

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGENDALIAN
HIPERTENSI
PADA KLIEN USIA PRODUKTIF
DI PUSKESMAS CABANGBUNGIN KABUPATEN BEKASI TAHUN 2014**

Singgih Pambudi

Abstrak

Terjadinya transisi epidemiologi yang paralel dengan transisi demografi dan transisi teknologi di Indonesia dewasa ini telah mengakibatkan perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi ke penyakit tidak menular meliputi penyakit degeneratif dan *man made diseases* yang merupakan faktor utama masalah morbiditas dan mortalitas (Rahajeng & Tuminah, 2009).

Terjadinya transisi epidemiologi ini disebabkan terjadinya perubahan sosial ekonomi, lingkungan dan perubahan struktur penduduk, saat masyarakat telah mengadopsi gaya hidup tidak sehat, misalnya merokok, kurang aktivitas fisik, makanan tinggi lemak dan kalori, serta konsumsi alkohol yang diduga merupakan faktor risiko Penyakit tidak menular. Pada abad ke-21 ini diperkirakan terjadi peningkatan insidens dan prevalensi penyakit tidak menular secara cepat, yang merupakan tantangan utama masalah kesehatan di masa yang akan datang

Dalam penelitian ini penulis menggunakan jenis penelitian *Analitik Kuantitatif* dengan rancangan *Cross Sectional*, pengumpulan data pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat bersamaan (Notoadmojo, 2005). Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi. Penelitian dilakukan sejak bulan juni 2014.

Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,550-11,529) adalah 4,227 yang artinya responden yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga beresiko 4,227 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang mendapatkan dukungan dari keluarga.

Pendahuluan

Terjadinya transisi epidemiologi yang paralel dengan transisi demografi dan transisi teknologi di Indonesia dewasa ini telah mengakibatkan perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi ke penyakit tidak menular meliputi penyakit degeneratif dan *man made diseases* yang merupakan faktor utama masalah morbiditas dan mortalitas (Rahajeng & Tuminah, 2009).

Terjadinya transisi epidemiologi ini disebabkan terjadinya perubahan sosial ekonomi, lingkungan dan perubahan struktur penduduk, saat masyarakat telah mengadopsi gaya hidup tidak sehat, misalnya merokok, kurang aktivitas fisik, makanan tinggi lemak dan kalori, serta konsumsi alkohol yang diduga merupakan faktor risiko Penyakit tidak menular. Pada abad ke-21 ini diperkirakan terjadi peningkatan insidens dan prevalensi penyakit tidak menular secara cepat, yang merupakan tantangan utama masalah kesehatan di masa yang akan datang.

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana dijumpai tekanan darah lebih dari pada 160/95 mmHg atau apabila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih untuk usia 13-50 tahun. Dan tekanan darah mencapai 160/95 mmHg untuk usia diatas 50 tahun. (WHO, 2001). Hal ini sesuai dengan Brunner and Suddart, (2001) yang mengemukakan bahwa Hipertensi dapat diartikan sebagai tekanan darah abnormal dimana tekanan darahnya diatas 140/90 mmHg. Pada manula hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistoliknya 160 mmHg dan tekanan diastoliknya 90 mmHg. Hipertensi bukan merupakan penyakit dengan faktor penyebab tunggal, tetapi disebabkan oleh banyak faktor yaitu kegemukan, pola makan yang tidak sehat, aktivitas yang kurang, tingginya kadar kolesterol darah, keadaan stress psikologis, penyakit lain, dan kebiasaan minum kopi dan merokok (Dhianningtyas et al., 2006).

Menurut penelitian pada remaja obes, diketahui bahwa IMT berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sistol

dan diastole pada anak remaja obes laki-laki, tapi tidak ditemukan hubungan pada remaja perempuan (Hilmanato et al., 2008). Riwayat hipertensi keluarga berhubungan dengan kejadian hipertensi yang ditunjukkan oleh penelitian Respati tahun 2007. Pola makan seperti asupan gizi (lemak dan natrium), dan kebiasaan konsumsi kopi merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi. Menurut penelitian Radhika et al. 2007 terdapat hubungan antara hipertensi dengan asupan lemak dan natrium. Usia dewasa merupakan kelompok usia produktif. Namun, pada usia tersebut umumnya seseorang kurang memiliki motivasi untuk memperhatikan pola makan dan kesehatannya. Walaupun 90% dari penyebab hipertensi adalah riwayat keluarga, namun faktor lain seperti aktivitas fisik dan gaya hidup turut mempengaruhi kejadian hipertensi (Pritasari, 2006). Hipertensi merupakan masalah kesehatan global yang membutuhkan perhatian karena dapat menyebabkan kematian utama di Negara-negara maju maupun Negara berkembang. Menurut survey yang dilakukan oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 2000, jumlah penduduk dunia yang menderita hipertensi untuk pria sekitar 26,6% dan wanita sekitar 26,1% dan diperkirakan pada tahun 2025 jumlahnya akan meningkat menjadi 29,2% (Apriany, 2012)

Prevalensi penderita hipertensi di Indonesia terus terjadi peningkatan. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) pada tahun 2000 sebesar 21% menjadi 26,4% dan 27,5% pada tahun 2001 dan 2004. Selanjutnya, diperkirakan meningkat lagi menjadi 37% pada tahun 2015 dan menjadi 42% pada tahun 2025. Menurut data Kementrian Kesehatan RI tahun 2009 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi sebesar 29,6% dan meningkat menjadi 34,1% tahun 2010.

Di Puskesmas Cabangbungin Pada sepanjang tahun 2013 angka kejadian hipertensi sebesar 15% atau 2.400 kasus hipertensi. Dan dari Studi Pendahuluan

yang telah dilakukan oleh peneliti kepada 15 klien di Puskesmas Cabangbungin pada tahun 2014 masih sangat minim sekali kesadaran pasien terhadap pengendalian hipertensi dan hanya sekitar 20% (3 klien) pasien yang mampu mengendalikan tekanan darahnya sendiri.

Kerangka teori yang digunakan adalah menurut teori Green (1980), berdasarkan teori dan keterbatasan saya sebagai peneliti, maka peneliti membatasi hal-hal yang akan diteliti.

Tujuan dari penelitian ini adalah Mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2014.

Metode

Dalam penelitian ini penulis menggunakan jenis penelitian *Analitik Kuantitatif* dengan rancangan *Cross Sectional*, pengumpulan data pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat bersamaan (Notoadmojo, 2005).

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi. Penelitian dilakukan sejak bulan juni 2015 mulai dari perizinan, survey pendahuluan hingga pengumpulan yang dilakukan padatahun 2014.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang mengidap hipertensi tahap I atau lebih dan masuk dalam golongan usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi tahun 2014 sebanyak 200 orang. Teknik pengambilan sampel dengan purposive sampling, yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Sehingga data yang diperoleh lebih representatif dengan melakukan proses penelitian yang kompeten dibidangnya, didasarkan atas tujuan tertentu. (orang yang dipilih betul-betul memiliki kriteria sebagai sampel)

Agar sampel tidak menyimpang dari populasi ditetapkan kriteria retriaksi mencakup kriteria inklusi maupun eksklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel, sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010).

Pada penelitian ini yang termasuk kriteria inklusi adalah adalah semua klien yang memiliki semua pasien yang mengidap hipertensi tahap I atau lebih dan masuk dalam golongan usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi, klien yang bersedia untuk menjadi responden, klien dalam keadaan sadar, dan klien yang mengerti bahasa Indonesia. Sedangkan untuk kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah semua klien yang tidak mengidap hipertensi tahap I atau lebih dan masuk dalam golongan usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi, klien yang tidak bersedia menjadi responden, klien yang terganggu pendengarannya, dan klien dalam keadaan tidak sadar.

Tekhnik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan data primer yang didapatkan dari hasil jawaban kuesioner yang telah diisi oleh masing-masing responden.

1. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini berupa data primer yang didapatkan dari hasil jawaban kuesioner yang telah diisi oleh masing-masing responden.

2. Alat Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner dan *check list* sebagai alat ukur.

3. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner kepada para responden yang

telah ditentukan oleh peneliti dalam waktu bersamaan. Sebagai uji kelayakan instrumen, kuisisioner yang dibuat dilakukan uji coba instrumen untuk mengetahui validitas dan reliabilitasnya. Uji coba instrumen dilakukan terhadap seluruh klien yang mengidap hipertensi dan masuk dalam golongan usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi.

Alat ukur variabel atau instrumen untuk mengukur menggunakan kuisisioner dan *check list* berupa kuisisioner tertutup berbentuk skala dengan daftar pertanyaan yang sudah disediakan, sehingga responden dapat langsung memilih satu jawaban pada kolom yang menunjukkan tingkatan.

Kuisisioner terdiri dari variabel independen yaitu pendidikan, pengetahuan, sosial ekonomi, obesitas, dan pekerjaan. Untuk variabel pendidikan dibuat 5 pertanyaan tertutup, variabel pengetahuan dibuat 16 pertanyaan tertutup, variabel dukungan keluarga dibuat 13 pertanyaan tertutup variabel sosial ekonomi dibuat 2 pertanyaan tertutup, semuanya pertanyaan dapat di jawab oleh responden dengan hanya menceklisnya saja.

Agar instrumen yang digunakan dalam penelitian valid dilakukan analisis instrumen dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas. Validitas menunjukkan ketepatan pengukuran suatu instrument, artinya suatu instrument dikatakan valid apabila instrument tersebut mengukur apa yang harus diukur. Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Reliabilitas menunjukkan apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrument digunakan kembali secara berulang (Dharma, 2011).

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Reliabilitas menunjukkan apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrumen digunakan kembali secara berulang (Dharma, 2011).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada tahun 2015 di Puskesmas Muaragembong dengan mengambil responden yang memiliki karakteristik sama dengan subjek penelitian. Responden yang diambil sebanyak 30 orang. Uji validitas kuisisioner, dari variabel pengendalian hipertensi dengan 14 pertanyaan didapatkan 12 pertanyaan kuisisioner mempunyai nilai valid, dimana hasil nilai *Corrected Item Total Correlation* (r hitung) berada diatas nilai r tabel (0,306) dengan nilai alpha cronbach 0,906 (sangat reliabel). Uji normalitas dilakukan pada data yang sifatnya continue untuk menentukan apakah sebuah data berdistribusi normal atau tidak. Penentuan distribusi data normal atau tidak dilakukan dengan cara membandingkan nilai statistik indeks skewnes dengan standar errornya (Hastono, 2007). Distribusi normal, bila perbandingan indeks skewnes dengan standar errornya ≤ 2 , maka penentuan titik potong kategorisasi atau pengelompokan menggunakan nilai mean. Distribusi tidak normal, bila perbandingan indeks skewnes dengan standar errornya ≥ -2 , maka penentuan titik potong atau kategorisasi atau pengelompokan menggunakan nilai median.

Kegiatan pengolahan data dilaksanakan setelah kegiatan pengumpulan data dilakukan, kegiatan pengolahan data memiliki tahapan sebagai berikut:

1. Editing Data

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan lembar jawaban kuisisioner terlebih dahulu, apakah telah sesuai seperti yang diharapkan, yaitu dengan memeriksa dan mengamati semua jawaban untuk memastikan pertanyaan/pernyataan dari kuisisioner telah terjawab semua, serta melihat kelengkapan agar tidak mengganggu dalam proses pengolahan data selanjutnya.

2. Coding Data

Coding data bertujuan untuk memudahkan penelitian dalam

mengolah data di komputer, caranya ialah dengan memberi kode pada jawaban lembar kuesioner.

3. Entry Data

Dalam tahap ini, data-data yang telah melalui proses *coding* dan *editing* dimasukkan dalam program komputer agar mudah untuk dianalisis.

4. Cleaning Data

Cleaning data dilakukan agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan analisis lebih lanjut. Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat kita meng-*entry* ke komputer. Caranya adalah memeriksa kembali untuk memastikan bahwa data bersih dari kesalahan, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, dan diharapkan data tersebut benar-benar telah siap dianalisis.

Analisis yang di gunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dan besarnya proporsi dari masing-masing variabel, sedangkan analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisis yang digunakan disesuaikan dengan rancangan penelitian yang digunakan dan skala data dari variabel yang diteliti karena variabel bebas dan variabel terikat berskala ordinal maka analisis bivariat yang digunakan adalah analisis *chi-square*.

Hasil dari uji *chi-square* hanya dapat menyimpulkan ada atau tidaknya perbedaan proporsi antar kelompok mana yang memiliki resiko lebih besar terhadap kelompok lain. Penelitian yang menggunakan desain *Cross Sectional*, adalah untuk mengetahui derajat hubungan dua variabel digunakan *Odds Ratio (OR)*. Nilai OR merupakan

estimasi untuk terjadinya *Out Come* sebagai pengaruh adanya variabel independen. Perubahan suatu unit variabel independen akan menyebabkan perubahan sebesar nilai OR pada variabel independen, dan estimasi *Confidence Interval(CI)*, OR ditetapkan pada tingkat kepercayaan 95%.

Hasil

Tabel 1 Analisis Univariat

Variabel	F	%
Pengendalian Hipertensi		
Kurang	42	58,3
Baik	30	41,7
Pendidikan		
Rendah	38	52,8
Tinggi	34	47,2
Pengetahuan		
Kurang	33	45,8
Baik	39	54,2
Sosial Ekonomi		
Rendah	42	58,3
Tinggi	30	41,7
Dukungan Keluarga		
Kurang	43	59,7
Baik	29	40,3

Dari table 1 menunjukkan bahwa klien hipertensi yang memiliki pengendalian kurang sebanyak 42 responden (58,3%). Klien hipertensi yang memiliki pendidikan rendah sebanyak 38 responden (52,8%). Klien hipertensi yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 33 responden (45,8%). Klien hipertensi yang status ekonomi kurang sebanyak 42 responden (58,3%) dan klien hipertensi yang kurang mendapat dukungan sebanyak 43 responden (59,7%).

Variabel	Kurang		Baik		Σ		P Value	OR	CI 95%
	F	%	F	%	F	%			
Pendidikan									
Rendah	29	76,3	9	23,7	38	100	0,002	5,025	1,879-14,416
Tinggi	13	38,2	21	61,8	34	100			
Pengetahuan									
Rendah	26	78,8	7	21,2	33	100	0,002	5,339	1,867-15,266
Tinggi	16	41,0	23	51,0	39	100			
Sosial Ekonomi									
Rendah	30	71,4	12	28,6	42	100	0,015	3,750	1,392-10,100
Tinggi	12	40,0	18	60,0	30	100			
Dukungan Keluarga									
Obesitas	31	72,1	12	27,9	43	100	0,007	4,227	1,550-11,529
Tidak Obesitas	11	37,9	18	62,1	29	100			

Tabel 2 Analisis Bivariat

Pada Tabel 2 Terlihat hubungan pendidikan dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif, hasil penelitian didapatkan dari 72 responden yang menderita hipertensi dan masih berusia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi diperoleh responden yang memiliki pendidikan rendah dan memiliki pengendalian hipertensi kurang baik lebih banyak yaitu sebanyak 29 responden (76,3%) dibandingkan dengan responden yang pendidikannya tinggi dan kurang dalam melakukan pengendalian hipertensi yaitu sebanyak 13 responden (38,2%). Hasil uji statistik dengan Chi-Square diperoleh nilai $P=0,002$ ($P<0,05$). Berdasarkan nilai P value maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara pendidikan dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2014. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,879-14,416) adalah 5,205 yang artinya responden dengan pendidikan rendah beresiko 5,205 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang pendidikannya tinggi.

Pada variabel pengetahuan terlihat bahwa hubungan pengetahuan dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif, hasil penelitian didapatkan dari 72 responden yang menderita hipertensi dan masih berusia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi diperoleh responden yang memiliki pengetahuan rendah dan kurang dalam melakukan pengendalian hipertensi lebih banyak yaitu sebanyak 26 responden (78,8%) dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan yang tinggi dan kurang dalam melakukan pengendalian hipertensi yaitu sebanyak 16 responden (41,0%). Hasil uji statistik dengan Chi-Square diperoleh nilai $P=0,002$ ($P<0,05$). Berdasarkan nilai P value maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2014. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,867-15,266) adalah 5,399 yang artinya responden dengan pengetahuan rendah beresiko 5,339 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang

kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan tinggi. Pada variabel pengetahuan terlihat bahwa hubungan sosial ekonomi dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif, hasil penelitian didapatkan dari 72 responden yang menderita hipertensi dan masih berusia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi diperoleh responden yang memiliki sosial ekonomi kurang dan kurang dalam melakukan pengendalian hipertensi lebih banyak yaitu sebanyak 30 responden (71,4%) dibandingkan dengan responden yang sosial ekonomi baik dan kurang dalam melakukan pengendalian hipertensi yaitu sebanyak 12 responden (40,0%). Hasil uji statistik dengan Chi- Square diperoleh nilai $P=0,015$ ($P<0,05$). Berdasarkan nilai P value maka H₀ ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara status ekonomi dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2014. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,392-10,100) adalah 3,750 yang artinya responden dengan status ekonomi rendah beresiko 3,750 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki status ekonominya tinggi. Pada variabel pengetahuan terlihat bahwa hubungan dukungan keluarga dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif, hasil penelitian didapatkan dari 72 responden yang menderita hipertensi dan masih berusia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi diperoleh responden yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga dan kurang dalam melakukan pengendalian hipertensi lebih banyak yaitu sebanyak 31 responden (72,1%) dibandingkan dengan responden yang mendapatkan dukungan dari keluarga dan kurang melakukan pengendalian hipertensi yaitu sebanyak 11 responden (37,9%). Hasil uji statistik dengan Chi Square diperoleh nilai $P=0,007$ ($P<0,05$).

Berdasarkan nilai P value maka H₀ ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2015. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,550-11,529) adalah 4,227 yang artinya responden yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga beresiko 4,227 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang mendapatkan dukungan dari keluarga.

Diskusi Pendidikan

- ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara pendidikan dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2014. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,879-14,416) adalah 5,205 yang artinya responden dengan pendidikan rendah beresiko 5,205 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang pendidikannya tinggi □ ditolak,
- Menurut Notoadmodjo (2003), Pendidikan merupakan proses penumbuhan kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga dalam pendidikan itu perlu dipertimbangkan umur (proses perkembangan klien) dan hubungan dengan proses belajar. Tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang untuk lebih mudah menerima ide dan teknologi baru semakin meningkat pendidikan seorang maka akan bertambah pengalaman yang mempengaruhi wawasan dan pengetahuan. Adapun tujuan yang hendak

dicapai melalui pendidikan adalah untuk mengubah pengetahuan (pengertian pendapat, konsep-konsep) sikap dan persepsi serta menanamkan tingkah laku atau kebiasaan yang baru. Dengan hasil tersebut dapat diperoleh kesimpulan bahwa responden yang memiliki pendidikan tinggi dapat melakukan pengendalian hipertensi dengan baik dibandingkan dengan responden yang memiliki pendidikan rendah. Dalam hal ini menurut peneliti responden yang berpendidikan rendah melakukan pengendalian hipertensi kurang baik untuk itu perlu diberikan edukasi tentang apa itu hipertensi, faktor-faktor penyebab hipertensi, dan komplikasi yang dapat ditimbulkan hipertensi, sehingga pasien dapat mengendalikan hipertensinya dengan baik.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Yusida (2001) yang menemukan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian hipertensi dengan nilai $p = 0,023$. Hal ini juga sejalan dengan hasil Riskesdas (2007) yang menyatakan bahwa penyakit hipertensi cenderung tinggi pada pendidikan rendah dan menurun sesuai dengan peningkatan pendidikan.

Hubungan ini tidak semata-mata diakibatkan perbedaan tingkat pendidikan, tetapi tingkat pendidikan berpengaruh terhadap gaya hidup sehat dengan tidak merokok, tidak minum alkohol, dan lebih sering berolahraga (Kivimaki, 2004 dalam Yuliarti, 2007). Tingginya risiko terkena hipertensi pada pendidikan yang rendah, kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan pada pasien yang berpendidikan rendah terhadap kesehatan dan sulit atau lambat menerima informasi (penyuluhan) yang diberikan oleh petugas sehingga berdampak pada perilaku/pola hidup sehat.

Pengetahuan

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *Chi-Square* diperoleh nilai $P=0,002$ ($P<0,05$). Berdasarkan nilai P value maka

H ditolak, bahwa ada hubungan signifikan antara pengetahuan dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2014. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,867-15,266) adalah 5,399 yang artinya responden dengan pengetahuan rendah beresiko 5,339 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan tinggi. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, peraba, pembau, dan perasa. Sebagian besar pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (over behavior). Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2005). Dengan hasil tersebut dapat diperoleh kesimpulan bahwa responden yang memiliki pengetahuan rendah cenderung kurang dalam melakukan pengendalian hipertensi dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan tinggi. Dengan demikian menurut pendapat peneliti bahwa para responden yang berpengetahuan rendah perlu diberikan penyuluhan tentang hipertensi agar para responden dapat mengetahui apa itu hipertensi dan tahu bagaimana cara melakukan pengendalian hipertensi yang baik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Mubin, MF dkk, (2010) yang menemukan ada hubungan yang bermakna antara Hubungan Pengetahuan penderita hipertensi dengan motivasi melakukan kontrol tekanan darah secara rutin dengan nilai p value = 0,000.

Status Ekonomi

Berdasarkan hasil uji statistik dengan Hasil uji statistik dengan *Chi-Square* diperoleh nilai $P=0,015$ ($P<0,05$). Berdasarkan nilai P value maka H_0

disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara status ekonomi dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2014. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,392-10,100) adalah 3,750 yang artinya responden dengan status ekonomi rendah beresiko 3,750 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki status ekonominya tinggi. Sosial ekonomi adalah segala sesuatu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan masyarakat, antara lain sandang, pangan, perumahan, pendidikan, kesehatan, dan lain-lain. Pemenuhan kebutuhan tersebut berkaitan dengan penghasilan. Hal ini disesuaikan dengan penelitian yang akan dilakukan. Untuk melihat kedudukan sosial ekonomi Melly G. Tan mengatakan adalah pekerjaan, penghasilan, dan pendidikan. Berdasarkan ini masyarakat tersebut dapat digolongkan kedalam kedudukan sosial ekonomi rendah, sedang, dan tinggi. Menurut Ormrod (2008), status ekonomi (SE) mencakup sejumlah variabel, termasuk penghasilan keluarga. Status ekonomi sebuah keluarga, baik SE tinggi, SE menengah, maupun SE rendah, memberi petunjuk pada kita tentang kedudukan keluarga didalam masyarakat, seberapa besar fleksibilitas yang dimiliki anggota keluarga dalam hal tempat tinggal dan apa yang mereka beli, seberapa besar pengaruh mereka dalam pengambilan keputusan politis, kesempatan pendidikan apa yang dapat mereka tawarkan kepada anak-anak mereka dan sebagainya. Ekonomi keluarga adalah tingkat ekonomi dan penghasilan atau pendapatan yang

diperoleh dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga serta memberi kebahagiaan bagi anggota keluarganya. Dengan hasil tersebut dapat diperoleh kesimpulan bahwa responden yang memiliki pendapatan atau status ekonomi rendah memiliki kecenderungan kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki pendapatan atau status ekonomi tinggi. Dengan demikian menurut pendapat peneliti, bahwa para responden yang status ekonominya rendah dapat mempergunakan keuangannya dengan sebaik mungkin, dengan cara memanfaatkan pekarangan rumahnya untuk ditanami sayur-mayur dan buah-buahan yang dapat mengurangi dan mencegah hipertensi seperti mentimun, sawi, belimbing dan lain-lain. yang dapat mengurangi dan mencegah hipertensi.

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lily Herlinah dkk, yang mengatakan tidak ada hubungan antara status ekonomi atau tingkat penghasilan dengan hipertensi pada dengan P value 0,43. Hal ini bisa terjadi karena adanya perbedaan seperti tempat penelitian, dan karakter responden.

Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil uji statistik dengan *Chi Square* diperoleh nilai $P=0,007$ ($P<0,05$). Berdasarkan nilai P value maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan pengendalian hipertensi pada klien usia produktif di Puskesmas Cabangbungin Kabupaten Bekasi Tahun 2014. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR (95% CI : 1,550-11,529) adalah 4,227 yang artinya responden yang tidak mendapatkan dukungan dari keluarga beresiko 4,227 kali lebih besar dalam melakukan pengendalian hipertensi yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang mendapatkan dukungan dari keluarga.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antar keluarga dengan lingkungan sosialnya tersebut bersifat reprovokasi (timbal balik) (Friedman, 1998). Caplan (1976) dalam Friedman (1998) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Dukungan informasional dalam keluarga memfungsikan keluarga sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, dan informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu.

Dengan hasil tersebut dapat diperoleh kesimpulan bahwa responden yang kurang mendapat dukungan keluarganya memiliki kecenderungan kurang baik dalam melakukan pengendalian hipertensi dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan dari keluarganya. Dengan demikian menurut pendapat peneliti, bahwa para responden yang kurang mendapat dukungan keluarga, agar dapat mengikutsertakan anggota keluarganya dalam pemberian perawatan tentang hipertensi juga ikut mengantar responden melakukan kontrol tekanan darah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (2010) yang menemukan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dan perawatan diri lansia hipertensi dengan nilai (p value $< 0,02$).

Daftar Pustaka

1. Almatsier, Sunita. 2008. *Penuntun Diet Edisi Baru Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia*. Jakarta Gramedia Pustaka Utama
2. Badan Litbang Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013 Nasional*. Jakarta: Depkes
3. Bruner & Sudarth. 2000. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8. Jakarta EGC
4. Corwin, Elizabeth J. 2000. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta : EGC.
5. Corwin, Elizabeth J. 2009 *Buku Saku: Patofisiologi*. Jakarta: EGC
6. Depkes RI. 2006. *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi*. Jakarta.
7. Dhianningtyas, Yunita dan Lucia Y Hendarti. 2006 *Resiko Obesitas, Kebiasaan Merokok dan Konsumsi Garam Terhadap kejadian Hipertensi pada Usia Produktif*. The Indonesian Journal of Public Health
8. Estiningsih, Hayyu S. 2012. *Hubungan Indeks Massa Tubuh dan Faktor Lain dengan Kejadian Hipertensi Pada Kelompok Usia 18-44 Tahun di Kelurahan Sukamaju Depok Tahun 2012*. Skripsi. Depok FKMUI
9. Fitriani, Anna. 2010. *Gambaran Hipertensi dan Hubungannya dengan Kegemukan, Riwayat Hipertensi Orangtua, Status Menopause, Faktor Sosial-Demografi, dan Faktor Pola Hidup pada Anggota Majelis Taklim Al Amin Cilandak, Jakarta Selatan Tahun 2010*. Skripsi. Depok FKMUI
10. Friedman, Marilyn M. 1998, *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*, Edisi 3, Jakarta : EGC
11. Hidayat, 2009. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Salemba Medika
12. Hilmanto, Dani *et al.* 2008. *Hubungan Antara Indeks Massa Tubuh dan Peningkatan Tekanan Darah Pada Remaja Obes Dengan Hipertensi*. Marina. 2008 Vol 10 (1)

13. Irza, Syukraini. 2009. 2009. *Analisis Faktor Resiko Resiko Hipertensi pada Masyarakat Nagari Bungo Tanjung Sumatera Barat* Skripsi. Medan Fakultas Farmasi USU
14. Jain, Ritu. 2011. *Pengobatan alternative untuk mengatasi tekanan darah*. Jakarta: Salemba Medika
15. Joint National Committee (JNC VII). 2003. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. <http://hyper.ahajournals.org/content/42/6/1206.full>.
16. Joyce M Black dan Jane, Hokanson H. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah, Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Singapore: Elsevier
17. Kaplan, Norman M. 2011. *Smoking and Hypertension*. <http://uptodate.com/patients/content/topic.do>.
18. Kotchen, Theodore A et al. 2006. *Nutrition, Diet, and Hypertension. Modern Nutrition in Health and Disease (2)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
19. MayoClinic. 2011. *Definition of Hypertension*. <http://www.mayoclinic.com>
20. NHANES. 2008. *Hypertension*. www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm.
21. Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
22. Notoatmodjo, Soekidjo 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta
23. Price, Sylvia A & Lorraine M. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
24. Pritasari, 2006. *HIDUP SEHAT Gizi Seimbang dalam Siklus Kehidupan Manusia (Gizi Seimbang untuk Dewasa)*. Jakarta: Gramedia
25. Respati, Anung. 2007. *Hubungan Aktifitas Fisik dengan Hipertensi Ringan Pada Laki-laki Usia 20-40 Tahun Di Kota Pariaman Tahun 2007*. Tesis. Depok : FKMUI
26. Rahajeng, Ekowati dan Sulistyowati Tuminah. 2009. *Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia 2009 Vol 59.
27. Shaleh, Asep Jalaludin. 2011. *Faktor-faktor Resiko Kejadian Hipertensi pada Dewasa Pedesaan di Kecamatan Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2011*. Skripsi. Depok : FKMUI
28. Sherwood, Lauralee. 2012. *Fisiologi Manusia Sel ke Sistem*. Edisi 6. Jakarta: EGC
29. Sihombing, Marice. 2010. *Hubungan Perilaku Merokok, Konsumsi Makanan/minuman, dan Aktivitas Fisik dengan Penyakit Hipertensi pada Responden Obes Usia Dewasa di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia
30. Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif Dan Kuantitatif*. Bandung : CV. Alfabeta
31. Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif Dan Kuantitatif*. Bandung : CV. Alfabeta
32. Tanjung, Novi Dewi. 2009. *Hubungan Antara Gaya Hidup, Asupan Pola Gizi Pola Minum, dan Indeks dengan Hipertensi Pada Pra Lansia dan Lansia Posbindu Kelurahan Rangkaan Jaya Depok Tahun 2009*. Skripsi. Depok: FKMUI.
33. Udjianti, Wayan J. 2010. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika