

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan adalah keseluruhan pemikiran, gagasan, ide, konsep dan pemahaman yang dimiliki manusia tentang dunia dan isinya termasuk manusia dan kehidupannya (Keraf, 2001). Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya dan dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek (Notoatmodjo, 2010).

b. Tingkat pengetahuan

Notoatmodjo (2010), berpendapat bahwa pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas dan tingkat yang berbeda-beda, hal ini tercakup domain kognitif yang dibagi dalam enam tingkatan, yaitu :

1) Tahu (Know)

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkatan ini adalah mengingat kembali (Recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu “tahu” adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

Kata kerja untuk mengukur bahwa orang itu 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 suatu materi harus dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

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

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut yang masih ada kaitannya antara satu dengan lainnya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk

keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek, dimana penilaian berdasarkan pada kriteria yang dibuat sendiri atau pada kriteria yang sudah ada.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket dengan menanyakan tentang materi yang akan diukur dari subjek penelitian. (Notoatmodjo, 2005) Faktor faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain sebagai berikut :

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi. Pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai yang baru diperkenalkan.

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

3) Usia

Dengan bertambahnya usia seseorang, maka akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar dapat dikategorikan menjadi empat, yaitu : perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama, dan timbulnya ciri-ciri baru. Hal ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

d) Minat

Minat adalah suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

e) Pengalaman.

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik akan berusaha untuk dilupakan oleh seseorang. Namun jika pengalaman terhadap obyek tersebut menyenangkan maka secara psikologis

akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupannya.

f) Kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan, maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang.

g) Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

2. Konsep Sikap (*Attitude*)

a. Pengertian Sikap

Sikap adalah kesiapan atau kesediaan seseorang untuk bertindak laku atau merespon sesuatu baik terhadap rangsangan positif maupun rangsangan negatif dari suatu objek rangsangan (Sarwono, 2003). Allen, et.al. dalam Azwar (2005), menyatakan bahwa sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial

atau secara sederhana. Sikap merupakan respon terhadap stimulasi sosial yang telah terkondisikan teori tentang sikap antara lain :

- 1) Menurut *Sarnoff* (dalam Sarwono, 2003) mengidentifikasikan sikap sebagai kesediaan untuk bereaksi (*disposition to react*) secara positif (*favorably*) atau secara negatif (*unfavorably*) terhadap obyek – obyek tertentu.
- 2) Krech dan R.S Crutchfield (dalam Sears, 2009) berpendapat bahwa sikap sebagai organisasi yang bersifat menetap dari proses motivasional , emosional, perseptual, dan kognitif mengenai aspek dunia individu.
- 3) La Pierre (dalam Azwar, 2003) mendefinisikan sikap sebagai suatu pola perilaku , tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan.
- 4) Soetarno (2004), sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak terhadap obyek tertentu. Sikap senantiasa diarahkan kepada sesuatu artinya tidak ada sikap tanpa obyek. Sikap diarahkan kepada benda-benda, orang, peristiwa, pandangan, lembaga, norma dan lain-lain.

b. Proses dan Komponen Sikap

Secara umum, dalam berbagai referensi, sikap memiliki 3 komponen yakni: kognitif, afektif, dan kecenderungan tindakan

(Morgan dan King, 1975; Krech dan Ballacy, 1963, Howard dan Kendler 1974 dalam Gerungan, 2007).

1) Komponen kognitif

Aspek sikap yang berkenaan dengan penilaian individu terhadap obyek atau subyek. Informasi yang masuk ke dalam otak manusia, melalui proses analisis, sintesis, dan evaluasi akan menghasilkan nilai baru yang akan diakomodasi atau diasimilasikan dengan pengetahuan yang telah ada di dalam otak manusia. Nilai – nilai baru yang diyakini benar, baik, indah, dan sebagainya, pada akhirnya akan mempengaruhi emosi atau komponen afektif dari sikap individu.

2) Komponen afektif

Aspek ini dikatakan sebagai perasaan (emosi) individu terhadap obyek atau subyek, yang sejalan dengan hasil penilaiannya.

3) Komponen kecenderungan bertindak

Berkenaan dengan keinginan individu untuk melakukan perbuatan sesuai dengan keyakinan dan keinginannya.

Sikap seseorang terhadap suatu obyek atau subyek dapat positif atau negatif. Manifestasikan sikap terlihat dari tanggapan seseorang apakah ia menerima atau menolak, setuju atau tidak setuju terhadap obyek atau subyek. Komponen sikap berkaitan satu dengan yang lainnya. Dari manapun kita memulai dalam analisis sikap,

ketiga komponen tersebut tetap dalam ikatan satu system komponen kognitif, afektif, dan kecenderungan bertindak merupakan suatu kesatuan sistem, sehingga tidak dapat dilepas satu dengan lainnya. Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap dan Ketiga komponen kognitif, afektif, dan kecenderungan bertindak secara bersama- sama membentuk sikap.

c. Faktor- Faktor yang mempengaruhi Sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap menurut (Azwar, 2005) :

1) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial.

2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara komoponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang dianggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak, tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan atau seseorang yang berarti khusus bagi kita akan mempengaruhi pembentkan sikap kita terhadap sesuatu. Contoh : Orang tua, teman sebaya, teman dekat, guru, istri, suami dan lain-lain.

3) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

4) Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam arti individu.

6) Pengaruh faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap dipengaruhi oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang, kadang-kadang sesuatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

d. Teori – Teori Tentang Sikap (Notoatmodjo, 2010)

1) Teori Keseimbangan

Pada teori ini fokusnya terletak pada upaya individu untuk tetap konsisten dalam bersikap dalam hidup yang melibatkan hubungan- hubungan antara seseorang dengan dua objek

sikap. Dan dalam bentuk sederhana, ketiga elemen tersebut dihubungkan dengan :

- a) sikap *favorable* (baik, suka, positif)
- b) sikap *unfavorable* (buruk, tidak suka, negatif)

2) Teori Konsistensi kognitif – Afektif

Pada teori ini fokusnya terletak pada bagaimana seseorang berusaha membuat kognisi mereka konsisten dengan afeksinya dan penilaian seseorang terhadap suatu kejadian akan mempengaruhi keyakinannya. Sebagai contoh:

Tidak jadi makan di restoran X karena temannya bilang bahwa restoran tersebut tidak halal padahal di belum pernah kesana

3) Teori Ketidaksesuaian

Pada teori ini fokusnya terletak pada bagaimana individu menyelatkan elemen – elemen kognisi, pemikiran atau struktur (konsonansi selaras) dan disonansi atau kesetimbangan yaitu pikiran yang amat menekan dan memotivasi seseorang untuk memperbaikinya. Dimana terdapat 2 elemen kognitif dimana disonansi terjadi jika kedua elemen tidak cocok sehingga mengganggu logika dan penghargaan. Sebagai contoh Misalnya: "Merokok membahayakan kesehatan" konsonansi dengan "saya tidak merokok"; tetapi disonansi dengan "perokok"

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2010).

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap suatu objek. Menurut Sunaryo (2004), sikap merupakan kecenderungan bertindak dari individu, berupa respon tertutup terhadap stimulus ataupun objek tertentu.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap suatu objek. Menurut Sunaryo (2004), sikap merupakan kecenderungan bertindak dari individu, berupa respon tertutup terhadap stimulus ataupun objek tertentu.

e. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2003), sikap memiliki 4 tingkatan antara lain :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari

pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggungjawab (*responsible*)

Bertanggungjawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

f. Pembentukan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2013), manusia sebagai makhluk sosial, pembentukan sikap tidak lepas dari pengaruh interaksi manusia satu dengan yang lain (*eksternal*). Disamping itu, manusia juga sebagai makhluk individual sehingga apa yang datang dari dalam dirinya (*internal*), juga mempengaruhi pembentukan sikap diantaranya :

1) Faktor internal

Faktor ini berasal dari dalam individu. Dalam hal ini individu menerima, mengolah, dan memilih segala sesuatu yang datang dari luar, serta akan menentukan mana yang akan diterima dan mana yang tidak. Oleh karena itu, faktor individu merupakan faktor penentu pembentukan sikap.

2) Faktor eksternal

Faktor ini berasal dari dari luar individu, berupa stimulus untuk membentuk dan mengubah sikap. Stimulus tersebut dapat

bersifat langsung, misalnya individu dengan individu, individu dengan kelompok. Dapat juga bersifat tidak langsung, yaitu melalui perantara, seperti : alat komunikasi dan media masa baik elektronik maupun non elektronik.

3. Penyuluhan Kesehatan

a. Pengertian

Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktek belajar atau instruksi dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Depkes, 2005). Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perseorangan maupun secara kelompok dengan meminta pertolongan (Effendy, 2008).

b. Sasaran

Sasaran penyuluhan kesehatan mencakup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Penyuluhan kesehatan pada individu dapat dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas, posyandu, keluarga binaan dan masyarakat binaan.

- 1) Penyuluhan kesehatan pada keluarga diutamakan pada keluarga resiko tinggi, seperti keluarga yang menderita penyakit menular, keluarga dengan sosial ekonomi rendah, keluarga dengan keadaan gizi yang buruk, keluarga dengan sanitasi lingkungan yang buruk dan sebagainya.
- 2) Penyuluhan kesehatan pada sasaran kelompok dapat dilakukan pada kelompok ibu hamil, kelompok ibu yang mempunyai anak balita, kelompok masyarakat yang rawan terhadap masalah kesehatan seperti kelompok lansia, kelompok yang ada di berbagai institusi pelayanan kesehatan seperti anak sekolah, pekerja dalam perusahaan dan lain-lain.
- 3) Penyuluhan kesehatan pada sasaran masyarakat dapat dilakukan pada masyarakat binaan puskesmas, masyarakat nelayan, masyarakat pedesaan, masyarakat yang terkena wabah dan lain-lain (Effendy, 2008).

c. Materi/pesan

Materi atau pesan yang disampaikan kepada sasaran hendaknya disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, sehingga materi yang disampaikan dapat dirasakan langsung manfaatnya. Materi yang disampaikan sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, tidak terlalu sulit untuk dimengerti oleh sasaran, dalam penyampaian materi sebaiknya menggunakan metode dan media untuk mempermudah pemahaman dan untuk menarik perhatian sasaran (Effendy, 2008).

d. Metode

Menurut Notoatmodjo (2010), metode penyuluhan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tercapainya suatu hasil penyuluhan secara optimal. Metode yang dikemukakan antara lain :

1) Metode penyuluhan perorangan (individual)

Dalam penyuluhan kesehatan metode ini digunakan untuk membina perilaku baru atau seseorang yang telah mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakan pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Bentuk dari pendekatan ini antara lain :

a) Bimbingan dan penyuluhan

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikoreksi dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut.

b) Wawancara

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mempengaruhi apakah

perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2) Metode penyuluhan kelompok

Dalam memilih metode penyuluhan kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan berbeda dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran penyuluhan.

Metode ini mencakup :

- a) Kelompok besar, yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok ini adalah ceramah dan seminar.

(1) Ceramah

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

(a) Persiapan

Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi apa yang akan diceramahkan, untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun

dalam diagram atau skema dan mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran.

(b) Pelaksanaan

Kunci keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran. Untuk dapat menguasai sasaran, penceramah dapat menunjukkan sikap dan penampilan yang meyakinkan. Tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah. Suara hendaknya cukup keras dan jelas. Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta. Berdiri di depan /dipertengahan, seyogianya tidak duduk dan menggunakan alat bantu lihat semaksimal mungkin.

(2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian dari seseorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat.

- b) Kelompok kecil, yaitu apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang. Metode yang cocok untuk kelompok ini adalah diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, memainkan peranan, permainan simulasi.

3) Metode penyuluhan massa

Dalam metode ini penyampaian informasi ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau public. Oleh karena sasaran bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pada umumnya bentuk pendekatan masa ini tidak langsung, biasanya menggunakan media massa. Beberapa contoh dari metode ini adalah ceramah umum, pidato melalui media massa, simulasi, dialog antara pasien dan petugas kesehatan, sinetron, tulisan dimajalah atau koran, bill board yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya.

e. Alat Bantu dan Media Penyuluhan

1) Alat Bantu Penyuluhan (Peraga)

Alat bantu penyuluhan adalah alat-alat yang digunakan oleh penyuluh dalam menyampaikan informasi. Alat bantu ini sering disebut alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan meragakan sesuatu dalam proses penyuluhan (Notoatmodjo, 2007). Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak

indera yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan kata lain, alat peraga ini dimaksudkan untuk mengarahkan indera sebanyak mungkin kepada suatu objek sehingga mempermudah persepsi. Secara terperinci, fungsi alat peraga adalah untuk menimbulkan minat sasaran, mencapai sasaran yang lebih banyak, membantu mengatasi hambatan bahasa, merangsang sasaran untuk melaksanakan pesan kesehatan, membantu sasaran untuk belajar lebih banyak dan tepat, merangsang sasaran untuk meneruskan pesan yang diterima kepada orang lain, mempermudah memperoleh informasi oleh sasaran, mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik, dan membantu menegakkan pengertian yang diperoleh. Pada garis besarnya ada 3 macam alat bantu penyuluhan yaitu :

a) Alat bantu lihat

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasikan indera mata pada waktu ternyadinya penyuluhan. Alat ini ada 2 bentuk yaitu alat yang diproyeksikan misalnya slide, film dan alat yang tidak diproyeksikan misalnya dua dimensi, tiga dimensi, gambar peta, bagan, bola dunia, boneka dan lain-lain.

b) Alat bantu dengar

Alat ini berguna dalam membantu menstimulasi indera pendengar, pada waktu proses penyampaian bahan penyuluhan misalnya piringan hitam, radio, pita suara dan lain-lain.

c) Alat bantu lihat-dengar

Alat ini berguna dalam menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran pada waktu proses penyuluhan, misalnya televisi, video cassette dan lain-lain. Sebelum membuat alat-alat peraga kita harus merencanakan dan memilih alat peraga yang paling tepat untuk digunakan dalam penyuluhan. Untuk itu perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

2) Tujuan yang hendak dicapai

a) Tujuan pendidikan adalah untuk mengubah pengetahuan/pengertian, pendapat dan konsep-konsep, mengubah sikap dan persepsi, menanamkan tingkah laku/kebiasaan yang baru.

b) Tujuan penggunaan alat peraga adalah sebagai alat bantu dalam latihan/ penataran/ penyuluhan, untuk menimbulkan perhatian terhadap sesuatu/informasi dan menjelaskan fakta-fakta, prosedur dan tindakan.

3) Persiapan penggunaan alat peraga

Semua alat peraga yang dibuat berguna sebagai alat bantu belajar dan tetap harus diingat bahwa alat ini dapat berfungsi

mengajar dengan sendirinya. Kita harus mengembangkan keterampilan dalam memilih, mengadakan alat peraga secara tepat sehingga mempunyai hasil yang maksimal.

4) Media Penyuluhan

Media penyuluhan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Penyuluhan kesehatan tak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya ke perilaku yang positif. (Notoatmodjo, 2007)

Tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan di dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan antara lain adalah :

- a) Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
- b) Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
- c) Media dapat memperjelas informasi.
- d) Media dapat mempermudah pengertian.
- e) Media dapat mengurangi komunikasi verbalistik.
- f) Media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata.

g) Media dapat memperlancar komunikasi.

Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3 yakni :

a) Media cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Yang termasuk dalam media ini adalah booklet, leaflet, flyer (selebaran), flip chart (lembar balik), rubric atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.

b) Media elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, radio, video film, cassette, CD, VCD. Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik,

sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

c) Media luar ruang

Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya. Media penyuluhan kesehatan yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi atau pesan-pesan kesehatan yang

sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan.

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam penyuluhan

Menurut (Wawan A, 2010).Keberhasilan suatu penyuluhan kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor penyuluh, sasaran dan proses penyuluhan.

- 1) Faktor penyuluh, misalnya kurang persiapan, kurang menguasai materi yang akan dijelaskan, penampilan kurang meyakinkan sasaran, bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran, suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar serta penyampaian materi penyuluhan terlalu monoton sehingga membosankan.
- 2) Faktor sasaran, misalnya tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit menerima pesan yang disampaikan, tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak begitu memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan karena lebih memikirkan kebutuhan yang lebih mendesak, kepercayaan dan adat kebiasaan yang telah tertanam sehingga sulit untuk mengubahnya, kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku.
- 3) Faktor proses dalam penyuluhan, misalnya waktu penyuluhan tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran, tempat

penyuluhan dekat dengan keramaian sehingga mengganggu proses penyuluhan yang dilakukan, jumlah sasaran penyuluhan yang terlalu banyak, alat peraga yang kurang, metoda yang digunakan kurang tepat sehingga membosankan sasaran serta bahasa yang digunakan kurang dimengerti oleh sasaran.

4. Hipertensi

a. Pengertian Hipertensi

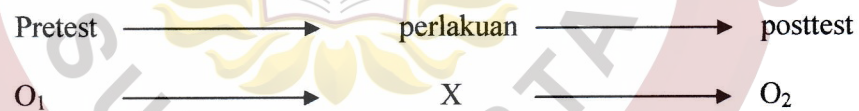
Hipertensi merupakan penyakit yang hampir diderita sekitar 25% penduduk dunia dewasa. Prevalensi hipertensi diprediksi meningkat 60% pada tahun 2025, yaitu sekitar 1.56 juta orang penderita. Hal ini merupakan faktor risiko dari penyakit kardiovaskuler dan bertanggung jawab terhadap kebanyakan kematian di dunia. Hipertensi primer atau yang dikenal dengan hipertensi essensial atau idiopatik merupakan kasus hipertensi terbanyak, yaitu sekitar 95% dari kejadian hipertensi secara keseluruhan (Adrogué & Madias, 2007) Hipertensi (sistolik >140 mmHg atau tekanan diastolik >90 mmHg) diderita oleh satu diantara empat orang dewasa di Amerika Serikat. Prevalensi utama hipertensi pada kulit hitam, pria dan pada orang tua. Orang kulit hitam menderita hipertensi lebih parah dan memiliki morbiditas dan mortalitas pada seluruh derajat tekanan darah dibandingkan ras yang lain. (August, 2003). Pada saat ini, hipertensi diderita oleh satu diantara empat orang dewasa di Amerika (sekitar 54 juta orang pada

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan eksperimen semu/*quasi eksperimen* yaitu rancangan percobaan tidak murni dan bukan penelitian uji klinis atau uji laboratorium tetapi melakukan perlakuan tehnik pendekatan dengan penyuluhan kesehatan pada penderita hipertensi. Penelitian ini menggunakan rancangan *one group pre and post test design* yaitu rancangan perlakuan menggunakan satu kelompok sampel yang sama dengan dua perlakuan. Menurut Sugiyono (2010), rancangan *one-group pretest-posttest design* merupakan pengamatan pada satu kelompok sebelum diberi perlakuan dan sesudah diberi perlakuan. Rancangan yang digunakan dapat dilihat pada gambar 3.1. berikut.



Keterangan:

O₁ : Observasi sebelum perlakuan

O₂ : Observasi setelah perlakuan

X : Penyuluhan kesehatan

tahun 1999-2000) dan mungkin dapat memberikan efek pada lebih dari 90 % individu selama hidupnya, maka kontrol tekanan darah sangat penting sekali dilakukan (Fields et al, 2004). Namun, penelitian terkini mengindikasikan bahwa dua per tiga dari penderita hipertensi di Amerika Serikat tidak diobati atau diobati dengan tidak ade kuat (undertreated) (Wang & Vasan, 2005).

Berdasarkan penelitian WHO-Community Study of the Elderly Central Java menemukan bahwa hipertensi dan kardiovaskuler disease merupakan penyakit kedua terbanyak yang diderita lansia setelah arthritis, yaitu sebesar 15,2% dari 1203 sampel (Nugroho, 2000). Insidensi hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia, dengan 50 % hingga 60% dari orang berusia 60 tahun memiliki tekanan darah di atas 140 atau 90 mmHg. Sekitar 60 % dari semua kematian prematur diakibatkan oleh hipertensi terjadi di antara pasien dengan hipertensi ringan (Fisher & Gordon, 2005). Hipertensi merupakan faktor risiko penyakit stroke, infark miokard, gagal ginjal, gagal jantung, atherosklerosis progresif, dan demensia. Tekanan sistolik adalah predictor yang lebih kuat daripada tekanan diastole terhadap kejadian penyakit kardiovaskular dan hipertensi sistolik, yang sering ditemukan pada orang tua itu berbahaya. Terdapat perbandingan yang berbanding lurus antara tekanan darah dan risiko penyakit kardiovaskular. Level dan durasi hipertensi dan ada/tidak adanya faktor risiko menentukan outcome. Terapi

hipertensi dapat mengurangi risiko stroke, infark miocard, gagal ginjal, gagal jantung, dan juga morbiditas dan mortalitas oleh penyakit kardiovaskular. Namun demikian, hanya 54 persen pasien hipertensi yang menerima terapi dan hanya 28 persen yang mencapai tekanan darah yang adekuat (August, 2003).

b. Epidemiologi

Data epidemiologi menunjukkan bahwa dengan makin meningkatnya populasi usia lanjut, maka jumlah pasien dengan hipertensi kemungkinan besar juga akan bertambah, dimana baik hipertensi sistolik maupun kombinasi hipertensi sistolik dan diastolik sering timbul pada lebih dari separuh orang yang berusia > 65 tahun. Selain itu, lajut pengendalian tekanan darah yang dahulu terus meningkat, dalam dekade terakhir tidak menunjukkan kemajuan lagi (pola lurva mendatar), dengan pengendalian tekanan darah ini hanya mencapai 34 % dari seluruh pasien hipertensi (Sudoyo, dkk., 2006)

Diperkirakan sekitar 80 % kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, diperkirakan menjadi 1,15 milyar kasus di tahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi saat ini dan pertambahan penduduk saat ini Yogiantoro M. (2006) dalam Anggraini A.D., dkk., (2009)

c. Etiologi

Sampai saat ini penyebab hipertensi esensial tidak diketahui dengan pasti. Hipertensi primer tidak disebabkan oleh faktor tunggal

dan khusus. Hipertensi ini disebabkan berbagai faktor yang saling berkaitan. Hipertensi sekunder disebabkan oleh faktor primer yang diketahui yaitu seperti kerusakan ginjal, gangguan obat tertentu, stres akut, kerusakan vaskuler dan lain-lain. Adapun penyebab paling umum pada penderita hipertensi maligna adalah hipertensi yang tidak terobati. Risiko relatif hipertensi tergantung pada jumlah dan keparahan dari faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi (Anggraini A.D., dkk., 2009).

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah tertekan di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras syaraf simpatis yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di thorak dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system syaraf simpatis ke ganglia simpatis. Neuron preganglion melepas asetilkolin yang merangsang serabut saraf pasca ganglia di pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya nonepineprin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi (Handayaningsih, 2007).

Faktor-faktor yang tidak dapat dimodifikasi antara lain faktor genetik, umur, jenis kelamin, dan etnis. Sedangkan faktor yang dapat

dimodifikasi meliputi stres, obesitas dan nutrisi Yogiantoro M. (2006)
dalam Anggraini A.D., dkk., (2009)

1) Faktor genetik

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium. Seorang anak dari orang tua hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada anak atau seseorang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi. Selain itu didapatkan 70-80% kasus hipertensi esensial dengan riwayat hipertensi dalam keluarga (Anggraini A.D., dkk., 2009).

Hipertensi primer bersifat diturunkan atau bersifat genetik. Individu dengan riwayat keluarga hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi primer daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi (Anggraini A.D., dkk., 2009).

2) Umur

Insidensi hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan umur. Pasien yang berumur di atas 60 tahun, 50 – 60 % mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi

pada orang yang bertambah usianya. Hipertensi merupakan penyakit multifaktorial yang munculnya oleh karena interaksi berbagai faktor. Tekanan darah meningkat sangat dipengaruhi oleh bertambahnya umur seseorang. Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan oleh karena adanya penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku. Tekanan darah sistolik meningkat karena kelenturan pembuluh darah besar yang berkurang pada penambahan umur sampai dekade ketujuh sedangkan tekanan darah diastolik meningkat sampai decade kelima dan keenam kemudian menetap atau cenderung menurun. Peningkatan umur akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis. Seseorang dengan usia lanjut akan terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik. Pengaturan tekanan darah yaitu refleksi baroreseptor pada usia lanjut sensitivitasnya sudah berkurang, sedangkan peran ginjal juga sudah berkurang dimana aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus menurun (Anggraini A.D., dkk., 2009).

3) Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria sama dengan wanita. Namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause. Wanita yang belum mengalami menopause

dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Efek perlindungan estrogen dianggap sebagai penjelasan adanya imunitas wanita pada usia premenopause. Premenopause wanita mulai kehilangan sedikit demi sedikit hormon estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Proses ini terus berlanjut dimana hormon estrogen tersebut berubah kuantitasnya sesuai dengan umur wanita secara alami, yang umumnya mulai terjadi pada wanita umur 45-55 tahun (Anggraini A.D., dkk., 2009)

4) Etnis

Hipertensi lebih banyak terjadi pada orang berkulit hitam dari pada yang berkulit putih. Sampai saat ini belum diketahui secara pasti penyebabnya. Namun pada orang kulit hitam ditemukan kadar renin yang lebih rendah dan sensitifitas terhadap vasopressin lebih besar.

5) Obesitas

Kegemukan merupakan kontribusi penting terhadap kejadian hipertensi pada populasi umum. Obesitas menduduki peringkat kelima dalam faktor risiko masalah kardiovaskular. Obesitas dapat memacu timbulnya penyakit koroner yang dapat

menyebabkan kematian. Menurut studi Framingham, 78 % hipertensi pada pria dan 54 % pada wanita terkait dengan obesitas (Nurrahmani, 2012).

Berat badan merupakan faktor determinan pada tekanan darah baik dari berbagai kelompok etnik dan di semua umur. Menurut *National Institutes for Health USA, NIH*, (1998) dalam Anggraini A.D dkk. (2009), prevalensi tekanan darah tinggi pada orang dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) >30 (obesitas) adalah 38% untuk pria dan 32% untuk wanita, dibandingkan dengan prevalensi 18% untuk pria dan 17% untuk wanita bagi yang memiliki IMT <25 (status gizi normal menurut standar internasional).

Kegemukan dan tekanan darah adalah pasangan yang seiring sejalan. Semakin gemuk seseorang, semakin tinggi tekanan darahnya (Nurrahmani, 2012)

Menurut Pedoman Praktis Terapi Gizi Medis Departemen Kesehatan RI (2008) dalam Anggraini A.D., dkk., (2009) pengukuran status gizi salah satunya dengan dengan IMT (Indeks Masa Tubuh). Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah salah satu pengukuran untuk menentukan status gizi dengan membandingkan berat badan dan tinggi badan $IMT = \frac{BB}{TB^2}$ (dalam meter).

Untuk Pria :

- a) Kurus apabila hasil perhitungan $< 17 \text{ kg/m}^2$
- b) Normal apabila hasil perhitungan $17-23 \text{ kg/m}^2$
- c) Kegemukan apabila hasil perhitungan $23-27 \text{ kg/m}^2$
- d) Obesitas apabila hasil perhitungan $> 27 \text{ kg/m}^2$

Untuk Wanita

- a) Kurus apabila hasil perhitungan $< 18 \text{ kg/m}^2$
 - b) Normal apabila hasil perhitungan $18-25 \text{ kg/m}^2$
 - c) Kegemukan apabila hasil perhitungan $25-27 \text{ kg/m}^2$
 - d) Obesitas apabila hasil perhitungan $> 27 \text{ kg/m}^2$
- 6) Pola asupan garam dalam diet

Badan kesehatan dunia yaitu *World Health Organization* (WHO) dalam Anggraini A.D dkk. (2009) merekomendasikan pola konsumsi garam yang dapat mengurangi risiko terjadinya hipertensi. Kadar sodium yang direkomendasikan tidak lebih dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram garam) perhari. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkannya cairan intraseluler ditarik ke luar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga berdampak kepada timbulnya hipertensi. Oleh karena itu, disarankan untuk

mengurangi konsumsi natrium/sodium. Sumber natrium/sodium yang utama adalah natrium klorida (garam dapur), penyedap masakan *monosodium glutamate* (MSG), dan *sodium karbonat*. Konsumsi garam dapur (mengandung iodium) yang dianjurkan tidak lebih dari 6 gram per hari, setara dengan satu sendok teh. Dalam kenyataannya, konsumsi berlebih karena budaya masak-memasak masyarakat kita yang umumnya boros menggunakan garam dan MSG.

Tabel 2.1 Kandungan Natrium pada Beberapa Makanan.

No	Jenis makanan	Ukuran rumah tangga	Kadar Na 200-400 mg	Kadar Na > 400 mg
1	Ikan asin	1 potong sedang	√	
2	Lerang	½ gelas	√	
3	<i>Fried chicken</i>	1 potong	√	
4	Biskuit	4 buah besar	√	
5	Roti putih	3 iris	√	
6	Kecap	-		
7	Tauco	-		√
8	Mie instant	1 bungkus		√
9	Sosis	½ potong		√
10	Keju	1 potong kecil		√
11	Air kaldu	-		√
12	Nasi goreng	1 porsi		√
13	Mentega	-		√
14	Udang	-		√
15	Sarden kaleng	-		√
16	Kornet	-		√
17	Kacang goreng	-		√

Sumber : Waspadji S., (2004) dalam Anggraini A.D., dkk., (2009).

Asupan garam yang tinggi dapat meningkatkan sekresi hormon natriuretik. Hormon tersebut menghambat aktivitas sel pompa natrium dan mempunyai efek penekanan pada sistem pengeluaran natrium sehingga terjadi peningkatan volume plasma yang mengakibatkan kenaikan tekanan darah (Anggraini A.D., dkk., 2009).

7) Merokok

Merokok menyebabkan peninggian tekanan darah. Perokok berat dapat dihubungkan dengan peningkatan insiden hipertensi maligna dan risiko terjadinya stenosis arteri renal yang mengalami aterosklerosis Armilawaty, dkk., (2007) dalam Anggraini A.D., dkk., (2009)

Dalam penelitian kohort prospektif oleh dr. Thomas S Bowman dari Brigham and *Women's Hospital, Massachussetts* terhadap 28.236 subyek dalam Anggraini A.D., dkk., (2009) yang awalnya tidak ada riwayat hipertensi, 51% subyek tidak merokok, 36% merupakan perokok pemula, 5% subyek merokok 1-14 batang rokok perhari dan 8% subyek yang merokok lebih dari 15 batang perhari. Subyek diteliti dan dalam median waktu 9,8 tahun. Kesimpulan dalam penelitian ini yaitu kejadian hipertensi terbanyak pada kelompok subyek dengan kebiasaan merokok lebih dari 15 batang per hari (Anggraini A.D., dkk., 2009).

8) Tipe kepribadian

Secara statistik pola perilaku tipe A terbukti berhubungan dengan prevalensi hipertensi. Pola perilaku tipe A adalah pola perilaku yang sesuai dengan kriteria pola perilaku tipe A dari Rosenman yang ditentukan dengan cara observasi dan pengisian kuisioner *self rating* dari Rosenman yang sudah dimodifikasi. Mengenai bagaimana mekanisme pola perilaku tipe A menimbulkan hipertensi banyak penelitian menghubungkan dengan sifatnya yang ambisius, suka bersaing, bekerja tidak pernah lelah, selalu dikejar waktu dan selalu merasa tidak puas. Sifat tersebut akan mengeluarkan katekolamin yang dapat menyebabkan prevalensi kadar kolesterol serum meningkat, hingga akan mempermudah terjadinya aterosklerosis Sarwoyo HD dan Hendarwo M. (2008) dalam Anggraini A.D (2009).

Stress akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf simpatis. Adapun stress ini dapat berhubungan dengan pekerjaan, kelas sosial, ekonomi, dan karakteristik personal (Armilawaty, dkk., 2007)

d. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala hipertensi menurut Handayaningsih (2007) yaitu :

- 1) Frekuensi lambung meningkat (rasa mual atau muntah) perubahan irama jantung, takhipnea, kenaikan tekanan darah dan edema.

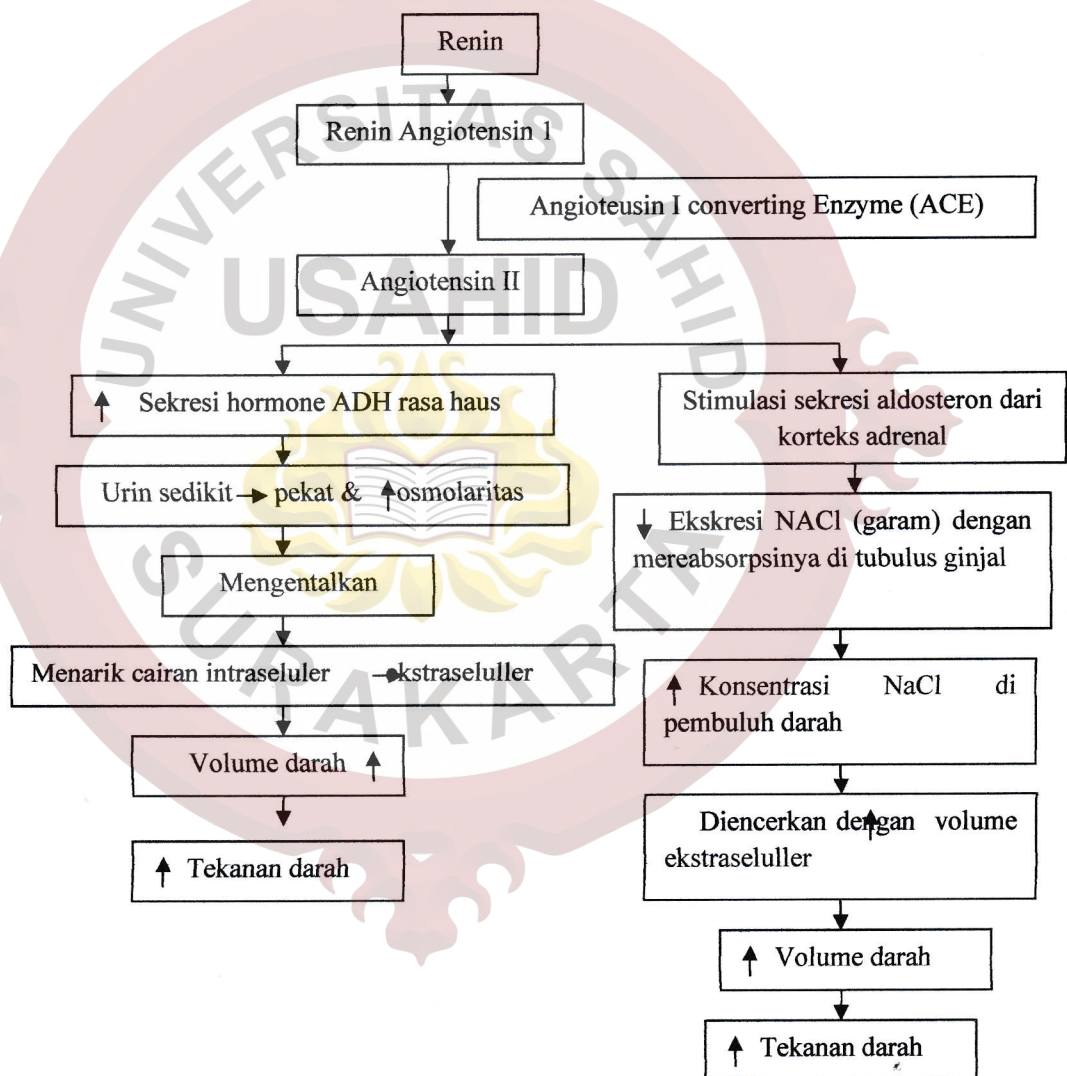
- 2) Pening atau pusing, sakit kepala suboksipital, kelemahan, letih, nafas pendek, gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur) episode epistaksis, sianosis.
- 3) Emosi yang tidak stabil, mudah tersinggung, telinga berdengung, sukar tidur.

e. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari *angiotensin I* oleh *angiotensin I converting enzyme* (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung *angiotensinogen* yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama (Anggraini A.D, dkk. 2009)

Aksi pertama adalah 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 menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron

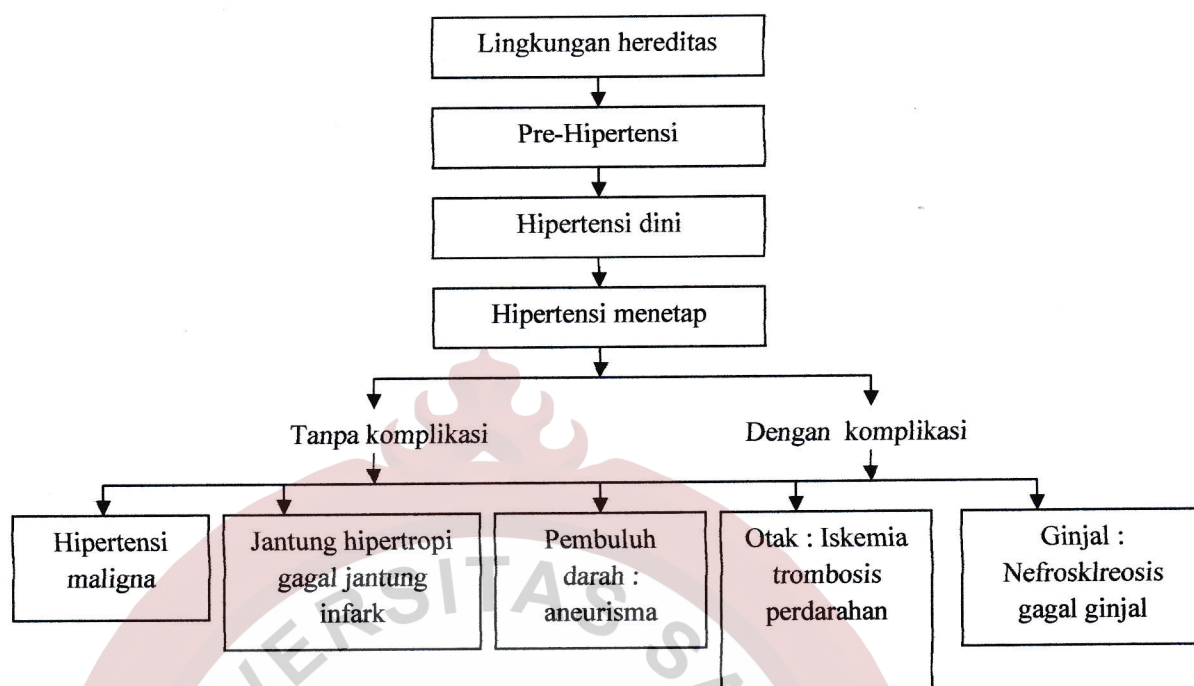
merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Anggraini A.D, dkk. 2009).



Gambar 2.1 Patofisiologi hipertensi.

Sumber : Anggraini A.D, dkk (2009)

Patogenesis dari hipertensi esensial merupakan multifaktorial dan sangat kompleks. Faktor-faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang adekuat meliputi mediator hormon, aktivitas vaskuler, volume sirkulasi darah, kaliber vaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas pembuluh darah dan stimulasi neural. Patogenesis hipertensi esensial dapat dipicu oleh beberapa faktor meliputi faktor genetik, asupan garam dalam diet, tingkat stress dapat berinteraksi untuk memunculkan gejala hipertensi. Perjalanan penyakit hipertensi esensial berkembang dari hipertensi yang kadang-kadang muncul menjadi hipertensi yang persisten. Setelah periode asimtomatik yang lama, hipertensi persisten berkembang menjadi hipertensi dengan komplikasi, dimana kerusakan organ target di aorta dan arteri kecil, jantung, ginjal, retina dan susunan saraf pusat. Progresifitas hipertensi dimulai dari prehipertensi pada pasien umur 10-30 tahun (dengan meningkatnya curah jantung) kemudian menjadi hipertensi dini pada pasien umur 20-40 tahun (dimana tahanan perifer meningkat) kemudian menjadi hipertensi pada umur 30-50 tahun dan akhirnya menjadi hipertensi dengan komplikasi pada usia 40-60 tahun Wade, A dkk., (2003) dalam Anggraini A.D, dkk. (2009)



Sumber : Anggraini A.D., (2009)

Gambar 2.2 Perjalanan Alamiah Hipertensi Primer yang Tidak Terobati

f. Komplikasi

Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongestif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Tekanan darah yang tinggi umumnya meningkatkan resiko terjadinya komplikasi tersebut. Hipertensi yang tidak diobati akan mempengaruhi semua sistem organ dan akhirnya memperpendek harapan hidup sebesar 10-20 tahun (Anggraini A.D., 2009).

Mortalitas pada pasien hipertensi lebih cepat apabila penyakitnya tidak terkontrol dan telah menimbulkan komplikasi ke beberapa organ vital. Sebab kematian yang sering terjadi adalah

penyakit jantung dengan atau tanpa disertai stroke dan gagal ginjal. Dengan pendekatan sistem organ dapat diketahui komplikasi yang mungkin terjadi akibat hipertensi, yaitu:

Tabel. 2.3 Komplikasi Hipertensi.

Sistem Organ	Komplikasi
Jantung	a. Infark miokard b. <i>Angina pectoris</i> c. Gagal jantung kongestif
Sistem saraf pusat	a. Infark miokard b. <i>Angina pectoris</i>
Ginjal	Gagal ginjal kronis
Mata	Retinopati hipertensif
Pembuluh darah perifer	Penyakit pembuluh darah perifer

Sumber : Anggraini A.D., (2009).

Komplikasi yang terjadi pada hipertensi ringan dan sedang mengenai mata, ginjal, jantung dan otak. Komplikasi hipertensi pada mata berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan sampai dengan kebutaan. Gagal jantung merupakan kelainan yang sering ditemukan pada hipertensi berat selain kelainan koroner dan miokard. Komplikasi hipertensi pada otak sering terjadi perdarahan yang disebabkan oleh pecahnya mikroaneurisma yang dapat mengakibatkan kematian. Kelainan lain yang dapat terjadi adalah proses tromboemboli dan serangan iskemia otak sementara (*Transient Ischemic Attack/TIA*). Gagal ginjal sering dijumpai sebagai komplikasi hipertensi yang lama dan pada proses akut seperti pada hipertensi maligna. Risiko penyakit kardiovaskuler pada pasien hipertensi ditentukan tidak hanya tingginya tekanan darah tetapi juga

telah atau belum adanya kerusakan organ target serta faktor risiko lain seperti merokok, dislipidemia dan diabetes mellitus Susalit E, dkk., dalam Anggraini A.D, dkk. (2009)

Tekanan darah sistolik melebihi 140 mmHg pada individu berusia lebih dari 50 tahun, merupakan faktor resiko kardiovaskular yang penting. Selain itu dimulai dari tekanan darah 115/75 mmHg, kenaikan setiap 20/10 mmHg meningkatkan risiko penyakit kardiovaskuler sebanyak dua kali Ridjab DA. (2006) dalam Anggraini A.D, dkk. (2009).

g. Penatalaksanaan

Diagnosis hipertensi dapat dilakukan dengan beberapa cara meliputi:

- 1) Anamnesis
- 2) Pemeriksaan fisik lengkap, terutama pemeriksaan tekanan darah.
- 3) Pemeriksaan penunjang meliputi tes urinalisis, pemeriksaan kimia darah (untuk mengetahui kadar potassium, sodium, creatinin, *High Density Lipoprotein* (HDL), *Low Density Lipoprotein* (LDL), glukosa).
- 4) Pemeriksaan EKG (Carretero O .A., Oparil S. 2008).

Tujuan pengobatan pasien hipertensi adalah: Yogiantoro M. (2006) dalam Anggraini A.D, dkk. (2009)

- 1) Target tekanan darah yaitu <140/90 mmHg dan untuk individu berisiko tinggi seperti diabetes melitus, gagal ginjal target tekanan darah adalah <130/80 mmHg.

- 2) Penurunan morbiditas dan mortalitas kardiovaskuler.
- 3) Menghambat laju penyakit ginjal.

Pengendalian hipertensi terdiri dari :

- 1) Non Farmakologis

Terapi non farmakologis terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan berlebih, konsumsi alkohol berlebih, asupan garam dan asupan lemak, latihan fisik serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur.

- a) Menurunkan berat badan bila status gizi berlebih

Peningkatan berat badan di usia dewasa sangat berpengaruh terhadap tekanan darahnya. Oleh karena itu, manajemen berat badan sangat penting dalam prevensi dan kontrol hipertensi.

- b) Meningkatkan aktifitas fisik

Orang yang aktivitasnya rendah berisiko terkena hipertensi 30-50% daripada yang aktif. Oleh karena itu, aktivitas fisik antara 30-45 menit sebanyak >3x/hari penting sebagai pencegahan primer dari hipertensi.

- c) Mengurangi asupan natrium

Apabila diet tidak membantu dalam 6 bulan, maka perlu pemberian obat anti hipertensi oleh dokter.

d) Menurunkan konsumsi kafein dan alkohol

Kafein dapat memacu jantung bekerja lebih cepat, sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya. Sementara konsumsi alkohol lebih dari 2-3 gelas/hari dapat meningkatkan risiko hipertensi.

2) Farmakologis

Terapi farmakologis yaitu obat antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC VII yaitu diuretika, terutama jenis *thiazide* (Thiaz) atau aldosteron antagonis, *beta blocker*, *calcium channel blocker* atau *calcium antagonist*, *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* (ACEI), *Angiotensin II Receptor Blocker* atau *AT1 receptor antagonist/ blocker* (ARB).

Penatalaksanaan hipertensi primer bertujuan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas, juga untuk mencapai tekanan darah kurang dari 140/90 mmHg. Penatalaksanaan dapat dilakukan dengan perubahan gaya hidup seperti olahraga dan diet rendah garam. Namun apabila perubahan gaya hidup kurang memadai untuk mencapai tekanan darah yang diharapkan maka dapat dilakukan pemberian diuretika, inhibitor ACE (*angiotensin-converting-enzim*), penyekat reseptor beta-adrenergik, dan penyekat saluran kalsium Brown, (2007) dalam Anggraini A.D, dkk. (2009).

5. Sikap diet rendah garam

a. Pengertian diet rendah garam

Perilaku penderita hipertensi yang tertuju terhadap intruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley, 2007). Perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2010). Tingkat seseorang dalam melaksanakan suatu aturan dan perilaku yang disarankan. Kepatuhan ini dibedakan menjadi dua yaitu kepatuhan penuh (total compliance) dimana pada kondisi ini penderita hipertensi patuh secara sungguh-sungguh terhadap diet, dan penderita yang tidak patuh (non compliance) dimana pada keadaan ini penderita tidak melakukan diet terhadap hipertensi. Faktor yang mempengaruhi sikap diet rendah garam menurut Feuer Stein ada beberapa faktor yang mendukung sikap patuh, diantaranya : (Faktul 2009)

1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan, usaha manusia meningkatkan kepribadian atau proses perubahan perilaku menuju kedewasaan dan penyempurnaan kehidupan manusia dengan jalan membina dan mengembangkan potensi kepribadiannya, yang berupa rohni 7 (cipta, rasa, karsa) dan

jasmani. Domain pendidikan dapat diukur dari (Notoatmodjo, 2007) : a) Pengetahuan terhadap pendidikan yang diberikan (knowledge). b) Sikap atau tanggapan terhadap materi pendidikan yang diberikan (attitude). c) Praktek atau tindakan sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan.

2) Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Pasien yang mandiri harus dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan.

3) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial.

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman – teman sangat penting, kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan.

4) Perubahan model terapi . Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

5) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.

6) Suatu hal yang penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi diagnosa.

Sementara menurut Notoatmodjo (2007) faktor yang mempengaruhi kepatuhan terbagi menjadi :

1) Faktor predisposisi (faktor pendorong)

a) Kepercayaan atau agama yang dianut

Kepercayaan atau agama merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap agamanya akan memiliki jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaannya, demikian juga cara akan lebih baik. Kemauan untuk melakukan control penyakitnya dapat dipengaruhi oleh kepercayaan penderita dimana penderita yang memiliki kepercayaan yang kuat akan lebih patuh terhadap anjuran dan larangan kalau tahu akibatnya.

b) Faktor geografis

Lingkungan yang jauh atau jarak yang jauh dari pelayanan kesehatan memberikan kontribusi rendahnya kepatuhan.

(1) Individu

Sikap individu yang ingin sembuh Sikap merupakan hal yang paling kuat dalam diri individu sendiri. Keinginan untuk tetap mempertahankan kesehatannya sangat berpengaruh terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita dalam kotrol penyakitnya.

(2) Pengetahuan

Pengetahuan penderita dengan kepatuhan rendah adalah mereka yang tidak teridentifikasi mempunyai gejala sakit. Mereka berfikir bahwa dirinya sembuh dan sehat sehingga tidak perlu melakukan kontrol terhadap kesehatannya.

2) Faktor *reinforcing* (Faktor penguat)

a) Dukungan petugas

Dukungan dari petugas sangatlah besar artinya bagi penderita sebab petugas adalah pengelola penderita yang paling sering berinteraksi sehingga pemahaman terhadap kondisi fisik maupun psikis lebih baik, dengan sering berinteraksi, sangatlah mempengaruhi rasa percaya dan selalu menerima kehadiran petugas kesehatan termasuk anjuran-anjuran yang diberikan.

b) Dukungan keluarga

Keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tenang apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya, karna dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan baik, serta penderita mau menuruti saran-saran yang diberikan oleh keluarga untuk penunjang pengelolaan penyakitnya (Friedman, 1998).

3) *Faktor enabling* (Faktor pemungkin)

Fasilitas kesehatan merupakan sarana penting dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita yang diharapkan dengan prasarana kesehatan yang lengkap dan mudah terjangkau oleh penderita dapat lebih mendorong kepatuhan penderita.

b. Diet Rendah Garam Hipertensi

1) Pengertian Diet hipertensi

Diet hipertensi adalah diet bagi penderita hipertensi yang ditujukan untuk membantu menurunkan tekanan darah dan mempertahankan tekanan darah menuju normal. Selain itu diet hipertensi juga ditujukan untuk menurunkan faktor risiko hipertensi lainnya seperti berat badan yang berlebih, tingginya kadar lemak (kolesterol) dan asam urat dalam darah. Penderita hipertensi yang memiliki tekanan darah lebih dari 160/gram mmHg, selain memerlukan pemberian obat-obatan anti hipertensi juga memerlukan terapi dietetik dan perubahan gaya hidup

2) Perencanaan diet Hipertensi

a) Penurunan massa badan

Hasil berbagai studi menunjukkan bahwa obesitas atau kelebihan massa badan merupakan salah satu faktor risiko yang penting pada hipertensi. Kegemukan atau obesitas mempunyai peran dalam meningkatkan kejadian hipertensi tiga kali lebih besar dibanding yang normal. Penurunan

massa badan berkaitan dengan penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik, terlebih lagi jika dikombinasikan dengan diet rendah garam. Oleh karena itu semua pasien hipertensi wajib disarankan untuk menjaga massa badan pada atau mendekati massa badan yang optimal. Hipertensi pada pasien dengan kelebihan massa badan dapat dicegah melalui penurunan massa badan. Selain itu penurunan massa badan dapat mendukung upaya penurunan dosis obat yang pada akhirnya dapat mendukung penghentian penggunaan obat pada terapi farmakologi (obat)

b) Diet Dash

Vegetarian diketahui mempunyai tekanan darah yang lebih rendah. Selain penurunan berat badan, metode diet DASH juga dapat membantu penurunan tekanan darah sistolik maupun diastolik. Metode diet DASH menyarankan peningkatan konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan masing-masing empat sampai lima porsi per hari, serat (tujuh atau delapan porsi per hari), produk susu rendah lemak (dua atau tiga porsi per hari). Selain itu juga perlu ditingkatkan konsumsi biji-bijian, kacang-kacangan, produk unggas dan telur. Diet DASH menganjurkan pengurangan konsumsi makanan yang mengandung lemak jenuh, kolesterol, daging merah, minuman yang manis dan mengandung gula, dan

garam. Diet DASH menganjurkan konsumsi makanan yang kaya akan kalium, magnesium, kalsium dan serat serta menganjurkan pengurangan konsumsi makanan yang mengandung lemak total, lemak jenuh dan kolesterol.[2]

Meningkatkan pemasukan kalium (4,5 gram atau 120 – 175 mEq/hari) dapat memberikan efek penurunan tekanan darah yang ringan. Selain itu, pemberian kalium juga membantu untuk mengganti kehilangan kalium akibat dan rendah natrium. Pada umumnya dapat dipakai ukuran sedang (50 gram) dari apel (159 mg kalium), jeruk (250 mg kalium), tomat (366 mg kalium), pisang (451 mg kalium) kentang panggang (503 mg kalium) dan susu skim 1 gelas (406 mg kalium). Kecukupan kalsium penting untuk mencegah dan mengobati hipertensi: 2-3 gelas susu skim atau 40 mg/hari, 115 gram keju rendah natrium dapat memenuhi kebutuhan kalsium 250 mg/hari. Sedangkan kebutuhan kalsium perhari rata-rata 808 mg.

c) Pengaturan Makanan

Pengaturan makanan bagi penderita hipertensi sangat dianjurkan dan bertujuan untuk menghindari atau membatasi makanan yang dapat meningkatkan kadar kolesterol darah serta meningkatkan tekanan darah sehingga penderita tidak mengalami stroke atau infark jantung.

d) Pembatasan konsumsi alkohol

Hubungan antara asupan alkohol yang tinggi dan peningkatan tekanan darah telah dibuktikan dalam berbagai penelitian. Peningkatan konsumsi alkohol dapat menyebabkan resistensi terhadap terapi antihipertensi. Sebaliknya penurunan konsumsi alkohol dapat menurunkan tekanan darah pada pria hipertensi yang merupakan peminum alkohol berat. Asupan alkohol (etanol) sebaiknya tidak lebih dari 20 sampai dengan 30 g/hari pada pria dan 10 sampai dengan 20 g/hari pada wanita

e) Pembatasan asupan garam

Penurunan asupan garam 5 mg/hr (85 mmol/hr) dapat mencegah hipertensi, memudahkan pengendalian tekanan darah pada pasien yang sedang dalam pengobatan dan dapat mencegah kejadian kardiovaskuler pada pasien yang kelebihan berat badan. Pengurangan asupan garam baik secara tunggal maupun dikombinasikan dengan penurunan berat badan dapat menurunkan kejadian hipertensi sekitar 20%. Untuk mengurangi asupan garam, pasien hipertensi sebaiknya mengonsumsi makanan yang rendah garam dan membatasi garam yang ditambahkan pada saat memasak. Garam yang dimaksud di sini tidak hanya garam dapur tetapi semua garam (natrium) yang terkandung dalam makanan

awetan atau olahan. Garam Natrium yang ditambahkan ke dalam makanan umumnya berupa ikatan seperti: Natrium Chlorida atau garam dapur, Mono-Natrium Glutamat atau vetsin, Natrium Bikarbonat atau soda kue, Natrium Benzoat untuk mengawetkan buah, Natrium Bisulfit atau senyawa yang digunakan untuk mengawetkan daging seperti Corned beef. Untuk memperbaiki rasa tawar akibat pengurangan garam dapat dilakukan dengan menambah gula merah/putih, bawang (merah/putih), jahe, kencur dan bumbu lain yang tidak asin atau mengandung sedikit garam natrium. Makanan juga dapat ditumis untuk memperbaiki rasa. Sebaiknya penambahan garam dilakukan saat di atas meja makan untuk menghindari penggunaan garam yang berlebih. Dianjurkan untuk selalu menggunakan garam beryodium dan penggunaan garam jangan lebih dari 1 sendok teh per hari.

➤ Macam diet rendah garam

a. Diet garam rendah I (200-400 mgNa)

Diet garam rendah I diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan atau hipertensi berat. Diet ini pada pengolahan makanan tidak ditambahkan garam, dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

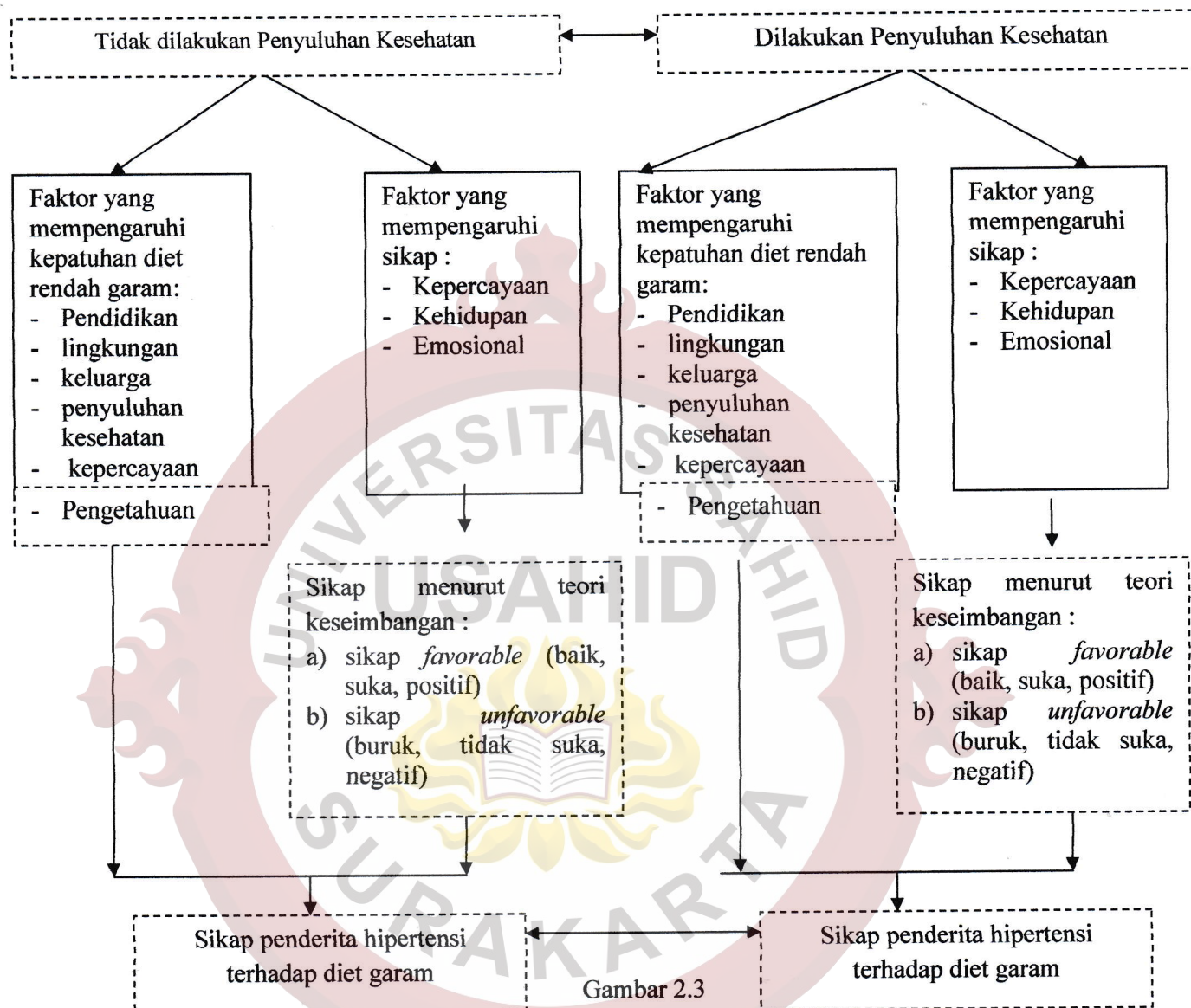
b. Diet garam rendah II (600-1200 mgNa)

Diet garam rendah II diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan atau hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari-hari sama dengan diet garam rendah I. pada pengolahan makanan boleh menggunakan $\frac{1}{2}$ sendok garam dapur (2g). dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

c. Diet garam rendah III (1000-1200 mgNa)

Diet garam rendah III diberikan kepada pasien dengan edema dan atau hipertensi ringan. Pemberian makanan sehari sama dengan diet garam rendah I. Pada pengolahan makanannya boleh menggunakan 1 sendok (4g) garam dapur.

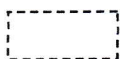
B. Kerangka Teori



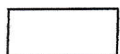
Gambar 2.3

Kerangka Teori Penelitian

Keterangan :



: Yang tidak diteliti

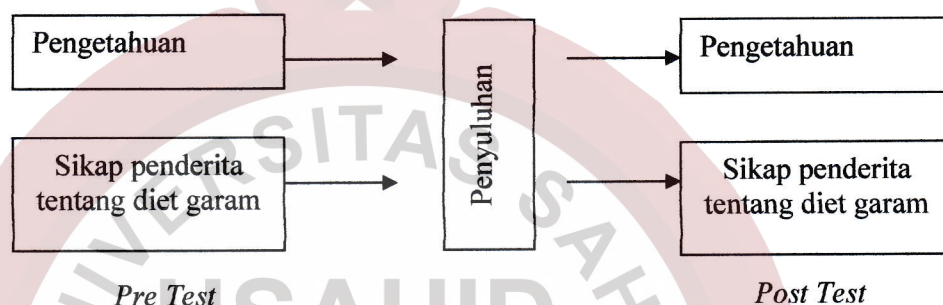


: Yang diteliti

Sumber: Notoatmodjo (2005), Azwar (2005), August (2006), Sunaryo (2005)

C. Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian ini dilakukan berdasarkan pada suatu konsep penelitian dimana variabel bebas adalah sikap dan kepatuhan diet rendah garam pasien hipertensi. Sedangkan variabel terikat adalah penyuluhan pengetahuan kesehatan. pengaruh antara variabel tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.4 Kerangka konsep

D. Hipotesis

Hipotesis adalah dugaan sementara atau jawaban sementara dan masih harus dibuktikan kebenarannya (Sugiyono, 2010). Hipotesis dalam penelitian ini adalah : "Terdapat pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap penderita hipertensi tentang diet rendah garam di Desa Dempul Rt 02 RW 03 Ngembatpadas Gemolong Sragen.