama penyusunan proposal skripsi ini. Terima Kasih kepada seluruh dosen, staf pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, keluarga, dan teman-teman sejawat yang selalu memberikan bantuan dan semangat kepada penulis. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada pihak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang atas perhatian dan kerjasamanya dalam penelitian ini.

Penulis menyadari ketidaksempurnaan dan keterbatasan dalam penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan oleh penulis. Penulis berharap penelitian ini dapat bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap mengenai hipertensi agar dapat mengontrol tekanan darah.

Palembang, 18 Februari 2013

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Pelaksanaan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Keaslian Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Hipertensi	7
2.1.1 Definisi Hipertensi	7
2.1.2 Klasifikasi hipertensi	7
2.1.3 Etiologi Hipertensi	8
2.1.4 Patofisiologi Hipertensi	10
2.1.5 Tanda dan Gejala Hipertensi	12
2.1.6. Faktor-faktor Risiko Hipertensi	13
2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi	16
2.1.8 Komplikasi Hipertensi	16
2.2 Tekanan Darah	17
2.2.1 Pengertian tekanan darah	17
2.2.2 Pengukuran Tekanan Darah	18
2.2.3 Mekanisme Pemeliharaan Tekanan darah	19
2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan darah	20
2.3 Pengetahuan (<i>knowledge</i>)	21
2.3.1 Pengertian	21
2.3.2 Proses Adopsi Perilaku	22
2.3.3 Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif	23
2.3.4 Cara Memperoleh Pengetahuan	24
2.3.5 Kriteria Pengetahuan	26
2.3.6. Fakto-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	26
2.4 Sikap	27
2.4 Kerangka Teori	29

2.5 Hipotesis	30
BAB III METODE PENELITIAN	31
3.1 Jenis Penelitian	31
3.2 Waktu dan tempat penelitian	31
3.3 Populasi dan Subjek/Sampel Penelitian.....	31
3.3.1 Populasi	31
3.3.2 Besar Sampel	31
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	33
3.3.3 Kriteria Retriksi	33
3.4 Variabel Penelitian	33
3.4.1 Variabel Bebas.....	33
3.4.2 Variabel Terikat	34
3.5 Definisi Operasional	34
3.6 Cara kerja/cara pengumpulan data	35
3.6.1 Cara kerja dan pengumpulan data	35
3.6.2 Instrumen Penelitian	35
3.7 Cara pengolahan dan Analisis data	36
3.7.1 Teknik Pengolahan Data	36
3.8 Alur Penelitian	38
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Penyajian Deskriptif.....	39
4.2. Analisis Statistik.....	45
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	52
5.2 Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	xi
LAMPIRAN	54
BIODATA RINGKAS ATAU RIWAYAT HIDUP	73

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Penelitian Sebelumnya Tentang Hipertensi	4
2. Klasifikasi tekanan darah menurut JNC 7	7
3. Variabel kategorik dalam bentuk tabel	36
4. Distribusi dan frekuensi responden penderita hipertensi berdasarkan kelompok umur.....	42
5. Distribusi dan frekuensi responden penderita hipertensi berdasarkan jenis kelamin.....	42
6. Distribusi dan frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan tentang hipertensi.....	43
7. Distribusi dan frekuensi responden berdasarkan sikap tentang hipertensi	44
8. Ditribusi dan frekuensi tekanan darah rata-rata.....	45
9. Ditribusi dan ferkuensi tekanan sistolik dan diastolik rata-rata.....	45
10. Distibusi dan frekuensi jawab kuesioner berdasarkan jasil jawaban responden yang benar.....	46
11. Distribusi frekuensi dan persentase hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata.....	48
12. Distribusi frekuensi dan persentase hubungan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Kuesioner Penelitian.....	54
2. Surat izin pengambilan data awal dari RSMP	58
3. Data Pasien dengan diagnose hipertensi.....	69
4. Kartu aktivitas bimbingan proposal penelitian	60
5. Master Tabel Data Responden.....	61
7. Hasil uji statistik.....	65
6. Surat selesai penelitian dari RSMP	71
8. Kartu aktivitas bimbingan skripsi	72

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi saat ini masih menjadi masalah utama di dunia, WHO melaporkan sekitar 16,2 juta kematian disebabkan oleh penyakit hipertensi, Hipertensi yang tidak terkontrol tetap menjadi masalah kesehatan (Al-Yahya dkk, 2006). Berdasarkan data dari CardioMonitor database, lebih dari 17.000 pasien dari tujuh negara (Kanada, Prancis, Jerman, Italia, Spanyol, UK, dan USA), dinyatakan bahwa tekanan darah sistoliknya lebih dari 90% tidak terkontrol, dan 50% yang tekanan darah diastoliknya tidak terkontrol (Lindholm, 2002).

Hyman & Pavlik (2001) memperkirakan bahwa 41,9 juta orang menderita hipertensi, 31% (13,1 juta) tidak menyadari bahwa mereka menderita hipertensi, 17% (7 juta) menyadari kondisi mereka, tetapi tidak diterapi. Kemudian 29% (12 juta) diterapi tapi hipertensinya tetap tidak terkontrol, dan hanya 23% (9,7 juta) yang mendapatkan terapi dan hipertensinya terkontrol. Di Indonesia, berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk Indonesia yang berumur 18 tahun ke atas di Indonesia adalah sebesar 31,7%. Dan penyebab kematian semua umur nomor 3 di Indonesia (RISKESDAS,2007). Di Palembang prevalensi hipertensi per 10.000 penduduk Palembang masih sangat tinggi sebesar 43,79%, jika dibandingkan prevalensi kabupaten lain seperti Musi Banyuasin sebesar 1,25%, Banyuasin sebesar 0,23%, Pagaralam sebesar 2,25%, Prabumulih sebesar 3,02%, Muara Enim sebesar 0,23%, OKI sebesar 1,31%, OKU sebesar 0,27% (Profilkessumsel, 2010). Di Rumah Sakit Muhammadiyah sendiri prevalensi hipertensi pada bulan Juli 2011 sampai Juni 2012 sebesar 2137 pasien, pada bulan Mei 2012 sampai Juli 2012 sebesar 896 pasien, dan bulan September 2012 sebesar 389 pasien (rekam medik RSMP)

Berbagai faktor risiko yang berkontribusi terhadap timbulnya hipertensi termasuk genetika, metabolik, dan faktor lingkungan atau tingkah laku. Faktor-faktor metabolisme seperti obesitas, resistensi insulin dan intoleransi glukosa dapat menyebabkan regulasi yang abnormal, baik terhadap volume vaskuler maupun resistensi perifer yang akhirnya meningkatkan tekanan darah. Faktor tingkah laku, termasuk terpapar terhadap lingkungan sangat berat atau adanya stres sosial, konsumsi alkohol dan garam berlebihan, pemakaian obat-obatan termasuk stimulan seperti amfetamin, kokain dan mungkin steroid anabolic. Merokok belum dibuktikan hubungannya dengan hipertensi yang menetap tapi dapat menyebabkan peningkatan darah secara mendadak (Kusmana, 2009).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan tentang hipertensi berhubungan dengan pengendalian tekanan darah (Oliveria dkk, 2004). Pengetahuan dan sikap pasien tentang hipertensi merupakan faktor penting dalam mencapai kontrol tekanan darah (Alexander dkk, 2003). Pengetahuan individu mengenai hipertensi membantu dalam pengendalian tekanan darah hipertensi karena dengan pengetahuan ini individu akan sering mempengaruhi sikap untuk mengunjungi dokter dan patuh pada pengobatan (Elhadi, 2007). Pada hipertensi, pengetahuan dan sikap pasien bisa mempengaruhi kepatuhan, pengendalian tekanan darah, morbiditas dan mortalitas pasien (Busari dkk, 2010). Beberapa alasan yang berpengaruh pada kurangnya pengenalan dan pada hipertensi adalah kurangnya pengetahuan orang-orang mengenai berbagai macam aspek dari tekanan darah tinggi. Pengetahuan dan sikap pasien mengenai tekanan darah memegang peranan penting pada kemampuan untuk mencapai kesuksesan pengendalian tekanan darah pada hipertensi (Ragot dkk, 2005).

Cara pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2003). Dan cara pengukuran sikap dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden (setuju, ragu-ragu, tidak setuju)

(Notoatmodjo, 2007).. Untuk mencapai tujuan dalam meningkatkan kesehatan dengan pengendalian tekanan darah tinggi, penting untuk mengerti secara penuh status pengetahuan pasien sekarang, kesadaran, dan sikap mengenai gaya hidup dan pengobatan pada hipertensi (Morgado, 2009).

Berdasarkan alasan-alasan tersebut dan mengingat belum pernah dilakukan penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang, peneliti telah melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengukur pengetahuan pasien tentang hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
2. Mengukur sikap pasien tentang hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
3. Mengetahui tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya tentang hipertensi dan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu sumber acuan untuk penelitian lebih lanjut.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Masyarakat

Setelah penelitian ini diberikan edukasi pada penderita hipertensi mengenai cara mengontrol tekanan darah dan diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang hipertensi dan pengendalian tekanan darah sehingga dapat mencegah morbiditas dan mortalitas akibat penyakit kardiovaskuler lainnya.

b. Bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Penelitian ini menambah informasi bagi pengelola Rumah Sakit Muhammadiyah khususnya mengenai pengetahuan serta faktor lain yang berpengaruh terhadap ter kendalinya tekanan darah pasien hipertensi, sehingga dapat meningkatkan penanganan pasien secara lebih terarah dalam pengelolaan hipertensi.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1. Penelitian sebelumnya tentang hipertensi

Nama	Judul penelitian	Desain penelitian	Hasil
Firdayani Ginting	Hubungan antara pengetahuan dengan cara pencegahan hipertensi pada lansia di Kecamatan Medan Johor	<i>nonprobability sampling purposive sampling</i> dengan instrument	Dari penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa mayoritas usia responden berada antara 60-74 tahun

	menggunakan kuisisioner		(85.2%), berjenis kelamin perempuan (70.5%), pekerjaan ibu rumah tangga/ tidak bekerja (40.9%), pendapatan < 800 ribu rupiah (62.5%), pendidikan SD/ Sederajat (35.2%), dan mayoritas responden berasal dari suku Jawa (42.0%). Dan diketahui bahwa tingkat pengetahuan lansia di Kecamatan Medan Johor baik (69.3%) dengan tindakan pencegahan baik sebesar 75%.
Jayanti wulansari	Hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan pengendalian tekanan darah pada pasien hipertensi di poliklinik penyakit dalam RSUD	<i>cross sectional</i>	Pada 42 pasien (73,7%) dengan pengetahuan baik, 31 pasien tekanan (73,8%) darahnya terkendali dan 11 pasien (26,2%) tekanan darahnya tidak terkendali. Sedangkan pada

DR.Moewardi	15 pasien (26,3%) dengan pengetahuan tidak baik, 6 pasien (40%) tekanan darahnya terkendali dan 9 pasien (60%) tekanan darahnya tidak terkendali.
-------------	--

Persamaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah pada tema yaitu pengetahuan dan hipertensi

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya secara spesifik terletak pada subjek penelitian, lokasi dan waktu

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolic sedikitnya 90 mmHg (Price, Wilson, 2006)

Hipertensi diartikan sebagai peningkatan tekanan darah secara terus menerus sehingga melebihi batas normal. Tekanan darah normal adalah 120/80 mmHg. (JNC 7, 2003)

2.1.2. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut *Seven Report of the Joint National Committee VII on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of HighBlood Pressure.*

Tabel 2. Klasifikasi tekanan darah menurut JNC 7

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Hipertensi	=140	=90
<i>Stadium 1</i>	<i>140-159</i>	<i>90-99</i>
<i>Stadium 2</i>	<i>160-180</i>	<i>100-110</i>

Sumber: JNC 7 EXPRESS

Berdasarkan penyebab dikenal dua jenis hipertensi, yaitu :

Hipertensi primer (esensial) Adalah suatu peningkatan persisten tekanan arteri yang dihasilkan oleh ketidakaturan mekanisme kontrol homeostatik normal, Hipertensi ini tidak diketahui penyebabnya dan mencakup + 90% dari kasus hipertensi (Wibowo, 1999).

Hipertensi sekunder Adalah gangguan yang berhubungan dengan kelainan ginjal dan system endokringangguan ginjal dapat disebabkan karena penyakit parenkim ginjal (glomerulonefritis, polycystic kidney disease), maupun penyakit ginjal vaskular (stenosis arteri renalis dysplasia fibromuskuler). Penyebab endokrin diantaranya penyakit tiroid, penyakit adrenal (sindrom cushing, aldosteronisme, primer dan feokromositoma) (Tedjasukmana, 2012). Berdasarkan bentuk hipertensi,yaitu hipertensi diastolic,campuran,dan sistolik.

Hipertensi diastolik (*diastolic hypertension*) yaitu peningkatan tekanan diastolik tanpa diikuti peningkatan tekanan sistolik. Biasanya ditemukan pada anak-anak dan dewasa muda.Hipertensi campuran (sistol dan diastol yang meninggi) yaitu peningkatan tekanan darah pada sistol dan diastol. Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*) yaitu peningkatan tekanan sistolik tanpa diikuti peningkatan tekanan diastolik. Umumnya ditemukan pada usia lanjut. (Gunawan, 2001)

2.1.3. Etiologi hipertensi

Corwin (2000) menjelaskan bahwa hipertensi tergantung pada kecepatan denyut jantung, volume sekuncup dan *Total Peripheral Resistance* (TPR). Maka peningkatan salah satu dari ketiga variabel yang tidak dikompensasi dapat menyebabkan hipertensi.

Peningkatan kecepatan denyut jantung dapat terjadi akibat rangsangan abnormal saraf atau hormon pada nodus SA. Peningkatan kecepatan denyut jantung yang berlangsung kronik sering menyertai keadaan hipertiroidisme. Namun, peningkatan kecepatan denyut jantung

biasanya dikompensasi oleh penurunan volume sekuncup atau TPR, sehingga tidak menimbulkan hipertensi (Astawan,2002)

Peningkatan volume sekuncup yang berlangsung lama dapat terjadi apabila terdapat peningkatan volume plasma yang berkepanjangan, akibat gangguan penanganan garam dan air oleh ginjal atau konsumsi garam yang berlebihan. Peningkatan pelepasan renin atau aldosteron maupun penurunan aliran darah ke ginjal dapat mengubah penanganan air dan garam oleh ginjal. Peningkatan volume plasma akan menyebabkan peningkatan volume diastolik akhir sehingga terjadi peningkatan volume sekuncup dan tekanan darah. Peningkatan preload biasanya berkaitan dengan peningkatan tekanan sistolik (Amir,2002)

Peningkatan Total Periperial Resistence yang berlangsung lama dapat terjadi pada peningkatan rangsangan saraf atau hormon pada arteriol, atau responsivitas yang berlebihan dari arteriol terhadap rangsangan normal. Kedua hal tersebut akan menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Pada peningkatan Total Periperial Resistence, jantung harus memompa secara lebih kuat dan dengan demikian menghasilkan tekanan yang lebih besar, untuk mendorong darah melintas pembuluh darah yang menyempit. Hal ini disebut peningkatan dalam afterload jantung dan biasanya berkaitan dengan peningkatan tekanan diastolik. Apabila peningkatan afterload berlangsung lama, maka ventrikel kiri mungkin mulai mengalami hipertrofi (membesar). Dengan hipertrofi, kebutuhan ventrikel akan oksigen semakin meningkat sehingga ventrikel harus mampu memompa darah secara lebih keras lagi untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Pada hipertrofi, serat-serat otot jantung juga mulai tegang melebihi panjang normalnya yang pada akhirnya menyebabkan penurunan kontraktilitas dan volume sekuncup.(Hayens, 2003)

2.1.4. Patofisiologi hipertensi

Mekanisme patofisiologi yang berhubungan dengan peningkatan hipertensi esensial antara lain :

1) Curah jantung dan tahanan perifer

Keseimbangan curah jantung dan tahanan perifer sangat berpengaruh terhadap kenormalan tekanan darah. Pada sebagian besar kasus hipertensi esensial curah jantung biasanya normal tetapi tahanan perifernya meningkat. Tekanan darah ditentukan oleh konsentrasi sel otot halus yang terdapat pada arteriol kecil. Peningkatan konsentrasi sel otot halus akan berpengaruh pada peningkatan konsentrasi kalsium intraseluler. Peningkatan konsentrasi otot halus ini semakin lama akan mengakibatkan penebalan pembuluh darah arteriol yang mungkin dimediasi oleh angiotensin yang menjadi awal meningkatnya tahanan perifer yang irreversible (Gray, dkk. 2005)

2) Sistem Renin-Angiotensin

Ginjal mengontrol tekanan darah melalui pengaturan volume cairan ekstraseluler dan sekresi renin. Sistem Renin-Angiotensin merupakan sistem endokrin yang penting dalam pengontrolan tekanan darah. Renin disekresi oleh juxtaglomerulus aparatus ginjal sebagai respon glomerulus underperfusion atau penurunan asupan garam, ataupun respon dari sistem saraf simpatetik (Gray, dkk. 2005). Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I-converting enzyme (ACE). ACE memegang peranan fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi hati, yang oleh hormon renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I (dekapeptida yang tidak aktif). Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II (oktapeptida yang sangat aktif). Angiotensin II berpotensi besar meningkatkan tekanan darah karena bersifat sebagai vasoconstrictor melalui dua jalur, yaitu:

a. Meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis) sehingga urin menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkan, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya volume darah meningkat sehingga meningkatkan tekanan darah.

b. Menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang berperan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Gray, dkk. 2005).

3) Sistem Saraf Otonom

Sirkulasi sistem saraf simpatetik dapat menyebabkan vasokonstriksi dan dilatasi arteriol. Sistem saraf otonom ini mempunyai peran yang penting dalam mempertahankan tekanan darah. Hipertensi dapat terjadi karena interaksi antara sistem saraf otonom dan sistem renin-angiotensin bersama – sama dengan faktor lain termasuk natrium, volume sirkulasi, dan beberapa hormon (Gray, dkk. 2005).

4) Disfungsi Endotelium

Pembuluh darah sel endotel mempunyai peran yang penting dalam pengontrolan pembuluh darah jantung dengan memproduksi sejumlah vasoaktif lokal yaitu molekul oksida nitrit dan peptida endotelium. Disfungsi endotelium banyak terjadi pada kasus hipertensi primer. Secara klinis pengobatan dengan antihipertensi menunjukkan perbaikan gangguan produksi dari oksida nitrit (Gray, dkk. 2005).

5) Substansi vasoaktif

Banyak sistem vasoaktif yang mempengaruhi transpor natrium dalam mempertahankan tekanan darah dalam keadaan normal. Bradikinin merupakan vasodilator yang potensial, begitu juga endothelin. Endothelin dapat meningkatkan sensitifitas garam pada tekanan darah serta mengaktifkan sistem renin-angiotensin lokal. Arterial natriuretic peptide merupakan hormon yang diproduksi di atrium jantung dalam merespon peningkatan volum darah. Hal ini dapat meningkatkan ekskresi garam dan air dari ginjal yang akhirnya dapat meningkatkan retensi cairan dan hipertensi (Gray, dkk. 2005).

6) Hiperkoagulasi

Pasien dengan hipertensi memperlihatkan ketidaknormalan dari dinding pembuluh darah (disfungsi endotelium atau kerusakan sel endotelium), ketidaknormalan faktor homeostasis, platelet, dan fibrinolisis. Diduga hipertensi dapat menyebabkan protombotik dan hiperkoagulasi yang semakin lama akan semakin parah dan merusak organ target. Beberapa keadaan dapat dicegah dengan pemberian obat anti-hipertensi (Gray, dkk. 2005).

7) Disfungsi diastolik

Hipertropi ventrikel kiri menyebabkan ventrikel tidak dapat beristirahat ketika terjadi tekanan diastolik. Hal ini untuk memenuhi peningkatan kebutuhan input ventrikel, terutama pada saat olahraga terjadi peningkatan tekanan atrium kiri melebihi normal, dan penurunan tekanan ventrikel (Gray, dkk. 2005).

2.1.5. Tanda dan Gejala Hipertensi

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus).

Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma [peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan (Wijayakusuma,2000).

Crowin (2000: 359) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa :Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial,Penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi,Ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat,Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus,Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain (Wiryowidagdo,2002).

2.1.6. Faktor-faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko hipertensi meliputi :

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Hipertensi pada yang berusia kurang dari 35 tahun akan menaikkan insiden penyakit arteri koroner dan kematian prematur (Julianti, 2005).

Perbandingan antara pria dan wanita, ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi. Dari laporan sugiri di Jawa Tengah didapatkan angka prevalensi 6% dari pria dan 11% pada wanita. Laporan dari Sumatra Barat menunjukkan 18,6% pada pria dan 17,4% wanita. Di daerah perkotaan Semarang didapatkan 7,5% pada pria dan 10,9% pada wanita. Sedangkan di daerah perkotaan Jakarta didapatkan 14,6 pada pria dan 13,7% pada wanita (Gunawan, 2001).

Riwayat keluarga juga merupakan masalah yang memicu masalah terjadinya hipertensi hipertensi cenderung merupakan penyakit keturunan. Jika seorang dari orang tua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi (Astawan,2002)

Asupan garam. Melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah yang akan diikuti oleh peningkatan ekskresi kelebihan garam sehingga kembali pada keadaan hemodinamik (sistem peredaran) yang normal. Pada hipertensi essensial mekanisme inilah yang terganggu.(Arief, 2004)

Garam mengandung 40% sodium dan 60% klorida. Orang-orang peka sodium lebih mudah meningkat sodium, yang menimbulkan retensi cairan dan peningkatan tekanan darah (Sheps, 2000).

Garam berhubungan erat dengan terjadinya tekanan darah tinggi gangguan pembuluh darah ini hampir tidak ditemui pada suku pedalaman yang asupan garamnya rendah. Jika asupan garam kurang dari 3 gram sehari prevalensi hipertensi presentasinya rendah, tetapi jika asupan garam 5-15 gram perhari, akan meningkat prevalensinya 15-20% (Wiryowidagdo, 2004).

Garam mempunyai sifat menahan air. Mengonsumsi garam lebih atau makan-makanan yang diasinkan dengan sendirinya akan menaikkan tekanan darah. Hindari pemakaian garam yang berkebih atau makanan yang diasinkan. Hal ini tidak berarti menghentikan pemakaian garam

sama sekali dalam makanan. Sebaliknya jumlah garam yang dikonsumsi batasi (Wijayakusuma, 2000).

Merokok merupakan salah satu faktor yang dapat diubah, adapun hubungan merokok dengan hipertensi adalah *nikotin* akan menyebabkan peningkatan tekanan darah karena nikotin akan diserap pembuluh darah kecil dalam paru-paru dan diedarkan oleh pembuluh darah hingga ke otak, otak akan bereaksi terhadap nikotin dengan member sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepas *efinefrin* (Adrenalin). Hormon yang kuat ini akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat karena tekanan yang lebih tinggi. Selain itu, *karbon monoksida* dalam asap rokok menggantikan oksigen dalam darah. Hal ini akan mengakibatkan tekanan darah karena jantung dipaksa memompa untuk memasukkan oksigen yang cukup ke dalam organ dan jaringan tubuh (Astawan, 2002).

Aktivitas sangat mempengaruhi terjadinya hipertensi, dimana pada orang yang kurang aktivitas akan cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantung akan harus bekerja lebih keras pada tiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung memompa maka makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri (Amir, 2002).

Stress juga sangat erat merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi dimana hubungan antara stress dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu). Stress yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi. Walaupun hal ini belum terbukti akan tetapi angka kejadian di masyarakat perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan. Hal ini dapat dihubungkan dengan pengaruh stress yang dialami kelompok masyarakat yang tinggal di kota (Dunitz, 2001).

2.1.7. Penatalaksanaan hipertensi

Setiap pasien hipertensi perlu perlakuan berbeda dalam menemukan pilihan terapi, pilihan ditetapkan tergantung faktor-faktor seperti usia, komorbiditas (misalnya diabetes, penyakit jantung koroner, asma), dan profil farmakologis serta efek samping obat. Namun bila tidak ada obat yang benar-benar di indikasikan atau di kontraindikasikan, diuretic tiazid harus dipilih karena kelompok ini efektif menurunkan komplikasi hipertensi jangka panjang, dapat ditoleransi dengan baik, dan harganya terjangkau. (Gray, dkk, 2005)

2.1.8. Komplikasi Hipertensi

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma (Corwin, 2000).

Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba, seperti, orang bingung, limbung atau bertingkah laku seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit digerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan terasa kaku, tidak dapat berbicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak (Santoso, 2006).

Infark Miokard dapat terjadi apabila arteri koroner yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Karena hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-

perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan (Corwin, 2000).

Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal, glomerulus. Dengan rusaknya glomerulus, darah akan mengalir keunit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronik (Corwin, 2000).

Gagal jantung atau ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya ke jantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sering disebut edema. Cairan didalam paru – paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan ditungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering dikatakan edema (Amir, 2002)

Ensefalopati dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Neron-neron disekitarnya kolap dan terjadi koma serta kematian (Corwin, 2000).

2.2. Tekanan Darah

2.2.1 pengertian tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan puncak terjadi saat ventrikel berkontraksi dan disebut tekanan sistolik. Tekanan diastolik adalah tekanan terendah yang terjadi saat jantung beristirahat. Tekanan darah biasanya digambarkan sebagai rasio tekanan sistolik terhadap tekanan diastolik, dengan nilai dewasa normalnya berkisar dari 100/60 sampai 140/90. Rata-rata tekanan darah

normal biasanya 120/80 (Smeltzer & Bare, 2001). Menurut Hayens (2003), tekanan darah timbul ketika bersirkulasi di dalam pembuluh darah. Organ jantung dan pembuluh darah berperan penting dalam proses ini dimana jantung sebagai pompa muskular yang menyuplai tekanan untuk menggerakkan darah, dan pembuluh darah yang memiliki dinding yang elastis dan ketahanan yang kuat. Sementara itu Palmer (2007) menyatakan bahwa tekanan darah diukur dalam satuan milimeter air raksa (mmHg).

2.2.2 Pengukuran Tekanan Darah

Untuk mengukur tekanan darah maka perlu dilakukan pengukuran tekanan darah secara rutin. Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Pada metode langsung, kateter arteri dimasukkan ke dalam arteri. Walaupun hasilnya sangat tepat, akan tetapi metode pengukuran ini sangat berbahaya dan dapat menimbulkan masalah kesehatan lain (Smeltzer & Bare, 2001). Menurut Nursecerdas (2009), bahaya yang dapat ditimbulkan saat pemasangan kateter arteri yaitu nyeri inflamasi pada lokasi penusukkan, bekuan darah karena tertekuknya kateter, perdarahan: ekimosis bila jarum lepas dan tromboplebitis. Sedangkan pengukuran tidak langsung dapat dilakukan dengan menggunakan sphygmomanometer dan stetoskop. Sphygmomanometer tersusun atas manset yang dapat dikembangkan dan alat pengukur tekanan yang berhubungan dengan ringga dalam manset. Alat ini dikalibrasi sedemikian rupa sehingga tekanan yang terbaca pada manometer sesuai dengan tekanan dalam milimeter air raksa yang dihantarkan oleh arteri brakialis (Smeltzer & Bare, 2001). Adapun cara pengukuran tekanan darah dimulai dengan membalutkan manset dengan kencang dan lembut pada lengan atas dan dikembangkan dengan pompa. Tekanan dalam manset dinaikkan sampai denyut radial atau brakial menghilang. Hilangnya denyutan menunjukkan bahwa tekanan sistolik darah telah dilampaui dan arteri brakialis telah tertutup. Manset

dikembangkan lagi sebesar 20 sampai 30 mmHg di atas titik hilangnya denyutan radial. Kemudian manset dikempiskan perlahan, dan dilakukan pembacaan secara auskultasi maupun palpasi. Dengan palpasi kita hanya dapat mengukur tekanan sistolik. Sedangkan dengan auskultasi kita dapat mengukur tekanan sistolik dan diastolik dengan lebih akurat (Smeltzer & Bare, 2001). Untuk mengauskultasi tekanan darah, ujung stetoskop yang berbentuk corong atau diafragma diletakkan pada arteri brakialis, tepat di bawah lipatan siku (rongga antekubital), yang merupakan titik dimana arteri brakialis muncul diantara kedua kaput otot biceps. Manset dikempiskan dengan kecepatan 2 sampai 3 mmHg per detik, sementara kita mendengarkan awitan bunyi berdetak, yang menunjukkan tekanan darah sistolik. Bunyi tersebut dikenal sebagai Bunyi Korotkoff yang terjadi bersamaan dengan detak jantung, dan akan terus terdengar dari arteri brakialis sampai tekanan dalam manset turun di bawah tekanan diastolik dan pada titik tersebut, bunyi akan menghilang (Smeltzer & Bare, 2001).

2.2.3 Mekanisme Pemeliharaan Tekanan Darah

Tekanan darah dikontrol oleh otak, sistem saraf otonom, ginjal, beberapa kelenjar endokrin, arteri dan jantung. Otak adalah pusat pengontrol tekanan darah di dalam tubuh. Serabut saraf adalah bagian sistem saraf otonom yang membawa isyarat dari semua bagian tubuh untuk menginformasikan kepada otak perihal tekanan darah, volume darah dan kebutuhan khusus semua organ. Semua informasi ini diproses oleh otak dan keputusan dikirim melalui saraf menuju organ-organ tubuh termasuk pembuluh darah, isyaratnya ditandai dengan mengempis atau mengembangnya pembuluh darah. Saraf-saraf ini dapat berfungsi secara otomatis (Hayens, 2003). Ginjal adalah organ yang berfungsi mengatur fluida (campuran cairan dan gas) di dalam tubuh. Ginjal juga memproduksi hormon yang disebut renin. Renin dari ginjal merangsang pembentukan angiotensin yang menyebabkan pembuluh darah kontriksi

sehingga tekanan darah meningkat. Sedangkan hormon dari beberapa organ juga dapat mempengaruhi pembuluh darah seperti kelenjar adrenal pada ginjal yang mensekresikan beberapa hormon seperti adrenalin dan aldosteron juga ovarium yang mensekresikan estrogen yang dapat meningkatkan tekanan darah. Kelenjar tiroid atau hormon tiroksin, yang juga berperan penting dalam pengontrolan tekanan darah (Hayens, 2003). Pada akhirnya tekanan darah dikontrol oleh berbagai proses fisiologis yang bekerja bersamaan. Serangkaian mekanisme inilah yang memastikan darah mengalir di sirkulasi dan memungkinkan jaringan mendapatkan nutrisi agar dapat berfungsi dengan baik. Jika salah satu mekanisme mengalami gangguan, maka dapat terjadi tekanan darah tinggi.

2.2.4 faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan darah

Banyak orang yang menderita tekanan darah tinggi (hipertensi). Seringkalimereka memiliki masalah hipertensi karena bakat genetik. Namun, ada banyak faktor lain yang dapat meningkatkan dan memengaruhi tekanan darah selain bakat bawaan. Berikut ini adalah beberapa faktor di antaranya:

a. Garam

Salah satu penyebab tekanan darah tinggi adalah makan terlalu banyak garam. Banyak orang mendapati tekanan darah mereka naik setelah makan terlalu banyak garam. Kita sering mengonsumsi natrium jauh melebihi yang kita sadari. Penyebabnya seringkali karena garam yang sudah ada dalam makanan. Dalam banyak makanan seperti sup, gorengan dan mie terdapat garam yang lebih banyak garam daripada yang mungkin Anda perkirakan atau rasakan.

b. Stres

Jika stres, seseorang memiliki tekanan darah lebih tinggi. Sehingga perlu mencoba untuk tetap tenang dan menangani masalah secara

rasional. Teknik relaksasi dan obat kadang-kadang dapat membantu untuk tetap tenang menghadapi tekanan kehidupan.

c. Obat

Obat-obat tertentu dapat meningkatkan tekanan darah, termasuk sejumlah obat flu. Waspada obat yang mungkin menimbulkan efek ini.

d. Umur

Seiring bertambahnya usia, orang lebih rentan memiliki tekanan darah tinggi. Inilah sebabnya mengapa semakin tua, semakin penting orang untuk memeriksa tekanan darah Anda. Hipertensi sering disebut sebagai “silent killer” karena diam diam membahayakan kesehatan banyak orang tanpa disadari.

e. Berat badan

Jika Anda kelebihan berat badan, Anda akan cenderung memiliki tekanan darah tinggi. Mengontrol berat badan Anda dapat membantu mengurangi ancamannya.

f. Kurang olahraga/ aktivitas

Kurang olahraga sering berperan terhadap tekanan darah tinggi. Orang yang kurang gerak sering memiliki tekanan darah tinggi. Siapapun yang berolahraga secara teratur berpotensi memiliki tekanan darah lebih rendah. Olah raga juga bermanfaat mengurangi stress. Bila Anda memiliki hipertensi, Anda harus selalu memantau tekanan darah Anda agar tidak berisiko terkena stroke dan penyakit jantung. Menjaga tekanan darah tetap dalam kontrol memastikan kesehatan Anda selalu optimal.

2.3. Pengetahuan (*Knowledge*)

2.3.1. Pengertian

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian

pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Menurut Notoatmodjo, pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

2.3.2. Proses Adopsi Perilaku

Menurut Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru); di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- a). *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- b). *Interest*, yakni orang mulai kepada stimulus.
- c). *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d). *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- e). *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku tersebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

2.3.3. Tingkat Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah pelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat

pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja,

seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan *justifikasi* atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.3.4. Cara Memperoleh Pengetahuan (Notoatmodjo, 2005)

1) Cara Tradisional untuk Memperoleh Pengetahuan

a) Cara Coba Salah

Cara yang paling tradisional, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan. Metode ini telah digunakan oleh orang dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan berbagai masalah. Bahkan sampai sekarang pun metode ini masih sering digunakan, terutama oleh mereka yang belum atau tidak mengetahui suatu cara tertentu dalam memecahkan suatu masalah yang dihadapi.

b) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja, melainkan juga

terjadi pada masyarakat modern. Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintah, tokoh agama, maupun ahli ilmu pengetahuan pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama di dalam penemuan pengetahuan.

c) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman merupakan guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.

d) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.

2) Cara Modern Untuk Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistimatis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut 'metode penelitian ilmiah', atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626). Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, dan membuat pencatatan-

pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamati.

2.2.5. Kriteria Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari subjek penelitian atau responden sesuai dengan tingkatan tersebut (Notoadmodjo, 2003). Untuk mengetahui kualitas pengetahuan pada masing-masing tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan kriteria, yaitu :

- a. Tingkat pengetahuan baik jika jawaban responden dari kuesioner yang benar $\geq 80\%$
- b. Tingkat pengetahuan cukup jika jawaban responden dari kuesioner yang benar 60-80%
- c. Tingkat pengetahuan kurang jika jawaban responden dari kuesioner yang benar $<60\%$ (Khosman, 2000).

2.2.6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan (Notoatmodjo, 2003)

1) Pendidikan

Menurut Notoatmodjo, 2007 p.108, Pendidikan adalah ilmu yang mempelajari serta memproses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan proses atau cara.

2) Paparan media massa

Melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik berbagai informasi dapat diterima masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (tv, radio, majalah, pamflet, dan lain-lain) akan memperoleh informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar

informasi media. Ini berarti paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang.

3) Ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan pokok (primer) maupun kebutuhan sekunder. Keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulkan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai golongan ekonomi.

4) Hubungan sosial

Manusia adalah makhluk sosial dimana di dalam kehidupan saling berinteraksi satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi secara kontinyu akan lebih besar terpapar informasi. Sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media. Dengan demikian hubungan sosial dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang tentang suatu hal.

5) Pengalaman

Pengalaman seorang individu tentang berbagai hal bisa di peroleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya, karena dari berbagai kegiatan tersebut informasi tentang suatu hal dapat di peroleh.

2.4. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Dari berbagai batasan tentang sikap dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Newcomb salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk

bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku.

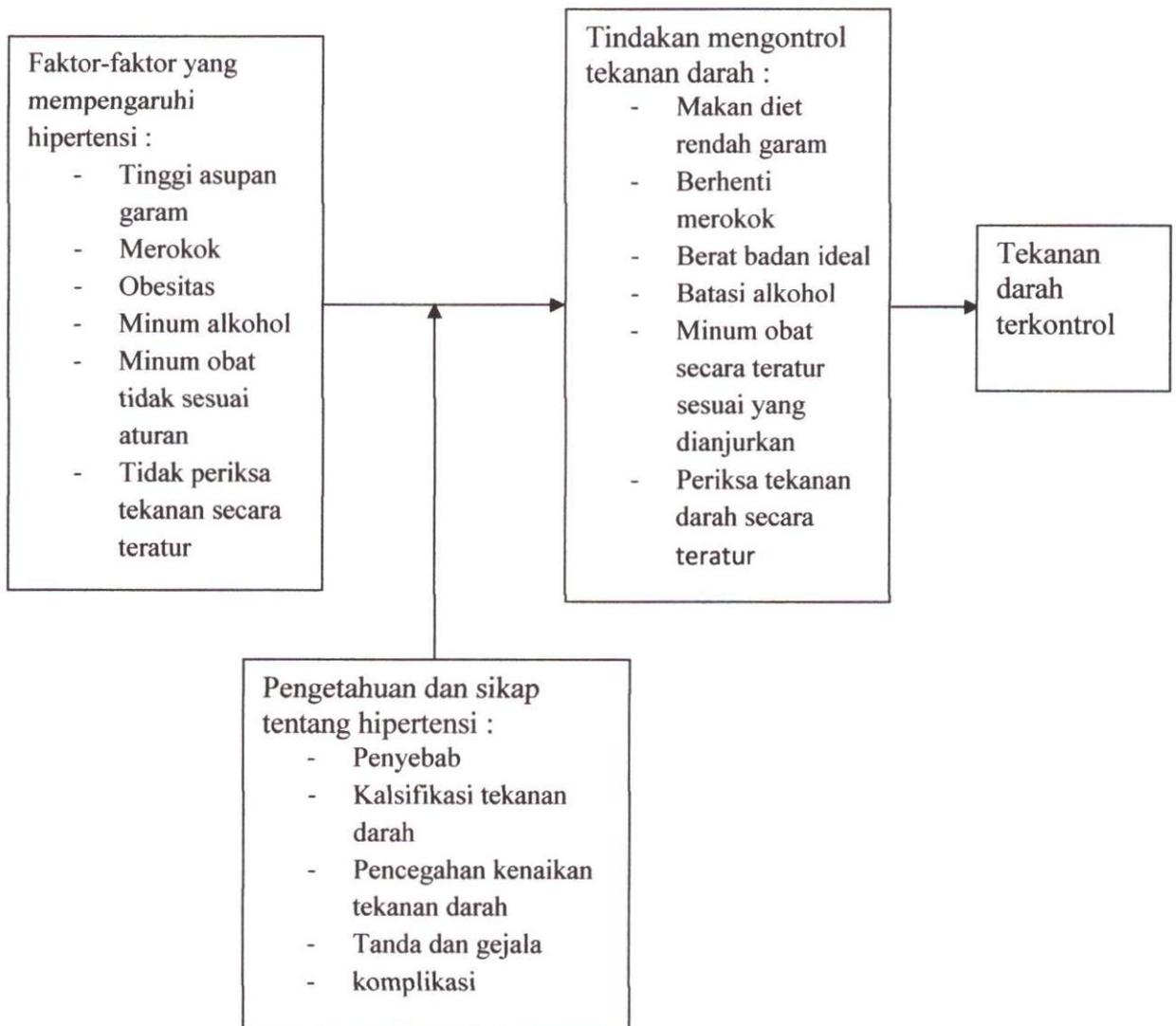
Dalam bagian lain Allport, menurut Notoatmodjo, menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek
- c. Kecendrungan untuk bertindak

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh misalnya, seorang ibu telah mendengar penyakit polio (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berfikir dan berusaha supaya anaknya tidak terkena polio. Dalam berfikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat akan mengimunisasikan anaknya untuk mencegah anaknya terkena polio.

Pengukuran sikap dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden (setuju, ragu-ragu, tidak setuju) (Notoadmodjo, 2007).

2.5. Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka teori penelitian

2.3. Hipotesis

- H₀1 : Tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang
- H₁1 : Ada hubungan antara pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang
- H₀2 : Tidak ada hubungan antara sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang
- H₁2 : Ada hubungan antara sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* untuk mempelajari hubungan pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik penyakit dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang pada bulan Desember 2012 sampai Januari 2013

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

3.3.1.1. Populasi target

Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh pasien hipertensi dewasa di kota Palembang

3.3.1.2. Populasi terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah seluruh pasien hipertensi dewasa yang berobat ke Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah pada saat penelitian

3.3.2. Besar sampel

Estimasi besar sampel untuk penelitian menurut Lameshow (1997) adalah :

$$n_1 = n_2 = n = \frac{(Z_{\alpha} \sqrt{2 P Q} + (Z_{\beta} \sqrt{P_1 Q_1 + P_2 Q_2}))^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n : Ukuran masing-masing sampel dari kedua kelompok sampel

P₁ : Perkiraan Proporsi sakit pada populasi terpapar = 0,3

(ketetapan peneliti berdasarkan penelitian sebelumnya, Wulansari 2012)

p P_2 : Perkiraan Proporsi sakit pada populasi tak terpapar = 0,11
(Wulansari, 2012)

P : $(P_1+P_2)/2 = 0,19$

$Z\alpha$: Defiat baku normal untuk α (1,96 untuk α sebesar 5 %)

$Z\beta$: Defiat baku normal untuk β (0,84 untuk β sebesar 20 %)

Q : $1 - P = 1 - 0,205 = 0,795$

Q_1 : $1 - P_1 = 1 - 0,3 = 0,7$

Q_2 : $1 - P_2 = 1 - 0,11 = 0,89$

$$n = \frac{1,59}{0,0361} = 44,04 \text{ (dibulatkan menjadi 44)}$$

Untuk menghindari terjadinya *drop out*, maka diperlukan penambahan subjek agar besar sampel terpenuhi dengan formula sebagai berikut (kasjono, 2009)

$$n_2 = \frac{n}{(1-f)}$$

n_2 = besar sampelyang direncanakan untuk diteliti

n = besar sampel minimal

f = perkiraan proporsi drop out (15% atau 0,15)

$$n_2 = \frac{44}{(1-0,15)} = 51$$

jadi jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian masing-masing kelompok a dan kelompok b adalah 51 sampel penelitian.

Karena kendala penelitian waktu dan dana maka peneliti memutuskan untuk memperbanyak jumlah kelompok sikap positif dan jumlah kelompok sikap negatif dikurangi, sesuai dengan cara metodologis dan etis yang benar, dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

$$n' = n(c + 1)/2c$$

n' = besar sampel kelompok sikap negatif

n = besar sampel semula = 51

c = jumlah kelompok sikap positif = 2

$n' = n (c + 1) / 2c$

$n' = 51 (2 + 1) / (2 \times 2)$

$n' = 38,25 = 38$ sikap negatif

jumlah sikap positif sebanyak $38 \times 2 = 76$

Jadi, jumlah seluruh sampel pada penelitian ini menjadi 114 responden.

3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Pada penelitian ini teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling*, yaitu setiap pasien hipertensi dewasa yang datang berobat dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi

3.3.4 Kriteria Restriksi

1. Kriteria Inklusi :

- a. Pasien hipertensi primer (bukan karena sebab lain) dewasa yang berusia 20 sampai 65 tahun
- b. Bersedia dijadikan sampel penelitian
- c. Mampu diajak berkomunikasi dan mampu mengisi kuesioner

2. Kriteria eksklusi

- a. Pasien hipertensi dengan komplikasi

3. Kriteria *drop out*

Pasien yang tidak datang kembali pada pengukuran tekanan darah selanjutnya

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. variabel dependen

Tekanan darah rata-rata pada pasien hipertensi

3.4.2. variabel independen

Pengetahuan dan sikap tentang hipertensi

3.5. Definisi Operasional

1. Pengetahuan

- a. definisi : Pengetahuan pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSMP tentang hipertensi meliputi penyebab, kalsifikasi tekanan darah, pencegahan kenaikan tekanan darah, tanda dan gejala, komplikasi
- b. Alat ukur : kuesioner
- c. Cara ukur : *self assesment*
- d. Hasil ukur : baik, jika jawaban responden dari kuesioner yang benar $\geq 80\%$ dari pertanyaan
cukup, jika jawaban responden dari kuesioner yang benar 60-80%
kurang, jika jawaban responden dari kuesioner yang benar $<60\%$ (Khomsan, 2000)

2. Sikap

- a. definisi : sikap pasien di Poliklinik Penyakit Dalam RSMP mengenai penyebab, klasifikasi tekanan darah, pencegahan kenaikan tekanan darah, tanda dan gejala, dan komplikasi dari hipertensi
- b. Alat ukur : kuesioner
- c. Cara ukur : *self assesment*
- d. Hasil ukur : positif, jika responden mencapai skor ≥ 20
negatif, jika responden mencapai skor < 20

3. Tekanan darah rata-rata :

- a. definisi : tekanan darah pasien hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam RSMP yang diukur lebih dari dua kali pada waktu berbeda yaitu 3 sampai 4 hari dan diambil rata-ratanya.
- b. Alat ukur : sphygmomanometer analog dan stateskop

c. Cara ukur : *self assesment*

d. Hasil ukur : terkontrol, jika tekanan darah < 130/90 mmHg
tidak terkontrol, jika tekanan darah > 130/90 mmHg

3.6. Cara kerja/Cara pengumpulan data

3.6.1 cara kerja dan pengumpulan data

Pada penelitian ini data diperoleh melalui kuisisioner, observasi, dan wawancara secara langsung dan pengukuran tekanan darah pada responden pada saat penelitian.

3.6.2. Instrumen Penelitian

a. Kuesioner

Kuesioner pada penelitian ini dirancang oleh peneliti merujuk dari penelitian sebelumnya dan dilakukan perubahan seperlunya dengan pertimbangan agar bahasa penulisan lebih di mengerti responden dan dengan menggunakan pertanyaan terbuka, kuesioner untuk mengidentifikasi pengetahuan responden tentang hipertensi dengan menggunakan pertanyaan terbuka yang diberi nilai 1 bila menjawab benar dan diberi nilai 0 bila menjawab salah (hidayat, 2007). Kuesioner untuk mengidentifikasi sikap responden tentang hipertensi yang terdiri dari 10 pernyataan, dengan pilihan pernyataan yang pengukurannya menggunakan *skala likert*, yaitu :

Untuk pernyataan positif :

1. Sangat setuju : diberi nilai 4
2. Setuju : diberi nilai 3
3. Tidak setuju :diberi nilai 2
4. Sangat tidak setuju : diberi nilai 1
5. Ragu-ragu : diberi nilai 0

Untuk pernyataan negative

1. Sangat setuju : diberi nilai 1
2. Setuju : diberi nilai 2
3. Tidak setuju : diberi nilai 3
4. Sangat tidak setuju : diberi nilai 4
5. Ragu-ragu : diberi nilai 0

b. sphygmomanometer dan stateskop

pada penelitian ini menggunakan sphygmomanometer analog agar lebih praktis saat penggunaan dilapangan saat penelitian dan dilakukan pengukuran pada responden lebih dari dua kali pada waktu yang berbeda

3.7. Cara pengolahan dan Analisis data

3.7.1. Teknik Pengolahan Data

1. Statistik Deskriptif

Berhubungan dengan gambaran karakteristik suatu data dengan kala kategorik dan terdiri dari jumlah atau frekuensi tiap kategori (n) dan persentase tiap kategori (%) dan disajikan dalam bentuk tabel

2. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan variasi seluruh variabel yang digunakan dengan cara membuat tabel distribusi frekuensi maupun membuat nilai rata-rata, maupun nilai tengah untuk data kontinyu.

3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini ada 2 yaitu :

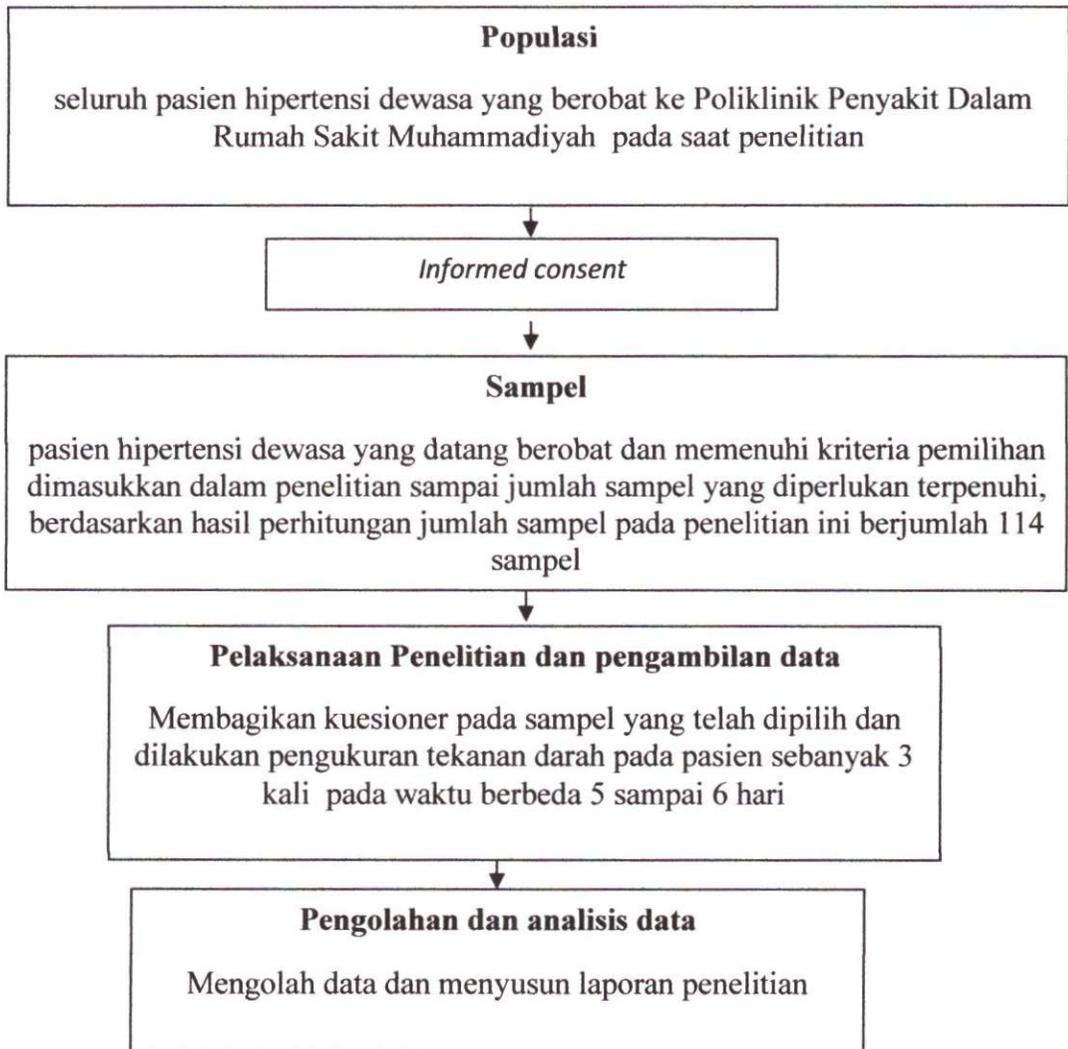
- a. Analisis Hubungan antara pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata

Analisis yang akan digunakan pada menguji dua variabel yang berskala kategorik analisis adalah dengan uji *chi square*, dengan melihat nilai *fisher exact test* bila dijumpai nilai < 5 dan melihat nilai *continue correction* apabila tidak dijumpai nilai harapan < 5 .

- b. Analisis hubungan antara sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata

Analisis yang akan digunakan pada menguji dua variabel yang berskala kategorik analisis adalah dengan uji *chi square*, dengan melihat nilai *fisher exact test* bila dijumpai nilai < 5 dan melihat nilai *continue correction* apabila tidak dijumpai nilai harapan < 5

3.8. Alur penelitian



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan selama bulan Desember 2012 sampai Januari 2013 di Poliklinik Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang berlokasi di Jln. Jenderal A. Yani No. 13 Ulu. Penelitian ini ingin mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien hipertensi. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*, yaitu setiap pasien hipertensi dewasa yang datang berobat dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. Sebanyak 114 responden, terdiri dari 38 responden dengan sikap positif dan 76 responden dengan sikap negatif.

Cara pengambilan data pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan kuesioner dengan pertanyaan terbuka, untuk pengetahuan terdiri dari 10 pertanyaan mengenai hipertensi dan untuk sikap terdiri dari 10 pernyataan mengenai hipertensi dan dilakukan pengukuran tekanan darah pada hari itu juga setelah menjawab kuesioner, kemudian dilakukan lagi pengukuran tekanan darah selanjutnya baik di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang maupun melakukan kunjungan ke rumah responden sampai 3 kali pengukuran kemudian diambil nilai rata-rata dari 3 kali pengukuran tekanan darah responden.

Penelitian ini menggunakan metode analisis data yaitu analisis statistik deskriptif, analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan variasi seluruh variabel yang digunakan dan disajikan dalam bentuk tabel. Pada penelitian ini juga menggunakan analisis bivariat yang terdiri dari hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata, dan hubungan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata yang disajikan dalam bentuk tabel.

4.1. Penyajian Deskriptif

4.1.1. Karakteristik Responden

Data karakteristik responden pada penelitian ini terdiri dari usia dan jenis kelamin sampel penelitian penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sampel penelitian berjumlah 114 orang. Seluruh responden penelitian memiliki rentang usia 26 sampai 65 tahun. Responden penelitian terbanyak pada kelompok penderita hipertensi adalah rentang usia 46 – 55 tahun yaitu sebanyak 46 orang (40,4%) sedangkan yang paling sedikit adalah pada rentang usia 17 – 25 tahun yaitu sebanyak 7 orang (6,1%), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4. berikut

Tabel 4. Distribusi dan frekuensi responden penderita hipertensi berdasarkan kelompok umur

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
26 – 35	7	6,1
36 – 45	19	16,7
46 – 55	46	40,4
56 – 65	42	36,8
Total	114	100,0

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden penelitian berjumlah 114 orang dan mayoritas responden penelitian adalah perempuan berjumlah 75 (65,8%) dan laki-laki berjumlah 39 orang (34,2%), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5. berikut

Tabel 5. Distribusi dan frekuensi responden penderita hipertensi berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	39	34,2
Perempuan	75	65,8
Total	114	100,0

4.1.2. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan dan Sikap Tentang Hipertensi

Analisis ini digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan persentase dari pengetahuan tentang hipertensi, sikap tentang hipertensi dan tekanan darah rata-rata sampel penderita hipertensi.

Pengetahuan responden mengenai hipertensi dibagi menjadi 3 kategori. Klasifikasi dari kategori ini, diambil menurut Khomsan (2000). Dikatakan baik, jika jawaban responden dari kuesioner yang benar $\geq 80\%$ dari pertanyaan, dikatakan cukup, jika jawaban responden dari kuesioner yang benar 60-80%, dan dikatakan kurang, jika jawaban responden dari kuesioner yang benar $<60\%$. Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi tingkat pengetahuan tentang hipertensi pada 3 klasifikasi tersebut diketahui bahwa 114 responden penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang didapatkan 42 responden (36,8%) yang termasuk dalam kategori dengan pengetahuan baik, 29 responden (25,4%) yang termasuk dalam kategori dengan pengetahuan cukup, dan 43 responden (37,7%) yang termasuk dalam kategori dengan pengetahuan kurang, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5. berikut

Tabel 5. Distribusi dan frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan tentang hipertensi

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	42	36,8
Cukup	29	25,4
Kurang	43	37,7
Total	114	100.0

Berdasarkan skala *likert* sikap tentang hipertensi dibagi dalam 2 kelompok, kelompok dengan sikap positif, jika responden mencapai skor ≥ 20 dan kelompok dengan sikap negatif, jika responden mencapai skor < 20 . Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi sikap tentang hipertensi pada 2 kelompok tersebut diketahui bahwa dari 114 responden penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang didapatkan sebanyak 38 responden (33,3%) mempunyai sikap positif tentang hipertensi dan sebanyak 76 responden (66,7%) mempunyai sikap negatif tentang hipertensi, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 6. berikut

Tabel 6. Distribusi dan frekuensi responden berdasarkan sikap tentang hipertensi

Sikap tentang hipertensi	Frekuensi	Persentase (%)
Positif	38	33,3
Negatif	76	66,7
Total	114	100.0

4.1.3. Distribusi Frekuensi Tekanan Darah Rata-rata dan Tekanan Sistolik dan Diastolik Rata-rata Pasien Hipertensi

Analisis ini digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan persentase tekanan darah rata-rata sampel penderita hipertensi.

Tekanan darah rata-rata responden penderita hipertensi pada penelitian ini dibagi dalam 2 kelompok, dikatakan tekanan darah terkontrol diambil dari 3 kali pengukuran jika hasilnya $\leq 130/90$ mmHg dan dikatakan tekanan darah tidak terkontrol diambil dari 3 kali pengukuran jika hasilnya $> 130/90$ mmHg. Dari hasil penelitian menunjukkan distribusi tekanan darah rata-rata dari 2 kelompok tersebut diketahui bahwa dari 114 responden penderita hipertensi di

Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang didapatkan hasil sebanyak 42 responden (36,8%) yang termasuk dalam kelompok dengan tekanan darah terkontrol dan sebanyak 72 responden (63,2%) yang termasuk dalam kelompok dengan tekanan darah tidak terkontrol, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 7 berikut

Tabel 7. Distribusi dan frekuensi tekanan darah rata-rata

Tekanan darah rata-rata	Frekuensi	Persentase(%)
Terkontrol	42	36,8
Tidak terkontrol	72	63,2
Total	114	100.0

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sampel penelitian berjumlah 114 orang. Tekanan sistolik dan diastolik rata-rata seluruh responden adalah untuk sistolik 150 mmHg dan untuk diastolik 86 mmHg. Untuk responden dengan tekanan darah terkontrol, tekanan sistolik dan diastolik adalah untuk sistolik 133 mmHg dan untuk diastolik 82 mmHg. Dan untuk responden dengan tekanan darah tidak terkontrol, tekanan sistolik dan diastolik adalah untuk sistolik 148 mmHg dan diastolik 88 mmHg. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 8. berikut.

Tabel 8. Distribusi dan ferkuensi tekanan sistolik dan diastolik rata-rata

Responden	Tekanan darah	
	Sistolik	Disatolik
Semua	150 mmHg	86 mmHg
Terkontrol	130 mmHg	82 mmHg
Tidak terkontrol	180 mmHg	88 mmHg

4.1.4. Distribusi dan Frekuensi Jawaban Benar Responden Berdasarkan Kuesioner Tingkat Pengetahuan.

Kuesioner pada penelitian ini dengan menggunakan pertanyaan terbuka terdiri dari 10 pertanyaan yang terdiri dari penyebab, klasifikasi tekanan darah, pencegahan kenaikan tekanan darah, tanda dan gejala hipertensi dan komplikasi dari hipertensi. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi jawaban benar responden mengenai hipertensi diketahui bahwa jumlah responden 114 orang didapatkan sebanyak 114 responden mampu menjawab dengan benar pada soal nomor 1 sebanyak 114 responden (100%), soal nomor 2 sebanyak 114 responden (100%), soal nomor 3 sebanyak 86 responden (75.4%), soal nomor 4 sebanyak 78 responden (68,4%), soal nomor 5 sebanyak 114 responden (100%), soal nomor 6 sebanyak 114 responden (100%), soal nomor 7 sebanyak 40 responden (35%), soal nomor 8 sebanyak 16 responden (14%), soal nomor 9 sebanyak 114 responden (100%), dan soal nomor 10 sebanyak 82 responden (71,2%), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 9 berikut

Tabel 9. Distribusi dan frekuensi jawab kuesioner berdasarkan hasil jawaban responden yang benar

Nomor soal	Frekuensi	Distribusi (%)
1	114	100
2	114	100
3	86	75,4
4	78	68,4
5	114	100
6	114	100
7	40	35
8	16	14
9	114	100
10	82	71,9

4.2. Analisis Statistik

4.2.1. Hubungan Pengetahuan Tentang Hipertensi dengan Tekanan Darah Rata-rata

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini mengenai hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata sampel penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah sakit Muhammadiyah Palembang. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pada responden dengan pengetahuan baik yang mempunyai tekanan darah terkontrol sebanyak 21 orang (50,0%) sedangkan yang mempunyai tekanan darah tidak terkontrol sebanyak 21 orang (50,0%), responden dengan pengetahuan cukup yang mempunyai tekanan darah terkontrol sebanyak 17 orang (58,6%) sedangkan yang mempunyai tekanan darah tidak terkontrol sebanyak 12 orang (41,4%) dan responden dengan pengetahuan kurang yang mempunyai tekanan darah terkontrol sebanyak 4 orang (9,3%) sedangkan yang mempunyai tekanan darah tidak terkontrol sebanyak 39 orang (90,7%). Dari hasil analisis bivariat menggunakan SPSS didapatkan p value 0,000 lebih kecil dari α 0,05 ini menunjukkan ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Hubungan kekuatan antar variabel dalam penelitian ini dinilai dengan menggunakan *Gamma*. Hasil perhitungan *Gamma* adalah sebesar 0,560, yang diartikan tingkat pengetahuan tentang hipertensi mempunyai keeratan makna yang sedang untuk terjadinya tekanan darah rata-rata yang terkontrol maupun tidak terkontrol, sementara itu untuk nilai PR dan CI tidak dapat di hitung karena analisis pada penelitian ini menggunakan tabel 3 x 2, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 10. Berikut

Tabel 10. Distribusi frekuensi dan persentase hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata

Pengetahuan tentang hipertensi	Tekanan darah rata-rata				Total (%)	P value	Gamma
	Terkontrol		Tidak terkontrol				
	N	%	N	%			
Baik	21	50,0%	21	50,0%	100%	0,000	0,560
Cukup	17	58,6%	12	18,3%	100%		
Kurang	4	9,3%	39	90,7%	100%		
Jumlah	42	36,8%	72	63,2%	114 (100%)		

Uji *Chi Square*, bermakna secara statistic bila $p < 0,05$.

4.2.2. Hubungan Sikap Tentang Hipertensi dengan Tekanan Darah Rata-rata

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini mengenai hubungan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata sampel penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah sakit Muhammadiyah Palembang. Dari hasil penelitian diketahui bahwa responden dengan sikap positif yang mempunyai tekanan darah terkontrol sebanyak 25 orang (65,8%) dan yang mempunyai tekanan darah tidak terkontrol sebanyak 13 orang (34,21%), sedangkan responden dengan sikap negatif yang mempunyai tekanan darah terkontrol sebanyak 17 orang (22,4) dan yang mempunyai tekanan darah tidak terkontrol sebanyak 59 orang (77,6%). Dari hasil analisis bivariat menggunakan SPSS didapatkan p value 0,000 lebih kecil dari α 0,05 ini menunjukkan ada cukup bukti untuk menolak H_0 Maka dapat disimpulkan ada hubungan antara sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Hubungan kekuatan

antar variabel dalam penelitian ini dinilai dengan menggunakan *Gamma*. Hasil perhitungan *Gamma* adalah sebesar 0,739, yang diartikan tingkat sikap tentang hipertensi mempunyai keeratan makna yang sedang untuk terjadinya tekanan darah rata-rata yang terkontrol maupun tidak terkontrol. Dan didapatkan Selain itu dari hasil analisis diperoleh $RP = 6.674$ (95% CI = 2,823 – 15.788) yang artinya sikap positif 6 sampai 7 kali lebih besar untuk terjadinya tindakan mengontrol tekanan darah, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 11. Berikut

Tabel 11. Distribusi frekuensi dan persentase hubungan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata.

Sikap terhadap hipertensi	Tekanan darah rata-rata				Total	RP 95% CI	Gamma	P
	Terkontrol		Tidak terkontrol					
	N	%	N	%				
Positif	25	65,8 %	13	34,2 %	100%	6.674 (2.823-15.778)	0,739	0,000
Negatif	17	22,4 %	59	77,6 %	100%			
Jumlah	42	36,8 %	72	63,2 %	114 (100%)			

Uji *Chi Square*, bila bermakna secara statistic bila $p < 0,05$.

4.3. Pembahasan

4.3.1. Umur Responden

Dari hasil penelitian pada tabel 11 menunjukkan bahwa usia responden yang paling banyak menderita hipertensi adalah usia antara 56 sampai 65 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Julianti, 2005) bahwa faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon.

4.3.2. Jenis Kelamin Responden

Dari hasil penelitian pada tabel 12 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelamin yang banyak menderita hipertensi adalah perempuan sebanyak 75 (65,8%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Gunawan, 2000) dimana Perbandingan antara pria dan wanita, ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi. Dari laporan sugiri di Jawa Tengah didapatkan angka prevalensi 6% dari pria dan 11% pada wanita. Laporan dari Sumatra Barat menunjukkan 18,6% pada pria dan 17,4% wanita. Di daerah perkotaan Semarang didapatkan 7,5% pada pria dan 10,9% pada wanita.

4.3.3. Pengetahuan dan Sikap Tentang Hipertensi

Dari hasil penelitian pada tabel 13 menunjukkan bahwa pengetahuan responden terhadap hipertensi masih banyak di dalam kategori kurang. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Dian C,2010) dimana hasilnya sebanyak 80 responden terdapat 39 responden dengan pengetahuan kurang,namun penelitian ini tidak sejalan dengan yang dilakukan oleh (J Wulansari,2011) yang dilakukan di Surakarta hasilnya dari 57 responden hanya 15 responden dengan pengetahuan kurang dan dari hasil penelitian pada tabel 14

tentang hipertensi, penelitian ini tidak sejalan dengan yang dilakukan oleh (Dian C,2010) yang dilakukan di Sekayu hasilnya dari 80 responden hanya 5 yang mempunyai sifat negatif terhadap hipertensi.

4.3.4. Tekanan Darah Rata-rata dan Tekanan Sistolik dan Diastolik Rata-rata Pasien Hipertensi

Dari hasil penelitian pada tabel menunjukkan tekanan darah rata-rata dari 2 kelompok tersebut diketahui bahwa dari 114 responden didapatkan hasil sebanyak 42 responden (36,8%) yang termasuk dalam kelompok dengan tekanan darah terkontrol dan sebanyak 72 responden (63,2%) yang termasuk dalam kelompok dengan tekanan darah tidak terkontrol, dan berdasarkan hasil penelitian tabel diketahui bahwa sampel penelitian berjumlah 114 orang. Tekanan sistolik dan diastolik rata-rata seluruh responden adalah untuk sistolik 150 mmHg dan untuk diastolik 86 mmHg. Untuk responden dengan tekanan darah terkontrol, tekanan sistolik dan diastolik adalah untuk sistolik 133 mmHg dan untuk diastolik 82 mmHg. Dan untuk responden dengan tekanan darah tidak terkontrol, tekanan sistolik dan diastolik adalah untuk sistolik 148 mmHg dan diastolik 88 mmHg.

4.3.4. Hubungan Pengetahuan Tentang Hipertensi dengan Tekanan Darah Rata-rata

Dari hasil penelitian tabel 17 menunjukkan bahwa hasil analisis bivariat menggunakan SPSS didapatkan p value 0,000 lebih kecil dari α 0,05 ini menunjukkan ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku

seseorang karena perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori tersebut yaitu pengetahuan responden terhadap hipertensi berhubungan dengan tindakan dalam mengontrol tekanan darah. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh J Wulansari (2012), Firdayani G (2009) dan Dian C (2010) yang mendapatkan hasil penelitian bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan pengendalian tekanan darah. Dari hasil penelitian ini peneliti menyimpulkan semakin baik pengetahuan seseorang tentang hipertensi maka semakin besar kesadaran untuk mengontrol tekanan darah.

4.3.5. Hubungan Sikap Tentang Hipertensi dengan Tekanan Darah Rata-rata

Dari hasil penelitian tabel 18 menunjukkan bahwa analisis bivariat menggunakan SPSS didapatkan p value 0,000 lebih kecil dari α 0,05 ini menunjukkan ada cukup bukti untuk menolak H_0 Maka dapat disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Selain itu dari hasil analisis diperoleh $RP = 6.674$ (95% CI = 2.823 – 15.778) yang artinya sikap seseorang tentang hipertensi 6 sampai 7 kali lebih besar mempengaruhi untuk terjadinya tindakan mengontrol tekanan darah. Allport dalam Notoatmodjo (2003), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok salah satunya kecenderungan untuk bertindak, ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Sebagai contoh dalam penelitian ini, responden yang mengetahui tentang hipertensi (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan responden untuk berfikir dan berusaha supaya tekanan darah terkontrol. Dalam berfikir ini komponen emosi dan

keyakinan ikut bekerja sehingga responden tersebut berniat akan mengontrol tekanan darah. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori tersebut yaitu sikap responden tentang hipertensi berhubungan dengan tekanan darah rata-rata. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dian C (2010) yang mendapatkan hasil bahwa ada hubungan antara sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata. Dari hasil penelitian ini peneliti menyimpulkan semakin positif sikap seseorang mengenai hipertensi maka semakin besar kesadaran seseorang untuk mengontrol tekanan darah.

Keterbatasan pada penelitian ini adalah terhadap waktu penelitian yang kurang dan dalam pengukuran tekanan darah yang dipengaruhi berbagai faktor baik faktor lingkungan, sarana dan prasana, biaya maupun sampel penelitian sehingga pengukuran tekanan darah hanya bisa dilakukan 3 kali pengukuran untuk mendapatkan tekanan darah rata-rata.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil dan pembahasan pada responden penderita hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata didapatkan hasil sebagian besar responden dengan tekanan darah tidak terkontrol memiliki pengetahuan kurang yaitu sebanyak 39 responden.
2. Hubungan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata didapatkan hasil sebagian besar sikap responden terhadap hipertensi negatif yaitu sebanyak 59 responden (77,6%).
3. Pengukuran tekanan darah rata-rata didapatkan hasil sebagian besar responden sebanyak 72 responden (63,2%) yang termasuk dalam kelompok dengan tekanan darah tidak terkontrol.
4. Semakin baik pengetahuan seseorang mengenai hipertensi maka semakin besar kesadaran seseorang untuk melakukan tindakan mengontrol tekanan darah.
5. Semakin positif pengetahuan seseorang tentang hipertensi maka semakin semakin besar kesadaran seseorang untuk melakukan tindakan mengontrol tekanan darah

Berdasarkan hasil penelitian ini yang menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata, maka disarankan :

1. Bagi peneliti lain dapat dilakukan penelitian lanjutan mengenai hubungan pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan

darah rata-rata dengan desain berbeda dan lebih banyak lagi sampel dalam penelitian.

2. Bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang agar memberikan edukasi sedini mungkin secara nyata seperti pembagian brosur atau selebaran mengenai bahaya hipertensi kepada pasien hipertensi agar dapat mencegah terjadinya komplikasi.
3. Bagi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Sebagai salah satu sumber bahan seminar atau edukasi dari Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang untuk kelompok masyarakat yang rentan terutama yang berada disekitar fakultas kedokteran.
4. Bagi dokter umum Dapat memantau tekanan darah pasien agar adapt terkontrol dengan cara memberikan konseling setiap melakukan pengobatan terhadap pasien hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander M., Gordon N.P., Davis C.C., & Chen R.S., 2003. Patient Knowledge and Awareness of Hypertension Is Suboptimal: Results From a Large Health Maintenance Organization. *The Journal of Clinical Hypertension*. 5: 254-60.
- Amir,N.(2002).*Diagnosis dan pelaksanaan depresi pasca stroke*. Dibuka pada website <http://www.kalbefarma.com>, Diakses 08 oktober 2012
- Al-Yahya A.A., Al-Mehza A.M., & Al-Ghareeb., 2006. Comparison of Compliance Versus Non-Compliance to Anty-hypertensive Agents in Primary Health Care-An Area Based Study. *Kuwait Medical Journal*. 38: 28-32.<http://www.kma.org.kw/KMJ/Issues/March2006/Original%206Comparison%20of%20Complia.pdf>. Diakses: 30 september 2012.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian; Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi VI. Jakarta : Rineka Cipta.
- Astawan, (2002). *Cegah Hipertensi dengan pola makan*. Dibuka pada website <http://www.lizaherbal.com>, Diakses 08 oktober 2012
- Basha,A,(2004). Hipertensi : Faktor Resiko dan Penatalaksanaannya Dibuka pada website <http://www.pjnhk.go.id>, Diakses 05 oktober 2012
- Busari O.A *et al.*, 2010. Impact of Patients' Knowledge, Attitude and Practices on Hypertension on Compliance with Antihypertensive Drugs in a Resource-poor Setting. *TAF Prev Med Bull*. 9(2): 87-92.
- Corwin,E,J(2001).*Buku saku Patofisiologi*. Jakarta:EGC.
- Departemen Kesehatan., 2010. *Hipertensi Penyebab Kematian Nomor Tiga*. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/810-hipertensi-penyebab-kematian-nomor-tiga.html>. Diakses: 8 September 2012.
- Elhadi I.E., 2007. *Identification of Factors Affecting Blood Pressure Control in Patients Admitted with Hypertension in Penang General Hospital*. Master of Science Thesis.
- Gray H dkk.,2005. *lecture note of cardiology*. Edisi keempat. Jakarta :EMS
- Gunawan,L,(2001). *Hipertensi : Tekanan darah tinggi*. Yogyakarta : Percetakan Kanisus.
- Hayens,B,dkk. (2003). *Buku pintar menaklukkan Hipertensi*. Jakarta : Ladang Pustaka.

- Hyman D.J., & Pavlik V.N., 2001. Characteristics of Patients with Uncontrolled Hypertension in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 345: 479-86.
- Khosman, Ali., 2000. Teknik pengukuran pengetahuan gizi. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumber daya Keluarga. IPB: Bogor.
- Khosravi A., Ansari R., Shirani S., & Baghaei., 2005. Causes of Uncontrolled Blood Pressure in the Over-65 Population. *ARYA Journal*. 1(2): 101-105.
- Kusmana W., 2011., Manajemen Hipertensi dengan Penyulit Proteinuria., *Cermin Dunia Kedokteran*., 38 : 7-11
- Lindholm L.H., 2002. The Problem of Uncontrolled Hypertension. *Journal of Human Hypertension*. 16: S3-8.
- Morgado M., 2009. Predictors of Uncontrolled Hypertension and Antihypertensive Medication Nonadherence. *Journal of Cardiovascular Disease Research*.
<http://fulltext.com/article/Predictors+of+uncontrolled+hypertension+and+antihypertensive+medication+nonadherence,d20.html>. Diakses: 23 september 2012
- Notoatmodjo S., 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat (Prinsip-Prinsip Dasar)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S., 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Oliveria S.A., Chen R.S., McCarthy B.D., Davis C.C., & Hill M.N., 2004. Hypertension Knowledge, Awareness, and Attitudes in a Hypertensive Population. *J Gen Intern Med*. 20: 219-225.
- Price S.A., and Wilson L.M., 2006. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Ed ke-6. Jakarta: EGC pp. 582-4.
- Smeltzer and Bare., 2001. *Medical Surgical Nursing*. Jakarta : EGC
- Wijayakusuma,H.M (2000). *Ramuan Tradisional untuk pengobatan Darah Tinggi*. Jakarta: Swadaya.
- Wiryowidagdo,S.2002. *Obat tradisional untuk penyakit jantung, darah tinggi dan kolestrol*. Jakarta : Agromedia Pustaka.
- Kusmana W., 2011., Manajemen Hipertensi dengan Penyulit Proteinuria., *Cermin Dunia Kedokteran*., 38 : 7-11

LAMPIRAN I

Kode :
Tanggal/Waktu:

Assalamualaikum Wr. Wb.
Salam sejahtera bagi kita semua.

Kepada Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas kesediaannya meluangkan waktu untuk mengisi surat persetujuan ini.

saya merupakan mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang yang sedang mengerjakan penelitian sebagai salah satu kewajiban kami untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran.

Adapun judul penelitian kami adalah **Hubungan pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di Poliklinik Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimanakah tingkat pengetahuan dan sikap mengenai hipertensi dan tekanan darah pada pasien hipertensi dewasa.

Untuk itu kami memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai responden. Kami akan menanyakan beberapa pertanyaan.

Demikian kami beritahukan, atas kesediaan Bapak/Ibu saya ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya. Semoga partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini membawa manfaat besar bagi kita semua.

Wassalamualaikum Wr. Wb.
Peneliti

SURAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Dengan ini bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Saya akan menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dengan jujur dan apa adanya, serta partisipasi ini saya lakukan ikhlas tanpa mengharapkan imbalan/pamrih.

Palembang

2012

()

LAMPIRAN II

Data Responden

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Tekanan darah :

I. Tingkat Pengetahuan responden mengenai hipertensi

1. Berapa tekanan darah systole (angka diatas) dikatakan hipertensi?

Jawaban :

2. Berapa tekanan darah diastole (angka dibawah) dikatakan hipertensi?

Jawaban :

3. Berapa tekanan darah systole (angka diatas) dan diastole (angka dibawah) dikatakan normal?

Jawaban :

4. Apa saja faktor-faktor yang dapat menyebabkan seseorang menderita hipertensi?

Jawaban :

5. Apa saja menurut anda tanda-tanda dan gejala seseorang menderita hipertensi?

Jawaban :

6. Selain pemberian obat-obatan, apa saja upaya yang dapat dilakukan untuk menangani hipertensi?

Jawaban :

7. Sebutkan obat-obatan hipertensi yang anda ketahui?

Jawaban :

8. Apa hubungan antara dosis dan frekuensi pemberian obat dengan hipertensi?

Jawaban :

9. Apa-apa saja akibat dari hipertensi yang tidak terkontrol? (Apa-apa saja bahaya dari hipertensi yang tidak terkontrol?)

Jawaban :

10. Hal-hal apa saja yang dapat mencegah seseorang terhindar dari menderita hipertensi?

Jawaban :

LAMPIRAN III

Pernyataan mengenai hipertensi

1. Seorang penderita hipertensi harus mempelajari segala hal yang berkaitan dengan hipertensi (.....)
2. Usia saya saat ini merupakan usia rentan menderita hipertensi (.....)
3. Penderita hipertensi harus berhenti merokok (.....)
4. Saya tidak perlu khawatir menderita hipertensi jika saya berbadan gemuk (.....).
5. Menghindari goreng-gorengan dapat membantu mengontrol tekanan darah (.....)
6. Jika saya menderita hipertensi, saya akan berhenti minum obat anti hipertensi ketika tekanan darah saya normal (.....).
7. Saya akan menambah sendiri dosis (jumlah/ukuran tablet) atau meningkatkan frekuensi minum obat anti hipertensi jika muncul gejala-gejala hipertensi (.....).
8. Selain obat hipertensi, olah raga teratur, mengurangi konsumsi garam, istirahat yang cukup, dan menjaga berat badan dapat mengontrol tekanan darah saya (.....)
9. Olah raga teratur dapat membantu mengontrol hipertensi (.....)
10. Pemeriksaan tekanan darah cukup 1x dalam 1 tahun (.....).

II. Sikap responden tentang hipertensi

Berilah keterangan berikut di setiap pernyataan yang sesuai dengan jawaban responden disamping.

Petunjuk :

- SS : Sangat setuju
- S : Setuju
- RR : Ragu-ragu
- TS : Tidak setuju
- STS : Sangat tidak setuju



RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG (RSMP)

Jln. Jend. A. Yani 13 Ulu Telp. (0711) 511446 Fax. (0711) 519988
e-mail : rsmuh_plg@yahoo.co.id Palembang 30263

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

No : 1488 /D-5/RSMP/X/2012
Lamp : -
Hal : Pengambilan Data Awal

Palembang, 18 Zulkaidah 1433 H
4 Oktober 2012 M

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang
Di Palembang

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang no. 1091/H-5/FK-UMP/IX/2012 tanggal 27 September 2012 tentang Izin pengambilan data awal bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang di RS. Muhammadiyah Palembang yang bernama : Agus Subhan, NIM : 70 2009 033, dengan ini disampaikan bahwa kami mengizinkan kegiatan dimaksud dengan ketentuan sbb:

1. Mahasiswa yang bersangkutan mematuhi peraturan dan ketentuan yang berlaku di RS. Muhammadiyah Palembang.
2. Data yang diperoleh hanya untuk kepentingan ilmiah dan tidak akan dipublikasikan/disebarluaskan tanpa izin dari RS. Muhammadiyah Palembang
3. Hal-hal lain dapat berkoordinasi langsung ke bagian Diklat RS. Muhammadiyah Palembang.

Demikian hal ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Nasrunminallah Wafathun Qarib
Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Direktur,

Dr. Yudi Fadilah, Sp.PD.FINASIM
NBP.05.64.0066



RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG (RSMP)

Jln. Jend. A. Yani 13 Ulu Telp. (0711) 511446 Fax. (0711) 519988
e-mail : rsmuh_plg@yahoo.co.id Palembang 30263

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

DATA PASIEN DENGAN DIAGNOSA HYPERTENSI DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG

- a. Jumlah Pasien Hypertensi Bulan Juli 2011 s/d Juni 2012
: Σ Berkas RM 2137 Kunjungan Ps : 5829
- b. Jumlah Pasien Hypertensi Bulan Mei 2012 s/d Juli 2012
: Σ Berkas RM 896 Kunjungan Ps : 1913
- c. Jumlah Pasien Hypertensi Bulan September 2012
: Σ Berkas RM 389 Kunjungan Ps : 633

Palembang 13 Oktober 2012

Mukhlisir AM.Pk

master tabel hasil penelitian agus subhan					
nomor responden	umur	jenis kelamin	tekanan darah rata-rata	tingkat pengetahuan	Sikap
1	62	PR	TIDAK TERKONTROL (>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	POSITIF(skor ≥20)
2	61	PR	TIDAK TERKONTROL (>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
3	53	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
4	45	PR	TERKONTROL (≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
5	57	LK	TIDAK TERKONTROL (>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
6	52	LK	TIDAK TERKONTROL (>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
7	48	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
8	50	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
9	64	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
10	35	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
11	61	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
12	35	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
13	32	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
14	50	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
15	50	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
16	63	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
17	58	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
18	48	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
19	61	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
20	58	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	POSITIF(skor ≥20)
21	55	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
22	56	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
23	30	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
24	45	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
25	45	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
26	58	PR	TERKONTROL(133/76 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
27	60	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
28	51	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
29	52	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
30	38	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
31	60	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
32	53	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
33	59	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
34	61	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)

35	63	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
36	51	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
37	61	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
38	49	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
39	61	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
40	41	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
41	51	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
42	50	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
43	57	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
44	60	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
45	55	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
46	57	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
47	63	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
48	54	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
49	37	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
50	55	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
51	61	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
52	53	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
53	61	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
54	62	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
55	55	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
56	62	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
57	56	LK	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
58	39	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
59	60	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
60	54	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
61	48	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
62	49	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
63	55	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
64	53	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
65	59	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
66	57	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
67	41	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
68	50	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
69	48	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor ≥20)
70	33	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
71	41	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)
72	30	PR	TERKONTROL(≤130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor ≥20)

73	52	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
74	58	LK	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
75	54	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor \geq 20)
76	57	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
77	60	PR	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor \geq 20)
78	59	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
79	56	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
80	44	LK	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
81	63	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
82	52	LK	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
83	54	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
84	62	PR	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
85	50	PR	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
86	54	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
87	56	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	NEGATIF(skor<20)
88	55	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
89	41	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor \geq 20)
90	31	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
91	51	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
92	64	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor \geq 20)
93	48	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
94	54	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
95	62	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
96	53	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
97	52	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
98	62	LK	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
99	53	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
100	54	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
101	42	LK	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
102	40	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
103	36	PR	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
104	40	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
105	44	LK	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
106	48	LK	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
107	61	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
108	55	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
109	53	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	KURANG(<60%)	NEGATIF(skor<20)
110	43	PR	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)

111	48	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	NEGATIF(skor<20)
112	50	PR	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
113	40	LK	TERKONTROL(\leq 130/80 mmHg)	BAIK(>80%)	POSITIF(skor \geq 20)
114	44	PR	TIDAK TERKONTROL(>130/80 mmHg)	CUKUP(60-80%)	POSITIF(skor \geq 20)

Frequencies

Statistics

	umur kategorik	JENIS KELAMIN	TEKANAN DARAH RATA-RATA	TINGKAT PENGETAHUAN	SIKAP RESPONDEN
Valid	114	114	114	114	114
Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

umur kategorik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	6.1	6.1	6.1
2	19	16.7	16.7	22.8
3	46	40.4	40.4	63.2
4	42	36.8	36.8	100.0
Total	114	100.0	100.0	

JENIS KELAMIN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid perempuan	75	65.8	65.8	65.8
laki-laki	39	34.2	34.2	100.0
Total	114	100.0	100.0	

TEKANAN DARAH RATA-RATA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid terkontrol	42	36.8	36.8	36.8
tidak terkontrol	72	63.2	63.2	100.0
Total	114	100.0	100.0	

TINGKAT PENGETAHUAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	42	36.8	36.8	36.8
	cukup	29	25.4	25.4	62.3
	kurang	43	37.7	37.7	100.0
	Total	114	100.0	100.0	

SIKAP RESPONDEN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	positif	38	33.3	33.3	33.3
	negatif	76	66.7	66.7	100.0
	Total	114	100.0	100.0	

:rosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TINGKAT PENGETAHUAN *	114	100.0%	0	.0%	114	100.0%
EKANAN DARAH RATA-RATA						
SIKAP RESPONDEN *	114	100.0%	0	.0%	114	100.0%
EKANAN DARAH RATA-RATA						

SIKAP RESPONDEN * TEKANAN DARAH RATA-RATA

Crosstab

			TEKANAN DARAH RATA-RATA		Total
			terkontrol	tidak terkontrol	
SIKAP RESPONDEN	positif	Count	25	13	38
		Expected Count	14.0	24.0	38.0
		% within SIKAP RESPONDEN	65.8%	34.2%	100.0%
	negatif	Count	17	59	76
		Expected Count	28.0	48.0	76.0
		% within SIKAP RESPONDEN	22.4%	77.6%	100.0%
Total	Count	42	72	114	
	Expected Count	42.0	72.0	114.0	
	% within SIKAP RESPONDEN	36.8%	63.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20.527 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	18.703	1	.000		
Likelihood Ratio	20.432	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Near-by-Linear Association	20.347	1	.000		
Total of Valid Cases ^b	114				

0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.00.

Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.424			.000
	Cramer's V	.424			.000
	Contingency Coefficient	.391			.000
Ordinal by Ordinal	Gamma	.739	.099	4.568	.000
	Spearman Correlation	.424	.088	4.959	.000 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	.424	.088	4.959	.000 ^c
Total of Valid Cases		114			

a. Not assuming the null hypothesis.

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

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for SIKAP RESPONDEN (positif / negatif)	6.674	2.823	15.778
for cohort TEKANAN DARAH ATA-RATA = terkontrol	2.941	1.825	4.741
for cohort TEKANAN DARAH ATA-RATA = tidak terkontrol	.441	.279	.696
Total of Valid Cases	114		

TINGKAT PENGETAHUAN * TEKANAN DARAH RATA-RATA

Crosstab

			TEKANAN DARAH RATA-RATA		Total
			terkontrol	tidak terkontrol	
TINGKAT PENGETAHUAN	baik	Count	21	21	42
		Expected Count	15.5	26.5	42.0
		% within TINGKAT PENGETAHUAN	50.0%	50.0%	100.0%
	cukup	Count	17	12	29
		Expected Count	10.7	18.3	29.0
		% within TINGKAT PENGETAHUAN	58.6%	41.4%	100.0%
	kurang	Count	4	39	43
		Expected Count	15.8	27.2	43.0
		% within TINGKAT PENGETAHUAN	9.3%	90.7%	100.0%
Total	Count	42	72	114	
	Expected Count	42.0	72.0	114.0	
	% within TINGKAT PENGETAHUAN	36.8%	63.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.052 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	25.874	2	.000
Fisher's Exact Test	15.120	1	.000
Linear-by-Linear Association	114		
N of Valid Cases			

0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.68.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.450			.000
	Cramer's V	.450			.000
	Contingency Coefficient	.410			.000
Ordinal by Ordinal	Gamma	.560	.109	4.426	.000
	Spearman Correlation	.367	.082	4.172	.000 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	.366	.079	4.159	.000 ^c
Total of Valid Cases		114			

a. Not assuming the null hypothesis.

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

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for TINGKAT MENGETAHUAN (baik / cukup)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be

computed. They are only computed for a 2*2

table without empty cells.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Agus subhan

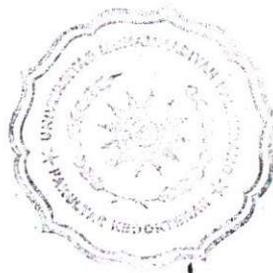
PEMBIMBING I : dr. Legiran. M. Kes

NIM : 70 2009 033

PEMBIMBING II : Drs Subakata Sinulingga, Apt.

JUDUL SKRIPSI : Hubungan pengetahuan dan sikap tentang hipertensi dengan tekanan darah rata-rata pasien di poliklinik penyakit dal rumah sakit Muhammadiyah Palembang.

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANG
			I	II	
1.					
2.					
3.	07-2-2013				
4.					
5.	08-2-2013				
6.	2-2-2013	Revisi UTS of Skripsi			
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					





SURAT KETERANGAN

No: 0188 /KET/L-1/RSMP/II/2013

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Agus Subhan
NPM : 70 2009 033
Program Studi : Pendidikan Dokter
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Palembang

Benar telah melakukan penelitian di RS. Muhammadiyah Palembang dengan judul penelitian "Hubungan Pengetahuan tentang Hipertensi dengan Tekanan Darah Rata-Rata Pasien Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang" pada tanggal 19 Desember 2012 s.d 10 Januari 2013 dengan Baik.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Nasrunminallah Wafathun Qarib.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Palembang, 20 Rabiul Awal 1434 H

01 Februari 2013 M

Direktur,

Dr. Yudi Fadilah, Sp.PD. FINASIM

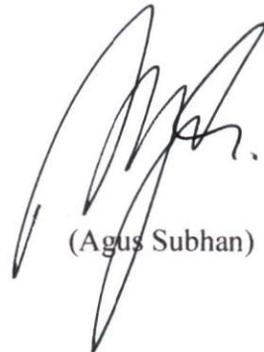
NBP. 05.64.0066

BIODATA

Nama : Agus Subhan
Tempat Tanggal Lahir : Lumpatan, 03 Agustus 1992
Alamat : Jl. Rama raya, Perumahan Villa Melayu Indah, KM. 10 Palembang.
Telp/Hp : 0811 7810 192/ 0821 7786 2030
Email : abot.kunyit@gmail.com
Agama : Islam
Nama Orang Tua
Ayah : H. Mustaqim Siddik.
Ibu : Hj. Azizah Arrahman
Jumlah Saudara : 5
Anak ke : 6
Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 3 Lumpatan
3. SMP Negeri 4 Sekayu
4. SMA Negeri 1 Sekayu



Palembang, Februari 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Agus Subhan'. Below the signature, the name '(Agus Subhan)' is printed in a standard font.