# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## A. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Setiap manusia berakal sehat sudah pasti memiliki pengetahuan, baik berupa fakta, konsep, prinsip maupun prosedur tentang suatu objek. Pengetahuan dapat dimiliki berkat adanya pengalaman atau melalui interaksi antar manusia dan lingkungannya. Secara universal, terdapat tiga jenis pengetahuan yang selama ini mendasari kehidupan manusia yaitu: (1) logika yang dapat membedakan antara benar dan salah; (2) etika yang dapat membedakan antara baik dan buruk dalam perbuatan manusia; serta (3) estetika yang dapat membedakan antara indah dan jelek. Kepekaan indera yang dimiliki, merupakan modal dasar dalam memperoleh pengetahuan ini (Noor, 2015).

Menurut Notoatmodjo tahun 2007 pengetahuan merupakan hasil dari "tahu" dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari pendidikan, pengalaman diri sendiri maupun pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan. Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan psikis dalam menumbuhkan sikap dan perilaku setiap hari, sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulasi terhadap tindakan seseorang.

Pengetahuan tentang gizi seimbang merupakan segala sesuatu yang diketahui tentang gizi seimbang khususnya tentang 4 pilar gizi seimbang, piring makanku, 10 pesan khusus gizi seimbang dan pesan khusus remaja.

1) Tingkatan pengetahuan

Menurut Notoatmodjo tahun 2010, pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai kemampuan untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mengatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang telah dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus mengkonsumsi makanan yang bergizi.

c. Aplikasi (*application*)

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

pedoman gizi seimbang sebagai panduan dalam mengkonsumsi makanan bergizi sehari-hari.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis diartikan sebagai kemampuan untuk menyebarkan materi untuk suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan kata lain suatu kemampuan untuk menyusun suatu formulasi baru dari formula-formula yang ada.

f. Evaluasi (e*valuation*)

Evaluasi yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang telah ada. Misalnya dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya anemia disuatu tempat, dan sebagainya.

Pengetahuan yang baik tentang gizi pada seseorang membuat orang tersebut akan semakin memperhitungkan jumlah dan jenis makan yang dipilihnya untuk di konsumsi. Orang yang pengetahuan gizinya rendah akanberperilaku memilah makanan yang menarik panca indera dan tidak memilih berdasarkan nilai gizi makanan tersebut. Sebaliknya mereka yang memiliki pengetahuan gizi tinggi

cenderung lebih banyak menggunakan pertimbangan rasional dan pengetahuan tentang nilai gizi makanan tersebut (Agustian, 2010)

2) Cara menilai pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan (Notoadmodjo, 2012).

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Ariani (2014), ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan diantaranya adalah :

a) Faktor internal

(1) Pendidikan

Tingkat pendidikan menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya.

(2) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu aktivitas yang dilakukan seseorang untuk memperoleh penghasilan guna memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Seseorang yang bekerja akan sering berinteraksi dengan orang lain sehingga akan memiliki pengetahuan yang baik pula. Pengalaman bekerja memberikan pengetahuan dan keterampilan serta pengalaman belajar dalam bekerja akan dapat mengembangkan

kemampuan dalam mengambil keputusan yang merupakan keterpaduan menalar secara ilmiah.

(3) Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

(4) Usia

Semakin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketika berumur belasan tahun. Bertambahnya umur seseorang dapat berpengaruh pada pertambahan pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur-umur tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

b) Faktor eksternal

(1) Lingkungan

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

(2) Sosial budaya

Sosial budaya merupakan suatu kebiasaan atau tradisi yang dilakukan oleh seseorang tanpa melalui penalaran yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan.

(3) Status ekonomi

Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Sarana dan prasana utuk mengakses pengetahuan dan sikap.

(4) Sumber informasi

Informasi akan memberikan pengaruh langsung pada pengetahuan seseorang. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya televisi, radio, koran atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Selain itu media informasi yang lainnya bisa melalui penyuluhan dibidang kesehatan menggunakan berbagai media yaitu seperti *leaflet*, booklet, flipchart atau video.

## B. Hipertensi

1). Definisi

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik $\geq$ 140 mm Hg dan tekanan darah diastolic> 90 mm Hg atau bila pasien memakai obat anti hipertensi (Mansjoer, 2001). Penyakit ini termasuk gangguan jantung dan pembuluh darah.

Menurut WHO batas normal tekanan darah adalah 120 – 140 mm Hg

tekanan sistolik dan 80 – 90 mm Hg tekanan diastolic. Seseorang dinyatakan menghidap hipertensi bila tekanan darahnya ≥140/90 mm Hg.

Hipertensi sering disebut juga sebagai *sillent killer* (pembunuh gelap) karena termasuk penyakit yang mematikan tanpa disertai gejala –gejalanya terlebih dahulu sebagai peringatan bagi korbanya, kalaupun timbulnya gejalanya sering kali gejala tersebut dianggap sebagai gangguan biasa, sehingga korbanya terlambat menyadari akan datangnya penyakit tersebut (Sustrani,2006 dalam Nisbaeti,2014).

2). Klasifikasi

Menurut WHO dalam Mansjoer,2007 (dalam Irmayanti,2014) klasifikasi adalah sebagai berikut :

a. Normotensi bila tekanan sistolik kurang dari 140 mmHg dan tekanan diastolik kurang dari 90 mmHg
b. Hipertensi perbatasan tekanan sistolik 140 –160 mmHg dan tekanan diastolik 90 –95 mm hg
c. Hipertensi ringan tekanan sistolik 140 –180 mmHg dan tekanan diastolik 90–

   105 mmHg
d. Hipertensi sedang dan berat tekanan sistolik > 180 mmHg dan tekanan diastolik > 105mmHg

Menurut JNC VII, 2003 tekanan darah orang dewasa dengan usia18 th ke atas atau lebih diklasifikasikan yaitu:

a. Normal

   Tekanan darah dikatakan normal apabila tekanan sistolik kurang

dari 120 mm Hg dan tekanan diastolik kurang dari 80 mm Hg.

b. Pre hipertensi

Pre hipertensi apabila tekanan sistolik 120 sampai 139 mm Hg dan tekanan diastolik kurang dari 80 sampai 89 mm Hg.

c. Hipertensi tingkat 1

Hipertensi tingkat satu terjadi apabila tekanan sistolik mencapai 140 hingga 159 mm Hg dan tekanan diastolic 90 sampai 99 mm Hg.

d. Hipertensi tingkat 2

Hipertensi tingkat 2 terjadi apabila tekanan sistolik telah mencapai 160 mm Hg atau lebih dan tekanan diastolic 100 mm Hg atau lebih.

3**).** Etiologi

Menurut Hardriani Kristiani, 2013 (dalam Nisbaeti,2014) hipertensi dibagi menjadi dua tipe yaitu:

a. Hipertensi primer atau esensial adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya dengan jelas. Berbagai faktor diduga turut berperan sebagai penyebab hipertensi primer,seperti bertambahnya usia,stress, psikologis, pola komsumsi yang tidak sehat dan heriditas (keturunan). Sekitar 90 % pasien hipertensi diperkirakan termasuk dalam kategori ini.

b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang sudah diketahui penyebabnya telah diketahui, umumnya berupa penyakit atau kerusakan organ yang berhubungan dengan cairan tubuh, misalnya: ginjal yang tidak berfungsi, pemakaian kontrasepsi oral dan terganggunya keseimbangan hormon yang

merupakan faktor pengatur tekanan yang dapt disebabkan oleh penyakit ginjal, penyakit endokrin dan penyakit jantung.

4). Gejala

Menurut Hardriani Kristianti (2013) hipertensi sulit disadari oleh seseorang karena hipertensi tidak memiliki gejala khusus.

Gejala –gejala yang mudah diamati antara lain :

a. Gejala ringan seperti pusing atau sakit kepala
b. Sering gelisah
c. Wajah merah
d. Tengkuk terasa pegal
e. Mudah marah
f. Telinga berdengung
g. Sukar tidur
h. Sesak napas
i. Rasa berat di tengkuk
j. Mudah lelah
k. Mata berkunang–kunang
l. Mimisan (keluar darah dari hidung) (dalamNisbaeti,2014).

5). Faktor Risiko

Menurut Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular faktor risiko hipertensi yang tidak ditangani dengan baik dibedakan menjadi dua kelompok,yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah.

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

a). Umur

Umur mempengaruhi terjadinya hipertensi. Dengan bertambahnya umur,risiko terkena hipertensi menjadi lebih besar. Pada usia lanjut, hipertensi terutama ditemukan hanya berupa kenaikan tekanan darah sistolik. Kejadian ini disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar.

b). Jenis Kelamin

Jenis kelamin berpengaruh pada terjadinya hipertensi. Pria mempunyai resiko sekitar 2 - 3 kali lebih banyak mengalami peningkatan tekanan darah sistolik dibandingkan dengan perempuan, karena pria diduga memiliki gaya hidup yang cenderung meningkatkan tekanan darah. Namun setelah memasuki menopause, prevalensi hipertensi pada perempuan meningkat.

c). Keturunan (Genetik)

Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga meningkatkan risiko hipertensi, terutama hipertensi primer (essensial). Faktor genetik juga berkaitan dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membran sel.

b. Faktor risiko yang dapat diubah

a). Kegemukan (obesitas)

Berat badan dan indeks masa tubuh (IMT) berkolerasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik dimana risiko

relatif untuk menderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5 kali lebih tinggi untuk menderita hipertensi dibandingkan dengan seorang yang badanya normal. Sedangkan, pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-30% memilki berat badan lebih(overweight).

b). Merokok

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang measuk melalui aliran darah dapat mengakibatkan tekanan darah tinggi. Merokok akan meningkatkan denyut jantung,sehingga kebutuhan oksigen otot-otot jantung bertambah.

c). Kurang aktivitas fisik

Olahraga yang teratur dapat membantu menurunkan tekanan darah dan bermanfaat bagi penderita hipertensi ringan. Dengan melakukan olahraga aerobik yang teratur tekanan darah dapat turun, meskipun berat badan belum turun.

d). Konsumsi garam berlebihan

Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena menarik cairan diluar sel agar tidak dikeluarkan, sehingga akan meningkatkan volume tekanan darah.

d). Dislipidemia

Kolesterol merupakan faktor penting dalam terjadinya aterosklerosis,yang kemudian mengakibatkan peningkatan tahanan perifer pembuluh darah sehingga tekanan darah meningkat.

e). Konsumsi Alkohol Berlebih

Pengaruh alkohol terhadap kenaikan tekanan darah telah dibuktikan.Diduga peningkatan kadar kortisol, peningkatan volume sel darah merah dan peningkatan kekentalan darah berperan dalam menaikan tekanan darah.

f). Psikososial dan Stress

Stress atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah) dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta kuat, sehingga tekanan darah meningkat (Depkes, RI., 2013).

6). Komplikasi

Komplikasi Hipertensi merupakan faktor risiko penyakit stroke, infark miokard, gagal ginjal, gagal jantung, atherosklerosis progresif (Widyasari & Candrasari 2010). Hipertensi merupakan suatu keadaan terjadinya peningkatan tekanan darah yang memberi gejala berlanjut pada suatu target organ tubuh sehingga timbul kerusakan lebih berat seperti stroke (terjadi pada otak dan berdampak pada kematian yang tinggi), penyakit jantung koroner (terjadi pada kerusakan pembuluh darah jantung) serta penyempitan ventrikel kiri / bilik kiri (terjadi pada otot jantung). Selain penyakit-penyakit tersebut, hipertensi dapat pula menyebabkan gagal ginjal, penyakit pembuluh lain, diabetes mellitus dan lain-lain (Erlyna,dkk., 2012)

## C. Konseling Gizi

1). Definisi

Konseling adalah suatu proses komunikasi dua arah / inter personal antara konselor dan klien untuk membantu klien untuk mengenali, menyadari dan akhirnya mampu mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalahnya.( Supariasa, ( 2012 ) ).

Menurut Persagi ( 2010 ) Konseling Gizi adalah suatu bentuk pendekatan yang digunakan dalam asuhan gizi untuk menolong individu dan keluarga memperoleh pengertian yang lebih baik tentang dirinya dan permasalahan gizi yang dihadapi. Setelah konseling di harapkan individu dan keluarga mampu mengambil langkah – langkah untuk mengatasi masalah gizi termasuk perubahan pola makan serta pemecahan masalah terkait gizi kearah kebiasaan hidup sehat.

2). Faktor – Faktor Pendukung Keberhasilan Konseling Gizi

a. . Struktur

Menurut Glading ( 2009 ) struktur yaitu pemahaman bersama antara konselor dan klien mengenai karakteristik, kondisi, prosedur dan parameter konseling. Struktur membantu memperjelas hubungan antara konselor dan klien, memberinya arah, melindungi hak – hak masing – masing peran dan obligasi – obligasi baik dari konselor maupun klien dan menjamin konseling yang sukses.

a). Inisiatif

Inisiatif yaitu motifasi untuk berubah, dimana klien datang untuk konseling atas kemauan sendiri dan atas kehendak sendiri.

b). Seting Fisik

Konseling dapat terjadi dimana saja, tetapi seting fisik yang nyaman, dapat meningkatkan proses menjadi lebih baik. Penampilan ruangan konseling yang menarik tidak akan mengganggu pasien yaitu antara lain penerangan yang lembut, warna – warna yang menenangkan, tidak berantakan, perabotan yang nyaman, suhu ruangan yang tidak terlalu dingin atau tidak terlalu panas, suasana yang tenang dan tidak ribut, juga jarak antara konselor dan klien dimana jarak 30 – 39 inci di anggap jarak yang nyaman, semua ini dapat menciptakan suasana kondusif untuk konseling.

b. Kualitas Klien

Kualitas klien di lihat dari kesiapan klien untuk berubah. Konseling baru bisa dimulai kalau orang sudah siap untuk menerjunkan diri mereka sendiri ke dalam proses perubahan ( Lesmana, 2006 ). Konselor harus memahami dan mempertimbangkan gestur badan, kontak mata, ekspresi wajah, kualitas suara sebagai hal penting dalam komunikasi verbal pada proses hubungan konseling ( Gladding, 2009)

c. Kualitas Konselor

Konselor yang berkualitas sangat mendukung berhasilnya konseling. Menurut Okun ( 1997 ) kesadaran diri, kejujuran, kongruensi, kemampuan untuk berkomunikasi, sebagai karakteristik yang harus dimiliki oleh konselor.

3). Cara Mengukur Keberhasilan Konseling

Keberhasilan konseling dapat dilihat melalui evaluasi yang dilakukan yaitu :

a. Evaluasi Proses, misalnya :

a). Klien sangat antusias mengikuti jalannya konseling seperti klien menanyakan bila ada istilah gizi / diet yang tidak dimengerti.

b). Interaksi antara konselor dan klien baik

c). Klien sangat dalam berkomitmen menjalankan diet

d). Waktu konseling kurang lebih 50 menit

b. Evaluasi Dampak

Untuk konseling atau kunjungan pertama pasien di nilai tingkat pengetahuannya tentang penyakit hipertensi dan makanan yang boleh atau tidak boleh dikonsumsi dengan kuisioner. Evaluasi dampak dapat dilakukan pada kunjungan kedua atau berikutnya. Untuk kasus hipertensi konselor dapat mengevaluasi program atau intervensi diet yang dilakukan oleh klien, evaluasi dapat dilakukan pada kunjungan kedua ke poli gizi, hasil kunjungan dampak antara lain :

a). Tekanan darah pasien / klien tekanan darah sistolik $\geq$ 140 mm Hg dan tekanan darah diastolic> 90 mm Hg

b). Dapat mengikuti program diet yang disarankan, dan meningkatnya pengetahuan pasien tentang makanan tidak diperbolehkan dan makan makanan yang diperbolehkan sehingga tidak memperparah kondisi sakitnya

## D. Proses Asuhan Gizi Terstandar ( PAGT ) Pada Pasien Hipertensi

Gizi merupakan faktor penting karena secara langsung berpegaruh terhadap kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), oleh karena itu perlu pelayanan

gizi yang berkualitas pada individu dan masyarakat. Pelayanan gizi merupakan salah satu sub sistem dalam pelayanan kesehatan paripurna, yang berfokus kepada keamanan pasien. Dengan demikian pelayanan gizi wajib mengacu kepada standar yang berlaku. Mengingat masih dijumpai kejadian malnutrisi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya maka perlu upaya pendekatan yang lebih strategis.

Pelayanan asuhan gizi yang bermutu memenuhi langkah – langkah mulai dari pengkajian (assesmen), diagnosis, intevensi, monitoring dan evaluasi gizi dapat dilakukan dengan baik. Untuk menjaga agar mutu asuhan gizi dapat dilaksanakan dengan baik maka diperlukan pengawasan dan pengendalian sehingga kegiatan ini merupakan halyang penting. Langkah – langkah Proses Asuhan Gizi Terstandar ( PAGT) adalah:

1. Pengkajian ( Asesmen Gizi)

   Tujuannya yaitu mengidentifikasi problem gizi dan faktor penyebabnya melalui pengumpulan, verifikasi dan interpretasi data secara sistematis.

2. Diagnosis Gizi

   Bertujuan mengidentifikasi adanya problem gizi, factor penyebab yang mendasari dan menjelaskan tanda dan gejala yang melandasi adanya problem gizi.

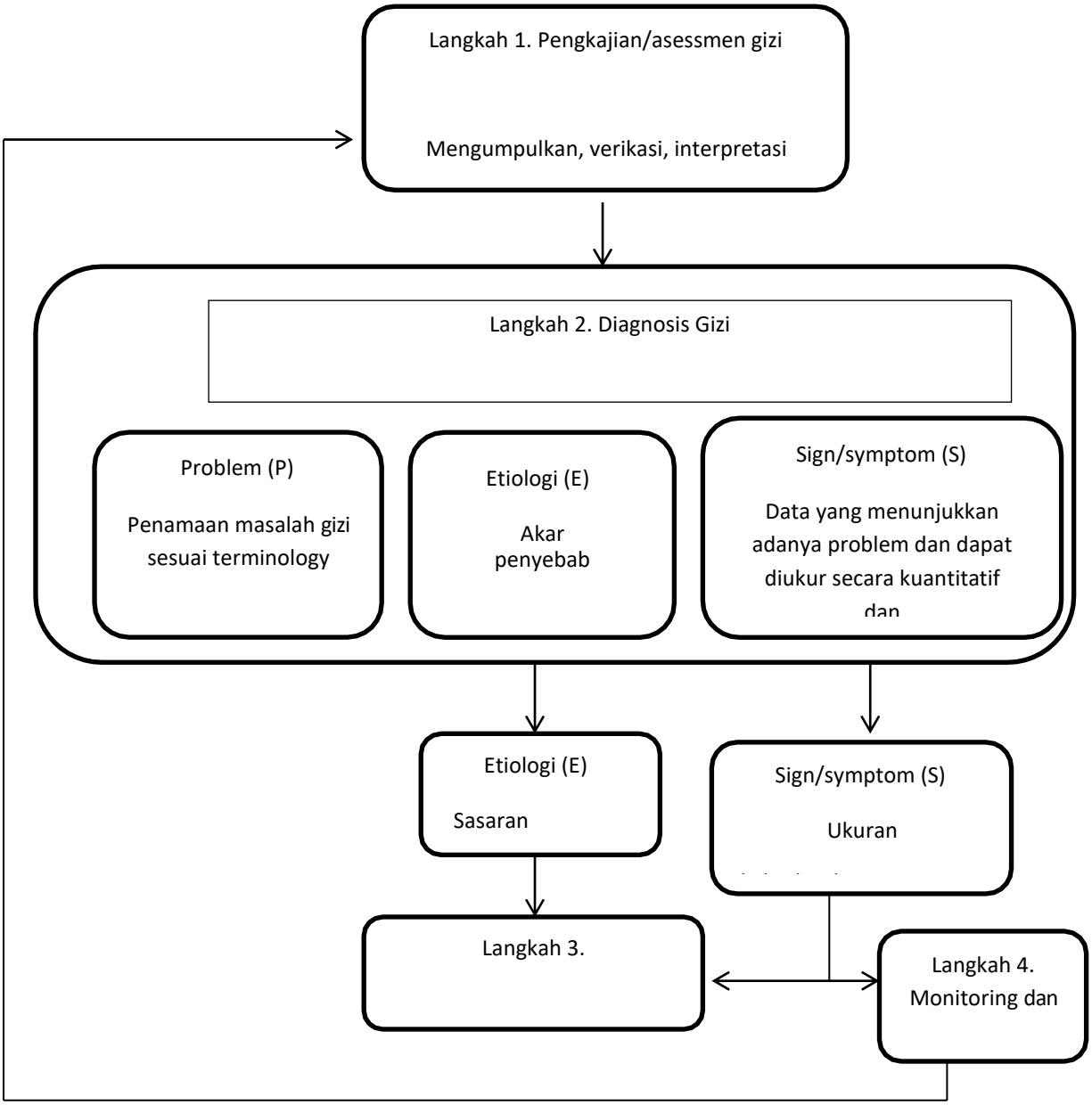
3. Intervensi Gizi

   Intervensi gizi adalah suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk merubah perilaku gizi, kondisi lingkungan, atau aspek status kesehatan individu.Tujuannya adalah mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapannya terkait prilaku, kondisi lingkungan

atau status kesehatan individu, kelompok atau masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi klien.

4. Monitoring dan Evaluasi

   Bertujuan mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapakan telah tercapai.Hasil asuhan gizi seyogyanya menunjukkan adanya perubahan perilaku dan atau status gizi yang lebih baik.(Kemenkes, RI.,2014).




Gambar 1.

Langkah – langkah dalam Proses Asuhan Gizi Terstandar

## E. **Kepatuhan Diet**

1. Definisi

Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melaksanakan suatu aturan dan perilaku yang disarankan . Kepatuhan dapat dibedakan dua yaitu :

a) Kepatuhan penuh *(total compliance)* Pada keadaan ini penderita patuh secara sungguh-sungguh terhadap diit pada hipertensi

b) Penderita yang tidak patuh *(non compliance)* keadaan ini penderita tidak melakukan diit terhadap hipertensi (Eka Claudia,2017)

Kepatuhan terhadap aturan pengobatan sering kali dikenal dengan "*Patient Compliance*". Kepatuhan terhadap pengobatan dikhawatirkan akan menimbulkan sesuatu yang tidak diinginkan, seperti misalnya bila tidak minum obat sesuai aturan, maka akan semakin memperparah penyakit.

Kepatuhan pasien terhadap aturan pengobatan pada prakteknya sulit dianalisa karena kepatuhan sulit diidentifikasikan, sulit diukur dengan teliti dan tergantung banyak faktor. Pengkajian yang akurat terhadap individu yang tidak patuh merupakan suatu tugas yang sulit. Metode metode yang digunakan untuk mengukur sejauh mana seseorang dalam mematuhi nasehat dari tenaga kesehatan yang meliputi laporan dari data orang itu sendiri, laporan tenaga kesehatan, perhitungan jumlah pil dan botol, tes darah dan urine, alat-alat mekanis, observasi langsung dari hasil pengobatan (Arista Novian, 2013).

2. Faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Purwanto (2006) ada beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang yaitu demografi, penyakit, pengetahuan, program terapeutik, psikososial, dukungan keluarga :

1) Demografi

Meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio-ekonomi dan pendidikan. Umur merupakan faktor yang penting dimana anak-anak terkadang tingkat kepatuhannya jauh lebih tinggi daripada remaja.Tekanan darah pria umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Faktor kognitif serta pendidikan seseorang dapat juga meningkatkan kepatuhan

terhadap aturan perawatan hipertensi (Purwanto,2006).

2) Pengetahuan

Pengetahuan pasien tentang kepatuhan pengobatan yang rendah yang dapat menimbulkan kesadaran yang rendah akan berdampak dan berpengaruh pada pasien dalam mengikuti tentang cara pengobatan, kedisiplinan pemeriksaan yang akibatnya dapat terjadi komplikasi berlanjut.

3) KomunikasiTerapeutik

Kualitas instruksi antara pasien dengan tenaga kesehatan menentukan tingkat kepatuhan seseorang, karena dengan kualitas interaksi yang tinggi, maka seseorang akan puas dan akhirnya meningkatkan kepatuhan nya terhadap anjuran kesehatan dalam hal perawatan hipertensi, sehingga dapat dikatakan salah satu penentu penting dari kepatuhan adalah cara komunikasi tentang bagaimana anjurandiberikan.

4) Psikososial

Variabel ini meliputi sikap pasien terhadap tenaga kesehatan serta menerima terhadap penyakitnya. Sikap seseorang terhadap perilaku kepatuhan menentukan tingkat kepatuhan. Kepatuhan seseorang merupakan hasil dari proses pengambilan keputusan orang tersebut, dan akan berpengaruh pada

persepsi dan keyakinan orang tentang kesehatan. Selain itu keyakinan serta budaya juga ikut menentukan perilaku kepatuhan. Nilai seseorang mempunyai keyakinan bahwa anjuran kesehatan itu dianggap benar maka

kepatuhan akan semakin baik.

5) Dukungan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan bagi individu serta memainkan peran penting dalam program perawatan dan pengobatan. Pengaruh normatif pada keluarga dapat memudahkan atau menghambat perilaku kepatuhan, selain dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan diperlukan untuk mempertinggi tingkat kepatuhan, dimana tenaga kesehatan adalah seseorang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien, sehingga apa yang dianjurkan akan dilaksanakan (Smet Bart,2004).

3. Cara pengukuran kepatuhan Diet

Untuk menilai status gizi individu dapat dilakukan melalui penilaian konsumsi panganindividu. Penilaian konsumsi pangan dilakukan untuk mengetahui kebiasaan makan dan menghitung jumlah yang dimakan baik dalam jangka panjang maupun jangka pendek. Dalam survey konsumsi pangan terdapat tiga metode yang digunakan yaitu metode kualitatif, metode kuantitatif, serta gabungan dari metode keduanya. Metode kualitatif digunakan untuk mengetahui frekuensi makan, frekuensi konsumsi menurut jenis bahan pangan, dan menggali informasi tentang kebiasaanmakan.

Metode kuantitatif digunakan untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat dihitung konsumsi zat gizi dengan menggunakan Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM) atau daftar lain yang diperlukan seperti Daftar Ukuran Rumah Tangga (URT), Daftar Konversi Mentah Masak

(DKMM), dan Daftar Penyerapan Minyak (DPM) (Supariasa, 2002)

Metode Penilaian konsumsi makanan merupakan salah satu metode yang digun akan dalam menilai asupan zat gizi. Metode dan pengukuran jumlah dan jenis konsumsi makanan untuk individu dapat dikelompokkan sebagai berikut :

*a. Food Recall* 24 jam

Dari berbagai metode survey konsumsi gizi tingkat individu, maka metode FR 24 jam konsumsi gizi merupakan suatu metode yang paling banyak digunakan dalam survey konsumsi gizi. Hal ini dikarenakan metode ini cukup akurat, cepat pelaksanaannya, murah, mudah dan tidak memerlukan peralatan yang mahal atau rumit. Prinsip dari metode *FR* 24 jam, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yangla1u.

*b. Food record* (pencatatan makanan)

Metode ini disebut juga diary records, yang digunakan untuk mencatat jumlah makanan yang dikonsumsi. *Food record* biasanya lebih akurat jika makanan yang dimakanan dicatat pada hari yang sama. Asupan zat gizi individu dikalkulasikan dan dirata-ratakan pada akhir waktu, lalu dibandingkan dengan anjuran asupanmakanan.

Pada metode ini responden diminta untuk mencatat semua yang dimakan dan diminum setiap kali sebelum makan dalam ukuran rumah tangga, atau menimbang dalam ukuran berat (gram) dalam periode tertentu (2-4 hari berturut-turut), termasuk cara persiapan dan pengolahan makanan tersebut

(Supariasa, 2002). Lamanya hari pencatatan disesuaikan dengan keadaan, dapat saja tiga, lima atau tujuh hari bila variasi makanannya beragam

*c.* Penimbangan Makanan ( *food weight*)

Metode penimbangan adalah metode paling akurat untuk memperkirakan konsumsi makanan dan asupan zat gizi.Pada metode ini petugas atau responden menimbang dan mencatat seluruh makanan yang dikonsumsi responden selama satu hari bila terdapat sisa makanan setelah makan, maka sisa tersebut perlu ditimbang untuk mengetahui jumlah sesungguhnya makanan yang dikonsumsi (Supariasa, 2002). Metode ini menuntut responden tidak buta huruf, memahami cara menghitung dan mencatat, metode ini lebih banyak membebani responden dari pada *FR* 24 jam, sehingga tingkat menjawabnya rendah dan jumlah sampel menjadi kecil dan tidak representatif

*d.* Metode riwayat makan (*dietaryhistory*)

Metode ini bersifat kualitatif karena memberikan gambaran tentang asupan makanan berdasarkan pengamatan dalam waktu yang cukup lama.Seperti selama satu bulan atau satu tahun yang lalu.Metode ini dikembangkan oleh Burke pada tahun 1940, kelebihan metode ini adalah dapat memperoleh keterangan tentang asupan zat gizi responden pada umumnya. Metode ini merupakan salah satu cara terbaik untuk memperoleh perkiraan asupan zat gizi yang biasanya diperoleh responden. Sedangkan kelemahannya adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara antara 1-2 jam, dibutuhkan pewawancara terlatih, mahal dan asupan zat gizi cenderung dilaporkan secara berlebihan, metode ini tidak

cocok untuk digunakan dalam survey besar.

*e.* Metode frekuensi makanan ( food frequency)

Tujuan dari Metode ini adalah untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi bahan makanan atau makanan jadi pada waktu lalu. Kuesioner terdiri dari daftar bahan makanan dan frekuensi makanan.Cara ini merekam tentang berapa kali konsumsi bahan makanan sehari, seminggu, sebulan atau waktu tertentu (Supariasa, 2002).Pada metode food frekuensi tidak dilakukan standar ukuran porsi yang digunakan hanya frekuensi berapa sering responden memakan makanan tersebut dan tidak dilakukan dilakukan penimbangan ukuran porsinya sedangkan metode Semi- Quantitatif suatu penelitian menerangkan hubungan antara nutrisi dan asupan makan.Semi- Quantitatif memberikan gambaran ukuran porsi yang dimakan seseorang dan frekuensi makan dalam waktu tahun, bulan, mingggu dan hari makanan yang dimakan oleh responden serta memberikan gambaran ukuran yang dimakan oleh responden dalam bentuk besar, sedang dan kecil. Prinsip dan penggunaan metode *frekuensi makanan* (*FFQ*):

1. Kuesioner *Frekuensi makanan (FFQ)* menilai energy dan atau intake gizi dengan menentukan seberapa sering seseorang mengkonsumsi sejumlah makanan yang merupakan sumber nutrisi utama atau dari komponen makanan tertentu dalam pertanyaan per hari, minggu atau bulan selama periode waktu tertentu (biasa nya 6 bulan sampai 1tahun).

2. Menyediakan data tentang kebiasaan asupan nutrisi yang dipilih,

makanan tertentu atau kelompok-kelompok makanan.

3. Kombinasi khusus dari makanan dapat digunakan sebagai *predictor* untuk asupan nutrisi tertentu atau non-gizi, asalkan komponen asupan makanan terkonsentrasi dalam jumlah yang relative kecil makanan atau kelompok makanan tertentu, misalnya konsumsi vitamin C diperkirakan dari buah-buahan segar dan jusbuah.
4. *FFQ* sering dirancang untuk mendapatkan informasi tentang aspek-aspek tertentu dari diet, seperti lemak makanan atau vitamin tertentu atau mineral dan aspek lain nya mungkin kurang baik dicirikan.
5. Kuesioner ini terdiri dari daftar sekitar 100 atau lebih sedikit makanan individu atau kelompok makanan yang contributor penting untuk intake energy penduduk atau nutrisi khusus menarik lainnya.
6. *FFQ* biasanya dikelola sendiri dan karena itu dirancang mudah untuk diselesaikan oleh subyek penelitian (diwawancarai oleh pewawancara atau mengisi kuesioner computer atau melalui telepon) (Nurmala Fitri,2013).

## F. Diet Hipertensi

Diet adalah salah satu strategi non farmakologi yang efektif, tapi merubah dan mempertahankan perilaku tidak mudah karena tanggung jawab besar dari kepatuhan diet tergantung pada pasien dan perawatan diri adalah penting untuk mengontrol tekanan darah. Bukti menunjukkan bahwa intervensi untuk mengubah perilaku untuk mengontrol tekanan darah dianggap sebagai biaya investasi yang efektif dalam kesehatan masyarakat. Kepatuhan diet adalah tindakan seumur hidup pada pasien hipertensi, dan

keinginan internal dan godaan berperan sebagai penghalang pada masalah ini.Untuk itu dibutuhkan komitmen yang kuat untuk mempertahankan perilaku kepatuhan diet dari individu (Kamran *et al*, 2015).

Diet hipertensi adalah salah satu cara untuk mengatasi hipertensi tanpa efek yang serius, karena metode pengendaliannya yang alami.Hanya saja banyak orang yang menganggap diet hipertensi sebagai sesuatu yang merepotkan dan tidak menyenangkan (Purwati,1997). Tujuan diet rendah garam bagi penderita hipertensi adalah membantu menghilangkan retensigaram atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.

Syarat diet rendah garam garam adalah :

1. Cukup energi, protein, mineral dan vitamin
2. Bentuk makanan sesuai dengan keadaan penyakit,
3. Jumlah natrium disesuaikan dengan berat tidaknya retensi garam atau air dan atau hipertensi

Diet rendah garam diberikan kepada pasien dengan edema atau asites dan atau hipertensi seperti yang terjadi pada penyakit dekompensasio kordis, sirosis hati, penyakit ginjal tertentu, toksemia pada kehamilan dan hipertensi essensial. Diet ini mengandung cukup zat gizi sesuai dengan keadaan penyakit, dapat diberikan berbagai tingkat diet rendah garam.

Penyusunan komposisi makanan pada penderita hipertensi diharapkan dapat menurunkan tekanan darah. Rata-rata penurunan konsumsi natrium sebanyak ± 1,8 gram/hari dapat menyebabkan tekanan darah sistole menurun sebesar 4 mmHg dan *diastole* 2 mmHg. Pada penderita hipertensi konsumsi garam dapur harus kurang dari 1/4 – 1/2 sendok teh/hari. Anjuran

diet rendah garam I (200-400 mg Natrium) untuk hipertensi berat dan tidak menambahkan garam didalam masakan. Diet rendah garam II (600-800 mg Natrium) untuk hipertensi yang tidak terlalu berat.Sedangkan untuk hipertensi berat berlaku diet garam III (1000-1200 mg Natrium) (Wahyuningsih,2013).

Macam diet rendah garam menurut Ignatius sebagai berikut :

a) Diet Garam Rendah I ( 200-400 mg Na)

   Diet Garam Rendah I diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan atau hipertensi berat. Pada pengolahan makanan tidak ditambahkan garam. Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

b) Diet Garam Rendah II (600-1200 mgNa)

   Diet Garam Rendah II diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan atau hipertensi tidak berat, pemberian makanan sehari sama dengan Diet Garam Rendah I. Pada pengolahan boleh menggunakan setengah sendok teh garam dapur (2g). Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

c) Diet Garam Rendah III (1000-1200 mgNa)

   Diet Garam Rendah III diberikan kepada pasien dengan edema, asites dan atau hipertensi ringan. Pemberian makanan sehari sama dengan Diet Garam Rendah I pada pengolahan makanannya boleh menggunakan 1 sdt (4) gram dapur.