
ANALISIS FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK LANSIA HIPERTENSI DALAM MENGENDALIKAN KESEHATANNYA DI PUSKESMAS MRANGGEN DEMAK



Edy soesanto

Abstrak

Hipertensi merupakan faktor risiko utama penyakit-penyakit kardiovaskular yang merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Data penelitian Departemen Kesehatan RI tahun 2005, menunjukkan hipertensi dan penyakit kardiovaskular masih cukup tinggi dan bahkan cenderung meningkat seiring dengan gaya hidup yang jauh dari perilaku hidup bersih dan sehat, mahal biaya pengobatan hipertensi, persepsi yang keliru dari masyarakat disertai kurangnya sarana dan prasarana penanggulangan hipertensi. Hipertensi sebenarnya merupakan penyakit yang dapat dicegah bila faktor resiko dapat dikendalikan dan berperilaku sehat (*healthy behavior*) yaitu praktik atau kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan, mengendalikan dan meningkatkan kesehatan. Data dari dinas kesehatan Kabupaten Demak, angka kejadian hipertensi mengalami kenaikan dalam kurun waktu tiga tahun terakhir ini. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor faktor yang berhubungan dengan praktik lanjut usia Hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya di wilayah kerja Puskesmas Mranggen, Kabupaten Demak dengan menggunakan pendekatan *study Cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Besar sampel untuk pendekatan kuantitatif adalah 285 responden (*total sampling*). Analisa data dilakukan secara univariat, bivariat dengan *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya ($p = 0,048$), ada hubungan antara dukungan kader kesehatan terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan Praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya ($p = 0,049$), dan ada hubungan antara akses pelayanan kesehatan dengan Praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya ($p = 0,026$). Saran kepada petugas puskesmas agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, melakukan kunjungan rumah, memberikan pendidikan kesehatan khususnya tentang manfaat pengendalian kesehatan bagi lanjut usia hipertensi dan melakukan kerjasama lintas sektoral dalam pelaksanaan program pos pembinaan terpadu (*posbindu*) lanjut usia.

Kata kunci : Praktik, Lanjut usia, Pengendalian kesehatan, Hipertensi

PENDAHULUAN

Hipertensi dikenal sebagai *heterogeneous group of disease*, yang dapat menyerang siapa saja dari berbagai kelompok umur, kelompok usia lanjut merupakan kelompok usia yang paling rentan terkena penyakit hipertensi, serta sosial ekonomi. Kecenderungan berubahnya gaya hidup akibat urbanisasi, modernisasi, dan globalisasi memunculkan sejumlah faktor resiko yang dapat meningkatkan angka kesakitan hipertensi (Fadilah Supari, S. 2007).

Dari 38,8 % lanjut usia yang menderita hipertensi hanya 50 % yang berobat secara teratur (*controlled hypertension*) dan hanya setengahnya yang kontrol dengan baik. Artinya, dari seluruh penderita hipertensi di Indonesia yang terkontrol dengan baik jumlahnya dibawah 10 % (Sanjaya W. 2005) Hal ini mudah dipahami karena hipertensi tidaklah memberikan gejala. Kondisi demikian sesuai dengan sifat hipertensi sebagai si pembunuh diam-diam (*silent killers*), karena banyak masyarakat tidak menaruh perhatian terhadap penyakit yang kadang dianggap ringan oleh mereka, tanpa menyadari jika penyakit ini berbahaya dari berbagai kelainan yang lebih fatal misalnya kelainan pembuluh darah, jantung (kardiovaskuler) dan gangguan ginjal dan banyak pasien yang datang berobat ketika kerusakan vaskuler telah parah (Boedhi Darmojo. 1994).

Data dari dinas kesehatan kabupaten Demak, angka kejadian hipertensi mengalami kenaikan dalam kurun waktu tiga tahun terakhir ini, tahun 2006 sebesar 889 kasus (13,6 %), tahun 2007 sebesar 1235 kasus (16,5 %) dan tahun 2008 sebesar 2173 (17,8%) dan menduduki peringkat pertama 10 besar penyakit lanjut usia. Data di Puskesmas Mranggen Demak dalam 3 tahun terakhir, tahun 2006 sebesar 935 kasus (12 %), tahun 2007 sebanyak 1150 kasus (14,5 %) dan pada tahun 2008 sebesar 1325 kasus (16,3 %) dan merupakan terbanyak ke dua setelah penyakit persendian sebesar 1570 kasus (21 %). Berdasarkan catatan pelaporan dari posyandu lanjut usia Sumber Sehat desa Kangkung, ternyata penyakit hipertensi pada lanjut usia menduduki peringkat pertama yaitu sebesar 64 % (130 orang), penyakit sendi 20 % (41 orang) dari 203 lanjut usia yang terdaftar sebagai anggota posyandu. Dari penderita hipertensi tersebut hanya 32% (42 orang) yang melakukan pemeriksaan secara rutin tiap bulan, selebihnya tidak melakukan secara rutin.

Dari hasil laporan praktek asuhan keperawatan komunitas yang dilakukan mahasiswa S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang di wilayah kerja Puskesmas Mranggen pada bulan Januari – Maret 2009, dari 318 lanjut usia dengan penyakit hipertensi, 145 orang (46 %) melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan, selebihnya tidak melakukan pemeriksaan secara rutin, hal ini disebabkan karena alasan tidak mempunyai uang untuk berobat, merasa tidak enak karena menjadi beban keluarganya, tidak ada yang mengantar karena tinggal sendirian, menganggap penyakitnya adalah penyakit yang ringan sehingga tidak perlu diperiksakan secara rutin.

Seseorang akan melakukan tindakan pencegahan dipengaruhi oleh variabel demografi (pendidikan, pengetahuan, umur dan pekerjaan) dari individu serta petunjuk untuk berperilaku (*cues to action*) yang diduga tepat untuk memulai proses perilaku, yang berasal dari informasi atau nasehat mengenai permasalahan kesehatan tentang hipertensi. Perilaku kesehatan seseorang bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari niat seseorang untuk bertindak (*behavior intention*), dukungan sosial dari keluarga maupun masyarakat sekitarnya (*social support*), adanya akses pelayanan kesehatan (*accessibility of health care*), otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*) serta situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*). (Notoatmodjo.S. 2003).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian *explanatory research* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua lanjut usia yang menderita hipertensi, berumur ≥ 60 tahun keatas dan tinggal diwilayah kerja Puskesmas Mranggen Kabupaten Demak antara bulan Juni - Desember 2009. Besar sampel pada penelitian ini adalah *Total Sampling* yaitu semua lanjut usia yang menderita hipertensi, berumur ≥ 60 tahun keatas dan tinggal diwilayah kerja Puskesmas Mranggen Kabupaten Demak, sebanyak 285 orang. Alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data kuantitatif dalam penelitian ini adalah kuesioner berupa pertanyaan tertulis untuk mengungkap variabel independent dan dependent. jumlah responden 30 lanjut usia. Uji validitas dilakukan dengan uji korelasi *product moment*, sedangkan uji reliabilitas menggunakan uji statistik *cronbach alpha*. Analisis ini menggunakan Uji *Chi Square* dengan $\alpha = 0,05$ (Nursalam,2003).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Praktik Praktik Lansia dalam mengendalikan kesehatannya

Rata rata praktik yang dilakukan oleh responden dalam mengendalikan kesehatannya adalah $5,47 \pm 1,721$ dengan nilai minimum 2 dan maksimum 8. Praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya sebagian besar telah baik, yaitu sebesar 69,1 % dan yang kurang sebesar 30,9 %. tetapi ada sekitar 59,6 % tidak melakukan olah raga secara teratur, 44,2 % masih merokok dan tidak melakukan diet sesuai anjuran sebesar 35,1 % serta 33,7 % masih mengkonsumsi minuman beralkohol.

2. Dukungan Keluarga.

Rata rata dukungan keluarga terhadap responden adalah $9,04 \pm 1,959$ dengan nilai minimum 2 dan maksimum 11. Tingkat Dukungan dari keluarga terbanyak adalah dukungan yang baik sebesar 88,1 % dan dukungan kurang sebanyak 11,9 %. Sebagian besar responden mendapatkan dukungan dari keluarga, tetapi dalam praktik mengendalikan kesehatannya responden tidak mendapatkan dukungan penuh dari keluarga, hal ini ditunjukkan masih ada sebesar 26,3 % keluarga tidak meluangkan waktu untuk responden, 24,9 % tidak mau mengantarkan responden untuk periksa ke pelayanan kesehatan, 21,8 % keluarga tidak membantu segala aktivitas responden dan 18,6 % keluarga tidak menanggung semua biaya pengobatan responden.

Dukungan yang diberikan oleh keluarga lanjut usia hipertensi yang melakukan praktik pengendalian kesehatan dengan baik, adalah mereka telah mengingatkan agar mau periksa, mengingatkan agar minum obatnya teratur, mengantarkan periksa, membantu biaya periksa, mengingatkan untuk mengurangi garam, istirahat cukup, berhenti merokok, menyarankan untuk banyak beribadah dan berdo'a, sedangkan pada keluarga yang lanjut usianya tidak melakukan praktik pengendalian kesehatan dengan baik mengungkapkan bahwa mereka telah melakukan upaya mengingatkan untuk periksa, menganjurkan untuk periksa, makan yang benar, jangan kerja yang berat

Besar kecilnya dukungan yang telah diberikan oleh keluarga juga terkait erat dengan pemahaman keluarga tersebut mengenai persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan akses pelayanan kesehatan.

Dari hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya diperoleh bahwa ada sebanyak 18 (52,9 %) responden yang mempunyai dukungan keluarga kurang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya dengan baik. Sedangkan responden yang mempunyai dukungan keluarga baik ada 179 (71,3 %) yang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya dengan baik, dan bahwa ada sebanyak 16 (47,1 %) responden yang mempunyai dukungan keluarga kurang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya kurang baik. Sedangkan responden yang mempunyai dukungan keluarga baik ada 72 (28,7 %) yang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya kurang baik.

Hasil uji statistik dengan uji *Chi Square* diperoleh nilai $p = 0,048$ dengan tingkat kesalahan 5 % maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya.

Dukungan sosial dapat dianggap sebagai sesuatu keadaan yang bermanfaat, pemberian bantuan bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya dan sebagai keberadaan dan kesediaan orang-orang yang berarti, yang dapat dipercaya untuk membantu, mendorong, menerima, dan menjaga individu. Dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai, dan mencintainya. Keluarga merupakan sumber dukungan sosial karena dalam hubungan keluarga tercipta hubungan yang saling mempercayai. Individu sebagai anggota keluarga akan menjadikan keluarga sebagai kumpulan harapan, tempat bercerita, tempat bertanya, dan tempat mengeluarkan keluhan-keluhan bilamana individu sedang mengalami permasalahan (Walgito, 2003). Menurut teori Green bahwa dukungan sosial merupakan salah satu faktor yang memperkuat seseorang untuk melakukan suatu perilaku tertentu (Notoadmodjo, 2003).

Dukungan keluarga bisa berupa dukungan emosional, instrumental, informasi, dan penilaian (Budiman, 2007). Dukungan emosional melibatkan kekuatan jasmani dan keinginan untuk percaya pada orang lain sehingga individu yang bersangkutan menjadi yakin bahwa orang lain tersebut mampu memberikan cinta dan kasih sayang kepadanya, dukungan Instrumental, berupa penyediaan sarana untuk mempermudah atau menolong orang lain se-

bagai contohnya adalah peralatan, perlengkapan, dan sarana pendukung lain dan termasuk didalamnya memberikan peluang waktu. Dukungan informatif berupa pemberian informasi untuk mengatasi masalah pribadi yaitu dengan pemberian nasehat, pengarahan, dan keterangan lain yang dibutuhkan oleh individu yang bersangkutan serta dukungan penilaian berupa peran sosial yang meliputi umpan balik, perbandingan sosial, dan afirmasi (persetujuan).

Hasil *cross chek* dengan keluarga responden menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga responden telah memahami faktor yang beresiko terjadinya kekambuhan, komplikasi yang mungkin terjadi, manfaat melakukan pengendalian kesehatan beserta hambatan-hambatan yang mungkin terjadi serta akses yang didapat dalam upaya praktik pengendalian kesehatan lanjut usia hipertensi. Dukungan yang telah diberikan oleh keluarga berupaya mengingatkan agar mau periksa, mengingatkan agar minum obatnya teratur, mengantarkan periksa, membantu biaya periksa, mengingatkan untuk mengurangi garam, istirahat cukup, berhenti merokok, menyarankan untuk banyak beribadah dan berdo'a. Hal ini memberikan gambaran bahwa dengan dukungan keluarga yang baik akan mendorong lanjut usia hipertensi untuk melakukan praktik pengendalian kesehatannya dengan baik pula.

3. Dukungan Kader Kesehatan.

Rata rata dukungan kader terhadap responden adalah $2,86 \pm 2,152$ dengan nilai minimum 1 dan maksimum 7. Tingkat dukungan dari kader kesehatan terbanyak adalah dukungan yang baik sebesar 51,2 % dan dukungan kurang sebanyak 48,8 %. Responden yang mendapatkan dukungan dari kader kesehatan yang baik dan kurang mendapatkan dukungan adalah cukup berimbang, hal ini ditunjukkan sekitar 58,2 % kader kesehatan memberikan nasehat tentang penyakit yang diderita lanjut usia, 55,1 % kader kesehatan mengingatkan untuk melakukan pemeriksaan secara berkala, 53,3 % mengajarkan cara perawatan dan 52,3 % menyarankan untuk banyak istirahat, sedangkan dukungan kader kesehatan yang kurang ditunjukkan dari 87 % kader kesehatan tidak mengantar ke pelayanan kesehatan, 79,3 % tidak mengajarkan senam, dan 67,4 % kader kesehatan tidak menyelenggarakan posyandu lansia.

Dari hasil analisis hubungan antara dukungan kader kesehatan terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan Praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya diperoleh bahwa ada sebanyak 98 (75,4 %) responden yang mempunyai dukungan kader kesehatan kurang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya dengan baik.

Sedangkan responden yang mempunyai dukungan kader kesehatan baik ada 99 (63,9 %) yang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya dengan baik, dan bahwa ada sebanyak 32 (24,6%) responden yang mempunyai dukungan kader kesehatan kurang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya kurang baik. Sedangkan responden yang mempunyai dukungan kader kesehatan baik ada 56 (36,1 %) yang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya kurang baik. Hasil uji statistik dengan uji *Chi Square* diperoleh nilai $p = 0,049$ dengan tingkat kesalahan 5 % maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan kader kesehatan terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan Praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya

Dukungan sosial bagi lansia sangat diperlukan selama lansia sendiri masih mampu memahami makna dukungan sosial tersebut sebagai penyokong/penopang kehidupannya, namun dalam kehidupan lansia seringkali ditemui bahwa tidak semua lansia mampu memahami adanya dukungan sosial dari orang lain, sehingga walaupun ia telah menerima dukungan sosial tetapi masih saja menunjukkan adanya ketidakpuasan, yang ditampilkan dengan cara menggerutu, kecewa, kesal dan sebagainya. Hal ini dapat terjadi karena dukungan yang diberikan tidak cukup, lanjut usia merasa tidak perlu dibantu atau terlalu khawatir secara emosional sehingga tidak memperhatikan dukungan yang diberikan, dukungan yang diberikan tidak sesuai dengan apa yang dibutuhkan lanjut usia, sumber dukungan memberikan contoh buruk pada lanjut usia, seperti melakukan atau menyarankan perilaku tidak sehat dan terlalu menjaga atau tidak mendukung lanjut usia dalam melakukan sesuatu yang diinginkannya. Keadaan ini dapat mengganggu praktik pengendalian kesehatan yang seharusnya dilakukan oleh lanjut usia dan menyebabkan lanjut usia menjadi tergantung pada orang lain.

Dalam penelitian ini dukungan yang telah diberikan oleh kader kesehatan meliputi: mengingatkan lanjut usia untuk melakukan pemeriksaan secara berkala, menyarankan untuk banyak istirahat, mengantar ke pelayanan kesehatan, memberikan nasehat tentang penyakit, menyelenggarakan posyandu lansia, mengajarkan senam lansia dan mengajarkan cara perawatan. Ada beberapa dukungan kader kesehatan yang dirasakan oleh responden belum optimal diantaranya adalah mengantar ke pelayanan kesehatan, mengajarkan senam lansia dan menyelenggarakan posyandu lansia, hal ini disebabkan adanya keterbatasan jumlah kader kesehatan yang aktif di tiap desa, sebagian besar pelaksanaan posyandu lansia masih bergabung dengan posyandu balita.

Sedangkan hasil *cross check* dengan keluarga responden tentang dukungan yang telah diberikan kader kepada lanjut usia hipertensi menunjukkan sebagian besar keluarga responden mengatakan kader kesehatan telah mengadakan posyandu, senam, memberi nasehat tentang penyakitnya, dan mengajarkan untuk hidup sehat. Sedangkan menurut pendapat kader kesehatan sendiri, mereka telah mengingatkan untuk periksa, menyarankan untuk banyak istirahat, memberi nasehat, mengajak keposyandu dan mengajarkan cara perawatan.

Dengan demikian semakin baik dukungan kader kesehatan terhadap lanjut usia hipertensi maka akan meningkatkan upaya lanjut usia hipertensi untuk mengendalikan kesehatannya serta ditunjang dengan pemahaman yang baik tentang faktor yang beresiko terjadinya kekambuhan, komplikasi yang mungkin terjadi, manfaat melakukan pengendalian kesehatan beserta hambatan-hambatan yang mungkin terjadi serta akses yang didapat dalam upaya praktik pengendalian kesehatan lanjut usia hipertensi maka kemampuan memberikan dukungan kepada lanjut usia hipertensi untuk melakukan praktik pengendalian kesehatannya juga akan semakin meningkat.

4. Akses Pelayanan Kesehatan.

Rata rata akses pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh responden adalah 4,51 ± 1,426 dengan nilai minimum 1 dan maksimum 6. Tingkat Akses pelayanan keseha-

tan yang baik merupakan Akses pelayanan kesehatan yang terbesar, yaitu sebesar 71,9 %. Responden yang mendapatkan akses pelayanan kesehatan dengan baik, tetapi ada sekitar 33 % tidak mudah untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan, 29,1 % mendapatkan pelayanan yang lambat, 24,6 % responden tidak mendapatkan akses dengan murah serta 23,5 % tidak mendapatkan akses secara terus menerus selama dibutuhkan.

Dari hasil analisis hubungan antara akses pelayanan kesehatan (*accessibility of health care*) dengan praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya diperoleh bahwa ada sebanyak 47 (58,8 %) responden yang mempunyai akses pelayanan kesehatan kurang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya dengan baik.

Sedangkan responden yang mempunyai akses pelayanan kesehatan baik ada 150 (73,2 %) yang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya dengan baik, dan bahwa ada sebanyak 33 (41,3 %) responden yang mempunyai akses pelayanan kesehatan kurang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya kurang baik. Sedangkan responden yang mempunyai akses pelayanan kesehatan baik ada 55 (26,8 %) yang melakukan praktik mengendalikan kesehatannya kurang baik. Hasil uji statistik dengan uji *Chi Square* diperoleh nilai $p = 0,026$ dengan tingkat kesalahan 5 % maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara akses pelayanan kesehatan dengan Praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya.

Penggunaan fasilitas kesehatan oleh lanjut usia masih ada yang belum mampu mengaksesnya hal ini dikarenakan biaya kesehatan semakin mahal, pada pihak lain subsidi pemerintah untuk biaya kesehatan sangat kecil yaitu hanya mencapai 2-3 % Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Menurut WHO Indonesia merupakan salah satu negara dengan anggaran kesehatan terkecil yaitu kurang dari 2% *Gross Domestic Bruto* (GDB) selain Somalia (Prasetyo, 2007). Dengan demikian sebagian besar biaya kesehatan (70 %) ditanggung oleh masyarakat dan dari biaya tersebut 85 % dibayar secara langsung oleh masyarakat dari kantong sendiri dan hanya sebagian kecil (sekitar 15 %) saja dibayar melalui asuransi. Akibatnya masyarakat harus menyediakan dana tunai apabila mereka memerlukan pemeliharaan kesehatan dan bagi yang tidak mampu menyediakan dana tunai, mereka tidak akan akses atau mendapatkan pelayanan kesehatan.

Akses terhadap pelayanan kesehatan bisa diartikan baik apabila ada ketersediaan pelayanan kesehatan yang kontinu/terus menerus, sehingga jika masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan mereka dapat menggunakannya tanpa dibatasi waktu, adanya kemudahan dan kecepatan masyarakat dapat segera memperoleh pelayanan dari tenaga/fasilitas kesehatan, yang dalam hal ini berkaitan dengan aspek geografis, jarak tempuh, kemudahan alat transportasi, tingkat kesulitan medan, biaya pelayanan kesehatan yang tidak memberatkan/terjangkau masyarakat, khususnya bagi masyarakat miskin dan tidak kalah pentingnya bahwa aspek mutu harus memperhatikan tingkat kesempurnaan pelayanan, artinya memuaskan dengan tatacara yang etis dan standar yang ditetapkan.

Menurut responden dalam penelitian ini akses yang mereka dapatkan selama ini sudah cukup baik, tetapi ada beberapa responden yang tidak mudah untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan, mendapatkan pelayanan yang lambat, mahal dan tidak mendapatkan akses

secara terus menerus selama dibutuhkan. Dengan demikian akses pelayanan kesehatan memegang peranan penting dalam upaya praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya, semakin baik akses pelayanan kesehatan akan semakin baik pula praktik pengendalian kesehatannya.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa 69,1 % responden mempunyai praktik pengendalian kesehatan yang baik dan selebihnya 30,9 % mempunyai praktik pengendalian kesehatan yang kurang antara lain: ada sekitar 59,6 % tidak melakukan olah raga secara teratur, 44,2 % masih merokok dan tidak melakukan diet sesuai anjuran sebesar 35,1 % serta 33,7 % masih mengkonsumsi minuman beralkohol. 88,1 % responden mendapatkan dukungan keluarga yang baik dan selebihnya 11,9 % mempunyai dukungan keluarga yang kurang. 51,2 % responden mendapatkan dukungan dari kader kesehatan dengan baik dan selebihnya 48,8 % kurang mendapatkan dukungan dari kader kesehatan. 71,9 % responden mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang baik dan 28,1 % mempunyai akses pelayanan kesehatan yang kurang. Ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya. Dukungan keluarga yang kurang, praktik pengendalian kesehatannya akan kurang pula. Ada hubungan antara dukungan kader kesehatan terhadap lanjut usia yang menderita penyakit hipertensi dengan praktik lanjut usia Hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya. Dukungan kader kesehatan yang kurang, praktik pengendalian kesehatannya akan kurang pula. Ada hubungan antara akses pelayanan kesehatan dengan praktik lanjut usia hipertensi dalam mengendalikan kesehatannya. Akses pelayanan kesehatan yang kurang, maka praktik pengendalian kesehatannya akan kurang pula.

Edy soesanto	Dosen Universitas Muhammadiyah Semarang
--------------	---

KEPUSTAKAAN

Sanjaya W, Alkatiri A. H. *Current trends of treatment in hypertension*. Cermin Dunia Kedokteran. 2005.

Joewono, Boedi Soesetyo. *Permasalahan dan Penanggulangan Hipertensi di Indonesia masa kini dan masa mendatang*, Email: Library@lib.unair.ac.id Faculty of Medical Airlangga University Created: 20-09-2009.

Adre Mayza, Dr. Sp.S(K) . *Hipertensi Faktor Risiko Utama Penyakit Kardiovaskular*, 2009. <http://dkknnk.com/www/index.php>

- Armilawaty;Husnul Amalia; Ridwan Amiruddin .*Hipertensi dan Faktor Risikonya Dalam Kajian Epidemiologi* .Bagian Epidemiologi FKM UNHAS 2007.
- Sanjaya W, Alkatiri A. H. *Current trends of treatment in hypertension*. Cermin Dunia Kedokteran. 2005.
- Boedhi-Darmojo R, Sutedjo, Setianto B. *Presentasi dan diskusi Survey II Monica Jakarta 1993.*: Balitbang Depkes RI, Jakarta .1994.
- Fadilah Supari. S., *Prevalensi Hipertensi di Indonesia 17 – 21 %*. 2007. [http:// www.madina-sk.com](http://www.madina-sk.com).
- Puskesmas Mranggen Demak, *Laporan SP2TP*, 2009
- Notoatmodjo . S. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Yogyakarta, 2003.
- Notoatmodjo.S. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, , PT. Rineka Cipta. Jakarta 2005
- Sarwono.S. *Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep beserta Aplikasinya*, Gajahmada University Press, Jogjakarta. 1997.
- Smeltzer S. C, Bare B. G. *Keperawatan medikal-bedah*. Vol 1. Alih Bahasa Agung W. Ed 8. Jakarta,EGC. 2002.
- Tambayong J.2000. *Patofisiologi untuk keperawatan*. Jakarta,EGC.
- Wiryowidagdo S, Sitanggang M.. *Tanaman obat untuk penyakit jantung, darah tinggi, dan kolesterol*. Jakarta,AgroMedia Pustaka. 2005
- Syarif A, Setiawati A, Muchtar A. dkk. *Farmakologi dan terapi*. Edisi 3. Editor: Sulistia G Geniswarna. Jakarta,Fakultas Kedokteran – Universitas Indonesia. 2002.
- Price S. A. Wilson L. M. *Patofisiologi*. Buku 2, Ed 4. Alih bahasa: Peter Anugerah. Jakarta,EGC. 2000.
- Smeltzer S. C, Bare B. G. *Keperawatan medikal-bedah*. Vol 2. Alih Bahasa Agung W. Ed 8. Jakarta,EGC.
- Gayong W, F.. *Fisiologi kedokteran*. Edisi 20. Alih bahasa: M. Djauhari W. EGC, Jakarta. 2003

- Harrison.. *Prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam*. Volume 3. Alih bahasa: Ahmad H. Asdie. Jakarta,EGC. 2000
- Vitahealth..*Hipertensi*.Jakarta.PT Gramedia Pusaka Utama. 2006
- Depkes RI, *Pedoman Penyelenggaraan Posyandu Lansia*, Depkes RI, Jakarta, 2005.
- Nugroho, Wahyudi. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta : EGC. 2000.
- Watson, Roger. *Caring for elderly people*. UK : Bailliere Tindall Ltd. 1993.
- Dep.Kes. RI. *Upaya pelayanan kesehatan jiwa usia lanjut..* [http://www. Dep.Kes.RI./com/ usia/1606 htm](http://www.Dep.Kes.RI./com/usia/1606.htm). diakses 21 Februari 2006.
- Darmojo, B. R. & Martono, H. *Buku ajar Geriatri : Ilmu kesehatan usia lanjut*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2000.
- Hardywinoto & Setiabudhi, T. *Panduan Gerontologi : Tinjauan dari berbagai aspek*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama. 2005.
- Stone, Virginia. *Gerontological Nursing : Concepts and Practice* . Philadelphia: Company: WB. Saunders. 1998.
- Soejono, HC. *Pedoman pengelolaan kesehatan pasien geriatri : Untuk Dokter & Perawat*. Jakarta : Penerbit FKUI. 2000.
- Stuart, GW. & Laraia, MT. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 5th ed. Philadelphia : Mosby Compay. 2001.
- Tyson, S.R. *Gerontological Nursing Care*, Philadelphia : WB. Saunders Company. 1999.
- Friedman M, M. *Family Nursing : Research, Theory and Practice*. California : Appleton & Lange.1998.
- Effendy, N. *Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat*. Jakarta : EGC.1998.
- Mansjoer A. *Kapita selekta kedokteran*. Jakarta, Media Aesculapius.2001.
- Kotler, Philip. *Marketing Manajemen: Analysis, Planning, implementation, and Control 9th Edition*, Prentice Hall International, Int, New Yersey.2000.

Abstract

Based on
7 man ad
7 adoles
prohibit it
watchful
among a
watchful
sectional.
random s
and boun
spearmar
big as 50
alcoholic
drinks - li
connectio
alcoholic
that can t
give affec
factor ko
furtherme
be canva
consideri

Key word

LATAR BI

Robbins, S.P. *Perilaku Organisasi*. Jilid I. Jakarta: PT INDEKS Kelompok Garmedia.2003.

Walgito, Bimo. *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Andi Offset.2003.

Rosyadi, I. *Keunggulan kompetitif berkelanjutan melalui capabilities-based competition: Memikirkan kembali tentang persaingan berbasis kemampuan*. Jurnal BENEFIT, vol. 5, No. 1, Juni 2001. Surakarta: Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2001.

Mar'at. *Sikap Manusia Perubahan Serta Pengukurannya*. Jakarta: Ghalia Indonesia. 1991.