BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi disebut sebagai "pembunuh diam-diam" karena gejalanya sering tanpa keluhan. Biasanya penderita tidak mengetahui kalau dirinya mengidap hipertensi dan baru diketahui kalau dirinya mengidap hipertensi setelah terjadi komplikasi. Kebanyakan orang merasa sehat dan energik walaupun hipertensi, keadaan ini tentu sangat berbahaya dan dapat menyebabkan kematian mendadak pada masyarakat. Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis, yakni mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia. Hipertensi merupakan gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas normal (Depkes, 2018).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2015, menunjukkan sekitar 1,13 milliar orang di dunia menderita hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis menderita hipertensi, hanya 36,8% di antaranya yang minum obat dan sebanyak 9,4 juta orang meninggal karena hipertensi. Terdapat 45% kematian akibat penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke disebabkan oleh hipertensi (Depkes RI, 2018) .

Menurut *American Heart Association* (AHA), penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 95 % kasus tidak diketahui penyebabnya (Pusat Data dan Informasi Kementerian RI, 2016). Data *World Health Organization* (WHO) menyebutkan ada 50%-70% pasien yang tidak patuh terhadap obat antihipertensi yang diresepkan. Rendahnya kepatuhan terhadap pengobatan hipertensi berpotensi menjadi penghalang tercapainya tekanan darah yang terkontrol dan dapat dihubungkan dengan peningkatan biaya/rawat inap serta komplikasi penyakit jantung (WHO, 2013).

Di Indonesia, prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui diagnosis dokter pada penduduk usia 18 tahun ke atas sebesar 8,4%. Berdasarkan proporsi riwayat minum obat dan alasan tidak minum obat pada penduduk hipertensi berdasarkan diagnosis dokter atau minum obat pada tahun 2018 adalah sebesar 54,4% rutin minum obat, 32,3% tidak rutin minum obat dan 13,3% yang tidak minum obat antihipertensi (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2018 kasus hipertensi termasuk yang cukup tinggi dari 10 penyakit terbanyak wilayah Kabupaten Kampar. Penderita hipertensi sebanyak 36546 orang dengan prevalensi 12% dari jumlah seluruh 10 penyakit terbanyak tahun 2018. Hipertensi termasuk urutan kedua setelah penyakit Nasafaringitis akut sebanyak 69732 dengan prevalensi 23% di Kabupaten Kampar.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2018, Puskesmas yang angka penderita hipertensi tertinggi dari 10 Puskesmas Kabupaten Kampar dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut :

Tabel 1.1 : Distribusi Frekuensi Penderita Hipertensi di Puskesmas di Kabupaten Kampar Tahun 2018.

No	Nama Puskesmas	Jumlah
1	**Kampa**	**3707**
2	Siak Hulu II	3021
3	Kampar	2803
4	Tapung II	2400
5	Kuok	2166
6	Bangkinang Seberang	1910
7	Tapung Hulu II	1824
8	Rumbio Jaya	1722
9	Kampar Utara	1441
10	Salo	1384
	Total	22378

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar 2018

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat bahwa puskesmas penderita hipertensi tertinggi berada di Kabupaten Kampa. Dari tabel tersebut, terdapat jumlah penderita hipertensi yang ada di Puskesmas Kampa Tahun 2018 adalah 3707 orang.

Dari data UPTD Puskesmas Kampa tahun 2018 diperoleh data penderita penyakit hipertensi berada pada peringkat ke-1 dengan jumlah penderita 3244 orang, dan pada tahun 2019 pada bulan Maret jumlah surveilans kasus PTM penderita hipertensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 1.2 : Surveilans Kasus PTM di UPTD Puskesmas Kampa pada bulan Januari bulan Maret Tahun 2019.

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1	**Hipertensi**	**238**
2	Rheumatoid Arthritis (RA)	221
3	Obesitas	195
4	Diabetes Melitus	59
5	Cedera Akibat Kecelakaan Lalu Lintas	16
6	Jantung Koroner	9
7	Stroke	0
8	Gagal Ginjal Kronik	0
9	Osteoporosis	0
10	PPOK	0
	Total	858

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar 2018

Dari tabel 1.2 diatas dapat dilihat bahwa penderita hipertensi menempati urutan pertama sebanyak 238 penderita dari Surveilans kasus PTM di UPTD Puskesmas Kampa. Penyakit hipertensi perlu mendapat penanganan dan pengobatan yang serius karena sudah ada penderita Jantung Koroner sebanyak 9 orang yang merupakan komplikasi dari penyakit hipertensi. Apabila tidak mendapat penanganan yang tepat akan menyebabkan banyak terjadi komplikasi lainnya dan juga dapat menyebabkan kematian.

Pengetahuan merupakan tingkat perilaku penderita dalam melaksanakan pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain. Pengetahuan yang harus dimiliki oleh pasien hipertensi meliputi arti penyakit hipertensi, penyebab hipertensi, gejala yang sering menyertai dan pentingnya melakukan

pengobatan yang teratur dan terus-menerus dalam jangka panjang serta mengetahui bahaya yang ditimbulkan jika tidak minum obat (Pramestutie, 2016).

Kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi sangat penting karena dengan minum obat antihipertensi secara teratur dapat mengontrol tekanan darah pada penderita hipertensi, sehingga dalam jangka panjang risiko kerusakan organ-organ seperti jantung, ginjal, dan otak dapat dikurangi. Obat antihipertensi yang tersedia saat ini terbukti dapat mengontrol tekanan darah pada pasien hipertensi, serta sangat berperan dalam menurunkan risiko berkembangnya komplikasi kardiovaskuler. Namun penggunaan antihipertensi saja terbukti tidak cukup menghasilkan efek kontrol tekanan darah jangka panjang apabila tidak didukung dengan kepatuhan dalam mengkonsumsi antihipertensi tersebut (Saepuddin dkk, 2011).

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di UPTD Puskesmas Kampa dengan mewawancarai 6 orang penderita hipertensi. Hasil wawancara didapatkan 2 penderita hipertensi mengetahui tentang hipertensi dan mengetahui pengobatan seperti kapan harus mengkomsumsi obat antihipertensi, dan mengetahui bahaya yang ditimbulkan jika berhenti mengkonsumsi obat antihipertensi tanpa anjuran dari dokter. Sedangkan 4 orang penderita hipertensi kurang mengetahui tentang hipertensi dan tidak mengetahui bahaya apa yang ditimbulkan jika tidak teratur mengkonsumsi obat antihipertensi tanpa anjuran dokter.

Berdasarkan data tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **"Hubungan Pengetahuan Penderita Hipertensi tentang Hipertensi dengan Kepatuhan Minum Obat AntiHipertensi di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kampa Tahun 2019".**

A. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah yang akan diteliti yaitu: "apakah ada hubungan pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat antihipertensi di wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampa ?".

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Mengetahui hubungan pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat antihipertensi.

2. Tujuan Khusus

   a. Mengetahui pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi di Wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampa.

   b. Mengetahui kepatuhan minum obat antihipertensi pada penderita hipertensi di Wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampa.

   c. Mengetahui hubungan pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi terhadap kepatuhan minum obat antihipertensi di Wilayah kerja UPTD Puskesmas Kampa

C. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

   Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan teori dan menambah hasil informasi ilmiah yang berhubungan dengan pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat antihipertensi.

2. Aspek Praktis

   a. Bagi pasien, sebagai informasi agar mengetahui tentang hipertensi sehingga dapat mengontrol tekanan darah dengan meminum obat antihipertensi.

   b. Bagi peneliti, hasil penelitian ini dapat memahami pemberian terapi yang tepat pada pasien hipertensi dan dapat memberikan pengertian tentang hipertensi sehingga pasien patuh minum obat antihipertensi.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teoritis

1. Hipertensi

a. Defenisi Hipertensi

Hipertensi juga didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg, dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg. Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tenakan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari satu periode. Hal ini terjadi bila arteriole-arteriole kontriksi. Kontriksi arteriole membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri (Udjianti, 2011).

Hipertensi merupakan gangguan asimptomatik yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah secara persisten, dimana diagnosa hipertensi pada orang dewasa ditetapkan paling sedikit dua kunjungan dimana lebih atau pada 140/90 mmHg (WHO, 2011).

Dari beberapa defenisi diatas, dapat disimpulkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas normal, yaitu tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan diatolik diatas 90 mmHg.

b. Klasifikasi

Klasifikasi Hipertensi Menurut *JNC VII (Joint National Committe)* dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VII

Klasifikasi	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-139	80 – 89
Hipertensi stadium I	140 – 159	90 – 99
Hipertensi stadium II	160 – 179	100 – 109

Sumber: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2016

Menurut JNC VII *(Joint National Committe)* batas normal tekanan darah adalah 120-140 sistolik dan diastolik 80-90 diastolik. Seseorang dikatakan mengidap hipertensi bila tekanan darahnya >140 mmHg tekanan sistolik dan >90 mmHg tekanan diastolik.

Menurut Soparman (1999) dalam Udjianti (2011), memberikan batasan hipertensi dengan memperhatikan usia dan jenis kelamin sebagai berikut :

1. Pria berusia < 45 tahun, dikatakan hipertensi bila tekanan darah ≥130/ 90 mmHg.
2. Pria berusia > 45 tahun, dikatakan hipertensi bila tekanan darah ≥145/ 95 mmHg.

3. Wanita berusia > 45 tahun, dikatakan hipertensi bila tekanan darah ≥ 160/ 95 mmHg.

c. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua golongan :

1) Hipertensi esensial atau hipertensi primer.

Merupakan 90% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi esensial yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya *(idiopatik)*. Beberapa faktor diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial seperti berikut ini:

a) Genetik : Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.

b) Jenis kelamin dan usia : laki-laki yang berusia 35-50 tahun dan wanita pasca menopause berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi.

c) Diet : komsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.

d) Berat badan : obesitas (> 25% di atas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.

e) Gaya hidup : merokok dan komsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, bila gaya hidup menetap.

2) Hipertensi Sekunder

Merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid. Faktor pencetus munculnya hipertensi sekunder antara lain : penggunaan kontrasepsi oral, coarctation aorta, neurorogenik (tumor otak, ensafalitis, gangguan psikiatri) kehamilan, peningkatan volume intravaskuler, luka bakar, dan stress (udjianti, 2011).

d. Faktor Risiko Hipertensi

Faktor-faktor risiko ini digolongkan menjadi yang dapat dapat diubah dan tidak dapat diubah. Menurut Black dan Hawks, faktor risiko hipertensi yaitu:

1) Faktor yang dapat tidak dikontrol

Menurut Black dan Hawks, faktor risiko hipertensi yang tidak dapat dikontrol yaitu:

a) Usia

Hipertensi primer biasanya muncul antara 30-50 tahun. Peristiwa hipertensi ini meningkat denga usia, 50-60% klien yang berumur lebih dari 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi sistolik terisolasi umumnya terjadi pada orang

yang berusia lebih dari 50 tahun, dengan hamper 24% dri semua orang terkena pada usia 80 tahun.

b) Jenis Kelamin

Pada keseluruhan insiden, hipertensi lebih banyak terjadi pada pria disbanding wanita sampai kira-kira usia 55 tahun. Risiko pada pria dan wanita hamper sama antarsa usia 55 sampai 74 tahun, kemudian, seetelah 74 tahun, wanita berisiko lebih besar.

c) Riwayat Keluarga

Hipertensi dianggap poligenik dan multifactorial, yaitu

pada seseorang denga riwayat hipertensi keluarga, beberapa gen mungkin nerinteraksi dengan yang lainnya dan juga lingkungan yang dapar menyebabkan tekanan darag naik dari waktu ke waktu.

d) Etnis

Statistik moralitas mengindikasikan bahwa angka kematian pada wanita berkulit putih dewasa dengan hipertensi lebih rendah pada angka 4,7%, pria berkulit putih pada tingkat terendah yaitu berikutnya yaitu 6,3%, dan pria berkulit hitam pada tingkat terendah berikutnya yaitu 22,5%, angka kematian tertinggi pada wanita berkulit hitm pada angka 29,3%. Alasan peningkatan prevalensi hipertensi diantara orang berkulit hitam tidaklah jelas, akan tetapi peningkatannya dikaitkan dengan kadar renin yang

lebih rendah, sensitivitas yang lebih besar terhadap vasopresin, tingginya asupan garam, dan tingginya stress lingkungan.

2) Faktor yang dapat diubah

a) Diet Tinggi garam

Garam dapur merupakan factor yang sangat berpengaruh dalam pathogenesis hipertensi. Hipertensi hampir tidak pernah ditemukan pada suku bangsa dengan asupan garam yang minimal. Jika asupan garam antara 5-15 grap perhari, prevalensi hipertensi akan meningkat.

Garam mengandung 40% sodium dan 60% klorida. Orang-orang peka sodium lebih mudah meningkatkan sodium, yang menimbulkan retensi cairan dan peningkatan tekanan darah. Garam berhubungan erat dengan terjadinya tekanan darah tinggi. Garam mempunyai sifat menahan air. Mengkonsumsi garam lebih atau makan makanan yang diasinakn dengan sendirinya akan menaikkan tekanan darah (Manuntung, 2018).

Sebaiknya hindari pemakaian garam yang berlebihan atau makanan yang diasinkan. Hal itu tidak berarti menghentikan pemakaian garam sama sekali dalam makanan. Namun, sebaiknya penggunaan garam dibatasi seperlunya.

b) Merokok

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

c) Obesitas

Obesitas terutama pada tubuh bagian atas (tubuh berbentuk "apel"), dengan meningkatnya jumlah lemak sekitar diafragma, pinggang, dan perut, dihubungkan dengan pengembangan hipertensi. Orang dengan kelebihan berat badan tetapi mempunyai kelebihan paling banyak di pantat, pinggul, dan paha (tubuh berbentu "pear") berada pada risiko jauh lebih sedikit untuk pengembangan hipertensi sekunder dari pada peningkatan berat badan saja. Kombinasi obesitas dengan factor-faktor lain

dapat ditandai dengan sindrom metabolism, yang juga meningkatkan risiko hipertensi (Black dan Hawks, 2009).

d) Stress

Stress meningkatkan resistensi vaskular perifer dan curah jantung serta menstimulasi aktivitas system saraf simpatis. Dari waktu ke waktu hipertensi dapat berkembang. Stressor banyak hal, mulai dari suara, infeksi, peradangan, nyeri, berkurangnya suplai oksigen, anas, dingin, trauma, pengerahan tangan berkepanjangan, respond pada peristiwa kehidupan, obesitas, usia tua, obat-obatan, penyakit pembedahan dan pengobatan medis dapat memicu respon stress. Rangsangan berbahaya ini dianggap oleh seseorang sebaga iancaman atau dapat menyebabkab bahaya, kemudaia sebuah respond psikopatologis "melawan-atau-lari" (fight or flight) di prakarsai dalam tubuh. Jika respon stress menjadi berlebihan atau berkepanjangan, disfungsi organ sasaran atau penyakit akan dihasilkan (Black dan Hawks, 2009).

d. Manifestasi Klinis

Biasanya tanpa gejala atau tanda-tanda peringatan hipertensi dan sering disebut "*silent killer"*. Pada kasus hipertensi berat, gejala yang

dialami klien antara lain : sakit kepala (rasa berat di tengkuk), palpitasi, kelelahan, *nausea*, *vomiting, ansietas*, keringat berlebihan, tremor otot, nyeri dada, *epistaksis*, pandangan kabur atau ganda, *tinnitus* (telinga berdenging), serta kesulitan tidur (Udjianti, 2011).

e. Komplikasi

Komplikasi hipertensi berupa kerusakan organ pada jantung, otak, ginjal, mata dan pembuluh darah perifer. Pada jantung dapat terjadi *hipertrofi ventrikel* kiri sampai gagal jantung, pada otak dapat terjadi stroke karena pecahnya pembuluh darah serebral dan pada ginjal dapat menyebabkan penyakit ginjal kronik sampai gagal ginjal. Pada mata dapat terjadi retinopati hipertensif berupa bercak-bercak perdarahan pada retina dan *papil nervus optikus*. Selain itu, hipertensi merupakan faktor resiko terjadinya *aterosklerosis* dengan akibat penyakit penyakit jantung *(angina pektoris* sampai *infark miokard*) dan *stroke iskemik* (Udjianti, 2011).

f. Penatalaksanaan

1) Terapi Non farmakologis

Terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan melakukan pengendalian faktor resiko, yaitu :

a) Makan Gizi Seimbang

Modifikasi diet terbukti dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Dianjurkan untuk makan buah dan sayur 5 porsi per-hari, karena cukup mengandung kalium yang dapat menurunkan tekanan darah sistolik (TDS) 4,4 mmHg dan tekanan darah diastolik (TDD) 2,5 mmHg. Asupan natrium hendaknya dibatasi <100 mmol (2g)/ hari serata dengan 5 g (satu sendok teh kecil) garam dapur, cara ini berhasil menurunkan TDS 3,7 mmHg dan TDD 2 mmHg.

b) Mengatasi obesitas

Insiden hipertensi meningkat 54 sampai 142% pada penderita-penderita hipertensi yang gemuk. Penurunan berat badan dalam waktu yang pendek dalam jumlah yang cukup besar biasanya disertai dengan penurunan tekanan darah (Suwarso, 2010).

c) Melakukan olahraga teratur

Berolahra teratur seperti senam aerobik atau jalan cepat selam 30-45 menit (sejauh 3 kilometer) lima kali per-minggu, dapat menurunkan TDS 4 mmHg. Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga, atau hipnosis dapat mengontrol sistem syaraf, sehingga menurunkan tekanan darah (Depkes RI, 2013).

d) Berhenti Merokok

Tidak ada cara yang benar-benar efektif untuk memberhentikan kebiasaan merokok. Beberapa metode secara umum dicoba adalah inisiatif sendiri, mengggunakan permen yang mengandung nikotin, kelompok program, dan konsultasi/konseling ke klinik berhenti merokok (Depkes RI, 2013).

e) Mengurangi konsumsi alkohol

Satu studi meta-analisis menunjukkan bahwa kadar alkohol seberapapun, akan meningkatkan tekanan darah. Mengurangi alkohol pada penderita hipertensi yang biasa minum alkohol, akan menurunkan TDS rerata 3,8 mmHg. Batasi konsumsi alkohol untuk laki-laki maksimal 2 unit per minggu (1 unit = setengah gelas bir dengan 5% alkohol, 100 ml anggur dengan 10% alkohol, 25 ml minuman 40% alkohol) (Depkes RI, 2013).

2) Terapi farmakologis

Pengobatan hipertensi dimulai dengan obat tunggal, masa kerja yang panjang sekali sehari dan dosis dititrasi. Obat berikutnya mungkin dapat ditambahkan selama beberapa bulan pertama perjalanan terapi. Pemilihan obat atau kombinasi yang cocok bergantung pada keparahan penyakit dan respon penderita terhadap obat anti hipertensi. Obat yang digunakan sebagai terapi utama *(first line therapy)* adalah diuretik, *Angiotensin Reseptor Blocker* (ARB), *Angiotensin Converting Enzime Inhibitor* (ACE- *Inhibitor*), dan *Calcium Channel Blocker* (CCB). Kemudian jika tekanan darah yang diinginkan belum tercapai maka dosis obat ditingkatkan lagi, atau ganti obat lain, atau dikombinasikan degan 2 atau 3 jenis obat dari kelas yang berbeda, biasanya dieuretik dikombinasikan dengan ACE- *Inhibitor*, ARB, dan CCB (Depkes RI, 2013).

2. Pengetahuan

a. Definisi

Pengetahuan dapat diperoleh seseorang secara langsung secara alami atau diintervensi baik secara langsung maupun tidak langsung. Perkembangan teori pengetahuan telah berlangsung sejak lama. (Budiman & Ariyanto, 2014).

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu

objek tertentu. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2005), pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dalam proses pembelajaran. Proses pembelajaran ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia, serta keadaan sosial budaya (Budiman & Ariyanto, 2014).

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2010).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Ada 6 faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah (baik formal maupun nonformal), berlangsung seumur hidup. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, orang tersebut akan semakin luas pula

pengetahuannya. Namun, perlu ditekankan bahwa seseorang dengan berpendidikan rendah tidak berarti mutlak pengetahuan rendah pula.

2) Informasi / media massa

Informasi didefinisikan sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi dapat dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, yang diperoleh dari data dan pengamatan terhadap dunia sekitar kita, serta diteruskan melalui komunikasi.

3) Sosial budaya, dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi ini akan memengaruhi pengetahuan seseorang.

4) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik maupun tidak, yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

5) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumbur pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

6) Usia

Usia memengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua (Budiman dan Riyanto, 2010).

c. Tahapan Pengetahuan

Tahapan pengetahuan menurut Benjamin S. Bloom (1956) ada enam tahapan, yaitu sebagai berikut :

1) Tahu *(know)*

Berisikan kemampuan untuk mengenali dan mengingat peristilahan, defenisi, fakta-fakta, gagasan, pola, urutan, metedologi, prinsip dasar dan sebagainya.

2) Memahami *(comprehension)*

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi *(application)*

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi tersebut secara benar.

4) Analisis *(analysis)*

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis *(synthesis)*

Sintesis merujuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi *(evaluation)*

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek (Budiman & Riyanto, 2010).

d. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) dalam Notoadmodjo (2010) membuat kategori tingkat pengetahuan seseorang yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut:

Dalam membuat kategori tingkat pengetahuan jika yang diteliti masyarakat umum, yaitu sebagai berikut:

1. Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya > 50%
2. Tingkat pengetahuan kategori Kurang Baik jika nilainya ≤ 50%.

3. Kepatuhan Minum Obat

a. Definisi

Kepatuhan pasien atau *Medication adherence* adalah sebuah aksi yang dilakukan oleh pasien untuk mengambil obat ataupun pengulangan resep obat tepat waktu. *Medication complience* adalah aksi yang dilakukan pasien untuk mengkomsumsi obat sesuai jadwal minumnya ataupun sesuai yang diresepkan oleh dokter (Fauzi & Nishaa, 2018).

Kepatuhan adalah keterlibatan penuh pasien dalam penyembuhan dirinya baik melalui kepatuhan atas intruksi yang diberikan untuk terapi,

maupun dalam ketaatan anjuran lain dalam mendukung terapi (Depkes RI, 2016).

Sedangkan Ketidakpatuhan adalah pasien yang secara aktif memutuskan untuk tidak menggunakan pengobatannya atau mengikuti rekomendasi pengobatan merupakan kesengajaan dalam perilaku ketidakpatuhan. Ketika seseorang menunjukkan sikap ketidakpatuhan terhadap pengobatanya, maka pasien akan mendapatkan dampak yang buruk (Fauzi & Nishaa, 2018).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Neil (2009) faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terncana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

2) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan komsumsi alkohol.

3) Perubahan model terapi

Program pengobatan dibuat sesederhana mungkin dan klien terlihat aktif dalam pembuatan program pengobatan (terapi).

4) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien

Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin teratur pula klien melakukan kunjungan kesehatan.

Sedangkan menurut Neil (2009), Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian

1) Pemahaman tentang intruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi, jika salah paham tentang instruksi yang diterima.

2) Kualitas interaksi

Kualitas interkasi antara petugas kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menetukan derajat kepatuhan. Ada beberapa keluhan, antara lain kurangnya minat yang diperlihatkan oleh dokter, penggunaan istilah medis secara berlebihan, kurangnya empati, tidak memperoleh kejelasan mengenai penyakitnya. Pentingnya keterampilan interpersonal dalam memacu kepatuhan terhadap pengobatan.

3) Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai, kesehatan individu serta dapat mentukan keyakinan dan nilai, kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

d. Metode Pengukuran Kepatuhan

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) merupakan kuesioner spesifik pengukuran kepatuhan pasien kedua yang umum digunakan. reliabilitas dan validitas dari kuesioner ini awalnya ditetapkan dari MMAS dengan 4 item pertanyaan pada pasien hipertensi. Keuntungan dari MMAS meliputi kesederhanaan dari kuesioner dan pengambilan nilai. MMAS dengan 4 item pertanyaan kemudian dikembangkan dengan 4 pertanyaan tambahan yang melibatkan keadaan sekitar pasien yang memengaruhi kepatuhan. Versi terbaru dari MMAS (MMAS-8) memiliki

reliabilitas dan validitas yang lebih baik dari MMAS-4. Skor yang didapatkan dari kuesioner ini berada pada skala 0-8 dimana lebih tinggi skor berarti kepatuhan yang lebih tinggi (Morisky dkk., 2009).

Kuesioner ini merupakan *self-report questionnaire* dengan 8 item pertanyaan. Pertanyaan diformulasikan untuk menghindari bias dengan jawaban "ya", sehingga penyusunan kalimat pada item nomor 1 sampai 7 merupakan kebalikan dari tendensi jawaban. Pilihan respon adalah ya/tidak untuk item 1 sampai 7 dan item terakhir merupakan *Likert response scale* sebanyak 5 poin, dimana respon "ya diberi skor 0, dan "tidak" diberi skor 1, dan untuk item ke-8, jika pasien memilih respon "a" maka diberi skor 1 dan untuk respon "Sekali-sekali, kadang-kadang, biasanya, selalu ", maka diberi skor 0. Skor total yang bisa diperoleh adalah 0-8 dengan semakin tinggi skor maka semakin tinggi nilai kepatuhan pasien. (Morisky dkk.,2009).

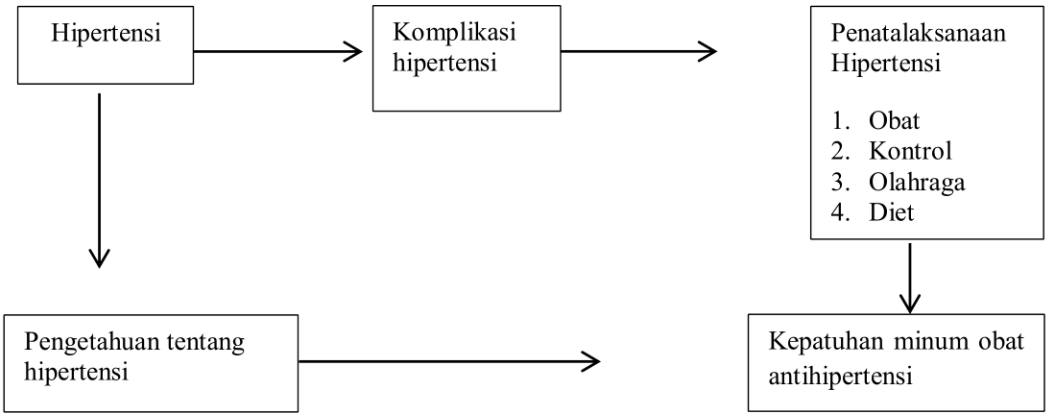
B. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Karunia Niken Falupi, Yulianti dengan judul penelitian" Hubungan pengetahuan tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat antihipertensi pada pasien hipertensi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit "X" tahun 2013. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian noneksperimental dengan rancangan analisis *cross sectional* dengan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian tidak terdapat hubungan yang signifikan, antara pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di poliklinik rumah sakit "x" tahun 2013 (p=0,050).
2. Penelitian yang dilakukan oleh Jaeynisha Matavhan, Gde Ngurah Indraguna Pinatih (2017). Penelitian ini bertujuan agar dapat melihat gambaran tingkat pengetahuan terhadap hipertensi dan kepatuhan minum obat pada hipertensi di wilayah Kintamani I. Desain penelitian yang digunakan adalah studi *cross sectional*. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 50 responden Teknik pengambilan sampel yang digunakan merupakan teknik *simple random sampling.* Hasil penelitian didapatkan responden tingkat pengetahuan tinggi sebesar 48,0%, tingkat pengetahuan rendah sebesar 52,0%. Sebanyak 70 % pasien mempunyai kepatuhan rendah terhadap kepatuhan minum obat hipertensi, sedangkan 30% pasien mempunyai kepatuhan tinggi.

B. Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian ini hubungan pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat antihipertensi dapat dilihat pada skema 2.1 berikut ini :

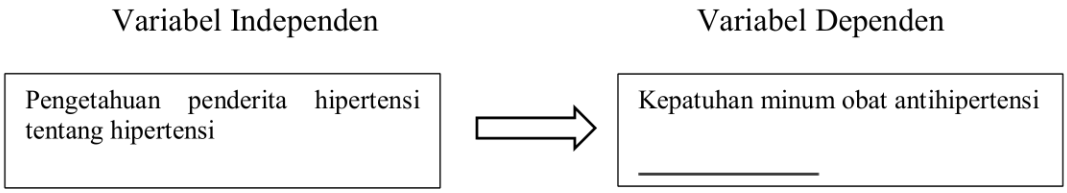
Skema 2.1 Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian hubungan antara pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat antihipertensi dapat dilihat pada skema 2.2 berikut ini :

Skema 2.2 Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalan perencanaan penelitian (Notoadmodjo, 2012). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha = "Ada hubungan pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi dengan kepatuhan minum obat antihipertensi ".

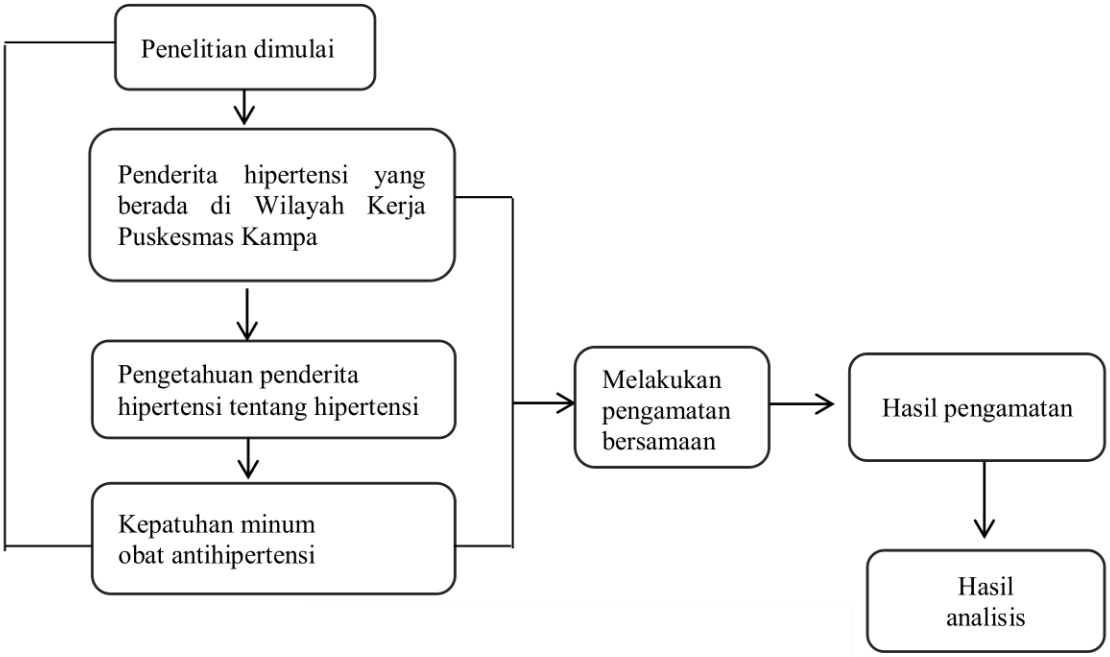
BAB III
METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik yaitu yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi di dalam masyarakat (Notoatmodjo, 2012). Desain penelitian ini adalah *cross sectional*. Rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian yang pengukuran atau pengamatannya dilakukan secara bersamaan (Hidayat, 2012).

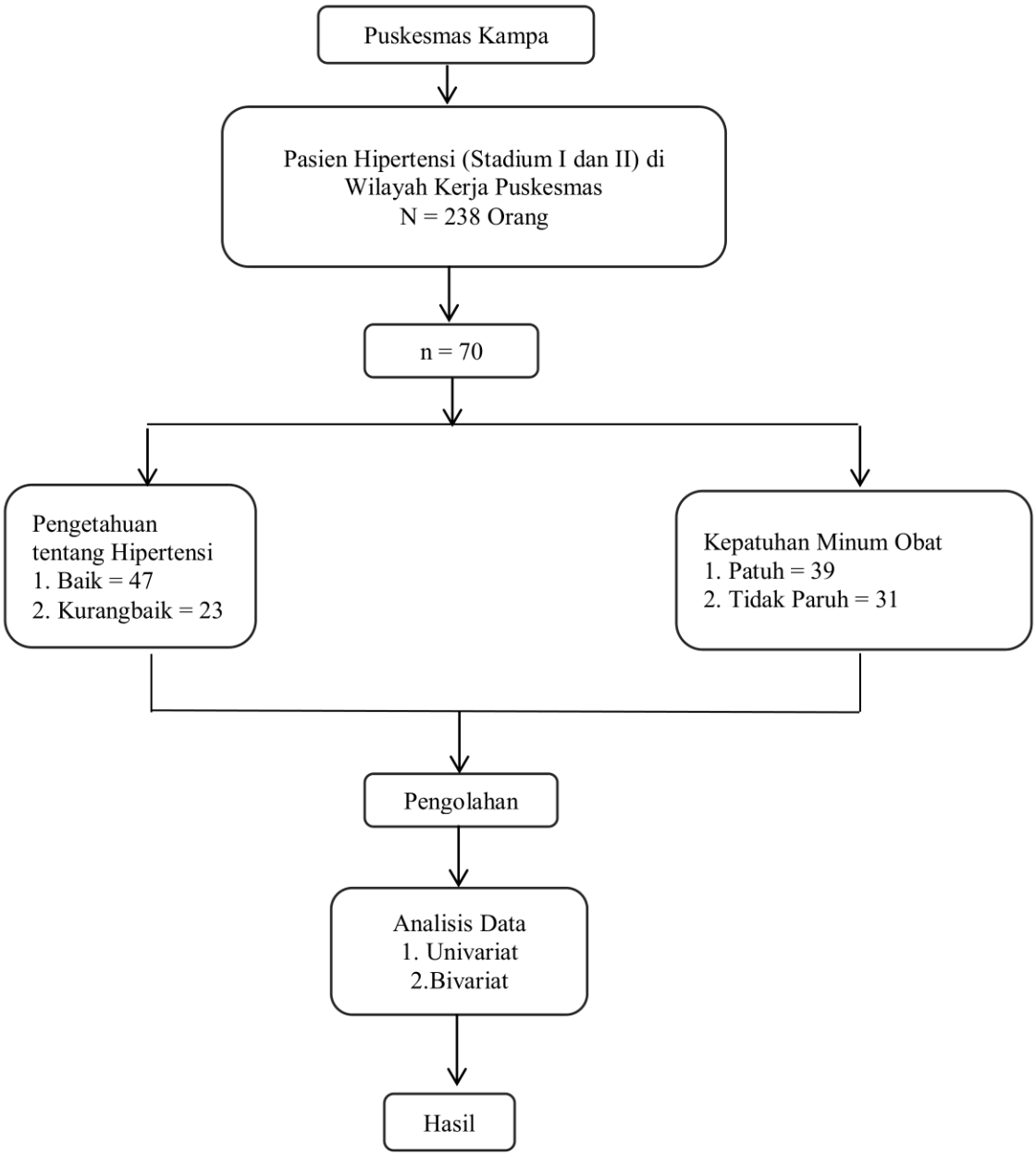
1. Rancangan Penelitian

Skema 3.1 rancangan penelitian



Sumber: Hidayat (2014)

2. Alur Penelitian



Skema 3.2 : Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

1. Mengajukan Surat Permohonan Izin kepada Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau untuk melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Kampa.

2. Setelah mendapatkan surat izin, peneliti memohon izin kepada Kepala Pemimpin Puskesmas Kampa untuk melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Kampa.

3. Peneliti memberikan informasi secara lisan dan tulisan tentang manfaat dan etika serta menjamin kerahasiaan responden.

4. Bila calon responden bersedia menjadi responden, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan menjadi responden yang dibagikan peneliti.

5. Menyebarkan kuesioner kepada responden secara langsung.

6. Setelah responden menjawab pertanyaan, maka kuesioner dikumpulkan kembali.

7. Selanjutnya melakukan pengolahan data dan analisa data.

8. Selanjutnya peneliti melakukan penyusunan laporan akhir dan penyajian hasil penelitian.

4. Variabel Penelitian

Variabel independen terdiri dari pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi dan variabel dependennya yaitu kepatuhan minum obat antihipertensi.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kampa, Kecamatan Kampa, Kabupaten Kampar, Riau mulai tanggal 22 Juni- 1 Juli 2019.

C. Populasi dan Sampel

1) Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien hipertensi yang ada di Puskesmas Kampa dengan jumlah 238 orang.

2) Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Yang menjadi sampel penelitian ini adalah pasien hipertensi yang pernah berobat di Puskesmas Kampa berjumlah 70 orang dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

1) Pasien yang menderita hipertensi yang ada di UPTD Puskesmas Kampa.
2) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria Ekslusi

1) Pasien hipertensi yang mengalami komplikasi seperti penyakit stroke dan jantung

2) Pasien dengan gangguan pendengaran atau pikun dan pasien yang buta huruf.

3) Pasien hipertensi yang tidak berada ditempat pada saat penelitian.

3) Besar sampel

Dalam penelitian ini besar sampel adalah 70 orang. Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dalam rumus sebagai berikut :

Rumus sampel menggunakan Slovin dalam Nursalam (2011)

$$n = \frac{N}{1+N\,(e)^2}$$

n = Besar Sampel

N = Populasi

e^2 = Presentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih ditolerir; e=0,1atau 10%

$$n = \frac{238}{1 + 238\,(0.1)^2}$$

$$n = \frac{238}{3{,}38}$$

$$n = 70{,}4.$$

Jadi, jumlah sampel dalam penelitian ini menjadi 70 responden.

4) Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik non probablity sampling yakni accidental sampling, yaitu teknik pengambilan sampel yang dilakukan terhadap responden yang secara langsung kebetulan ditemui pada objek penelitian ketika observasi berlangsung (Hidayat, 2012).

D. Alat Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data ini dengan menggunakan lembar kuesioner yang terdiri dari 3 bagian yaitu kuesioner data demografi, kuesioner pengetahuan hipertensi, kuesioner kepatuhan minum obat. Kuesioner data demografi berisi nomor responden, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan.

Kuesioner tingkat pengetahuan ini terdiri dari 20 pertanyaan. Apabila responden menjawab benar maka diberi skor 1 dan apabila responden menjawab salah maka diberi skor 0. Maka tingkat pengetahuan dikategorikan sebagai berikut:

1) Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya > 50% (> 10 pernyataan)
2) Tingkat pengetahuan kategori Kurang Baik jika nilainya ≤ 50% (≤ 10 pernyataan)

Kuesioner kepatuhan minum obat menggunakan kuesioner baku yaitu *Morisky Medication Adherence Scales-8* (MMAS-8) sudah dinyatakan valid (0.83). Kuesioner ini merupakan *self-report questionnaire* dengan 8 item pertanyaan. Pertanyaan diformulasikan untuk menghindari bias dengan jawaban "ya", sehingga penyusunan kalimat pada item nomor 1 sampai 7 merupakan kebalikan dari tendensi jawaban. Pilihan respon adalah ya/tidak untuk item 1

sampai 7 dan item 8 merupakan *Likert response scale* sebanyak 5 poin. Untuk skor jawaban respon "ya diberi skor 0, dan "tidak" diberi skor 1, dan untuk item ke-8, jika pasien memilih respon "Tidak pernah" maka diberi skor 1 dan untuk respon "Sekali-sekali, kadang-kadang, biasanya, selalu ", maka diberi skor 0. Skor total yang bisa diperoleh adalah 0-8 dengan semakin tinggi skor maka semakin tinggi nilai kepatuhan pasien.

Maka tingkat kepatuhan minum obat dikategorikan sebagai berikut :

1) Patuh jika nilainya 6-8
2) Tidak patuh jika nilainya <6

E. Uji Validitasi dan Reliabilitas

1. Uji Validitasi

Validitasi adalah suatu ukuran untuk menunjukkan tingkat kevalidan ataupun kesahihan suatu instrumen. Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini telah diuji validitasinya di penelitian-penelitian lain sebelumnya, dengan teknik korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Untuk kuesioner tingkat pengetahuan hipertensi yang mengadopsi kuesioner dari Walidah (2017) dan Klieb (2012) dinyatakan valid. Sedangkan uji validitasi kuesioner kepatuhan minum obat menggunakan kuesioner baku yaitu *Morisky Medication Adherence Scales-8* (MMAS-8), sudah dinyatakan valid (0.83)

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang digunakan menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Pertanyaan yang sudah valid dilakukan uji reliabilitas dengan cara membandingkan r tabel dengan r

hasil. Jika nilai r hasil adalah alpha terletak di awal output dengan tingkat kemaknaan 5% (0,05) maka pertanyaan kuesioner dinyatakan valid, jika r alpha lebih besar dari konstanta (0,6), maka pertanyaan-pertanyaan tersebut reliabel. Teknik uji reliabilitas yang digunakan koefisien adalah reliabilitas *Alpha Cronbach* (Notoatmodjo, 2012).

F. Prosedur Pengumpulan Data

1) Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan secara langsung oleh peneliti melalui responden yang diteliti dengan menggunakan kuesioner yang berisi sejumlah pertanyaan pengetahuan tentang hipertensi dan kuesioner kepatuhan minum obat yang dijawab oleh responden sebagai alat pengumpulan data dilokasi penelitian.

2) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh melalui instansi Puskesmas Kampa, berupa data-data tentang jumlah penderita hipertensi di Puskesmas Kampa, data registrasi pengunjung, serta data rekam medis penderita hipertensi di Puskesmas Kampa.

G. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting, karena dalam penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etik dalam keperawatan yang harus diperhatikan antara lain (Hidayat, 2012):

1) *Informed consent*

   Sebelum peneliti memberikan kuesioner, peneliti meminta ijin kepada responden setelah menjelaskan tentang maksud dan tujuan dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Setelah responden bersedia maka peneliti akan memberikan kuesioner dan meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah tersedia.

2) *Anonymity*

   Peneliti tidak mencantumkan nama-nama responden dalam penelitian ini, peneliti menggunakan angka untuk nama-nama responden.

3) *Confidentially*

   Confidentially (kerahasiaan) merupakan pemberian jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik berupa informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi di jamin kerahasiaannya oleh peneliti. Peneliti menjaga kerahasiaan responden dengan tidak memberikan data-data responden kepada org lain.

H. Definisi Operasional

Definisi operasional uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012). Definisi operasional dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Independen	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Pengetahuan pasien penderita hipertensi tentang hipertensi	Kemampuan pasien hipertensi dalam menjawab pertanyaa dengan benar tentang hipertensi yang meliputi : a. Pengertian b. Etiologi c.Tanda dan gejala d. Komplikasi e. Penatalaksanaan	Pengisian Kuisioner Dengan 20 pertanyaan	Kuisioner	Ordinal	Kategori nilai: 0. Kurang baik jika jawaban benar ≤50% (skor nilai ≤10 pertanyaan). 1 Baik jika jawaban benar > 50% (skor nilai >10 pertanyaan).
Variabel Dependen	**Definisi Operasional**	**Cara Ukur**	**Alat Ukur**	**Skala Ukur**	**Hasil Ukur**
Kepatuhan minum obat antihipertensi	Ketaatan responden dalam melakukan pengobatan hipertensi sesuai dengan ketentuan yang diberikan dokter. Pengobatan yang dimaksud yaitu: Kepatuhan konsumsi obat antihipertnsi	Pengisian Kuesioer dengan 8 item pernyataan	Kuesioner Kepatuhan minum obat (MMAS)	Ordinal	Kategori Nilai: 0. Tidak patuh, jika skor nilai <6 1. Patuh, jika skor nilai 6-8

I. Pengolahan Data

Pengolahan data pada penelitian ini dilaksanakan dengan tahap sebagai berikut:

1. *Entry Data*

   Setelah semua data dikumpulkan melalui kuesioner dan hasil observasi, data yang didapatkan selanjutnya dimasukkan ke dalam microsoft excel untuk kemudian diolah dengan menggunakan komputerisasi.

2. *Editing*

   Peneliti melakukan pemeriksaan seluruh pertanyaan yang sudah diisi atau dijawab dengan cara meneliti kembali apakah semua pertanyaan kuesioner sudah terisi oleh responden.

3. *Cleaning*

   Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang telah di edit untuk mengetahui adanya kesalahan atau tidak.

4. *Coding*

   Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pemberian kode bertujuan untuk mempermudah analisis data dan entry data.

5. *Scoring*

   Peneliti memberikan skor atau nilai pada setiap jawaban yang diberikan oleh responden.

6. *Tabulating*

Tabulating dilakukan untuk memasukkan data ke dalam tabel-tabel dan mengatur angka sehingga dapat dihitung dalam berbagai kategori

J. Analisa Data

Analisa data adalah upaya mengolah data menjadi informasi, sehingga karakteristik atau sifat-sifat data tersebut dapat dengan mudah dipahami. Analisa data dilakukan secara bertahap yang meliputi analisa univariat dan analisa bivariat.

1) Analisa Univariat

Analisa univariat adalah analisa dari masing-masing variabel. Pada penelitian ini, yang menggunakan analisis univariat adalah data karakteristik lansia yang mengalami hipertensi yang meliputi jenis kelamin, usia, pekerjaan dan pendidikan. Variabel-variabel penelitian yang akan dianalisis disusun secara deskriftif dalam bentuk tabel frekuensi dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{F}{n} x100\%$$

Keterangan:

P = Persentase

F = jumlah jawaban

n = jumlah sampel

2) Analisa Bivariat

Analisa data bivariat adalah menganalisis kedua variabel. Analisa bivariat dilakukan bertujuan untuk menguji hubungan antara variabel bebas yaitu pengetahuan penderita hipertensi tentang hipertensi dan variabel terikat yaitu kepatuhan minum obat antihipertensi. Analisa yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat yakni menggunakan *chi square* karena skala variabelnya ordinal nominal dengan bantuan komputer.

Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan α (0,05), sehingga apabila hasil uji statistic menunjukkan:

1) P *value* ≤ α (0,05), maka Ha diterima dan Ho ditolak yang artiya kedua variable secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna.
2) P *value* > α (0,05), maka Ha ditolak dan Ho diterima yang artiya kedua variable tersebut tidak menunjykkan hubungan yang bermakna secara statistik.
3) Dalam bidang kesehatan untuk mengetahui derajat hubungan, dikenal ukuran Risiko Relatif (RR) dan Odss Ratio (OR).
4) Estimasi Interval

   Pada α = 5%, CI = 95%, zα/2=1,96

   CI 95% = OR ($1 \pm \frac{Z\alpha/2}{X}$).