

**GAMBARAN TINGKAT *HEALTH LITERACY* DAN
PENGETAHUAN PENGOBATAN HIPERTENSI PASIEN
PROLANIS DI PUSKESMAS SLEMAN**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Farmasi Pada Prodi D III Farmasi
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang



Disusun Oleh :
Rakhmawati Istighosah
NPM : 16.0602.0056

**PROGRAM STUDI D III FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
TAHUN 2019**



HALAMAN PERSETUJUAN

GAMBARAN TINGKAT *HEALTH LITERACY* DAN
PENGETAHUAN PENGOBATAN HIPERTENSI PASIEN
PROLANIS DI PUSKESMAS SLEMAN

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh:

Rakhmawati Isti Ghosah

NPM : 16.0602.0056

Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti

Uji Karya Tulis Ilmiah

Prodi D III Farmasi

Universitas Muhammadiyah Magelang

Oleh :

Pembimbing I

Tanggal

(Widarika Santi Hapsari, M.Sc., Apt)
NIDN. 0618078401

18 Juli 2019

Pembimbing II

(Setiyo Budi Santoso, M.Farm., Apt)
NIDN . 0621089102

19 Juli 2019

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN TINGKAT *HEALTH LITERACY* DAN
PENGETAHUAN PENGOBATAN HIPERTENSI PASIEN
PROLANIS DI PUSKESMAS SLEMAN

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun oleh :

Rakhmawati Istighosah

NPM : 16.0602.0056

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai
Syarat Untuk Mendapatkan Gelar Ahli Madya Farmasi
Di Prodi D III Farmasi Universitas Muhammadiyah Magelang

Pada Tanggal : 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Penguji III

(Fitriana Yulastuti, M.Sc, Apt)
NIDN. 0613078502

(Widarika Santi H, M.Sc, Apt)
NIDN. 0618078401
Mengetahui,

(Setiyo Budi S, M.Farm., Apt)
NIDN. 0621089102

Dekan,
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Ka. Prodi D III Farmasi
Universitas Muhammadiyah Magelang

(Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep)
NIDN. 0621027203

(Puspita Septie Dianita, M.P.H., Apt)
NIDN. 0622048902

HALAMAN PENEGASAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa karya tulis ini adalah karya saya dan bukan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim terhadap keaslian karya saya, maka saya siap menanggung segala risiko/sanksi yang berlaku.

Magelang, Juli 2019

Peneliti

Rakhmawati Istighosah

ABSTRAK

Rakhmawati Istighosah, GAMBARAN TINGKAT *HEALTH LITERACY* DAN PENGETAHUAN PENGOBATAN HIPERTENSI PASIEN PROLANIS DI PUSKESMAS SLEMAN

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah hingga mencapai $\geq 140/90$ mmHg. Tingkat *health literacy* dan pengetahuan dari warga suatu wilayah sangat penting untuk diketahui karena hal ini dapat berbeda pada setiap kelompok masyarakat yang dapat dilihat dari usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, dan kebiasaan dari lingkungan di sekitar masyarakat tersebut. Prolanis adalah system pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif untuk pasien kronis agar dapat mencapai kualitas hidup yang optimal. Oleh sebab itu dilakukan penelitian tentang *Health Literacy* dan Tingkat Pengetahuan Pasien Prolanis Hipertensi di Puskesmas Sleman. Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental yang dilaksanakan dengan metode *cross sectional* design (belah lintang) dengan menggunakan teknik pengumpulan data pengisian kuisioner REALM-R (*the Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine-Revised*) untuk mengetahui tingkat *health literacy* dan kuisioner pengetahuan tentang penyakit kronis (hipertensi) untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien hipertensi.

Hasil dari penelitian ini adalah 74,03% pasien prolanis hipertensi di Puskesmas Sleman mempunyai tingkat *health literacy* baik (*good literacy*) sedangkan 25,97% pasien mempunyai tingkat *health literacy* yang buruk (*poor literacy*). Sekitar 80,52% pasien prolanis hipertensi di Puskesmas Sleman mempunyai tingkat pengetahuan yang baik (*Adequate*), 18,18% mempunyai tingkat pengetahuan yang cukup (*Marginal*) dan 1,30% pasien yang mempunyai tingkat pengetahuan yang buruk (*Inadequate*).

Kata kunci : Hipertensi, *Health Literacy*, Tingkat Pengetahuan, Prolanis

ABSTRACT

Rakhmawati Istighosah, AN OVERVIEW OF HEALTH LITERACY LEVEL AND KNOWLEDGE OF HYPERTENSION TREATMENT OF PROLANIS PATIENTS IN PUSKESMAS SLEMAN

Hypertension is an increasing in blood pressure up to $\geq 140/90$ mmHg. The level of health literacy and knowledge of residents of a region is very important to know because this can be different in each community group which can be seen from age, education level, socio-economic status, and habits of the environment around the community. Prolanis is a health care system and a proactive approach for chronic patients to achieve optimal quality of life. Therefore a study was conducted on Health Literacy and Knowledge Level of Hypertensive Prolanis Patients in Puskesmas Sleman. This research is a non-experimental study carried out using the cross sectional design method by using data collection techniques to fill the REALM-R questionnaire (the Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine-Revised) to determine the health literacy level and knowledge questionnaire about chronic diseases (hypertension) to determine the level of knowledge of hypertensive patients.

The results of this study were 74.03% of hypertensive prolanis patients in Puskesmas Sleman had a good level of health literacy (good literacy) while 25.97% of patients had poor levels of health literacy (poor literacy). 80.52% of hypertensive prolanis patients in Puskesmas Sleman had a good level of knowledge (Adequate), 18.18% had sufficient level of knowledge (Marginal) and 1.30% of patients had a poor level of knowledge (Inadequate).

Keywords: Hypertension, Health Literacy, Knowledge Level, Prolanis

MOTTO

” jika kamu belum meraih kesuksesan, jangan pernah berhenti untuk terus mencoba “

PERSEMBAHAN

Dengan penuh rasa syukur karya tulis ilmiah ini kupersembahkan untuk:

1. Allah subhanahuwata'ala atas rahmat dan hidayah-Nya
2. Kedua orang tuaku Bapakku di surga dan Ibuku tercinta, terimakasih jasamu tiada tara.
3. Suami dan putraku tersayang, terimakasih atas cinta, pengertian dan supportnya, "*u are my mood booster*".
4. Teman-teman dan semua pihak yang telah membantu saya.
5. Orang tua dan saudara yang penulis cintai yang telah memberikan dukungan serta doa yang tiada henti-hentinya kepada penulis dalam membuat karya tulis ilmiah ini.
6. Teman-temanku seperjuangan mahasiswa Program Studi D III Farmasi yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu, "*for all u are the best and I will miss you*".

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas Rahmat dan Hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Gambaran Tingkat *Health Literacy* Dan Tingkat Pengetahuan Pengobatan Hipertensi Pasien Prolanis Di Puskesmas Sleman”. Shalawat dan salam penulis kirimkan kepada Nabi Muhammad SAW, beserta para sahabat dan keluarga beliau yang telah memberikan tauladan dalam menjalani kehidupan di dunia dan di akhirat. Penulisan karya tulis ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Farmasi pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan karya tulis ilmiah ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep sebagai Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Puspita Septie Dianita, S.Farm., M.P.H., Apt sebagai Ketua Program Studi D III Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Widarika Santi Hapsari, M.Sc., Apt sebagai dosen pembimbing I.
4. Setiyo Budi Santoso, M.Farm., Apt sebagai dosen pembimbing II.
5. Fitriana Yuliastuti, S.Farm., M.Sc., Apt sebagai dosen penguji
6. dr.Ellyza Sinaga, MPH selaku Kepala Puskesmas Sleman beserta Staff yang telah memberikan ijin dalam pengambilan data.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berkontribusi dalam penyelesaian karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih kurang sempurna sehingga kepada pembaca, kiranya dapat memberikan saran yang sifatnya membangun agar kekurangan-kekurangan yang ada dapat dapat diperbaiki.

Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat berguna pada diri pribadi penulis, almamater, bangsa dan agama khususnya dalam rangka meningkatkan kualitas pendidikan di masa yang akan datang..

Magelang, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PENEGASAN.....	iv
ABSTRAK	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
MOTTO	vii
PERSEMBAHAN	viii
PRAKATA.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	3
C. TUJUAN PENELITIAN	3
D. MANFAAT PENELITIAN	3
E. KEASLIAN PENELITIAN	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Teori Masalah Yang Diteliti	5
B. Kerangka Teori	20
C. Kerangka Konsep.....	20
BAB III METODE PENELITIAN.....	21
A. Desain Penelitian	21
B. Variabel Penelitian.....	21
C. Definisi Operasional	21
D. Populasi dan Sampel.....	22
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	23
F. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data.....	23

G. Metode Pengolahan dan Analisis Data	24
H. Jalannya Penelitian	26
I. Rencana Penelitian.....	27
BAB V PENUTUP.....	38
A. Kesimpulan.....	38
B. Saran	38
DAFTAR PUSTAKA	40

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	4
Tabel 2. Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa umur ≥ 18 tahun menurut JNC 7	10
Tabel 3. Panduan Dosis obat-obatan antihipertensi JNC 7	14
Tabel.4. Matriks dengan 4 Dimensi <i>Health literacy</i> pada kolom tabel yang diterapkan pada 3 Domain Kesehatan.....	18
Tabel 5. Rencana Penelitian.....	27

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Prevalensi Hipertensi Riskesdas 2007 dan 2013.....	11
Gambar 2. Prevalensi Hipertensi berdasarkan Jenis Kelamin Riskesdas 2013	12
Gambar 3. Model Determinant Health literacy (Pawlak 2005)	20
Gambar 4. Kerangka Konsep	20
Gambar 5. Skema Jalannya Penelitian	26

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kondisi umum kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan. Tingkat *health literacy* dan pengetahuan dari warga suatu wilayah sangat penting untuk diketahui karena hal ini dapat berbeda pada setiap kelompok masyarakat yang dapat dilihat dari usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, dan kebiasaan dari lingkungan di sekitar masyarakat tersebut (Andrus & Roth, 2002).

Menurut (Jones dkk., 2011) *health literacy* diartikan sebagai sejauh mana individu dapat memperoleh, memproses, dan memahami dasar informasi kesehatan dan layanan yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan yang tepat untuk kesehatan mereka. Di Indonesia, data mengenai tingkat *health literacy* masyarakat masih sangat terbatas. Penelitian yang dilakukan (Soemitro, 2014), mengenai tingkat *health literacy* pasien hipertensi di Kabupaten Malang, menunjukkan bahwa sekitar 65,35% responden memiliki tingkat *health literacy* yang buruk, dan sekitar 68,32% pasien hipertensi memiliki pengetahuan yang baik. Hal ini tidak sesuai dengan teori (Andrus dan Roth, 2002) yang menyatakan seseorang dengan *health literacy* yang tinggi mempunyai pengetahuan yang baik sehingga dimungkinkan untuk mempunyai *selfcare* yang baik pula.

Menurut (Sørensen et al., 2012) menyatakan bahwa penyebab rendahnya *health literacy* antara lain pertambahan usia, tingkat pendidikan terakhir, motivasi, dan perilaku individu. *Health literacy* merupakan hal yang mendasari pengetahuan kesehatan yang baik dan sangat berpengaruh pada perilaku pasien dalam menjalani pengobatan. Seseorang dengan *health*

literacy yang rendah mempunyai pengetahuan yang sedikit tentang penyakit yang dideritanya serta cara pencegahan dan pengobatannya (Andrus dan Roth, 2002).

Hipertensi saat ini merupakan tantangan besar di Indonesia karena merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer. Berdasarkan survei riset dasar kesehatan nasional (Riskesdas) pada tahun 2013 hipertensi memiliki prevalensi yang tinggi, yaitu sebesar 25,8%. *The Joint National Community on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 7* (JNC-7), WHO dan *European Society of Hypertension* mendefinisikan hipertensi sebagai kondisi dimana tekanan darah sistolik seseorang lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastoliknya lebih dari 90 mmHg. Pemerintah di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini melalui BPJS yang bekerjasama dengan Pelayanan Kesehatan meluncurkan program Prolanis yang bertujuan untuk mengendalikan penyakit kronis (BPJS, 2014).

Data 10 penyakit terbanyak di Puskesmas Sleman menunjukkan kasus Hipertensi menempati urutan pertama (Andayani, 2017). Data bulan juni sampai September 2018 menunjukkan telah tercatat 1264 kasus Hipertensi dengan perincian untuk pasien Baru laki-laki 31 orang, perempuan 79 orang sedangkan untuk pasien Lama tercatat laki-laki 350 orang dan perempuan 804 orang. Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa penderita Hipertensi perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Penderita hipertensi tertinggi diketahui diderita perempuan usia 60-69 tahun dimana pada usia tersebut penderita sudah dikategorikan lansia. Pada usia ini pasien cenderung kurang bisa memahami informasi yang disampaikan yang dipengaruhi berbagai faktor.

Berdasarkan hal-hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang tingkat *Health Literacy* dan Tingkat Pengetahuan Pengobatan Pasien Hipertensi di klinik Prolanis Puskesmas Sleman.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana Tingkat *Health literacy* Pasien Prolanis di Puskesmas Sleman?
2. Bagaimana Tingkat Pengetahuan Penyakit Hipertensi Pasien Prolanis di Puskesmas Sleman ?

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk

1. Menganalisis tingkat *health literacy* pasien Prolanis di Puskesmas Sleman
2. Menganalisis tingkat pengetahuan penyakit hipertensi pasien Prolanis di puskesmas Sleman

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Untuk Pendidikan :

Hasil penelitian dapat digunakan menjadi referensi bagi mahasiswa yang melakukan kajian tentang analisis tingkat *health literacy* dan pengetahuan pasien tentang penyakit kronis (hipertensi).

2. Untuk Pelayanan Kesehatan :

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan acuan dalam mengaplikasikan program pendidikan kesehatan kepada penderita hipertensi, khususnya dalam penyuluhan yang dilakukan kepada masyarakat melalui Posbindu.

3. Untuk Peneliti :

Diharapkan dapat menjadi data dasar dan informasi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian yang berhubungan dengan *Health literacy* dan Tingkat Pengetahuan Hipertensi

E. KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1. Keaslian Penelitian

NO	Judul	Nama Peneliti dan Tahun Penelitian	Perbedaan	Hasil
1.	Pengaruh Edukasi Hipertensi Berbasis Budaya Makassar Terhadap Tingkat Pengetahuan Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Paccerakkang	Andi Pramestiningsih, 2018	Lokasi penelitian, waktu penelitian, variabel penelitian	Penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan setelah pemberian edukasi. Hasil dari penelitian ini menunjukkan nilai t 1,92 dengan signifikan p value $0,006 > 0,005$ dengan nilai <i>mean</i> pada kelompok intervensi 27,78 dan 11,67 pada kelompok kontrol
2.	Analisis Tingkat <i>Health literacy</i> dan Pengetahuan Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kabupaten Malang	Dobby Herman Soemitro, 2014	Lokasi penelitian, waktu penelitian	Hasil penelitian Pasien Hipertensi di Puskesmas Kabupaten Malang adalah 34,65% memiliki tingkat <i>health literacy</i> yang baik (<i>Good Literacy</i>), sedangkan sekitar 65,35% memiliki tingkat <i>health literacy</i> yang buruk (<i>Poor Literacy</i>). Dan sekitar 68,32% pasien hipertensi memiliki pengetahuan yang baik (<i>Adequate</i>), dan 31,68% pasien hipertensi memiliki pengetahuan yang cukup (<i>Marginal</i>), sedangkan tidak terdapat pasien yang memiliki pengetahuan yang buruk (<i>Inadequate</i>)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Masalah Yang Diteliti

1. Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI No 75, 2014).

Puskesmas Sleman terletak di dua tempat yaitu di Pedukuhan Srimulyo Kelurahan Triharjo Kecamatan Sleman, Kabupaten Sleman bagian tengah untuk rawat jalan dan di jalan Kapten Hariyadi no 06 Trimulyo Sleman untuk rawat inap, Telpon (0274) 868374, dengan wilayah kerja meliputi 5 desa dan 83 dusun, 477 RT, 203 RW. Upaya-upaya kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas Sleman adalah Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan serta Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), kefarmasian dan Laboratorium. Jaringan pelayanan Puskesmas Sleman dibantu oleh 4 Puskesmas Pembantu (Pustu) yaitu ; Pustu Caturharjo, Pustu Tridadi, Pustu Tlacad dan Pustu Nyaen.

a) VISI Puskesmas Sleman:

Pemerintah Kabupaten Sleman pada tahun 2016 menetapkan visi yaitu “Terwujudnya masyarakat Sleman yang Lebih Sejahtera, Mandiri, Berbudaya dan Terintegrasikannya Sistem *E-Government* Menuju *Smart Regency* pada Tahun 2021” untuk mewujudkan visi tersebut maka Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman menetapkan visi yaitu “Terwujudnya Masyarakat Sleman yang lebih Mandiri, Berbudaya Sehat Menuju *Smart Health* pada tahun 2021”. Untuk mewujudkan visi Dinas Kesehatan maka Puskesmas Sleman

menetapkan visi sebagai berikut “Terwujudnya Puskesmas yang Berkualitas dan Profesional Menuju Sleman Sehat “.

b) MISI:

Misi Pusat Kesehatan Masyarakat Sleman dalam mewujudkan visi diatas adalah sebagai berikut :

- 1) Memberikan Pelayanan yang berkualitas.
- 2) Menyediakan Sumber Daya yang Profesional.
- 3) Meningkatkan Peran Serta Masyarakat.
- 4) Mengelola lingkungan dengan baik.
- 5) Pengelolaan Manajemen Puskesmas Secara Efisien dan Efektif.
- 6) Menyediakan Sarana dan Prasarana yang Memadai.

Prolanis adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS, 2014). Program Prolanis di Puskesmas Sleman di selenggarakan mulai 27 Januari 2017. Prolanis yang ditangani di Puskesmas Sleman terdiri dari 2 jenis penyakit kronis, yaitu Hipertensi yang tergabung dalam ***club sedyo waras hipertensi*** dan Diabetes Mellitus yang tergabung dalam ***club sedyo waras diabetes*** (Andayani, 2017).

Tujuan mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit.

Sasaran seluruh Peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi).

Pelaksanaan aktifitas dalam Prolanis meliputi aktifitas konsultasi medis/ edukasi, *Home Visit*, *Reminder*, aktifitas klub dan pemantauan status kesehatan. Kegiatan yang dilaksanakan terkait dengan Prolanis di Puskesmas Sleman adalah :

- 1) Klinik Prolanis: dilaksanakan pada Selasa minggu ke dua untuk Prolanis DM dan Selasa minggu ke empat untuk Prolanis Hipertensi
- 2) Pemeriksaan Laboratorium : bekerjasama dengan Lab Parahita, dilaksanakan setiap Selasa minggu ke dua untuk peserta DM.
- 3) Senam : dilaksanakan sebulan dua kali Selasa minggu ke dua untuk DM dan Selasa minggu ke empat untuk Hipertensi.
- 4) Penyuluhan Kesehatan : Posbindu dilaksanakan sebulan dua kali. Satu kali untuk peserta DM (Selasa minggu ke dua), dan satu kali untuk peserta Hipertensi (Selasa minggu ke empat)
- 5) SMS *gateway* : sebagai *reminder* kegiatan prolanis dan info kesehatan.

Batasan umur lansia di Indonesia menurut undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia adalah 60 tahun ke atas (Risksdas, 2013). Saparinah (1983) berpendapat bahwa pada usia 55 sampai 65 tahun merupakan kelompok umur yang mencapai tahap praseเนียม pada tahap ini akan mengalami berbagai penurunan daya tahan tubuh/kesehatan dan berbagai tekanan psikologis. Meskipun beberapa sumber menyebutkan definisi usia tua, tetapi tidak ada kesepakatan umum tentang usia di mana seseorang menjadi tua.

Defenisi penduduk lanjut usia berbeda dari satu negara dengan negara lain. Defenisi ini juga masih bisa berubah dan dipengaruhi oleh bentuk kegiatan ekonomi dan perbedaan jenis kelamin disuatu masyarakat tertentu. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), usia lanjut meliputi :

- a) Usia Pertengahan (*Middle Age*) = antara 45 – 59 tahun.
- b) Usia lanjut (*Elderly*) = antara 60 – 70 tahun.

- c) Usia lanjut tua (*Old*) = antara 75 – 90 tahun.
- d) Usia sangat tua (*Very Old*) = di atas 90 tahun.

Jos Masdani mengatakan usia lanjut merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian :

- a) Fase iuventus = 25 – 40 tahun.
- b) Fase verilitas = 40 – 50 tahun.
- c) Fase prasenium = 55 – 65 tahun.
- d) Fase senium = 65 tahun hingga tutup usia.

Menurut Prof.Dr. Koesmanto Setyonegoro, Pengelompokan manusia lanjut

usia sebagai berikut:

- a) Usia dewasa muda (*elderly adulthood*), yaitu usia 18 sampai 25 tahun.
- b) Usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas, yaitu usia 25 sampai 60 atau 65 tahun.

Manusia lanjut usia (*geriatric age*), lebih dari 65 atau 75 tahun yang dapat dibagi menjadi:

- 1) *Young Old* : usia 70 sampai 75 tahun.
- 2) *Old* : usia 75 sampai 80 tahun.
- 3) *Very Old* : usia lebih dari 80 tahun.

Departemen Kesehatan RI membuat pengelompokan usia lanjut sebagai berikut :

- a) Kelompok Pertengahan Umur, ialah kelompok usia dalam masa virilitas, yaitu masa persiapan usia lanjut, yang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa (45 – 54 tahun).
- b) Kelompok Usia Lanjut Dini, ialah kelompok dalam masa prasenium, yaitu kelompok yang mulai memasuki Usia Lanjut (55 – 64 tahun).
- c) Kelompok Usia Lanjut dengan Resiko Tinggi, ialah kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun, atau kelompok Usia Lanjut

yang hidup sendiri, terpencil, tinggal di panti, menderita penyakit berat, atau cacat.

Proses menua yang terjadi pada lansia secara linier dapat digambarkan melalui tiga tahap yaitu, kelemahan (*impairment*), keterbatasan fungsional (*functional limitations*), ketidakmampuan (*disability*), dan keterhambatan (*handicap*) yang akan dialami bersamaan dengan proses kemunduran (Bondan, 2006).

Pertambahan usia akan menimbulkan perubahan-perubahan pada struktur dan fisiologis dari berbagai sel/ jaringan/ organ dan sistem yang ada pada tubuh manusia. Proses ini menjadikan kemunduran fisik maupun psikis. Menurut Mubarak dalam (Prabandari, 2014) kemunduran fisik ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan menburuk, gerakan lambat, dan kelainan berbagai fungsi organ vital. Kemunduran psikis terjadi peningkatan sensitivitas emosional, menurunnya gairah, bertambahnya minat terhadap diri, berkurangnya minat terhadap penampilan, meningkatnya minat terhadap material, dan minat kegiatan rekreasi tidak berubah (hanya orientasi dan subjek saja yang berbeda).

2. Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/ tenang. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014). Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai. Banyak pasien hipertensi dengan tekanan darah tidak terkontrol dan jumlahnya terus meningkat. Oleh karena itu, partisipasi semua pihak, baik dokter dari berbagai bidang peminatan hipertensi, pemerintah, swasta

maupun masyarakat diperlukan agar hipertensi dapat dikendalikan (Sudoyo AW dkk,2009). Hipertensi merupakan masalah kesehatan di dunia karena menjadi faktor risiko utama dari penyakit kardiovaskular dan stroke.

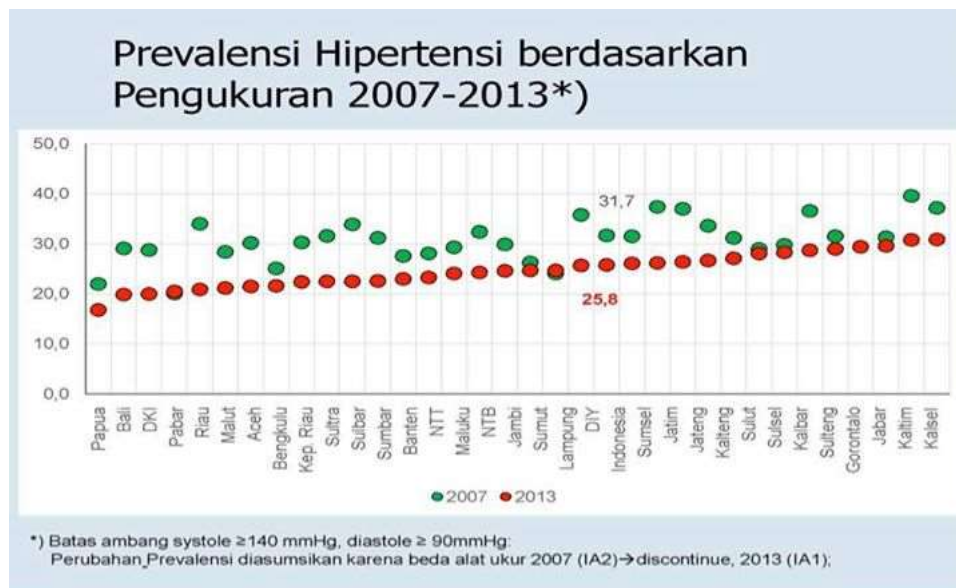
Menurut *American Heart Association* (AHA), penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya itu adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, mumet (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan.

Klasifikasi tekanan darah oleh JNC 7 untuk pasien dewasa (umur ≥ 18 tahun) dibagi menjadi 4 kategori yang didasarkan pada rerata pengukuran dua tekanan darah atau lebih pada dua atau lebih kunjungan klinis.

Tabel 2. Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa umur ≥ 18 tahun menurut JNC 7

Klasifikasi Tekanan Darah	Tek Darah Sistolik mmHg	Tek Darah Diastolik mmHg	
Normal	<120	dan	< 80
Prehipertensi	120-139	atau	80-89
Hipertensi Stage 1	140-159	atau	90-99
Hipertensi Stage 2	≥ 160	atau	≥ 100

Berdasarkan penyebabnya maka hipertensi dapat digolongkan menjadi hipertensi primer atau hipertensi esensial yang penyebabnya tidak diketahui secara pasti. Terdapat suatu peningkatan persisten tekanan arteri akibat tidak seimbangnya sistem homeostatis. Kasus hipertensi sebagian besar merupakan hipertensi esensial. Hipertensi sekunder sendiri sering kali dikarenakan adanya gangguan pada organ misal pada ginjal, jantung, tumor dan sebagainya (KemenkesRI, 2014).



Gambar 1. Prevalensi Hipertensi Riskesdas 2007 dan 2013

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas tahun 2007 di Indonesia adalah sebesar 31,7%. Menurut provinsi, prevalensi hipertensi tertinggi di Kalimantan Selatan (39,6%) dan terendah di Papua Barat (20,1%). Hasil prevalensi Hipertensi ini jika dibandingkan pada tahun 2013 terjadi penurunan sebesar 5,9% (dari 31,7% menjadi 25,8%). Penurunan ini bisa terjadi berbagai macam faktor, seperti alat pengukur tensi yang berbeda, masyarakat yang sudah mulai sadar akan bahaya penyakit hipertensi. Prevalensi tertinggi di Provinsi Bangka Belitung (30,9%), dan Papua yang terendah (16,8%). Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,4 persen, yang didiagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat sebesar 9,5 persen dan 0,1 persen yang minum obat sendiri. Selanjutnya gambaran di tahun 2013 dengan menggunakan unit analisis individu menunjukkan bahwa secara nasional 25,8% penduduk Indonesia menderita penyakit hipertensi. Penduduk Indonesia saat itu sebesar 252.124.458 jiwa maka terdapat 65.048.110 jiwa yang menderita hipertensi. Kondisi ini cukup mengejutkan, terdapat 13 provinsi yang persentasenya melebihi angka

nasional, dengan tertinggi di Provinsi Bangka Belitung (30,9%) atau secara absolut sebanyak $30,9\% \times 1.380.762 \text{ jiwa} = 426.655 \text{ jiwa}$ (Riskesdas, 2013).



Gambar 2. Prevalensi Hipertensi berdasarkan Jenis Kelamin Riskesdas 2013

Berdasarkan gambar diatas prevalensi hipertensi berdasarkan jenis kelamin perempuan lebih tinggi daripada laki-laki.

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan ataupun dengan cara modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam $\leq 6\text{g/hari}$ ($100 \text{ mmol sodium/hari}$), menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olah raga juga dianjurkan bagi penderita hipertensi, dapat berupa jalan, lari, *jogging*, bersepeda selama 20-25 menit dengan frekuensi 3-5 x per minggu. Penting juga untuk cukup istirahat (6-8 jam) dan mengendalikan stress. Pemilihan serta penggunaan obat-obatan hipertensi disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter keluarga anda (Kemenkes RI, 2014).

Adopsi pola makan DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) dapat menurunkan tekanan darah sistolik 8-14 mmHg. Lebih banyak makan buah, sayur- sayuran dan produk susu rendah lemak dengan kandungan lemak jenuh dan total lebih sedikit kaya *potassium* dan

calcium. Penderita hipertensi dapat menghindari dan membatasi makanan seperti:

- a) Makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih).
- b) Makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (*biscuit*, *crackers*, keripik dan makanan kering yang asin).
- c) Makanan dan minuman dalam kaleng (sarden, sosis, korned, sayuran sertabuah-buahan dalam kaleng, *soft drink*).
- d) Makanan yang diawetkan (dendeng, asinan sayur/buah, abon, ikan asin, pindang, udang kering, telur asin, selai kacang).
- e) Susu *full cream*, mentega, *margarine*, keju mayonnaise, serta sumber protein hewani yang tinggi kolesterol seperti daging merah (sapi/kambing), kuning telur, kulit ayam).
- f) Bumbu-bumbu seperti kecap, maggi, terasi, saus tomat, saus sambal, tauco serta bumbu penyedap lain yang pada umumnya mengandung garam *natrium*.
- g) Alkohol dan makanan yang mengandung alkohol seperti durian, tape.

Di Indonesia terdapat pergeseran pola makan, yang mengarah pada makanan cepat saji dan yang diawetkan yang kita ketahui mengandung garam tinggi, lemak jenuh, dan rendah serat mulai menjamur terutama di kota-kota besar di Indonesia. Setelah mengetahui gejala dan faktor risiko terjadinya hipertensi diharapkan penderita dapat melakukan pencegahan dan penatalaksanaan dengan modifikasi diet/gaya hidup ataupun obat-obatan sehingga komplikasi yang terjadi dapat dihindarkan (Kemenkes RI, 2014)

3. Pengobatan Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi hipertensi primer (*esensial*) dan hipertensi sekunder. Berdasarkan literatur > 90% pasien dengan hipertensi merupakan hipertensi primer. Banyak faktor yang mempengaruhi tekanan darah seseorang. Menurut (Wells et al, 2009)

hipertensi biasanya tanpa gejala sampai jelas kerusakan akhir organ hampir telah terjadi atau telah terjadi. Terapi non farmakologi dapat diberikan tanpa obat jika pasien baru didiagnosis pada tingkat prehipertensi (DiPiro et al, 2009).

Tujuan umum pengobatan hipertensi adalah menurunkan mortalitas dan morbiditas yang berhubungan dengan hipertensi. Mortalitas dan morbiditas ini berhubungan dengan kerusakan organ target. Mengurangi resiko merupakan tujuan utama terapi hipertensi, dan pilihan terapi obat dipengaruhi secara bermakna oleh bukti yang menunjukkan pengurangan resiko.

Jenis-jenis obat antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC 7 untuk terapi farmakologis hipertensi:

- a) Diuretika, terutama jenis Thiazide (Thiaz) atau Aldosterone Antagonist (Aldo Ant).
- b) Beta Blocker (BB).
- c) Calcium Channel Blocker atau Calcium antagonist (CCB).
- d) Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI).
- e) Angiotensin II Receptor Blocker atau AT₁ receptor antagonist or blocker (ARB)

Tabel 3. Panduan Dosis obat-obatan antihipertensi JNC 7

Antihypertension Medication	Initial Daily Dose, mg	Target Dose in RCTs Reviewed, mg	No. of Doses per Day
ACE Inhibitor			
Captopril	50	150-200	2
Enalapril	5	20	1-2
Lisinopril	10	40	1
Angiotensin Receptor Blockers			
Eprosartan	400	600-800	1-2
Candesartan	4	16-32	1
Losartan	50	100	1-2
Valsartan	40-80	160-320	1
Irbesartan	75	300	1
β-Blocker			
Atenolol	25-50	100	1
Antihypertension Medication	Initial Daily Dose, mg	Target Dose in RCTs Reviewed,	No. of Doses per

		mg	Day
Calcium Canal Blocker			
Amlodipine	2,5	10	1
Diltiazem extended released	120-180	360	1
Nifedipin	10	20	1-2
Thiazide type diuretic			
Bendroflumethiazide	5	10	1
Chlorthalidone	12,5	12,5-25	1
Hydrochlorothiazide	12,5-25	25-100	1-2
Indapamide	1,25	1,25-2,5	1

Tujuan utama terapi hipertensi adalah mencapai dan mempertahankan target tekanan darah. Jika target tekanan darah tidak tercapai dalam 1 bulan perawatan tingkatkan dosis obat awal atau tambahkan obat kedua dari salah satu kelas yang direkomendasikan dalam rekomendasi 6 *thiazide-type diuretic*, *CCB*, *ACEI*, atau *ARB*. Dokter harus terus menilai tekanan darah dan menyesuaikan regimen perawatan sampai target tekanan darah dicapai. Target tekanan darah yang tidak dapat dicapai dengan 2 obat dapat ditambahkan dan dititiasi obat ketiga dari daftar yang tersedia. Jangan gunakan *ACEI* dan *ARB* bersama-sama pada satu pasien. Apabila target tekanan darah tidak dapat dicapai menggunakan obat di dalam rekomendasi 6 karena kontraindikasi atau perlu menggunakan lebih dari 3 obat obat antihipertensi kelas lain dapat digunakan. Rujukan ke spesialis hipertensi mungkin diindikasikan jika target tekanan darah tidak dapat tercapai dengan strategi di atas atau untuk penanganan pasien komplikasi yang membutuhkan konsultasi klinis tambahan.(JNC 8).

4. *Health literacy*

Hipertensi merupakan penyakit kronik, oleh sebab itu pasien harus bertanggung jawab dalam melakukan pengelolaan diri sendiri (*self management behaviour*) baik untuk menurunkan gejala maupun menurunkan resiko komplikasi. *Self management behavior* tidak dapat terlaksana dengan baik jika pasien tidak memiliki pengetahuan yang

memadai mengenai penyakitnya. Selain itu, pengetahuan merupakan hal yang penting dalam mencegah dan mengobati penyakit yang diderita seseorang. Pengetahuan mengenai berbagai penyakit pada setiap orang pasti berbeda, hal tersebut merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan *health literacy* seseorang.

Menurut Jones et al (2011), *health literacy* merupakan kemampuan individu untuk dapat memperoleh, memproses, dan memahami dasar informasi kesehatan dan pelayanan yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan yang tepat untuk kesehatannya. *Health literacy* yang baik juga sangat berpengaruh pada perilaku pasien dalam menjalani pengobatan yang dilakukannya. Pemberian edukasi kesehatan (*health education*) merupakan salah satu langkah awal untuk meningkatkan pengetahuan pasien terkait pencegahan dan pengobatan penyakitnya. Menurut Kozier & Erbs (2010), edukasi kesehatan yang efektif tidak diberikan dalam satu kali pertemuan melainkan diberikan dalam keadaan terstruktur selama pasien dirawat.

National Assessment of Adults Literacy di Amerika Serikat memakai definisi *Health literacy* atau kemelekan kesehatan yaitu kemampuan untuk menggunakan informasi kesehatan yang tertulis dan tercetak untuk dapat digunakan di tengah masyarakat dalam mencapai tujuan, serta mengembangkan pengetahuan dan potensinya. Kemampuan ini meliputi kemampuan membaca label obat, brosur informasi kesehatan, *informed consent*, memahami informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan serta kemampuan untuk melakukan petunjuk serta prosedur pengobatan (White, 2008)

Definisi tersebut di atas menggambarkan *health literacy* secara fungsional, yaitu menekankan pada kemampuan masyarakat untuk mengakses, memahami dan menggunakan informasi kesehatan dalam konteks pelayanan kesehatan. Selain definisi secara fungsional tersebut, berkembang pula konsep *health literacy* yang lebih luas. *World Health Organization* dalam *Health literacy Toolkit* mengambil definisi *health*

literacy yakni kemampuan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses, memahami dan menggunakan informasi dalam cara-cara yang meningkatkan dan mempertahankan kesehatan yang baik dengan meningkatkan akses dan kapasitas masyarakat untuk mendapatkan dan menggunakan informasi kesehatan dengan efektif, *health literacy* berperan dalam pemberdayaan kesehatan (WHO, 2014)

Health literacy melibatkan kemampuan individu dalam hal mendengarkan, menulis, membaca, berbicara, berhitung serta pengetahuan budaya dan konseptual. Kemampuan individu ini berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan, sistem pendidikan serta berbagai faktor sosial budaya di tempat tinggal, tempat kerja dan masyarakat. Area-area inilah yang dapat menjadi titik intervensi dalam *health literacy* yang pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan serta biaya kesehatan (Pawlak, 2005).

Pawlak (2005) mengajukan determinan-determinan yang dapat mempengaruhi *health literacy* yaitu usia, genetik, bahasa, ras dan etnis, pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi dan faktor lingkungan (akses pelayanan kesehatan dan teknologi informasi). Selain dipengaruhi oleh faktor-faktor tersebut, *health literacy* itu sendiri juga merupakan determinan untuk kesehatan populasi.

Tabel. 4. Matriks dengan 4 Dimensi *Health literacy* pada kolom tabel yang diterapkan pada 3 Domain Kesehatan.

3 Domain Kesehatan / 4 Dimensi <i>Health Literacy</i>	Akses dengan memperoleh Informasi yang Relevan	Memahami Informasi terkait Kesehatan	Mengevaluasi Informasi yang berhubungan dengan Kesehatan	Menerapkan atau Menggunakan Informasi yang berhubungan dengan Kesehatan
Perawatan Kesehatan	Kemampuan mengakses informasi medis	Kemampuan untuk memahami informasi medis	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi medis	Kemampuan untuk membuat keputusan masalah medis
Pencegahan Penyakit	Kemampuan untuk mengakses informasi pada faktor resiko	Kemampuan untuk memahami informasi mengenai faktor resiko	Kemampuan untuk menafsirkan dan mengevaluasi faktor resiko	Kemampuan untuk membuat informasi relevan mengenai faktor resiko
Promosi Kesehatan	Kemampuan untuk memperbarui diri sendiri dalam masalah kesehatan	Kemampuan untuk memahami informasi terkait kesehatan	Kemampuan untuk menafsirkan dan memahami informasi kesehatan	Kemampuan untuk menyampaikan pendapat tentang masalah kesehatan

5. Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoatmojo, 2003) pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku/tindakan seseorang. Tingkatan pengetahuan yang mencakup domain kognitif ada beberapa tingkatan yakni :

- Tahu (*Know*), mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- Memahami (*Comprehension*), kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui
- Aplikasi (*Application*), kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

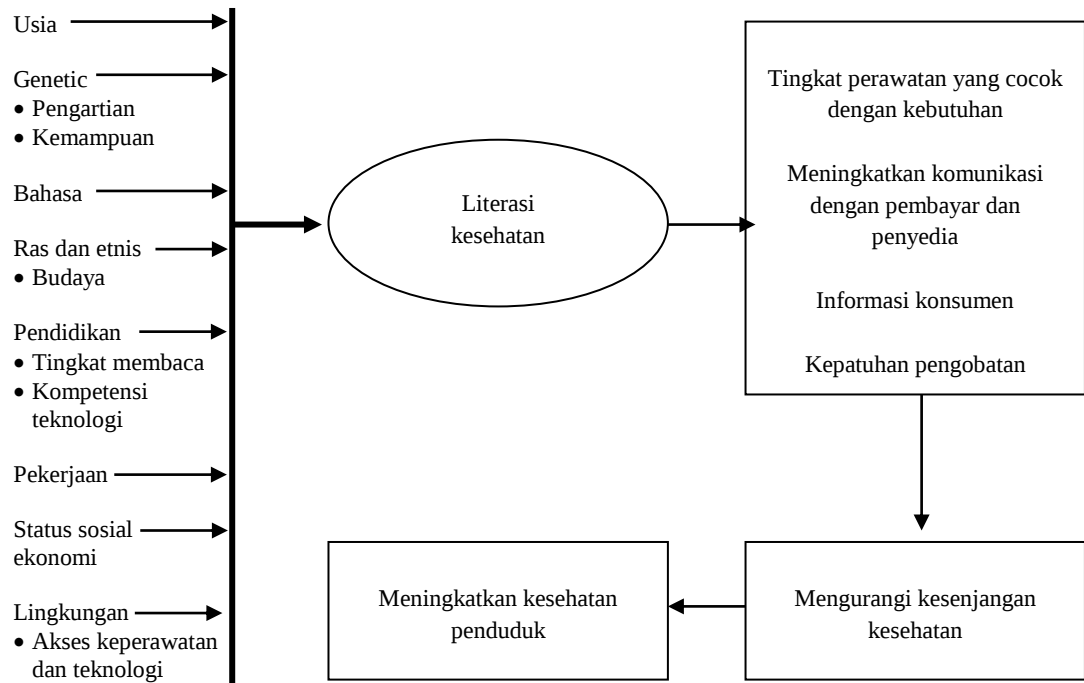
- d. Analisis (*Analysis*), kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis (*Synthesis*), kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi (*Evaluation*), kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah(Notoadmodjo, 2007):

- a. Umur
- b. Pendidikan
- c. Intelegensi
- d. Sosial ekonomi
- e. Sosial budaya
- f. Pengalaman.
- g. Lingkungan

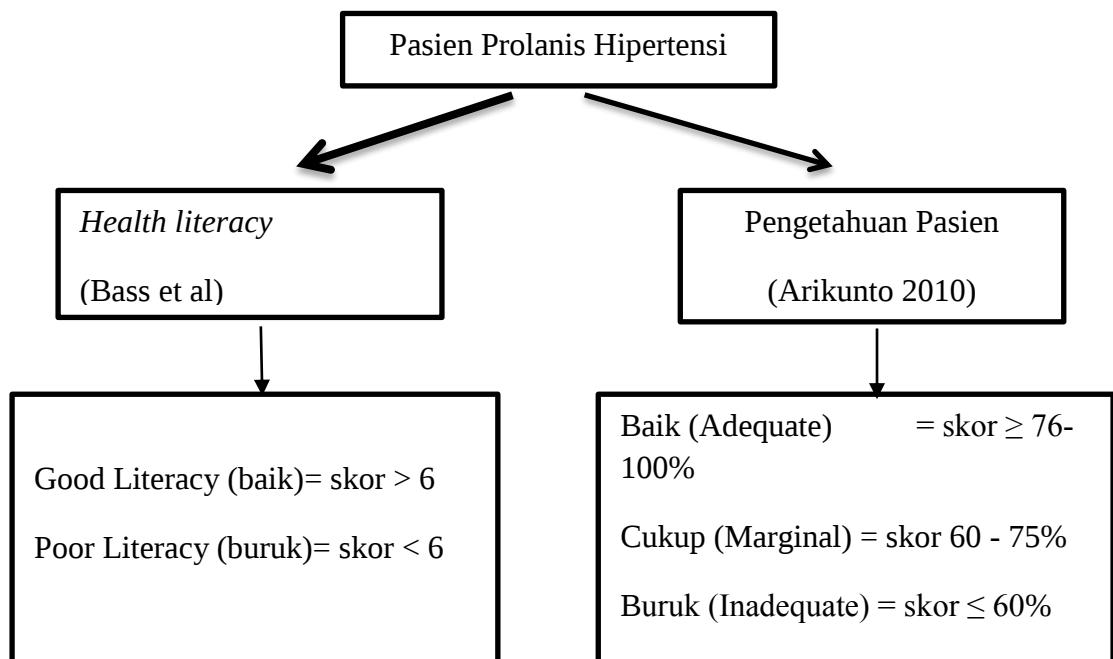
Pengetahuan merupakan hal yang penting dalam manajemen suatu keadaan sakit dari seseorang dan juga dapat manajemen diri agar dapat terhindar dari penyakit. Penelitian yang dilakukan oleh (Karaeren et al)di Turkey, menunjukan bahwa pasien dengan tingkat pengetahuan yang tinggi akan memiliki tingkat kepatuhan terhadap pengobatan yang tinggi juga. Kesimpulan penelitian ini adalah pengetahuan sangat penting dalam suatu pengobatan dan sangat berkaitan erat dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan pengobatannya.

B. Kerangka Teori



Gambar 3. Model Determinant Health literacy (Pawlak 2005)

C. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental yang dilaksanakan dengan metode *cross sectional*. Responden yang diperlukan sebanyak 99 orang pasien peserta Prolanis yang termasuk dalam faktor inklusi yang dapat dilihat dari hasil data demografi (lampiran 2). Data diperoleh dengan menggunakan teknik pengumpulan data dengan pengisian kuesioner REALM-R (lampiran 3) untuk mengetahui tingkat *health literacy* dan kuisisioner pengetahuan tentang penyakit kronis hipertensi diadopsi dari penelitian(Soemitro, 2014) pada (lampiran 4) untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden di Puskesmas Sleman.

B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah objek penelitian, atau apa yang menjadi perhatian suatu penelitian(Arikunto, 2013).Variabel penelitian adalah tingkat *health literacy* dan pengetahuan tentang penyakit kronis (hipertensi)

C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2014).

1. *Health literacy* adalah kemampuan pasien Prolanis untuk dapat mengenali dan membaca istilah-istilah medis.
2. Pengetahuan Pasien adalah kemampuan pasien Prolanis dalam memperoleh, memproses, dan memahami tentang penyakit Hipertensi dari faktor penyebab, gejala, pengobatan untuk membuat keputusan yang tepat untuk kesehatannya.
3. Prolanis adalah sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta

BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis dalam hal ini pasien Hipertensi di Puskesmas Sleman untuk mencapai kualitas hidup yang optimal.

D. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi menunjukkan pada sekelompok subjek yang menjadi objek atau sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien hipertensi primer di Puskesmas Sleman.

b. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2014). Sampel yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi primer yang tercatat pada poli Prolanis dengan kriteria inklusi dibawah. Responden yang diperlukan seluruh pasien Prolanis di Puskesmas Sleman yang memenuhi faktor inklusi.

a. Faktor Inklusi

Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Kriteria pasien dengan penyakit hipertensi tanpa komplikasi yang mempengaruhi hipertensi.
- 2) Telah menjalani pengobatan minimal tiga bulan.
- 3) Dewasa pria dan/atau wanita (18-65 tahun) dengan kemampuan komunikasi yang memadai dan mandiri. Peneliti akan mengelompokkan responden menjadi tiga kategori umur yaitu :
 - a) Usia 18 - 40 tahun
 - b) Usia 40 -50 tahun
 - c) Usia 51- 65 tahun
- 4) berpendidikan di luar bidang kesehatan (dokter, farmasis, apoteker, perawat, bidan, mantri), bekerja di luar bidang pelayanan kesehatan (Rumah sakit, apotek, klinik, puskesmas).

5) bersedia secara sukarela menjalani penelitian ini, dan merupakan pasien di Puskesmas Sleman.

b. Faktor Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah penderita yang tidak mengikuti petunjuk penelitian dari awal hingga akhir penelitian.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di poli Prolanis Puskesmas Sleman pada hari Selasa minggu ke empat pada bulan tersebut dalam hal ini diperkirakan jatuh pada tanggal 26 Februari 2019.

F. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

1. Instrumen

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Notoadmodjo, 2014). Alat yang digunakan untuk pengukuran data tersebut adalah kuesioner REALM-R (lampiran 3) untuk mengetahui tingkat *health literacy* dan kuisisioner pengetahuan tentang penyakit kronis hipertensi (lampiran 4) untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden.

2. Metode Pengumpulan Data

Data diambil dengan cara peneliti memberi penjelasan singkat tentang aturan menjawab kuisisioner, menunjukkan dan/ atau membacakan dan menuliskan jawaban untuk pasien dengan cara wawancara. Kuesioner adalah pertanyaan terstruktur yang diisi sendiri oleh responden atau diisi oleh pewawancara yang membacakan pertanyaan dan kemudian mencatat jawaban yang diberikan (Basuki, 2006). Penelitian ini menggunakan kuestioner tertutup dimana responden mengisi kuestioner sesuai dengan pilihan yang telah disediakan.

G. Metode Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

a. Entry Data

Pada tahap ini peneliti memasukkan data awal yang telah dikumpulkan dari responden dan memasukan data atau file tersebut ke komputer. Data yang diperoleh kemudian diolah dengan menggunakan program *Microsoft Office Excel 2013*

b. Editing

Data yang diperoleh dilakukan penyuntingan (edit) terlebih dahulu apabila ada data atau informasi yang belum lengkap kuesioner yang terlewat atau tidak terisi dan apakah sudah baik dan sudah dapat dipersiapkan untuk proses berikutnya. Tujuan editing adalah untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pencatatan di lapangan dan bersifat koreksi. Kekurangan data atau kesalahan data dapat dilengkapi atau diperbaiki baik dengan pengumpulan data ulang atau pun dengan *interpolasi* (penyisipan). Hal-hal yang perlu diedit pada data masuk adalah sebagai berikut.

- 1) Kelengkapan pengisian lembar Demografi dan kuesioner pengetahuan
- 2) Dapat dibaca atau tidaknya data yang masuk
- 3) Keserasian (*consistency*)
- 4) Apakah jawaban wawancara dapat dipahami

c. Export Data

Peneliti pada tahap ini mengkategorikan skor berdasarkan dari hasil kuesioner yang telah dikumpulkan. Peneliti membuat tabel-tabel yang berisikan data yang telah diberikan kode sesuai dengan analisis yang dibutuhkan kedalam grafik-grafik.

2. Analisis Data

Data yang diperoleh dari penelitian dilakukan analisis dengan analisa statistik deskriptif.

- a) Penilaian untuk tingkat *health literacy*, setiap istilah yang disebutkan (dibaca) oleh responden akan diberi skor sebagai berikut:

Skor 0: menyebutkan istilah salah

Skor 1: menyebutkan istilah dengan benar dan tepat

Nilai minimal yang diperoleh untuk kuesioner *Health Literacy* adalah 0 dan nilai maksimal 8. *Health literacy* responden dikategorikan *Good literacy* (baik) jika perolehan total skor > 6 , dan dikategorikan *Poor literacy* (buruk) jika perolehan total skor ≤ 6 (Bass, Wilson, & Griffith, 2003).

- b) Penilaian untuk tingkat pengetahuan, setiap jawaban yang diberikan oleh responden akan diberi skor sebagai berikut:

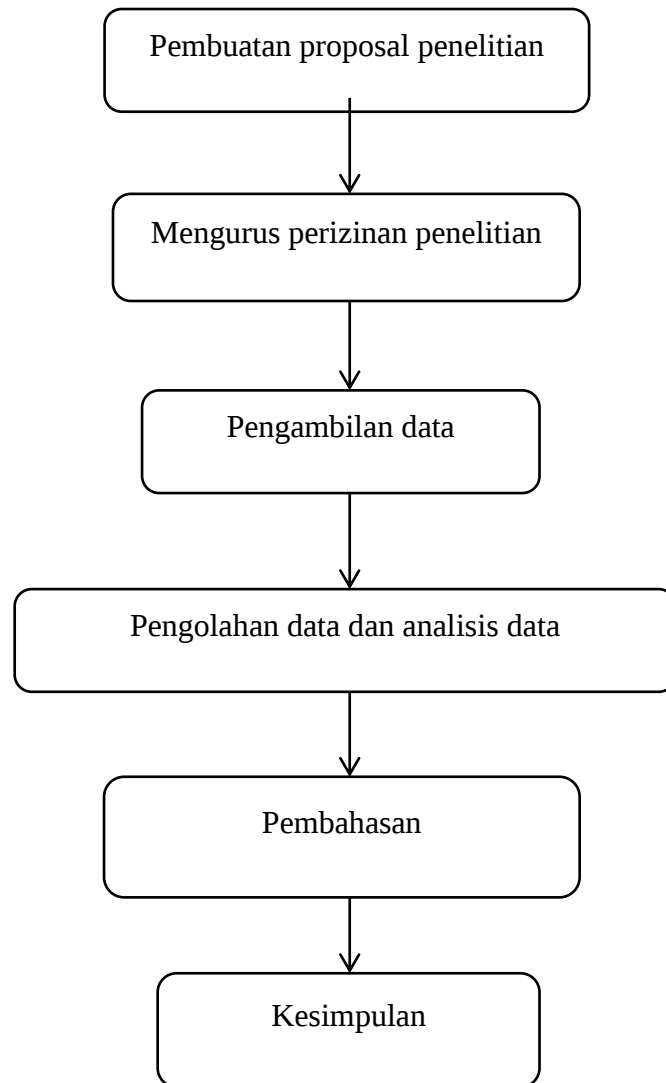
Skor 1: menjawab dengan jawaban yang benar

Skor 0: menjawab dengan jawaban yang salah

Hasil dari penilaian tingkat pengetahuan adalah nilai minimal 0 dan nilai maksimal 23.

Pengetahuan responden dikategorikan Baik (*Adequate*) jika perolehan total skor sekitar ≥ 76 sampai 100% dari nilai maksimal, dikategorikan Cukup (*Marginal*) jika perolehan total skor 60% sampai 75% dari nilai maksimal, dan dikategorikan Kurang (*Inadequate*) jika perolehan total skor $\leq 60\%$ dari nilai maksimal (Arikunto, 2010).

H. Jalannya Penelitian



Gambar 5. Skema Jalannya Penelitian

I. Rencana Penelitian

Tabel 5. Rencana Penelitian

Kegiatan	Waktu					
	November 2018	Desember 2018	Januari 2019	Februari 2019	Maret 2018	April 2018
Pembuatan Proposal						
Mengurus Izin Penelitian						
Pengambilan Data						
Pengolahan dan Analisis Data						
Pembahasan						
Kesimpulan						

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa :

- 1) Tingkat *health literacy* sebagian besar pasien Prolanis hipertensi di puskesmas Sleman berada pada tingkat *health literacy* yang baik (*Good Literacy*) sebanyak 74,03% pasien dan sekitar 25,97% memiliki tingkat *health literacy* yang buruk (*Poor Literacy*). Responden yang memiliki tingkat *health literacy* yang buruk (*Poor Literacy*) sebanyak 25,97% berada pada kategori usia 51-60 tahun.
- 2) Tingkat pengetahuan sebagian besar pasien Prolanis hipertensi di puskesmas Sleman berada pada tingkat pengetahuan yang baik (*Adequate*) sekitar 80,52% pasien dan hanya 18,18% pasien hipertensi memiliki pengetahuan yang cukup (*Marginal*). Sedangkan 1,30% pasien yang memiliki pengetahuan yang buruk (*Inadequate*). Hasil tingkat pengetahuan responden dengan kategori umur 51-65 tahun sebanyak 79,71% pada tingkat baik (*Adequate*), 18,84% pada tingkat sedang (*Marginal*), dan 1,45% pada tingkat buruk (*Inadequate*).

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan terdapat beberapa saran sebagai berikut:

- 1) Bagi Puskesmas Sleman sendiri sebaiknya pasien Prolanis dibuatkan klinik tersendiri sehingga tidak terjadi penumpukan pasien dan pasien lebih terkontrol dalam hal pengobatan maupun informasi yang diberikan.
- 2) Tenaga kesehatan disarankan untuk mempertahankan dan meningkatkan penyampaian informasi secara lisan, melakukan kajian yang pasti tentang tingkat pemahaman pasien pada suatu daerah, dan mempromosikan tentang pentingnya memiliki *health literacy* yang baik.
- 3) Bagi penelitian-penelitian selanjutnya, perlu dikaji lebih lanjut apakah tipe dan tingkat kesukaran suatu kuisioner *health literacy* dan pengetahuan

sangat mempengaruhi hasil nilai yang didapatkan oleh seorang responden, apakah tingkat kepercayaan seseorang mempengaruhi pengetahuannya tentang kesehatan, apakah informasi yang didapatkan secara pasif mempunyai dampak yang besar pada pengetahuan seseorang, bagaimana peran sosial budaya terhadap *health literacy* dan pengetahuan seseorang, apakah ada perbedaan pengetahuan antara seseorang yang mendapatkan informasi secara aktif dengan yang mendapatkan informasi secara pasif, apakah pembatasan usia responden berpengaruh terhadap hasil tingkat *health literacy* dan pengetahuan seseorang.

DAFTAR PUSTAKA

- Andayani, T. N. (2017). *Profil Puskesmas Sleman*. Yogyakarta: Puskesmas.
- Andrus, M. R., & Roth, M. T. (2002). Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy*, 22(3), 282–302. <https://doi.org/10.1592/phco.22.5.282.33191>
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bass, P. F., Wilson, J. F., & Griffith, C. H. (2003). A shortened instrument for literacy screening. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1036–1038. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.10651.x>
- Basuki, S. (2006). *Metode Penelitian*. Jakarta: Wedatama Widya Sastra.
- Dr. dr. Fachmi Idris, M.Kes (2014), <https://bpjskesehatan.go.id/bpjs/ dmdocuments/06-PROLANIS.pdf>
- Jones, C. A., Mawani, S., King, K. M., Allu, S. O., Smith, M., Mohan, S., & Campbell, N. R. (2011). Tackling health literacy: adaptation of public hypertension educational materials for an Indo-Asian population in Canada. *BMC Public Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-24>
- Karaeren, H., Yokuşoğlu, M., Uzun, Ş., Baysan, O., Köz, C., Kara, B., ... Uzun, M. (t.t.). The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg*, 6.
- Notoadmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo. (2014). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmojo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Prabandari, I. (2014). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Motivasi Untuk Memeriksa Diri Pasien Hipertensi Pada Lanjut Usia Di Puskesmas Kerjo Karanganyar*.
- Soemitro, D. H. (2014). ANALISIS TINGKAT HEALTH LITERACY DAN PENGETAHUAN PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS KABUPATEN MALANG. 17.

- Sørensen K, Broucke SV, Fullam J et al,(2012), *Health literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models*, BMC Public Health, 12:80.
- Wells BG, DiPiro JT, Schwinghammer TL et al, (2009), *Pharmacotherapy Handbook*, 7th ed, The McGraw-Hill Companies, Inc., United States of America, Chapter 10, 111-129.
- White, S. Assessing the Nation's *Health literacy*.American Medical Association Foundation. USA. (2008)
- WHO. (2003). *Adherence To Long-Term Therapies Evid Ence For Action*(2014). *Health literacy Toolkit: For Low and Middle-Income Countries*. ISBN: 978-92-9022-475-4.