

SKRIPSI

UPAYA PENINGKATAN MOTIVASI PENDERITA HIPERTENSI DALAM MELAKUKAN KUNJUNGAN KONTROL MELALUI PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

ASRI MAS'ULAH

NIM. 010610199 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah
dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang
pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 5 Agustus 2010

Yang Menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Asri Mas'ulah', with a large, stylized initial 'A'.

ASRI MAS'ULAH

010610199B

LEMBAR PENGESAHAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 10 AGUSTUS 2010
OLEH

Pembimbing Ketua



Rizki Fitryasari P. K. S.Kep., Ns., M.Kep

NIP : 198002222006042001

Pembimbing



Sukma Randani Ismono S.Kep., Ns.

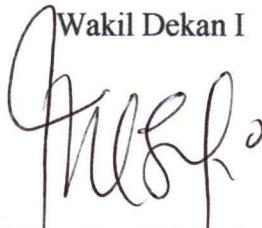
NIP : 139 080 790

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes.

NIP. 197806062001122001

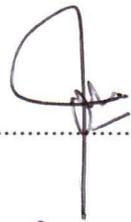
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI INI TELAH DIUJI

PADA TANGGAL 20 AGUSTUS 2010

OLEH:

Ketua : Purwaningsih S.Kp., M.Kes

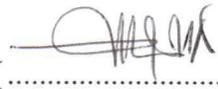
()

NIP : 196611212000032001

Anggota : 1. Rizki Fitryasari P. K, S.Kep., Ns., M.Kep ()

NIP : 198002222006042001

2. Sukma Randani Ismono S.Kep., Ns

()

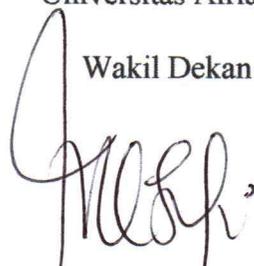
NIP : 139 080 790

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes.

NIP. 197806062001122001

Motto

**Orang sukses adalah orang yang berhasil
membawa dan membantu orang lain
untuk mencapai kesuksesan.**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Motivasi Dalam Melakukan Kunjungan Kontrol Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut, Surabaya”** skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku Pj. Dekan Fakultas Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan
2. Ibu Rizki Fitryasari P. K, S.Kep., Ns, selaku dosen pembimbing ketua yang telah mengembangkan ide, petunjuk, koreksi, serta saran dalam skripsi ini.
3. Ibu Sukma Randani Ismono, S.Kep., Ns, selaku dosen pembimbing yang telah mengembangkan ide, petunjuk, koreksi, serta saran dalam skripsi ini
4. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku dosen penguji skripsi. Ibu Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns dan Bapak Makhfudli, S.Kep.,Ns selaku dosen penguji proposal skripsi yang telah meluangkan waktu untuk ujian saya, dan telah memberikan petunjuk, koreksi dan saran dalam skripsi ini

5. Kedua orangtuaku tercinta yang senantiasa mendo'akan dan memberikan motivasi istimewa, saran yang luar biasa bermanfaat dan pendapat yang begitu membangun sehingga terselesaikannya skripsi ini.
6. Sahabat-sahabat ku Qtha dan teman-teman Asix yang selalu memberikan semangat untuk segera menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
7. Teman istimewa yang tiada henti memberikan dorongan dan motivasi sehingga selesailah karya tulis ini

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah member kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Saya sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, namun semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi dunia ilmu keperawatan

Surabaya, 20 Agustus 2010

Penulis

ABSTRACT

THE EFORTS TO UPGRADING MOTIVATION OF CONTROL VISITE AT PATIENT WITH HYPERTENSION THROUGH GIVING HEALTH EDUCATION

Quasy Eksperiment Study in Kalirungkut Public Health Center Work Areas

By :

Asri Mas'ulah

Hypertension is a chronic medical condition in which the blood pressure in the arteries is elevated. On 2007, 50% from 15 million persons in Indonesia don't know that they have hypertension. So, their not keep their body from fact risk of hypertension. Only 332 people from 1.185 patient with hypertension come to the kalirungkut public health center to make sure that their step to control their blood pressure is right. This is nurses' task to give health education and support the patient with hypertension to always control their health to the public health center.

Design used in this study was Quasy Experiment. The total population is 1.185 patients with hypertension in Kalirungkut public health center work areas. The sample was 60 patients with hypertension that founded by purposive sampling method. The independent variable was health education about hypertension and the dependent variable was motivation to be control visits. The data was analyzed by Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney with level significance $p \leq 0,05$ and $p = 0,05$.

The result showed that motivation to visiting control with Wilcoxon Signed Rank Test analyzed in treatment group had significance level $p = 0,000$ and control group is $p = 0,394$. Mann Whitney Test showed that $p = 0,000$ it means that health education can upgrade motivation of control visits in treatment group.

It can be concluded that health education about hypertension have an effect to increasing motivation visiting control at patients with hypertension with health education that match with the patient's need and the use of health education for themselves. Further study should measure the validity of instrument.

Key word : health education, motivation, hypertension

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan dan Lambang	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan umum.....	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Motivasi.....	8
2.1.1 Pengertian motivasi.....	8
2.1.2 Teori-teori motivasi	8
2.1.3 Fungsi motivasi.....	12
2.1.4 Ciri-ciri motivasi.....	12
2.1.5 Jenis motivasi.....	14
2.1.6 Bentuk motivasi	17
2.1.7 Teknik motivasi dalam proses pendidikan kesehatan.....	17
2.1.8 Hakikat motivasi.....	19
2.1.9 Pengukuran motivasi.....	20
2.1.10 Indikator penilaian motivasi	22
2.1.11 Motivasi berperilaku sehat.....	22
2.2 Konsep Perilaku.....	24
2.2.1 Batasan perilaku.....	24
2.2.2 Jenis perilaku	25
2.2.3 Domain perilaku	26
2.2.4 Proses perubahan perilaku	30
2.2.5 Determinan perilaku	31
2.2.6 Perilaku kesehatan	34

2.3	Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan	35
2.3.1	Pengertian pendidikan/penyuluhan kesehatan	35
2.3.2	Tujuan pendidikan kesehatan	36
2.3.3	Proses pendidikan kesehatan	37
2.3.4	Perubahan perilaku dalam pendidikan kesehatan ...	37
2.3.5	Hasil yang diharapkan	40
2.3.6	Sasaran penyuluhan kesehatan	40
2.3.7	Metode pendidikan kesehatan	41
2.3.8	Media pendidikan kesehatan	44
2.3.9	Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan	45
2.3.10	Faktor yang berpengaruh dalam penyuluhan	46
2.4	Konsep Hipertensi	47
2.4.1	Definisi	48
2.4.2	Jenis-jenis hipertensi	48
2.4.3	Faktor-faktor penyebab hipertensi	49
2.4.4	Gejala dan manifestasi klinis hipertensi	53
2.4.5	Pencegahan dan pengobatan hipertensi	54
2.4.6	Kunjungan kontrol hipertensi	56
2.4.7	Manfaat kunjungan kontrol	57
2.4.8	Pendidikan/penyuluhan kesehatan hipertensi	58
BAB 3	KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	61
3.1	Kerangka Konseptual	61
3.2	Hipotesis Penelitian	63
BAB 4	METODE PENELITIAN	64
4.1	Desain Penelitian	64
4.2	Populasi, Sampel dan Sampling	65
4.2.1	Populasi	65
4.2.2	Sampel	65
4.2.3	Sampling	66
4.3	Identifikasi Variabel Penelitian	67
4.3.1	Variabel independen	67
4.3.2	Variabel dependen	67
4.4	Definisi Operasional	68
4.5	Instrumen Penelitian	68
4.6	Lokasi dan waktu penelitian	69
4.7	Prosedur pengambilan data	69
4.8	Kerangka Operasional	71
4.9	Analisis Data	72
4.10	Etik Penelitian	73
4.11	Keterbatasan	73
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	74
5.1	Hasil Penelitian	74
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian	74
5.1.2	Data Umum	75
5.1.3	Data Khusus	79

5.2 Pembahasan	83
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	93
7.1 Kesimpulan	93
7.2 Saran	94
Daftar Pustaka	95
Lampiran	97

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Proses Motivasi Dasar	10
Gambar 2.2 Determinan terbentuknya perilaku pada manusia.....	32
Gambar 2.3 Proses perubahan perilaku berasal dari pengalaman dan Proses.....	39
Gambar 2.4 Manifestasi klinis hipertensi pada organ tubuh manusia.....	54
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	59
Gambar 4.1 Kerangka Operasional.....	69
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur.....	75
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan	76
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan.....	77
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendapatan.....	78
Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan lama menderita hipertensi	79
Gambar 5.6 Tingkat motivasi sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kontrol.....	80
Gambar 5.7 Tingkat motivasi setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kontrol.....	81

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tabel Klasifikasi Hipertensi	48
Tabel 2.2 Tabel Modifikasi Pola Hidup dan Gizi Seimbang.....	55
Tabel 4.1 Desain penelitian dengan pendekatan <i>non-equivalent</i> <i>sample pretest posttest design</i>	63
Tabel 4.2 Definisi Operasional	67
Tabel 5.1 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap motivasi dalam melakukan kunjungan kontrol pada penderita hipertensi	82

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Permohonan data awal.....	97
Lampiran 2 Lembar Permohonan Ijin Penelitian	98
Lampiran 3 Lembar Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	99
Lampiran 4 Lembar Ijin Penelitian Bakesbang & Linmas Surabaya	100
Lampiran 5 Lembar Ijin Penelitian Kecamatan Rungkut.....	101
Lampiran 6 Lembar Ijin Penelitian Kelurahan Rungkut.....	102
Lampiran 7 Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	103
Lampiran 8 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	104
Lampiran 9 Format Pengumpulan Data	105
Lampiran 10 Lembar Kuesioner.....	107
Lampiran 11 SAP (Satuan Acara Penyuluhan).....	110
Lampiran 12 Tabulasi Data	113
Lampiran 13 Hasil uji SPSS 17.0	121
Lampiran 14 Lembar Leaflet.....	128
Lampiran 15 Lembar Pamflet.....	130
Lampiran 16 Materi Penyuluhan Hipertensi	130

DAFTAR SINGKATAN DAN LAMBANG

BMI	: <i>Body Mass Index</i>
HT	: Hipertensi
IBW	: <i>Ideal Body Weight</i>
K	: Kelompok
K-A	: Kelompok Eksperimen
K-B	: Kelompok Kontrol
n	: Jumlah sampel
	: Diteliti
	: Tidak Diteliti
\geq	: Lebih besar atau sama dengan
\leq	: Lebih kecil atau sama dengan
$<$: Lebih kecil

BAB I
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit degeneratif dan kardiovaskuler merupakan masalah kesehatan terbesar di kalangan masyarakat Indonesia, salah satunya adalah hipertensi. Penyakit ini bukan hanya menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat Indonesia tapi juga di beberapa negara yang ada di dunia. Perubahan pola makan dan gaya hidup tidak sehat, membawa konsekuensi terhadap berkembangnya penyakit *degenerative* seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, aneka kanker, osteoporosis, dan hipertensi (Ulfah, 2008). Hipertensi merupakan penyakit menetap, sembuh dari hipertensi adalah tidak mungkin, namun mengontrol hipertensi merupakan langkah yang tepat (Marliani, 2007). Dalam upaya pengontrolan hipertensi faktor internal yakni motivasi dari pihak penderita hipertensi sendiri sangat diperlukan. Dengan adanya motivasi dalam diri orang tersebut keberhasilan program pencegahan dan pengobatan hipertensi akan lebih mudah dicapai. Pendidikan kesehatan mampu menumbuhkan motivasi seseorang untuk berperilaku sehat, jika seseorang sudah memiliki motivasi yang kuat dalam melakukan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka perilakunya akan menjadi lebih konsisten (Damayanti, 2007). Pendidikan kesehatan mengenai hipertensi sangat dibutuhkan guna mengurangi angka kejadian hipertensi dimasyarakat dan meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi. Angka kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut Surabaya tergolong cukup tinggi terhitung mulai tahun 2007-2009 jumlah penderita hipertensi

sebanyak 1.185 orang. Angka ini tidak didukung dengan tingginya jumlah kunjungan kontrol yang hanya berkisar 335 orang per tahun. Angka ini tergolong rendah karena jumlah kunjungan kontrol ini sudah dipengaruhi oleh jumlah penderita hipertensi di tahun sebelumnya. Di Puskesmas Kalirungkut kegiatan pendidikan/penyuluhan kesehatan sudah rutin dilakukan 1 bulan sekali dengan tema yang berbeda. Dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan, Puskesmas Kalirungkut tidak hanya bekerja sendiri, baik kader maupun tokoh masyarakat semua ikut dilibatkan. Pendidikan kesehatan hipertensi selama ini baru diberikan kepada para lansia yang tergabung dalam 5 posyandu lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut, untuk pendidikan kesehatan hipertensi pada semua penderita hipertensi secara umum dan sosialisasi mengenai pentingnya melakukan kunjungan kontrol masih belum dilakukan. Himbauan untuk melakukan kunjungan kontrol selama ini hanya melalui informasi perorangan antara dokter dan pasien. Kesadaran dan motivasi dari pihak pasien untuk melakukan kontrol sangat diharapkan mengingat jumlah pasien yang datang berobat di Puskesmas Kalirungkut perharinya banyak sekali. Salah satu penyebab rendahnya motivasi masyarakat adalah karena tingkat pengetahuan sehingga langkah awal untuk memotivasi penderita hipertensi adalah meningkatkan pengetahuan mereka melalui pendidikan kesehatan. Namun hingga sampai saat ini pengaruh pendidikan kesehatan terhadap motivasi dalam kunjungan kontrol pada penderita hipertensi di wilayah Kel.Kalirungkut ke Puskesmas setempat belum dapat dijelaskan.

Jumlah penderita hipertensi di Indonesia pada tahun 2007 berjumlah 15 juta orang tetapi hanya 4% yang merupakan hipertensi terkontrol. Prevalensi 6-

15% pada orang dewasa, 50% diantaranya tidak menyadari sebagai penderita hipertensi sehingga mereka cenderung untuk menjadi hipertensi berat karena tidak menghindari dan tidak mengetahui faktor resikonya, dan 90% merupakan hipertensi esensial/hipertensi yang belum diketahui penyebabnya (Amiruddin, 2007). Diperkirakan sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, menjadi 1,15 milyar kasus di tahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi dan penambahan penduduk saat ini (Armilawati, 2007). Dari data yang didapat pada tahun 2007-2009 jumlah penderita hipertensi di Puskesmas Kalirungkut Surabaya sebanyak 1.185 orang, bahkan dalam kurun waktu 4 bulan yaitu Februari-Mei 2010 sudah 283 orang tercatat sebagai pasien baru dengan hipertensi dan rata-rata berumur 40-60 tahun. Angka penderita hipertensi ini didominasi oleh penduduk kelurahan Kalirungkut yang berjumlah 358 orang. Selain karena lebih dekat dengan Puskesmas Kalirungkut, kelurahan ini merupakan kelurahan dengan wilayah terluas dan penduduk terpadat. Tingginya jumlah penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas ini tidak diimbangi dengan tingginya jumlah kunjungan kontrol. Jumlah rata-rata kunjungan kontrol di Puskesmas Kalirungkut per tahun hanya 335 orang. Hasil studi pendahuluan menunjukkan 15 dari 20 orang penderita hipertensi di wilayah Rungkut lor RT 02 RW 06 Kel.Kalirungkut menyatakan bahwa mereka jarang kontrol tekanan darah ke puskesmas maupun ke dokter umum sekitar karena kemampuan fisik yang menurun dan belum merasakan keluhan menjadi alasan terbanyak untuk tidak melakukan kunjungan kontrol. Sebagian dari mereka tidak mengetahui jika harus kontrol rutin, bagi mereka jika sudah tidak dirasakan keluhan maka mereka telah

sembuh. Peningkatan penderita hipertensi dikawasan Puskesmas Kalirungkut ini meskipun lambat namun cukup signifikan sekitar 10% setiap tahunnya.

Akibat terburuk dari pengesampingan kunjungan kontrol hipertensi ini akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis seperti stroke, kebutaan, gagal jantung, arteriosklerosis, aterosklerosis, gagal ginjal dan yang terburuk adalah kematian. Seseorang dikatakan menderita hipertensi apabila saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil tekanan darah systole ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastole ≥ 90 mmHg. Bertambahnya usia, stress, gaya hidup, obesitas dan riwayat keluarga adalah faktor resiko timbulnya hipertensi pada diri seseorang. Sifat penyakit hipertensi yang menetap dengan perjalanan penyakit yang sangat lambat menyebabkan penderita hipertensi jarang merasakan gejala atau tanda-tanda serangan hipertensi yang disebut dengan masa laten. Di masa laten (masa dimana hipertensi menyelubungi perkembangan penyakit lain hingga terjadi kerusakan organ penting dalam tubuh) banyak sekali pasien hipertensi yang mengesampingkan pentingnya kunjungan kontrol hipertensi di pusat pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan praktek dokter umum terdekat. Hipertensi adalah faktor resiko utama penyakit-penyakit kardiovaskular yang merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Stroke, hipertensi dan penyakit jantung meliputi lebih dari sepertiga penyebab kematian stroke menjadi penyebab kematian terbanyak 15,4 %, kedua hipertensi 6,8%, penyakit jantung iskemik 5,1% dan penyakit jantung 4,6% (Hasil Riskesdas, 2007).

Pengesampingan masyarakat akan pentingnya kunjungan kontrol dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan masyarakat mengenai hipertensi. Tingkat pendidikan, status ekonomi dan sarana prasarana yang tidak memadai dapat

menjadi penyebab rendahnya motivasi masyarakat untuk melakukan kunjungan kontrol hipertensi. Pemberian informasi hipertensi yang menyeluruh kepada masyarakat adalah salah satu langkah penting dalam mengelola tekanan darah (Edwin, 2008). Pemberian pendidikan kesehatan hipertensi yang optimal diharapkan mampu menumbuhkan motivasi dan sikap positif penderita hipertensi untuk melakukan kunjungan kontrol. Penerimaan baru perilaku atau adopsi perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif akan menjamin perilaku tersebut berlangsung lama. Namun sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2005).

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan hipertensi terhadap motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut, Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut, Surabaya

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi motivasi penderita hipertensi dalam melakukan kunjungan kontrol sebelum pendidikan kesehatan pada kelompok

perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut, Surabaya

2. Mengidentifikasi motivasi penderita hipertensi dalam melakukan kunjungan kontrol sesudah pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut, Surabaya
3. Menganalisis peningkatan motivasi penderita hipertensi dalam melakukan kunjungan kontrol melalui pemberian pendidikan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut, Surabaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Sebagai wawasan pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan komunitas dalam upaya meningkatkan motivasi masyarakat dalam melakukan kunjungan kontrol hipertensi untuk mengurangi terjadinya manifestasi klinis hipertensi

1.4.2 Praktis

1. Bagi profesi, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk mengembangkan program pendidikan kesehatan sebagai metode yang efektif bagi perawat dalam meningkatkan motivasi perilaku hidup sehat.
2. Bagi puskesmas, hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan untuk Puskesmas mengenai perencanaan program rutin kunjungan kontrol hipertensi.

3. Bagi responden, hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan responden tentang pentingnya kunjungan kontrol hipertensi dalam upaya mencegah terjadinya manifestasi hipertensi.
4. Bagi Peneliti, hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengalaman dalam penelitian serta sebagai bahan untuk penerapan ilmu yang telah didapat selama perkuliahan

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan membahas tentang konsep dasar dari: 1) Motivasi; 2) Perilaku; 3) Pendidikan kesehatan; 4) Hipertensi.

2.1 Konsep Motivasi

2.1.1 Pengertian motivasi

Motivasi berasal dari kata motif yang dapat diartikan sebagai kekuatan yang terdapat dalam diri individu, yang menyebabkan individu tersebut bertindak atau berbuat. Oleh karena itu motivasi didefinisikan sebagai sebuah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang bertingkah laku (Hamzah, 2009)

Motivasi adalah karakteristik psikologi manusia yang memberikan kontribusi pada tingkat komitmen seseorang (Nursalam, 2007)

2.1.2 Teori-teori motivasi

Becker dan Landy mengelompokkan banyak pendekatan modern dari teori dan praktek menjadi lima kategori: teori kebutuhan, teori penguatan, teori keadilan, teori harapan dan teori penetapan sasaran.

1. Teori kebutuhan

Teori kebutuhan memfokuskan pada yang dibutuhkan orang untuk hidup berkecukupan. Dalam prakteknya, teori kebutuhan berhubungan dengan bagian pekerjaan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhannya itu (Nursalam, 2007)

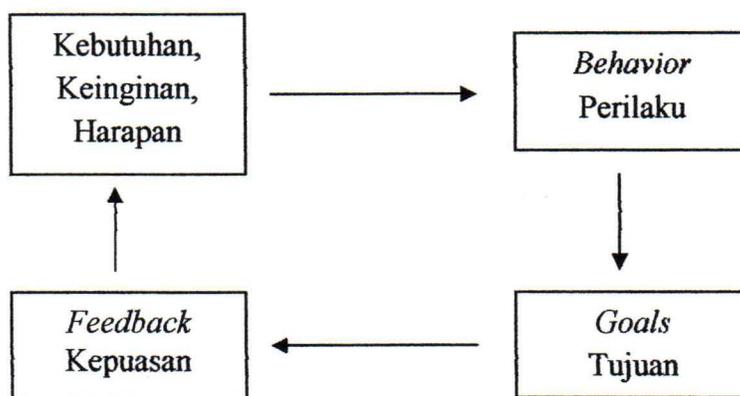
Maslow (1970) mengemukakan pemikiran tentang motivasi manusia dari sudut pandang adanya 5 kebutuhan dasar yang bersifat hirarkis sebagai berikut :

- a. Kebutuhan fisiologi (*physiological needs*) meliputi kebutuhan makan, air, udara dan seks. Kebutuhan ini sifatnya mutlak karena berhubungan langsung dengan hidup-mati dan kelangsungan generasi.
- b. Kebutuhan keamanan (*security needs*) meliputi kebutuhan akan keselamatan, keteraturan, kebebasan dari rasa takut dan ancaman.
- c. Kebutuhan sosial (*social needs*) meliputi kebutuhan untuk dicintai, disayangi, perasaan memiliki dan kontak antar manusia.
- d. Kebutuhan penghargaan (*esteem needs*) meliputi kebutuhan akan penghargaan dari orang lain, pujian dan prestasi.
- e. Kebutuhan akan aktualisasi diri (*self-actualization needs*) kebutuhan akan perkembangan diri, perasaan terpenuhi diri dan perwujudan potensi diri.

Menurut Maslow, setiap orang dimotivasi untuk memenuhi kebutuhannya secara sangat kuat pada waktu tertentu tergantung pada keadaan saat ini dan pengetahuan orang tersebut. Dalam dunia pendidikan, teori ini dilakukan dengan cara memenuhi kebutuhan peserta didik, agar dapat mencapai hasil belajar yang maksimal dan sebaik mungkin.

Hamzah (2009) dalam bukunya mengungkapkan banyak teori motivasi yang didasarkan dari asas kebutuhan (*need*). Kebutuhan yang menyebabkan seseorang berusaha untuk dapat memenuhinya. Motivasi adalah proses psikologis yang dapat menjelaskan perilaku seseorang. Perilaku hakikatnya merupakan orientasi pada satu tujuan. Dengan kata lain, perilaku seseorang dirancang untuk mencapai tujuan. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan proses interaksi dari beberapa unsur. Dengan demikian, motivasi merupakan kekuatan yang mendorong seseorang melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan. Kekuatan-

kekuatan ini pada dasarnya dirangsang oleh adanya berbagai macam kebutuhan, seperti (1) keinginan yang hendak dipenuhi; (2) tingkah laku (perilaku); (3) tujuan; (4) Umpan balik (kepuasan).



Gambar 2.1 Proses Motivasi Dasar (Hamzah, 2009)

2. Teori keadilan

Teori keadilan menyatakan sekiranya individu menganggap ketidakseimbangan atau ketidakadilan wujud di antara ganjaran atau penghargaan dengan usaha yang dilakukan (Johanes, 2000)

3. Teori harapan

Victor H. Vroom dikutip oleh Sudrajat (2008) dalam teorinya menyatakan cara memilih dan bertindak dari berbagai alternatif tingkah laku, berdasarkan harapannya apakah ada keuntungan yang diperoleh dari tiap tingkah laku.

Teori harapan berpikir atas dasar :

a. Harapan hasil prestasi

Individu mengharapkan konsekuensi tertentu dari tingkah laku mereka. Harapan ini nanti akan mempengaruhi keputusan mereka tentang cara bertingkah laku

b. Valensi

Hasil dari tingkah laku tertentu mempunyai valensi atau kekuatan untuk memotivasi, yang bervariasi dari satu individu ke individu yang lain.

c. Harapan prestasi usaha

Harapan orang mengenai seberapa sulit untuk melaksanakan tugas secara berhasil dan mempengaruhi keputusan tentang tingkah laku. Tingkah laku seseorang sampai tingkat tertentu akan bergantung pada tipe hasil yang diharapkan. Beberapa hasil berfungsi sebagai imbalan intrinsik – imbalan yang dirasakan langsung oleh orang yang bersangkutan. Imbalan ekstrinsik seperti bonus, pujian, atau promosi diberikan oleh pihak luar, seperti supervisor atau kelompok kerja.

4. Teori penguatan

Teori penguatan yang dikaitkan dengan ahli psikologi Skiners dan teman-temannya, bagaimana konsekuensi tingkah laku dimasa lampau yang mempengaruhi tindakan masa depan dalam proses belajar klinis.

Rangsangan → Respon → Konsekuensi → Respon masa depan

Dalam pandangan ini tingkah laku sukarela seseorang terhadap situasi atau peristiwa merupakan penyebab dari konsekuensi tertentu.

Teori penguatan menyangkut ingatan orang mengenai pengalaman seseorang rangsangan respon konsekuensi. Menurut teori penguatan, seseorang termotivasi jika dia memberikan respon pada rangsangan pada pola tingkah laku konsisten sepanjang waktu (Nursalam, 2008)

2.1.3 Fungsi motivasi

Fungsi motivasi menurut Purwanto (2000) dikutip oleh Lukman (2009) adalah

1. Mendorong manusia untuk berbuat atau bertindak
2. Menentukan arah perbuatan yaitu arah perwujudan tujuan atau cita-cita.
3. Menseleksi perbuatan kita, artinya menentukan perbuatan-perbuatan mana yang harus dilakukan, dimana perbuatan tersebut haruslah serasi guna mencapai suatu tujuan. Makin berharga tujuan tersebut maka makin kuat pula motivasi berbuat agar tujuan tersebut tercapai.

Menurut Soedirman (1996) menjelaskan tentang fungsi motivasi :

1. Mendorong manusia untuk berbuat, jadi sebagai penggerak atau motor yang melepaskan energi. Motivasi dalam hal ini merupakan motor penggerak atau motor kegiatan yang akan dikerjakan.
2. Menentukan arah perbuatan yakni mengarah pada tujuan yang dicapai. Dengan demikian motivasi dapat memberikan arah dan kegiatan yang harus dikerjakan sesuai dengan rumusan tujuan.
3. Menseleksi perbuatan yaitu menentukan perbuatan apa yang harus dikerjakan, yang serasi guna untuk mencapai tujuan dengan menyisihkan perbuatan yang tidak bermanfaat bagi tujuan tersebut.

2.1.4 Ciri-ciri motivasi

Ciri – ciri motivasi menurut Soekamto (2005). Motivasi dapat disimpulkan dari observasi dan tingkah laku. Ciri-ciri motivasi tersebut :

1. Memperlihatkan minat, mempunyai perhatian dan ingin ikut serta
2. Bekerja keras serta memberikan kesempatan pada usaha tersebut.
3. Terus bekerja sampai tugas terselesaikan dengan sebaik-baiknya.

Irwanto (2003), menjelaskan tentang ciri-ciri motivasi sebagai berikut :

1. Pergerakan perilaku mengejala dalam bentuk tanggapan-tanggapan yang bervariasi tetapi merangsang beberapa kecenderungan perilaku yang memungkinkan tanggapan yang berbeda.
2. Kekuatan dan efisiensi perilaku yang mempunyai hubungan yang bervariasi dengan kekuatan determinan. Rangsangan yang lemah mungkin menimbulkan reaksi yang hebat dan sebaliknya.
3. Motivasi pergerakan perilaku pada tujuan tertentu
4. Penguatan positif menyebabkan suatu perilaku tertentu cenderung untuk diulangi kembali
5. Kekuatan perilaku akan melemah bila akibat dari perbuatan itu bersifat tidak menyenangkan.

Menurut As'ad (2001) ciri-ciri motivasi dari individu ada 4, yaitu:

1. Motivasi dapat berubah

Motivasi bagi seseorang seringkali mengalami perubahan. Hal ini disebabkan karena keinginan manusia selalu berubah-ubah sesuai kebutuhan

2. Motivasi adalah majemuk

Dalam suatu perbuatan tidak hanya mempunyai satu tujuan, tetapi beberapa tujuan yang berlangsung bersama-sama

3. Motivasi berbeda bagi individu

Dua orang yang melaksanakan pekerjaan-pekerjaan yang sama tetapi terdapat banyak perbedaan motivasi.

4. Beberapa motivasi yang tidak disadari oleh individu

Banyak tingkah laku manusia yang tidak disadari oleh perilakunya, sehingga beberapa dorongan yang muncul seringkali karena berhadapan dengan situasi yang kurang menguatkan lalu ditekan dibawah alam sadarnya

2.1.5 Jenis motivasi

Motivasi dilihat dari dasar pembentukan menurut Setiawati (2008):

1. Motivasi bawaan

Motivasi jenis ini ada sebagai insting manusia sebagai makhluk hidup, motivasi untuk berumah tangga, motivasi untuk memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan. Motivasi untuk terhindar dari serangan penyakit. Motivasi ini terus berkembang sebagai konsekuensi logis manusia

2. Motivasi yang dipelajari

Motivasi jenis ini akan ada dan berkembang karena adanya keingintahuan seseorang dalam proses pembelajarannya. Orang akan belajar tentang pengobatan dan perawatan hipertensi, maka orang tersebut termotivasi untuk membaca materi kardiovaskular, penyakit degenerative, jenis pengobatan dan perawatan yang sering dilakukan, tidak itu saja ia harus mencari dan mempelajari apa akibat lanjut dari hipertensi.

3. Motivasi kognitif

Motivasi kognitif bermakna bahwa motivasi akan muncul karena adanya desakan proses pikir, sehingga motivasi diri sangat individualistik. Dua puluh peserta penyuluhan kesehatan dengan topik menghindari penyakit

gastritis pada remaja putri. Motivasi dari masing-masing peserta penyuluhan secara kognitif tidak sama. Sebagian peserta hanya ingin mengetahui kaitan antara pola makan remaja dengan timbulnya penyakit gastritis. Sebagian yang lainnya ingin mengetahui secara jelas mulai dari perjalanan penyakit dan sampai bagaimana cara menghindari penyakit gastritis pada remaja putri

4. Motivasi ekspresi diri

Motivasi individu dalam melakukan aktivitas/kegiatan bukan hanya untuk memuaskan kebutuhannya saja tetapi ada kaitannya dengan bagaimana individu tersebut berhasil menampilkan diri dengan kegiatan tersebut. Ringo berlatih keras bola basket bukan hanya untuk masuk kualifikasi basket di sekolahnya, melainkan ia juga ingin terlihat macho dan trendi di depan teman sepermainannya.

5. Motivasi aktualisasi diri

Contohnya J.K Rowling dengan Harry Potternya telah berhasil membuktikan bahwa dengan menulis dirinya bisa memberikan banyak makna buat pembaca dan pemerhati film. Tulisannya menjadi sumber inspirasi ribuan bahkan jutaan orang bahwa motivasi menulis bukan semata memuaskan hobi saja melainkan bisa dijadikan sebagai bentuk aktualisasi diri.

Empat kondisi yang membentuk motivasi pada diri manusia adalah :

1. Timbulnya alasan

Kegiatan yang dilakukan oleh individu bisa diawali dengan berbagai motivasi. Olah raga sebagai hobi, olah raga sebagai kesenangan, olah raga

hanya dikarenakan ingin mendapatkan pengakuan dari kelompoknya, olah raga untuk membunuh kejenuhan dan olah raga untuk mencapai sebuah prestasi. Alasan-alasan itulah yang menjadi beberapa pertimbangan individu untuk melakukan sebuah kegiatan.

2. Memilih

Banyaknya kegiatan yang bisa dilakukan oleh individu tidak mungkin dikerjakan sekaligus, untuk itulah individu berhak untuk memilih kegiatan apa yang akan segera dilakukannya. Mengobati asam urat ke pengobatan alternative ataupun ke pelayanan kesehatan. Pada kondisi ini individu menimbang-nimbang kemana tujuannya dan atas dasar motivasi apa kegiatan berobat dilakukan.

3. Memutuskan

Faktor pendorong yang kuat dalam diri individu akan mempercepat proses pengambilan keputusan. Pergi ke pelayanan kesehatan akan mendapatkan informasi yang jelas terkait asam urat, diperiksa dengan alat yang sudah diteliti dengan akurat penggunaannya, mendapatkan pengobatan yang tentunya sudah melewati laboratorium uji obat. Faktor-faktor itulah yang memberikan keyakinan dan motivasi untuk memutuskan berobat ke pelayanan kesehatan.

4. Timbulnya kemauan

Segera setelah diputuskan maka individu akan bertindak dalam bentuk aktivitas/kegiatan berobat. Pemeriksaan dilakukan pada kandungan asam uratnya. Setelah teridentifikasi asam urat yang tinggi maka individu harus mengikuti pengobatan yang telah ditentukan oleh dokter (Setiawati, 2008)

2.1.6 Bentuk motivasi

Menurut Soekamto (2005) dikutip oleh Hakim (2009) ada 3 bentuk motivasi:

1. Motivasi intrinsik

Yaitu motivasi yang datangnya dari dalam individu bahwa motivasi intrinsik lebih menguntungkan dari pada motivasi ekstrinsik oleh karena dapat bertahan lama.

2. Motivasi ekstrinsik

Yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu

3. Motivasi terdesak

Yaitu motivasi yang memacu dalam kondisi terjepit dan muncul serentak serta menghentak dengan cepat sekali, muncul pada aktivitas seseorang.

2.1.7 Teknik-Teknik Motivasi Dalam Pendidikan Kesehatan

Setiawati (2008) menyebutkan ada 6 teknik motivasi dalam proses pendidikan kesehatan:

1. Memberi angka

Angka hanyalah sebuah symbol yang harus dimaknai oleh peserta didik dalam konteks pencapaian hasil. Angka adalah deret ukur yang bisa dijadikan motivasi belajar untuk dapat meraihnya. Angka yang tinggi tidak dapat dijadikan patokan keberhasilan sebuah proses pembelajaran, tetapi harus didukung dengan dilaksanakannya nilai-nilai yang sesuai dengan pencapaian angka yang tinggi tersebut. Contoh: Shifa mendapatkan nilai 90 di mata ajar etika keperawatan tetapi dalam kesehariannya shifa cenderung lalai dan kurang repek terhadap banyak hal. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa motivasi shifa sebatas nilai semata.

2. Memberi hadiah

Hadiah bisa dijadikan sebagai motivasi bagi individu untuk melakukan suatu kegiatan. Hadiah merupakan salah satu bentuk penguatan untuk seseorang bersungguh-sungguh melaksanakan kegiatannya. Perlu diingat hadiah tidak akan sama dimaknai oleh setiap individu dengan kegiatan yang sama. Bagi orang yang suka menyanyi dan berhasil meraih prestasi kontes menyanyi, hadiah sangatlah bermakna. Tapi bagaimana bagi orang yang tidak suka menyanyi, hadiah tidak akan berarti apa-apa.

3. Memberi kompetisi

Kompetisi atau persaingan dalam proses belajar sangatlah dibutuhkan. Dengan adanya kompetisi peserta didik akan saling memacu diri untuk meraih tujuan yang ingin dicapai. Kompetisi membuat pelari berlatih keras untuk memecahkan rekor atau mengalahkan pesaingnya. Kompetisi dalam belajar akan membuat peserta didik menyadari pentingnya arti sebuah motivasi

4. Memberi evaluasi

Kompetisi atau lebih dikenal dengan ulangan merupakan satu hal yang akan memotivasi peserta didik untuk dapat belajar dengan giat. Evaluasi perlu dilakukan sewaktu-waktu atau bersifat formatif. Evaluasi akan memberikan gambaran sejauh mana peserta didik mampu menerima informasi yang telah disampaikan oleh pengajar. Apapun bentuk evaluasi, pengajar harus dapat bersikap terbuka atas hasil yang didapat. Kekurangan yang ditemukan setelah evaluasi akan menjadikan pengajar mengubah cara mengajar dan media yang digunakan

5. Memberikan pujian

Pujian merupakan bentuk *reinforcement* bagi peserta didik yang telah berhasil melalui suatu kegiatan pembelajaran. Pujian harus diberikan pada waktu dan kejadian yang tepat, sehingga pujian akan berdampak sebagai motivasi belajar bagi peserta didik. Pujian akan bersifat menyenangkan dan menghibur. Pujian adalah obat yang mujarab bagi para peserta didik untuk bangkit dan maju dari keterpurukan hasil pembelajaran. Pujian yang tidak tepat dan berlebihan akan berakibat buruk pada peserta didik

6. Memberikan hukuman

Hukuman adalah bentuk *reinforcement* negatif. Hukuman akan bermakna jika diberikan dengan prinsip-prinsip yang benar. Berikan hukuman pada peserta didik yang bersifat mendidik, bukan mencelakai atau mempermalukan. Hukuman diberikan tentunya setelah peserta didik mengetahui terlebih dahulu aturan yang berlaku selama proses pembelajaran. Hukuman yang tepat akan membuat peserta didik menyadari akan kesalahan yang telah diperbuat dan memperbaiki kesalahan menjadi keberhasilan yang tertunda.

2.1.8 Hakekat motivasi

Hakekat motivasi merupakan suatu tenaga yang terdapat pada diri seseorang yang menimbulkan dan mengorganisasikan tingkah laku. Sedangkan motif adalah alasan dan dorongan yang menyebabkan seseorang berbuat atau melakukan suatu tindakan (Handoko, 2007).

Motivasi bukan merupakan faktor yang netral tetapi dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pengalaman, masa lalu, taraf intelegensi, kemampuan fisik,

situasi lingkungan, cita-cita hidup dan lain-lain. Handoko (2007) mengemukakan bahwa yang termasuk faktor intrinsik adalah umur, pendidikan, pengetahuan/pemahaman, rasa aman dan pengalaman rasa sakit. Sedangkan faktor ekstrinsik adalah ekonomi, sosial dan budaya, sarana dan prasarana

Menurut Sardiman (1986) yang dikutip oleh Hamzah (2009) , Motivasi tidak dapat diamati secara langsung, tetapi dapat diinterpretasikan dari tingkah lakunya. Motivasi dapat dipandang sebagai perubahan energi dalam diri seseorang yang ditandai dengan munculnya *feeling*, dan didahului dengan tanggapan terhadap adanya tujuan. Pernyataan ini mengandung tiga pengertian yaitu bahwa:

- 1) Motivasi mengawali terjadinya perubahan energi pada diri setiap individu
- 2) Motivasi ditandai oleh adanya rasa atau *feeling*, afeksi seseorang. Dalam hal ini, motivasi relevan dengan persoalan kejiwaan, afeksi, dan emosi yang dapat menentukan tingkah laku manusia
- 3) Motivasi dirangsang karena adanya tujuan

Menurut para pakar motivasi yang dikutip oleh Hamzah (2009) pemberian motivasi pada seseorang merupakan suatu mata rantai yang dimulai dari kebutuhan, menimbulkan keinginan, menyebabkan tensi, menimbulkan tindakan, menghasilkan keputusan. Dari berbagai tahapan pemberian motivasi yang dipaparkan diatas, ada dua tahapan yang disepakati para pakar sebagai faktor penentu perlu tidaknya seseorang diberikan motivasi. Kedua faktor tersebut adalah kebutuhan dan pengarahannya perilaku.

2.1.9 Pengukuran motivasi

Motivasi tidak dapat diobservasi secara langsung namun harus diukur. Pada umumnya, yang banyak diukur adalah motivasi sosial dan motivasi biologis.

Ada beberapa cara untuk mengukur motivasi, yaitu dengan 1) tes proyektif, 2) kuesioner, 3) observasi perilaku (Notoatmodjo, 2005b)

1) Tes Proyektif

Apa yang kita katakan merupakan cerminan dari apa yang ada dalam diri kita. Dengan demikian untuk memahami apa yang dipikirkan orang, maka kita beri stimulus yang harus diinterpretasikan. Salah satu teknik proyektif yang banyak dikenal adalah *Thematic Apperception Test* (TAT). Dalam tes tersebut klien diberikan gambar dan klien diminta untuk membuat cerita dari gambar tersebut. Dalam teori Mc Leland dikatakan, bahwa manusia memiliki tiga kebutuhan yaitu kebutuhan untuk berprestasi (*n-ach*), kebutuhan untuk power (*n-power*), kebutuhan untuk berafiliasi (*n-aff*). Dari isi cerita tersebut kita dapat menelaah motivasi yang mendasari diri klien berdasarkan konsep kebutuhan diatas.

2) Kuesioner

Mengukur motivasi melalui kuesioner adalah dengan meminta klien untuk mengisi kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang dapat memancing motivasi klien. Sebagai contoh adalah EPPS (*Edward's Personal Preference Schedule*). Kuesioner tersebut terdiri dari 210 nomer dimana masing-masing nomer terdiri dari dua pertanyaan. Klien diminta untuk memilih salah satu dari dua pertanyaan tersebut yang lebih mencerminkan dirinya. Dari pengisian kuesioner tersebut kita dapat melihat dari ke-15 jenis kebutuhan yang ada dalam tes tersebut, kebutuhan mana yang paling dominan dalam diri kita.

3) Observasi Perilaku

Cara lain untuk mengukur motivasi adalah dengan membuat situasi sehingga klien dapat memunculkan perilaku yang mencerminkan motivasinya. Misalnya, untuk mengukur keinginan untuk berprestasi, klien diminta untuk memproduksi origami dengan batas waktu tertentu. Perilaku yang di observasi adalah apakah klien menggunakan umpan balik yang diberikan, mengambil keputusan yang berisiko dan mementingkan kualitas dari pada kuantitas kerja.

2.1.10 Indikator penilaian motivasi

Menurut Hamzah (2009) Indikator penilaian motivasi dalam perubahan perilaku, yakni:

1) Motivasi Internal

- a. Adanya hasrat dan keinginan berhasil
- b. Adanya dorongan dan kebutuhan dalam berperilaku
- c. Adanya tujuan, harapan dan cita-cita yang jelas di masa depan
- d. Memiliki perasaan senang dan ikhlas dalam berperilaku

2) Motivasi Eksternal

- a. Adanya penghargaan atas perilaku
- b. Adanya lingkungan yang mendukung dan kondusif

2.1.11 Motivasi berperilaku sehat

Menurut John (1994) dikutip oleh Notoatmodjo (2005b), untuk berperilaku sehat diperlukan tiga hal yaitu: pengetahuan yang tepat, motivasi dan keterampilan. Jika seseorang tidak memiliki keterampilan untuk memunculkan perilaku sehat maka disebut sebagai *skill deficit*. Untuk meningkatkan perilaku

sehat, maka intervensi yang tepat tentu saja adalah dengan memberikan berbagai pelatihan. Namun, jika seseorang memiliki pengetahuan dan keterampilan namun tidak memiliki motivasi maka disebut sebagai *performance deficits*. Untuk menimbulkan motivasi maka teknik yang populer digunakan adalah dengan menggunakan pendekatan modifikasi perilaku dari aliran kaum behavioristik. Pemberian penguat (*reinforcement*) untuk meningkatkan perilaku atau pemberian sanksi atau hukuman untuk menurunkan frekuensi perilaku.

Kunjungan kontrol hipertensi pada penderita hipertensi adalah upaya penderita hipertensi untuk berperilaku sehat dengan berusaha rutin memeriksakan tekanan darah dan konsultasi dengan dokter tanpa harus menunggu datangnya keluhan gejala. Kunjungan kontrol hipertensi pada penderita hipertensi sangatlah besar manfaatnya, dalam setiap kunjungan penderita hipertensi dapat mengetahui tekanan darahnya dan apabila didapatkan kenaikan tekanan darah penderita akan segera mendapatkan terapi farmakologi yang tepat serta penderita hipertensi dapat terhindar dari hipertensi resisten (Kegagalan untuk mencapai target TD yang diinginkan pada pasien hipertensi dengan menggunakan tiga macam obat dosis penuh termasuk diuretik). Kunjungan kontrol hipertensi tidaklah memakan banyak waktu namun beberapa penderita sering mengesampingkan manfaat dari kunjungan kontrol hipertensi ini sehingga dibutuhkan sebuah motivasi dari dalam diri penderita hipertensi yang dapat kita bangun melalui pemberian pendidikan kesehatan yang merupakan *reinforcement* terbentuknya motivasi ekstrinsik

2.2 Konsep Perilaku

2.2.1 Batasan perilaku

Berdasarkan segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandangan biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas, antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, membaca dan sebagainya. Berdasarkan uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2005b)

Menurut Skinner (1938) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005b) perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organism, dan kemudian organism tersebut merespon, maka teori skinner ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus-Organisme-Respon. Skinner juga membedakan adanya 2 respon, yaitu :

- 1) *Respondent Respons* atau *reflexive*, yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus seperti ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relative tetap. (misalnya: makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup dan sebagainya). Respondent respons ini

juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendapat berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta dan sebagainya.

- 2) *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsangan ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforce*, karena memperkuat respon. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugasnya atau *job skripsi*) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

2.2.2 Jenis perilaku

Menurut Notoatmojo (2003b), dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Perilaku tertutup (*Covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*Covert*). Respon stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain

2. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

2.2.3 Domain perilaku

Benyamin Blomm (1908) yang dikutip Notoatmodjo (2005b) membagi perilaku ke dalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yakni : a) kognitif ; b) afektif; c) psikomotor. Dalam perkembangannya, teori bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan (promosi kesehatan), yakni:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi karakteristik orang yang bersangkutan, yakni tingkat pendidikan, emosional dan jenis kelamin. Faktor eksternal adalah lingkungan, baik fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik. Ada 6 tingkat pengetahuan :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasikan diartikan apabila orang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

2. Sikap (*Attitude*)

Menurut Notoatmodjo (2005b) sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Campbell (1950) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003b) mengatakan sikap itu suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain.

Sedangkan, Newcomb yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005) berpendapat bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas.

Komponen pokok sikap (Allport, 1954) :

- 1) Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek. Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut :

1) Menerima (*receiving*)

Diartikan bahwa individu atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan

2) Menanggapi (*responding*)

Diartikan bahwa subjek mampu memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi

3) Menghargai (*valuing*)

Diartikan subjek memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain untuk merespon.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya.

3. Tindakan (*practice*)

Sesuai yang dijelaskan diatas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain, yaitu adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Tindakan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, yaitu :

1) Praktik terpimpin (*gided response*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan panduan.

2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut paraktik atau tindakan mekanis

3) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi atau tindakan atau perilaku yang berkualitas

2.2.4 Proses perubahan perilaku

Sebelum orang mengadopsi perilaku, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan. Adapun teori-teori mengenai perubahan perilaku tersebut, diantaranya adalah :

1. Teori Kurt Lewin (1951)

Lewin mengungkapkan bahwa perubahan dapat dibedakan menjadi 3 tahap, yang meliputi :

- 1) Pencairan (*unfreezing*), motivasi yang kuat untuk beranjak dari keadaan semula dan berubahnya keseimbangan yang ada, merasa perlu untuk berubah dan berupaya untuk merubah, menyiapkan diri dan siap untuk berubah atau melakukan perubahan.
- 2) Bergerak (*moving*), bergerak menuju keadaan yang baru karena memiliki cukup informasi, sikap dan kemampuan untuk berubah, memahami masalah yang dihadapi dan mengetahui langkah-langkah penyelesaian yang harus dilakukan, melakukan langkah nyata untuk berubah dalam mencapai tahap baru.
- 3) Pembekuan (*refreezing*), telah mencapai tahap dan keseimbangan baru. Tingkat baru yang dicapai harus dijaga untuk tidak mengalami kemunduran atau bergerak kembali pada tingkat/tahap perkembangan semula. Oleh karena itu perlu selalu adanya upaya untuk mendapatkan umpan balik, kritik yang konstruktif dalam upaya pembinaan yang terus-menerus dan berkelanjutan (Nursalam, 2008)

2. Teori Rogers (1974)

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru atau berperilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yakni :

- 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus atau objek terlebih dahulu.
- 2) *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus
- 3) *Evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi
- 4) *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru
- 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus

Namun demikian Rogers mengemukakan tidak selalu perubahan perilaku seseorang melewati tahap-tahap diatas.

Apabila penerimaan baru perilaku atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan berlangsung lama. Namun sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2005b)

2.2.5 Determinan perilaku

Determinan perilaku adalah faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik (Notoatmodjo, 2003b)

Asumsi determinan perilaku yang lain mendasarkan kepada teori kepribadian dari spranger, Spranger membagi kepribadian manusia menjadi enam macam nilai kebudayaan yang dominan pada diri orang tersebut. Selanjutnya kepribadian tersebut akan menentukan pada dasar perilaku manusia yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2003b)

Secara rinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, dan sikap. Namun demikian realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi, gejala kejiwaan tersebut di pengaruhi oleh faktor lain diantaranya adalah pengalaman, keyakinan, sarana atau fasilitas, sosial budaya dan sebagainya. Proses terbentuknya perilaku dapat diilustrasikan pada gambar berikut.



Gambar 2.2 Determinan terbentuknya perilaku pada manusia

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap faktor penentu yang dapat mempengaruhi perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain (Notoatmodjo, 2003b)

1. Teori Lawrence Green (1980)

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- 2) Faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya
- 3) Faktor penguat (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat

2. Teori Snehandu B. Kar (1983)

Kar mencoba mengidentifikasi adanya 5 determinan perilaku, yaitu:

- 1) Adanya niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus di luar dirinya.
- 2) Adanya dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*) dalam kehidupan seseorang di masyarakat, perilaku orang tersebut cenderung memerlukan legitimasi dari masyarakat sekitarnya. Apabila perilaku tersebut bertentangan atau tidak memperoleh dukungan dari masyarakat, maka ia akan merasa kurang atau tidak “nyaman”
- 3) Terjangkaunya informasi (*accessibility of information*), adalah tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang
- 4) Adanya otonomi atau kebebasan pribadi (*personal autonomy*) yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan

- 5) Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*). Kondisi dan situasi mempunyai pengertian yang luas, baik fasilitas yang tersedia serta kemampuan yang ada.

2.2.6 Perilaku Kesehatan

Perilaku ini dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), perilaku pencegahan penyakit, perilaku peningkatan kesehatan, perilaku pemenuhan kebutuhan gizi
2. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau peyanan kesehatan (*health seeking behavior*) yaitu seperti mengontrol sendiri (*self treatment*) dan pengobatan di dalam/luar negeri
3. Perilaku kesehatan lingkungan, yang meliputi :
 - 1) Perilaku hidup sehat, seperti : makan dengan menu seimbang, olah raga teratur, tidak merokok dan tidak minum-minuman keras, istirahat cukup, mengendalikan stress dan gaya hidup yang positif
 - 2) Perilaku sakit (*illness behavior*), seperti : pengetahuan tentang penyebab, gejala, dan pengobatan
 - 3) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), pasien mempunyai peran :
 - a. Hak-hak orang sakit (*right*) seperti : memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan lain-lain.
 - b. Kewajiban orang sakit (*obligation*) seperti : memberitahukan penyakit kepada orang lain terutama pada dokter, tidak menularkan penyakit kepada orang lain, dan lain-lain.

- c. Perilaku peran orang sakit (*the sick role*) seperti : tindakan untuk memperoleh kesembuhan, mengenal fasilitas penyembuhan yang layak, mengetahui hak dan kewajiban orang sakit dan lain-lain.

2.3 Konsep Dasar Pendidikan Kesehatan

2.3.1 Pengertian pendidikan/penyuluhan kesehatan

Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perorangan maupun kelompok dan meminta pertolongan bila perlu (Depkes RI, 1995)

Pendidikan kesehatan adalah sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan untuk mencapai kesehatan yang optimal (Notoatmodjo, 2005b)

Menurut Azwar (1983) yang dikutip oleh Suryani dkk (2005), penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.

Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik.

Dengan demikian seorang perawat harus mampu menjalankan perannya dalam memberikan pendidikan kesehatan baik di institusi seperti Puskesmas, klinik, rumah sakit maupun terhadap keluarga, kelompok khusus dan masyarakat

2.3.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Bila dilihat dari pengertian diatas maka tujuan pendidikan/penyuluhan yang pokok adalah terjadinya perubahan dalam membina individu, keluarga atau masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian. Menurut WHO, tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku seseorang atau masyarakat dalam bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2005b)

Menurut Wong (1974) yang dikutip oleh Suliha (2002), dijelaskan bahwa secara operasional tujuan pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. Agar klien mempunyai tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan dirinya, keselamatan lingkungan dan masyarakatnya
2. Agar klien melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan yang disebabkan oleh penyakit.
3. Agar klien mempunyai pengertian yang lebih baik tentang eksistensi sehat
4. Agar klien mempelajari apa yang dapat ia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa terlalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan normal

2.3.3 Proses pendidikan kesehatan

Prinsip pokok pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Di dalam kegiatan belajar terdapat 3 masalah pokok yaitu persoalan masukan, proses dan persoalan keluaran (*output*)

1. Persoalan masukan (*input*) adalah menyangkut sasaran belajar yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar dengan berbagai latar belakangnya.
2. Persoalan proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subyek belajar tersebut. Didalam proses ini terjadinya pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subyek belajar, pengajar, metode dan tehnik belajar, alat bantu belajar dan materi.
3. Persoalan keluaran (*output*) adalah merupakan hasil dari proses belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subyek belajar.

2.3.4 Perubahan perilaku dalam pendidikan kesehatan

Lewin (1951) yang dikutip oleh Nursalam (2008) mengungkapkan bahwa proses perubahan perilaku melalui tiga tahap yaitu (1) Pencairan (*unfreezing*), yaitu adanya motivasi kuat untuk bernajak dari keadaan semula dan berubahnya keseimbangan yang ada, (2) Bergerak (*moving*), yaitu bergerak menuju keadaan yang baru, (3) Pembekuan (*refreezing*), yaitu mencapai tingkat/tahap yang baru atau mencapai keseimbangan baru. Sedangkan Roger (1962) yang dikutip oleh Nursalam (2008) mengembangkan teori Lewin dengan menekankan pada latar belakang individu yang terlibat dalam perubahan dan lingkungan dimana perubahan tersebut dilaksanakan yang terdiri dari lima tahap perubahan yaitu kesadaran, keinginan, evaluasi, mencoba dan menerima.

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidik. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yaitu : *input*, adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), *output* (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku). Sedangkan pendidikan kesehatan adalah penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Aplikasi atau penerapan pendidikan kesehatan yang dimaksud adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan perkataan lain, pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2005b)

Agar intervensi atau upaya tersebut efektif, maka sebelum di intervensi perlu dilakukan analisis terhadap masalah perilaku tersebut. Menurut Lawrence Green (1980) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005b) perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu :

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor-faktor ini mencakup : pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, dan tingkat sosial ekonomi. Faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku sehingga sering disebut faktor mempermudah.

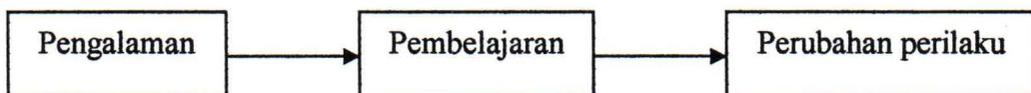
2. Faktor kemungkinan (*Enable factor*)

Mencakup tersedianya sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat termasuk pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas, Rumah Sakit, dan sebagainya. Fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan sehingga disebut faktor pendukung atau pemungkin

3. Faktor penguat (*Reinforcing factor*)

Faktor ini meliputi sikap dan perilaku masyarakat, tokoh agama dan perilaku para petugas kesehatan, termasuk juga undang-undang, peraturan dari pusat maupun daerah yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat. Masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif dan dukungan fasilitas saja melainkan diperlukan perilaku contoh dari masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan. Disamping itu UU juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat.

Reilly dan Oberman (2002) mengemukakan pembelajaran merupakan suatu proses perubahan perilaku yang berasal dari pengalaman dan prosesnya digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.3 Proses perubahan perilaku berasal dari pengalaman dan proses

Proses pengalaman dikonsepsikan sebagai suatu keterlibatan seseorang secara utuh melalui kegiatan terus-menerus dalam kehidupan. Mereka mengajukan suatu hirarki perilaku yang terdiri dari berbagai tahapan perkembangan yang harus dilalui untuk memenuhi tujuan pembelajaran dari

pengalaman yaitu tahap pemaparan, partisipasi, identifikasi, penguatan dan tahap penyebaran.

Pembelajaran merupakan suatu proses individu dan merupakan pengalaman yang aktif, holistik serta melibatkan manusia dan lingkungan seutuhnya. Pembelajaran juga merupakan proses *integrative* untuk memasukkan pembelajaran baru ke dalam bidang persepsi, sehingga menyebabkan reorganisasi bidang tersebut, dan ini menyebabkan peralihan pengetahuan atau keterampilan apabila terdapat revelensi antara makna pengalaman yang lama dengan makna pengalaman baru.

2.3.5 Hasil yang diharapkan

Hasil yang diharapkan dalam penyuluhan kesehatan masyarakat adalah terjadinya perubahan sikap dan perilaku dari individu, kelompok, keluarga khususnya dan masyarakat untuk dapat menanamkan prinsip-prinsip hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Effendy, 2003)

2.3.6 Sasaran penyuluhan kesehatan

Sasaran penyuluhan kesehatan menurut Notoatmodjo (2005b) :

1. Sasaran Primer (*Primary Target*)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan/penyuluhan kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi : kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja dan sebagainya.

2. Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Pada tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat disekitarnya.

3. Sasaran Tersier (*Tertiary Target*)

Para pembuat keputusan/perilaku atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder), dan juga kepada masyarakat umum (sasaran primer).

2.3.7 Metode pendidikan kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan yaitu individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat (Suliha, 2002)

1. Metode pendidikan individual

Merupakan metode yang bersifat individual dan digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku. Bentuk pendekatan ini antara lain :

a. Bimbingan dan penyuluhan

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya.

b. Wawancara

Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak mau atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode pendidikan kelompok

Dalam metode ini, perlu diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar di sini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

b. Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang biasanya disebut kelompok kecil. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini adalah diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok-kelompok kecil, memainkan peranan, dan permainan simulasi.

3. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa cocok untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah *awareness* atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada

perubahan perilaku. Pada umumnya bentuk pendekatan massa ini tidak langsung, menggunakan atau melalui media massa. Beberapa contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa antara lain :

- a. Ceramah umum
- b. Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio.
- c. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan di suatu media massa.
- d. Sinetron tentang kesehatan.
- e. Tulisan-tulisan di majalah atau Koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan dan penyakit.
- f. *Billboard* yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya.

Metode dalam proses pembelajaran dijadikan sebagai bagian dari motivasi ekstrinsik agar peserta didik dengan cepat menerima informasi baru, ide, gagasan, pendapat, hasil temuan dari pembicara karena menurut Sardiman A.M yang dikutip oleh Machfoedz (2007) motivasi ekstrinsik adalah motif-motif yang aktif dan berfungsi sebagai perangsang. Pendidikan kesehatan yang mengedepankan perubahan perilaku sebagai tujuan akhir tentunya akan dilakukan dengan semenarik mungkin. Untuk itu metode pendidikan kesehatan digunakan secara bervariasi agar tidak monoton dan membosankan.

2.3.8 Media pendidikan kesehatan

Media pendidikan kesehatan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Notoatmodjo (2005b) Berdasarkan fungsinya, media ini dibagi menjadi tiga macam yaitu:

1. Media cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain :

- a. *Booklet*, media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet*, bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat.
- c. *Flyer*, bentuknya seperti *leaflet*, tetapi tidak berlipat.
- d. *Flip chart*, media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik
- e. Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan.
- f. Poster, bentuk media cetak yang berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.

2. Media elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya antara lain :

- a. Televisi, penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, sinetron, forum diskusi atau

tanya jawab sekitar masalah kesehatan, pidato, TV Spot, kuis atau cerdas cermat dan sebagainya.

- b. Radio, penyampaian pesan atau informasi kesehatan berupa obrolan (tanya jawab), sandiwara radio, ceramah, radio spot, dan sebagainya.
- c. Video, penyampaian pesan-pesan kesehatan melalui video.
- d. Slide

3. Media papan (*billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat di isi dengan pesan-pesan atau informasi kesehatan.

2.3.9 Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan

Menurut dimensi pelaksanaannya pendidikan kesehatan dapat berlangsung diberbagai tempat sehingga dengan sendirinya sasarannya juga berbeda, yaitu :

1. Pendidikan kesehatan di sekolah

Dilakukan di sekolah dengan sasaran murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dengan upaya kesehatan sekolah (UKS).

2. Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan

Dilakukan di pusat kesehatan masyarakat, balai kesehatan, rumah sakit umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga.

3. Pendidikan kesehatan di tempat kerja, sasarannya buruh atau karyawan (Suliha, 2002)

2.3.10 Faktor yang berpengaruh dalam penyuluhan

Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu penyuluhan kesehatan, baik dari segi penyuluh, peserta/sasaran, dan proses penyuluhan (Effendy, 1998)

1. Faktor penyuluh, meliputi :
 - a. Kurang persiapan
 - b. Kurang menguasai materi
 - c. Bahasa yang digunakan kurang bisa dimengerti sasaran
 - d. Suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar
 - e. Penyampaian materi teralalui monoton sehingga membosankan
2. Faktor sasaran, meliputi :
 - a. Tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit mencerna pesan
 - b. Tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga kurang memperhatikan pesan
 - c. Kepercayaan dan adat yang sudah tertanam kuat
 - d. Kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan.
3. Faktor proses penyuluhan, meliputi :
 - a. Waktu penyuluhan tidak sesuai keinginan peserta penyuluhan
 - b. Lingkungan yang ramai
 - c. Tidak ditunjang dengan alat peraga yang dapat mempermudah pemahaman
4. Metode yang digunakan kurang tepat

Kunci keberhasilan pendidikan kesehatan adalah sejauh mana kemampuan perawat dalam melakukan komunikasi secara efektif terhadap sasaran karena komunikasi merupakan proses tercapainya kesamaan pengertian antara individu yang bertindak sebagai pendengar dan perawat. Menurut Hovland dikutip oleh Notoatmodjo (1997) komunikasi adalah suatu proses

ketika individu sebagai komunikator mengalihkan rangsangan dalam bentuk lambang bahasa atau gerak tubuh untuk merubah perilaku sasaran.

Menurut Friedman (1998), faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan penyuluhan antara lain :

1. Faktor klien
 - a. Motivasi anggota keluarga
 - b. Pendidikan
 - c. Keadaan psikologi
 - d. Usia
 - e. Persepsi klien atau anggota keluarga terhadap masalah-masalah kesehatan
2. Faktor komunikasi
 - a. Kurangnya pemahaman terhadap masalah
 - b. Rentang bahasa dan kebudayaan
 - c. Rentang sosial dan ekonomi
 - d. Ketidakmampuan komunikasi secara jelas
3. Faktor-faktor situasional
 - a. Lingkungan
 - b. Waktu

2.4 Konsep Dasar Hipertensi

2.4.1 Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Barbara, 1997).

Menurut Elizabeth J. Corwin (2000) hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Hipertensi didefinisikan juga sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg (Price&Wilson, 2005). Hipertensi didefinisikan oleh WHO apabila tekanan sistol ≥ 140 mmHg atau tekanan distol yang ≥ 90 mmHg.

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut tekanan darah (*Joint National Comitte VII on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2004*)

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Pre Hipertensi	120 – 139	atau	80 – 89
Hipertensi I	140 – 159	atau	90 – 99
Hipertensi II	160 – 179	atau	100 – 109
Hipertensi III	> 180	Atau	> 110

2.4.2 Jenis-jenis hipertensi

Berdasarkan faktor penyebabnya hipertensi di bagi menjadi 2, yaitu :

1. Hipertensi primer (*essential*)

Dikatakan hipertensi primer apabila penyebab asli dari hipertensi tersebut tidak diketahui. Lebih dari 90% penderita hipertensi mengalami hipertensi jenis ini. Kebanyakan pasien dengan hipertensi primer ini terdapat kecenderungan herediter yang kuat.

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang dapat ditemukan penyebabnya.

2.4.3 Faktor-faktor penyebab hipertensi

Berikut adalah faktor-faktor penyebab hipertensi berdasarkan jenisnya :

1 Hipertensi primer (*essential*)

Riwayat keluarga hipertensi meningkatkan kemungkinan bahwa seseorang individu akan mengalami hipertensi. Faktor keturunan bersifat poligenik yang terlihat dari adanya riwayat penyakit kardiovaskular pada keluarga. Jika salah satu atau kedua orang tua mengidap hipertensi, maka kemungkinan anaknya juga terkena hipertensi. Faktor *predisposisi genetic* dapat berupa sensitivitas terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, peningkatan reaktivitas vaskular dan resistensi insulin.

Hipertensi primer menyerang empat kali lebih sering pada pria *middle age* dari pada wanita *middle age*. Faktor-faktor lingkungan yang menjadi faktor *predisposisi* yang lebih dapat menyebabkan terjadinya hipertensi primer antara lain gaya hidup yang buruk (stress), banyak konsumsi garam, obesitas dan merokok.

2 Hipertensi sekunder

Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB). Penyebab hipertensi lainnya yang jarang adalah feokromositoma, yaitu tumor pada kelenjar adrenal yang menghasilkan hormon epinefrin (adrenalin) atau norepinefrin (noradrenalin).

Kegemukan (obesitas), gaya hidup yang tidak aktif (malas berolah raga), stres, alkohol atau garam dalam makanan bisa memicu terjadinya

hipertensi pada orang-orang memiliki kepekaan yang diturunkan. Stres cenderung menyebabkan kenaikan tekanan darah untuk sementara waktu, jika stres telah berlalu, maka tekanan darah biasanya akan kembali normal.

American Heart Association (2008) mengidentifikasi beberapa faktor resiko hipertensi. Beberapa diantaranya dapat dimodifikasi, diterapi dan dikendalikan, dan beberapa yang lain tidak. Faktor-faktor yang berpengaruh tersebut antara lain:

1. Faktor resiko yang tidak dapat dirubah :

- a. Usia dan jenis kelamin. Tekanan darah cenderung meningkat seiring dengan peningkatan usia. Hipertensi sering terjadi pada manusia yang berusia lebih dari 35 tahun. Laki-laki memiliki kemungkinan terkena hipertensi lebih besar dari wanita sampai pada usia 45 tahun. Antara usia 45-54 tahun, prosentase terkena hipertensi antara wanita dan pria sama besar. Setelah usia 55 tahun, wanita memiliki potensi lebih besar terkena hipertensi dibanding pria
- b. Hereditas (termasuk ras), anak-anak dengan orang tua yang memiliki riwayat penyakit hipertensi akan memiliki resiko terkena hipertensi.

2. Faktor resiko yang dapat dikendalikan atau dikontrol :

a. Merokok

Resiko merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap per hari, dan bukan pada lama merokok. Seseorang yang merokok lebih dari satu pak rokok sehari menjadi dua kali lebih rentan terhadap penyakit aterosklerosis koroner daripada mereka yang tidak merokok. Kandungan nikotin dalam rokok dapat meningkatkan produksi hormon epinefrin yang dapat menyebabkan konstiksi arteri. Menghirup asap rokok akan meningkatkan

kadar karbonmonoksida darah karena hemoglobin sebagai komponen darah yang mengangkut oksigen lebih mudah terikat pada CO daripada O₂ sehingga menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk menggantikan pasokan oksigen ke jaringan tubuh. Kerja jantung yang lebih berat tentu dapat meningkatkan tekanan darah. Merokok juga mengakibatkan kemungkinan terjadinya peningkatan pembentukan trombus. (Muttaqin, 2009)

b. Diabetes mellitus

Penderita diabetes cenderung memiliki prevalensi aterosklerosis yang lebih tinggi, demikian pula kasus aterosklerosis koroner dini. Hiperglikemia menyebabkan peningkatan agregasi trombosit yang dapat menyebabkan pembentukan trombus. Hiperglikemia juga bisa menjadi penyebab kelainan metabolisme lemak atau predisposisi terhadap degenerasi vaskular yang berkaitan dengan gangguan toleransi terhadap glukosa (Muttaqin, 2009)

c. Konsumsi garam berlebih

Natrium memegang peranan penting terhadap timbulnya hipertensi. Natrium dan klorida merupakan ion utama cairan ekstraseluler. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkannya, cairan intraseluler ditarik ke luar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga berdampak kepada timbulnya hipertensi. Karena itu disarankan untuk mengurangi konsumsi

natrium/sodium. Sumber natrium/sodium yang utama adalah natrium klorida (garam dapur), penyedap masakan (monosodium glutamat = MSG), dan sodium karbonat. (Astawan, 2009)

d. Diet

Diet tinggi kalori, lemak total, lemak jenuh, gula, dan garam merupakan salah satu faktor yang berperan penting pada timbulnya penyakit hiperlipoproteinemia dan obesitas. Obesitas meningkatkan beban kerja jantung dan kebutuhan akan oksigen. (Muttaqin, 2009)

e. Pil KB

Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria bila terjadi pada usia dewasa muda dan paruh baya. Tetapi lebih banyak menyerang kaum hawa setelah umur 55 tahun. Sekitar 60% penderita hipertensi adalah wanita. Hal ini sering dikaitkan dengan pemakaian pil kontrasepsi dengan kandungan esterogen dan progesterone yang berlebihan, juga karena terapi hormone yang digunakan setelah terjadi perubahan hormone karena menopause. (Marliani, 2007)

f. Pola Hidup

Pola hidup yang kurang aktivitas serta stressor psikososial juga ikut berperan dalam menimbulkan masalah pada jantung. Rosenman dan Friedman telah mempopulerkan hubungan antara apa yang dikenal sebagai pola tingkah laku tipe A dengan cepatnya proses aterogenesis. Hal yang termasuk dalam kepribadian tipe A adalah mereka yang memperlihatkan persaingan yang kuat, ambisius, agresif dan merasa diburu waktu. Stress menyebabkan pelepasan katekolamin, tetapi masih dipertanyakan apakah

stress memang bersifat aterogenik atau hanya mempercepat serangan.
(Muttaqin, 2009)

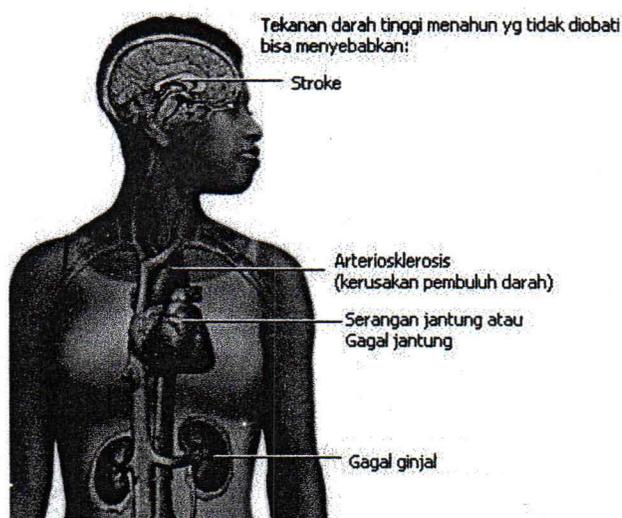
2.4.4 Gejala dan manifestasi klinis hipertensi

Hipertensi dijuluki sebagai pembunuh diam-diam atau *silent killer*. Seseorang baru merasakan dampak gawatnya hipertensi ketika telah terjadi komplikasi. Jadi baru disadari ketika telah menyebabkan gangguan organ seperti gangguan fungsi jantung, koroner, fungsi ginjal, gangguan fungsi kognitif atau stroke. Perjalanan penyakit yang sangat lambat menyebabkan penderita hipertensi jarang merasakan gejala atau tanda-tanda serangan hipertensi yang disebut dengan masa laten. Di masa laten (masa dimana hipertensi menyelubungi perkembangan penyakit lain hingga terjadi kerusakan organ penting dalam tubuh) banyak sekali pasien hipertensi yang mengesampingkan pentingnya kunjungan kontrol hipertensi di pusat pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan praktek dokter umum terdekat, khususnya pada 1-3 tahun pertama saat didiagnosis hipertensi pertama kali (Tantan.S , 2007)

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala, meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan tekanan darah tinggi (padahal sesungguhnya tidak). Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan dan kelelahan; yang bisa saja terjadi baik pada penderita hipertensi, maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal.

Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut: sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah, pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan

ginjal. Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai adalah Gangguan penglihatan, gangguan saraf, gangguan jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan perdarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma karena terjadi pembengkakan otak atau yang sering disebut dengan *ensefalopati hipertensif*, yang tentunya memerlukan penanganan segera.



Gambar 2.4 Manifestasi klinis hipertensi pada organ tubuh manusia (<http://Medicastore.com> diakses pada tanggal 28 mei 2010)

2.4.5 Pencegahan dan pengobatan hipertensi

Pencegahan hipertensi hampir sama dengan apa yang telah dijelaskan mengenai faktor resiko yang dapat dikendalikan atau dikontrol yakni dengan menjaga berat badan ideal, kadar kolesterol normal, dan tekanan darah normal serta modifikasi pola hidup sehat dan gizi seimbang. Perlu diingat bagi penderita hipertensi bahwa hipertensi adalah proses penyakit seumur hidup perawat membantu pasien dalam mengontrol penyakit dengan meminta pasien untuk sering cek tekanan darah, berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan secara rutin dan mengikuti penyuluhan kesehatan (Reeves, Charlene J, 2001)

Tabel 2.2 Modifikasi Pola Hidup dan Gizi Seimbang (Joint National Committee VII on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2004)

Modifikasi	Rekomendasi	Pengurangan Tekanan Sistolik
Penurunan Berat Badan	Menjaga berat badan normal (IMT 18,5 – 14,9 kg/m ²)	5- 10 mmHg / 10 kg
Perencanaan makan	Diet tinggi serat (sayur dan buah) dan rendah lemak (terutama lemak jenuh dan lemak total)	8 – 14 mmHg
Mengurangi makanan mengandung Natrium	< 100 mmol/hari atau 2,4 gram Natrium atau 6 gram Natrium klorida	2 – 8 mmHg
Olahraga	Aktivitas fisik harian (contoh jalan cepat) minimal 30 menit/hari	4 – 9 mmHg
Membatasi konsumsi alkohol	Lebih baik tidak mengkonsumsi alkohol sama sekali	4 - 9 mmHg

Pada hipertensi esensial tidak dapat disembuhkan tetapi dapat diberikan pengobatan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Langkah awal biasanya adalah merubah pola hidup penderita:

- a. Penderita hipertensi yang mengalami kelebihan berat badan dianjurkan untuk menurunkan berat badannya sampai batas ideal.

Body Mass Index (BMI), Rumus:

$$\frac{BB \text{ (Kg)}}{TB \text{ (M)}^2} \quad \text{atau} \quad \frac{BB \text{ (pon)} \times 704,5}{TB \text{ (inci)}^2}$$

Ideal Body Weight (IBW), Rumus :

$$\text{Tinggi Badan (cm)} - 100 = N - (N \times 10\%) = \text{IBW}$$

Keterangan :

$$N = \text{hasil pengurangan Tinggi badan (cm) - 100}$$

- b. Merubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan atau kadar kolesterol darah tinggi.

- c. Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asupan kalsium, magnesium dan kalium yang cukup) dan mengurangi alkohol.
- d. Olah raga *aerobik* yang tidak terlalu berat.
- e. Penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali.
- f. Berhenti merokok.

Pengontrolan hipertensi akan lebih maksimal mencegah terjadinya komplikasi dengan pemberian obat-obatan anti hipertensi.

Pengelolaan dan pengobatan hipertensi sekunder tergantung kepada penyebabnya. Mengatasi penyakit ginjal kadang dapat mengembalikan tekanan darah ke normal atau paling tidak menurunkan tekanan darah. Penyempitan arteri bisa diatasi dengan memasukkan selang yang pada ujungnya terpasang balon dan mengembangkan balon tersebut atau bisa dilakukan pembedahan untuk membuat jalan pintas (operasi *bypass*). Tumor yang menyebabkan hipertensi (misalnya feokromositoma) biasanya diangkat melalui pembedahan.

2.4.6 Kunjungan kontrol hipertensi

Kunjungan berasal dari kata kunjung yang dalam kamus bahasa Indonesia berarti pergi (datang) untuk menengok atau meninjau. Sedangkan, kunjungan merupakan hal atau perbuatan pergi untuk meninjau. Kontrol merupakan bentuk dari pengawasan, pemeriksaan atau pengendalian, dan yang dimaksud dengan kunjungan kontrol adalah perbuatan atau perilaku datang ke sebuah tempat atau institusi untuk melakukan pemeriksaan terhadap suatu hal.

Kunjungan kontrol sering disebut juga dengan kontrol ulang karena sifatnya yang harus diulang untuk mengetahui adanya perubahan baik peningkatan maupun penurunan terhadap suatu yang ingin diperiksa (Suratman, 2009).

Kunjungan kontrol bagi penderita hipertensi merupakan hal yang penting untuk dilakukan secara rutin karena perjalanan penyakit hipertensi yang cenderung menetap dan menimbulkan manifestasi klinis yang mengkhawatirkan apabila tidak dikontrol sejak dini. Hal yang biasa dilakukan pada kunjungan kontrol hipertensi ini yaitu pemeriksaan tekanan darah, apabila didapatkan angka yang cukup tinggi pada tekanan darah maka dokter akan memberikan terapi berupa terapi farmakologis sesuai dengan dosis yang dibutuhkan pasien. Selain pemeriksaan dan pengobatan, dokter juga akan memberikan nasehat dan kesempatan bagi pasien untuk berkonsultasi mengenai status kesehatannya. Namun hal ini sepertinya kurang berlaku pada pemeriksaan di pusat pelayanan umum seperti Puskesmas. Jumlah pasien yang mengantri untuk berobat kadang membuat beberapa dokter tidak memberikan banyak waktu untuk pasien berkonsultasi. Keaktifan dari diri pasien untuk berani berkonsultasi dan mengajukan pertanyaan dalam hal ini sangat diperlukan (Marliani, 2007)

2.4.7 Manfaat kunjungan kontrol

Manfaat kunjungan kontrol bagi penderita hipertensi, antara lain:

1. Penderita HT dapat memantau tekanan darah dengan kontrol rutin.
2. Penderita HT akan mendapatkan terapi lebih awal jika didapatkan tekanan darah yang cukup tinggi dan membahayakan.
3. Penderita HT dapat berkonsultasi dan mendapatkan Informasi mengenai perkembangan status kesehatannya.

4. Penderita HT dapat terhindar dari hipertensi resisten (kegagalan untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan pada pasien hipertensi dengan menggunakan tiga macam obat)
5. Langkah Penderita HT dalam usaha menjaga tekanan darah akan tetap terarah. (Marliani, 2007)

Beberapa tempat yang bisa digunakan untuk melakukan kunjungan kontrol:

1. Klinik praktek dokter umum/spesialis penyakit dalam
2. Pusat pelayanan kesehatan (puskesmas, rumah sakit)

2.4.8 Pendidikan/penyuluhan kesehatan hipertensi

Hal penting yang harus diperhatikan dalam melakukan pendidikan kesehatan mengenai hipertensi adalah sasaran, dengan sasaran yang jelas kita dapat menentukan metode dan media yang sesuai, sehingga apa yang kita sampaikan dapat diserap dengan maksimal oleh sasaran. Sasaran dalam pendidikan kesehatan mengenai hipertensi pada penelitian ini adalah para penderita hipertensi yang rata-rata berusia > 40 tahun. Pada usia 40-60 seseorang akan memasuki tahap perkembangan dewasa tengah dimana pada usia ini, banyak orang yang telah mencapai puncak kariernya, kesadaran mereka akan siapa diri mereka telah berkembang dengan baik, anak mereka tumbuh, dan mereka mempunyai waktu untuk mengejar minat lain. Inilah saatnya mereka memikirkan apa yang telah mereka sumbangkan bagi keluarga dan masyarakat dan mengkaji kembali tujuan dan nilai-nilai mereka. Mereka yang memasuki tahap perkembangan dewasa tengah ini memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Keyakinan diri berkembang dengan baik
2. Risau dengan perubahan fisik

3. Mencari gaya hidup alternatif
4. Memikirkan kontribusinya pada keluarga dan masyarakat
5. Mengkaji ulang tujuan dan nilai-nilai
6. Mempertanyakan prestasi dan keberhasilan
7. Yakin dengan kemampuannya
8. Berhasrat untuk mengurangi aspek kehidupan yang tidak memuaskan

Perawat yang mengajar pada kelompok usia ini harus tanggap terhadap sumber stress yang potensial bagi mereka. Faktor resiko kesehatan adalah hal yang paling dikhawatirkan pada tahap kehidupan ini. Ciri-ciri tersebut dapat membantu kita untuk menentukan strategi pembelajaran yang tepat dalam proses pendidikan/penyuluhan kesehatan, strategi tersebut diantaranya adalah :

1. Fokuskan untuk mempertahankan kemandirian dan mewujudkan pola hidup yang normal
2. Kaji pengalaman belajar masa lalu yang positif dan negative
3. Kaji sumber stress yang potensial berkaitan dengan permasalahan tentang krisis setengah-baya
4. Berikan informasi untuk mengatasi keprihatinan dan masalah hidup.

Sedangkan bagi para penderita hipertensi yang berusaha 60 tahun ke atas yang memasuki tahapan perkembangan masa dewasa tua memiliki ciri-ciri umum, yakni:

1. Adanya perubahan kognitif
2. Menurunnya kemampuan untuk berfikir secara abstrak, pengelolaan informasi
3. Menurunnya memori jangka pendek

4. Memanjangnya waktu rekreasi
5. Meningkatnya ansietas karena tes
6. Ketetapan stimulus (kesan)
7. Berfokus pada pengalaman hidup masa lalu
8. Berkurangnya daya sensorik/motorik, perubahan pendengaran dan perubahan penglihatan rabun jauh

Dengan ciri tersebut, strategi pembelajaran juga harus disesuaikan. Berbeda dengan tahap perkembangan dewasa tengah pada tahap ini pemaksimalan pembelajaran secara personal atau dengan melibatkan pemberi perawatan utama dalam diskusi lebih disarankan (Susan, 2002)

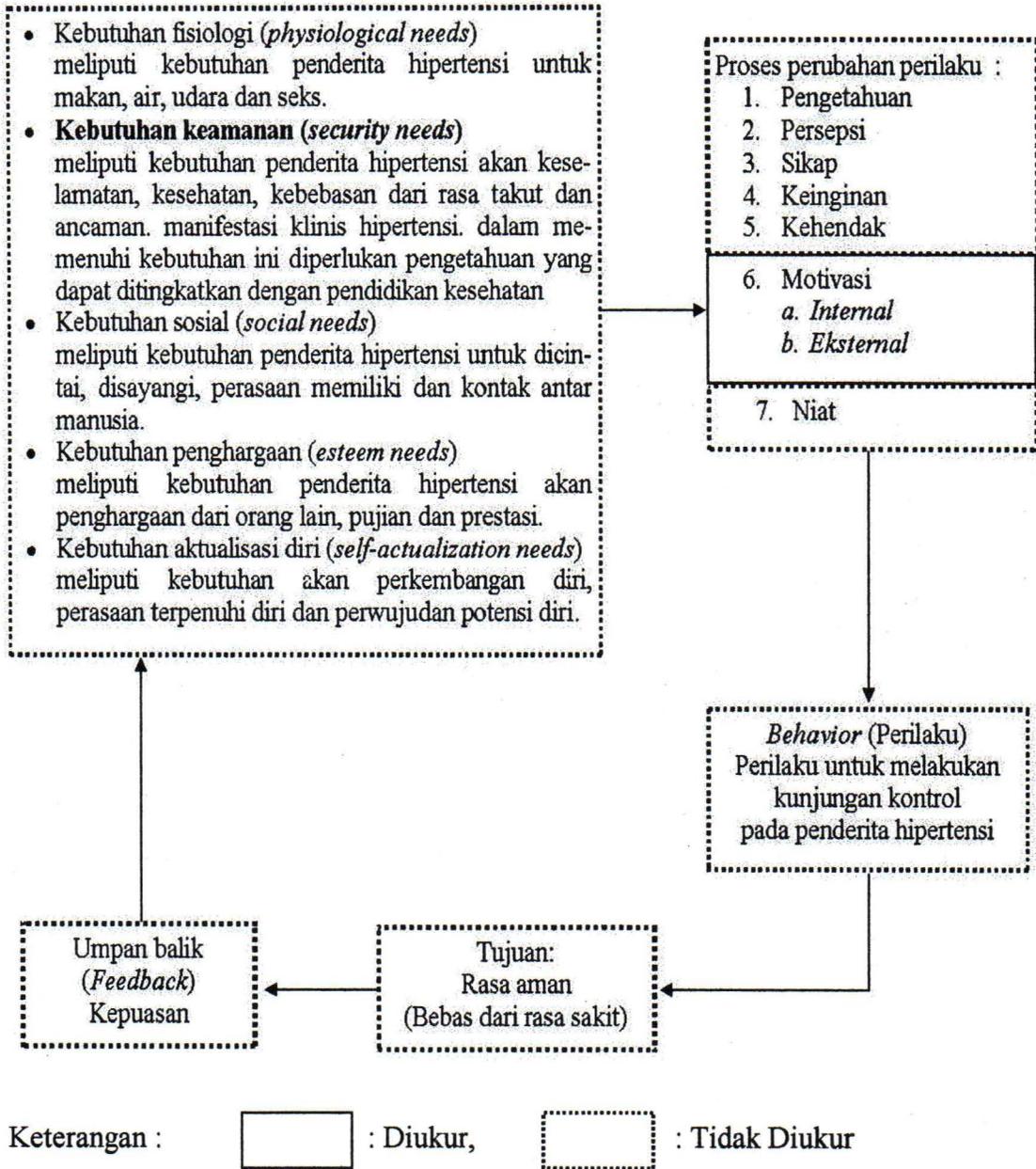
Pada penelitian ini peneliti menggunakan standart jumlah kunjungan kontrol hipertensi sebanyak 4 kali per bulan berdasarkan jumlah obat yang diberikan kepada pasien hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut. Menurut kepala Puskesmas Kalirungkut dr. Bernadetta Martini, tiap penderita hipertensi di Puskesmas ini pada sekali kontrol maupun berobat akan mendapatkan obat untuk 7-10 hari pemakaian disesuaikan dengan dosis dan kebutuhan pasien. Sehingga, dalam satu bulan penderita hipertensi seharusnya melakukan 3-4 kali kunjungan kontrol ke Puskesmas.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Upaya Peningkatan Motivasi Pasien Hipertensi dalam Melakukan Kunjungan Kontrol melalui Pendidikan Kesehatan didapatkan dari Proses Motivasi Dasar berdasarkan Teori Kebutuhan Maslow (1970) di kutip oleh Hamzah (2009)

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan mekanisme peningkatan motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi melalui pemberian pendidikan kesehatan tentang hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut Kec.Rungkut Kel.Kalirungkut, Surabaya

Motivasi adalah proses psikologis yang dapat menjelaskan perilaku seseorang. Perilaku hakikatnya merupakan orientasi dari sebuah tujuan. Dengan kata lain, perilaku seseorang dirancang untuk mencapai tujuan. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan proses interaksi dari beberapa unsur salah satunya adalah motivasi, motivasi merupakan kekuatan yang mendorong seseorang melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan. Dalam penelitian ini penderita hipertensi yang merupakan individu yang memiliki kebutuhan rasa aman memiliki tujuan untuk terbebas dari ancaman hipertensi. menurut Maslow, setiap orang dimotivasi untuk memenuhi kebutuhannya secara sangat kuat pada waktu tertentu tergantung pada keadaan saat ini dan pengetahuan orang tersebut.

Kebutuhan penderita hipertensi untuk memenuhi kebutuhan rasa aman yaitu terbebas dari kesakitan atas hipertensi, mendorong penderita hipertensi untuk menambah pengetahuannya melalui pendidikan kesehatan tentang hipertensi agar penderita HT tersebut mengerti langkah-langkah apa yang harus dilakukan agar mendapatkan rasa aman bebas kesakitan seperti yang diinginkan. Melakukan kunjungan kontrol adalah langkah yang sangat tepat dalam upaya mencegah terjadinya manifestasi klinis hipertensi dan gejala hipertensi. Saat tujuan tersebut berhasil dicapai, penderita hipertensi akan mengetahui apakah perilaku tersebut memberikan kepuasan untuk dirinya. Apabila kepuasan maka dirasakan secara tidak langsung kepuasan tersebut akan menjadi penguat motivasi

penderita hipertensi dalam melakukan kunjungan kontrol. Sehingga pada saat penderita hipertensi tersebut dihadapkan pada kebutuhan yang sama yaitu kebutuhan rasa aman maka penderita hipertensi tersebut tidak ragu dalam melakukan kunjungan kontrol selanjutnya.

3.2 Hipotesis

H₁ : Ada peningkatan motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi melalui pemberian pendidikan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut Kec.Rungkut, Surabaya

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan membahas tentang: 1) Desain Penelitian; 2) Kerangka Operasional; 3) Populasi, Sampel, dan Sampling; 4) Identifikasi Variabel; 5) Definisi Operasional; 6) Metode Pengumpulan Data; 7) Etika Penelitian

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategis untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan jenis desain penelitian *Quasy-Eksperimental* dengan menggunakan pendekatan *Non-equivalent Sample Pretest-posttest design* (Notoatmodjo, 2005a). Untuk mengetahui apakah ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan hipertensi terhadap motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut Kel.Kalirungkut Surabaya.

Tabel 4.1 Desain penelitian dengan pendekatan *non-equivalent sample pretest-posttest design*

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca Tes
K-A	O	I	OI-A
K-B	O	-	OI-B

Keterangan :

K-A : Sampel penderita hipertensi dalam kelompok eksperimen

K-B : Sampel penderita hipertensi dalam kelompok kontrol

O : Observasi *pretest* dengan pengukuran tingkat motivasi

- I : Intervensi pemberian pendidikan kesehatan hipertensi
- OI (A+B) : Observasi *post test* tingkat motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi setelah diberikan pendidikan kesehatan

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Suharsimi, 1997). Populasi adalah setiap objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Sedangkan menurut Sugiyono (2003) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah 352 penderita hipertensi di Kel.Kalirungkut wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut Kec.Rungkut, Surabaya.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2008). Ada dua syarat yang harus dipenuhi dalam menetapkan sampel : (1) representative, yaitu sampel yang dapat mewakili populasi yang ada; (2) sampel harus cukup banyak.

Dalam penelitian ini sampel yang digunakan adalah yang memenuhi kriteria inklusi yakni berjumlah 60 orang. Menurut Nursalam (2008) Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti.

Adapun 2 jenis kriteria sampel, yaitu:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus sebagai pedoman di dalam menentukan kriteria inklusi (Nursalam, 2008).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Responden berusia 40-60 tahun
- 2) Melakukan kunjungan kontrol < 3x per bulan
- 3) Didiagnosis hipertensi *essential* 1-3 tahun terakhir.

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2008)

- 1) Mengalami gangguan jiwa
- 2) Tidak bersedia menjadi responden

4.2.3 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Teknik ini menetapkan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi yang memenuhi kriteria inklusi untuk dijadikan sampel dengan tujuan yang diinginkan peneliti.

4.3 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel adalah suatu ukuran atau ciri-ciri yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2005a) Variabel adalah karakteristik yang mempunyai nilai beda terhadap sesuatu (Soeparto dikutip oleh Nursalam, 2008). Dalam riset, variabel dikarakteristikan sebagai derajat, jumlah, dan perbedaan. Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2008).

4.3.1 Variabel independen

Variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan pada penderita hipertensi

4.3.2 Variabel dependen

Variabel Dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini variabel dependen adalah motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel Independen dan Dependen

Variabel	Definisi	Parameter	Instrumen	Skala	Skor
Variabel Independen: Pendidikan kesehatan pada pasien hipertensi	kegiatan untuk membantu penderita dengan tekanan darah tinggi dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan untuk mencapai tekanan darah normal sehingga tercapai kesehatan yang optimal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi Hipertensi 2. Faktor resiko/penyebab hipertensi 3. Manifestasi klinis hipertensi 4. 7K mengatasi hipertensi 5. Manfaat kunjungan kontrol hipertensi 	SAP Leaflet Poster Flipchart		
Variabel dependen: Motivasi kunjungan kontrol pada pasien hipertensi	Kekuatan yang timbul oleh adanya rangsangan dari dalam maupun dari luar individu yang mendorong seseorang dengan tekanan darah tinggi untuk melakukan kunjungan kontrol secara rutin ke pusat pelayanan kesehatan untuk mencapai kebutuhan rasa aman bebas dari kesakitan akibat tekanan darah tinggi	<p>motivasi internal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab terhadap status kesehatan 2. Melakukan kunjungan kontrol hipertensi dengan tujuan yang jelas 3. Memiliki perasaan senang dan ikhlas melakukan kunjungan kontrol 4. Selalu berusaha untuk menjaga tekanan darah normal <p>motivasi eksternal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Senang memperoleh pujian dari usaha yang sudah dilakukan 2. Melakukan kunjungan kontrol dengan harapan ingin mendapatkan informasi kesehatan (Hamzah, 2009) 	Kuesioner	Ordinal	<p>Pernyataan positif:</p> <p>SS = 5, S= 4, KK= 3, K= 2, TP = 1.</p> <p>Pada soal nomor : 1,3,5,7,8,11, 13,15,17,19</p> <p>Pernyataan negatif:</p> <p>SS= 1, S= 2, KK= 3, K= 4, TP= 5</p> <p>pada soal nomor : 2,4,6,8,10,12, 14,16,18,20</p> <p>Interpretasi motivasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tinggi jika N = 74-100 2. Sedang jika N = 47-73 3. Rendah jika N = 20 - 46

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik. Instrumen yang digunakan pada variabel independen menggunakan SAP

tentang hipertensi yang di modifikasi dari rancangan SAP milik Machfoedz (2007) dan menggunakan leaflet, poster beserta flipchart. Pada variabel dependen menggunakan kuesioner motivasi milik Hamzah (2009) yang dimodifikasi untuk mengukur motivasi kontrol pada penderita hipertensi tanpa mengubah indikator penilaian motivasi. Menggunakan skala Likert dengan 20 item pernyataan yang dibagi menjadi dua yaitu 10 pernyataan positif dan 10 pernyataan negatif yang masing-masing mempunyai lima pilihan jawaban yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), kurang setuju (KS), tidak setuju (TS), sangat tidak setuju (STS), setiap jawaban tidak ada yang salah. Penilaian diberikan dengan nilai 1 sampai 5. Penentuan skor dapat digolongkan dalam 3 kategori yaitu: motivasi tinggi skor 74-100, motivasi sedang skor 47-73, motivasi rendah 20-46. Pada penelitian ini juga menggunakan kuesioner untuk mengetahui data demografi dan tingkat pengetahuan (Priyanti, 2007).

1.6 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli 2010 di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut Kec.Rungkut, Surabaya

1.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

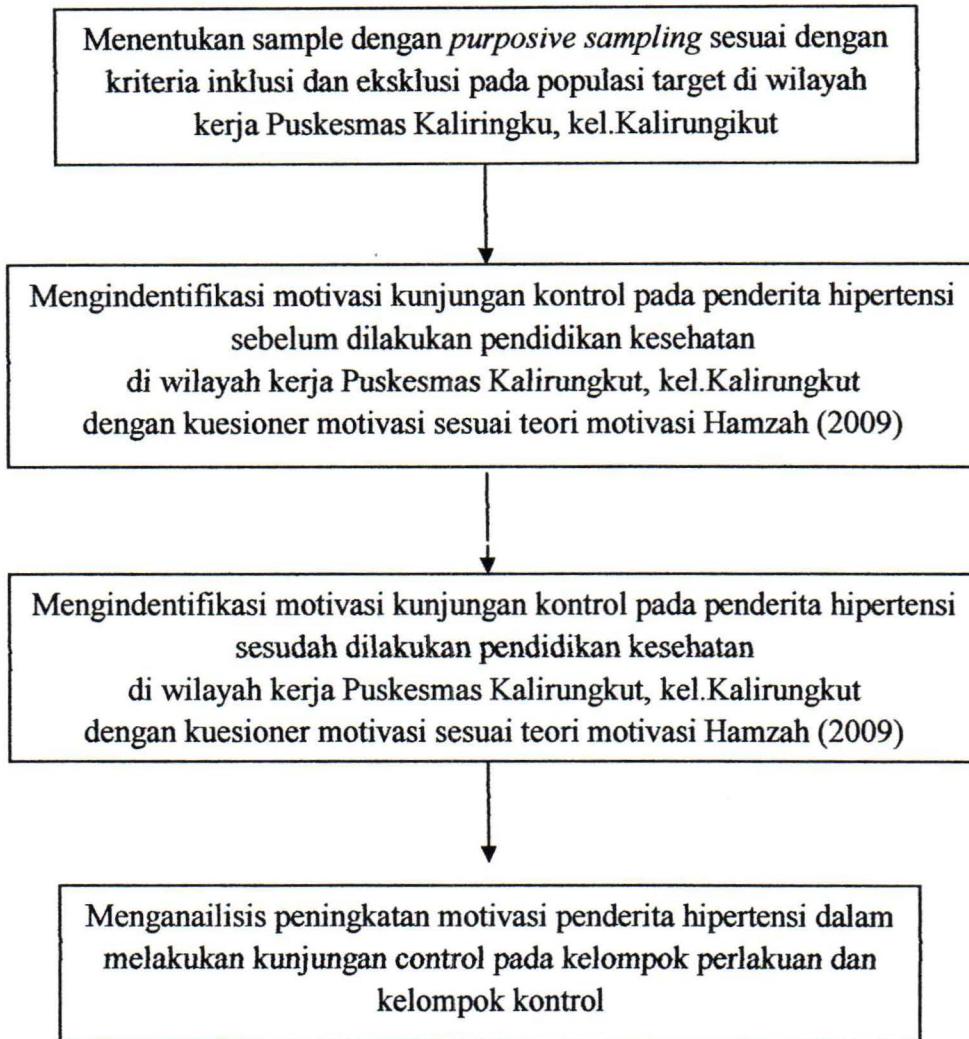
Prosedur pengambilan data awal dalam penelitian ini yaitu peneliti memberikan surat pengantar dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk dibuatkan surat pengantar kepada kepala Puskesmas Kalirungkut untuk memberikan persetujuan dan mendapatkan data awal yang diperlukan. Prosedur pengumpulan

data dalam penelitian, diawali dengan penjelasan maksud dan tujuan peneliti, selanjutnya peneliti meminta persetujuan dari responden dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden untuk ditandatangani oleh responden (*Informed Consent*). Jumlah responden sebanyak 60 orang yang akan dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 30 orang kelompok perilaku dan 30 orang kelompok kontrol. Responden didapatkan melalui proses “*door to door*” yaitu dari rumah ke rumah dimana datanya sudah didapatkan melalui Puskesmas. Kepada kedua kelompok tersebut peneliti akan memberikan pre test berupa kuesioner tentang motivasi kunjungan kontrol.

Setelah itu 2 hari setelah pre test peneliti akan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok perlakuan berupa penyuluhan dengan metode ceramah dan diskusi dengan media pendukung berupa lembaran leaflet, pamflet dan flipchart tentang penyakit hipertensi pada kelompok perlakuan dengan waktu 1 kali selama 30 menit. Pada saat penyuluhan dilaksanakan, peneliti akan menyampaikan materi mengenai pengertian, faktor resiko, manifestasi klinis hipertensi dan manfaat kunjungan kontrol hipertensi, yang dilanjutkan dengan pemberian lembar kuesioner *post test* tentang motivasi kunjungan kontrol kepada responden kelompok perlakuan beserta petunjuk pengisiannya. Untuk kelompok kontrol setelah dilakukan *pre test* tadi, masing-masing individu akan mendapatkan leaflet untuk dibaca dan pamflet untuk ditempel di tempat-tempat yang strategis seperti masjid/mushalla, kantor RT dan Puskesmas yang isi dan bentuknya sama dengan yang diberikan pada kelompok perlakuan. Setelah selang 3 hari setelah diberikan leaflet dan pamflet kelompok kontrol akan diberikan kuesioner *post test* mengenai motivasi kunjungan kontrol. Dalam pengisian kuesioner oleh responden

dari kedua kelompok, peneliti akan langsung menunggu hasil jawaban responden saat itu juga untuk menghindari hasil subyektif. Pengumpulan data dilakukan setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan analisis data.

1.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi.

4.9 Analisis Data

Berdasarkan kuesioner yang telah di isi dan di observasi oleh peneliti, selanjutnya dilakukan tabulasi data dan analisa data dengan menggunakan uji statistic “*Wilcoxon Signed Rank Test*” dan “*Mann-Whitney Test*”. Tahap – tahap analisa data, antara lain :

1. Editing yaitu apakah data yang sudah terisi lengkap atau tidak
2. Coding yaitu mengklarifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan member kode pada masing-masing jawaban menurut item pada kuisisioner.
3. Analisa statistik hasil jawaban atas pertanyaan kuesioner diskoring dan kemudian dilakukan perbandingan nilai antara pre perlakuan dan post perlakuan dengan menggunakan uji “*Wilcoxon Signed Rank Test*” untuk mengetahui perbedaan dua sampel yang berkorelasi bila data berbentuk ordinal. Artinya apabila dengan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh nilai $\alpha \leq 0,05$, maka H_1 diterima hal ini berarti ada perubahan motivasi kunjungan kontrol hipertensi sebelum dan setelah dilakukan pemberian intervensi pendidikan kesehatan. Sedangkan, untuk mengetahui perbedaan motivasi, setelah dilakukan intervensi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dilakukan analisis dengan uji *Mann-Whitney Test* jika $\alpha \leq 0,05$ maka terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap motivasi kunjungan kontrol pada *post test* antara kedua kelompok tersebut. Agar uji statistik lebih akurat, data penelitian ini diolah dengan menggunakan perangkat lunak komputer dengan SPSS *Windows* 17.00.

4.10 Etik Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin dan persetujuan mengadakan penelitian kepada Dokter Penanggung Jawab Puskesmas Kalirungkut Kel.Kalirungkut Kec.Rungkut, Surabaya Setelah mendapat ijin, peneliti melaksanakan penelitian dengan masalah etika yang meliputi :

1. *Informed consent* (Lembar persetujuan) diberikan kepada subjek yang akan diteliti dan peneliti menjelaskan maksud serta tujuan riset yang dilakukan serta dampak mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Responden harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, bila responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-haknya.
2. *Anonimity* (Tanpa nama) untuk menjaga kerahasiaan responden maka tidak harus mencantumkan namanya dan lembar tersebut diberi kode
3. *Confidentiality* (Kerahasiaan) kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin peneliti.

4.11 Keterbatasan

Dalam penelitian ini, keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah instrumen pengumpulan data dirancang sendiri oleh peneliti, oleh karena itu validitas dan reabilitasnya masih perlu diuji coba.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan mengenai hasil dan pembahasan penelitian. Hasil penelitian meliputi: 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Data umum, yaitu karakteristik demografi responden meliputi: jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, tingkat penghasilan keluarga dan jenis pekerjaan yang akan disajikan dalam bentuk diagram, 3) Data khusus yaitu data variabel yang diukur menampilkan data motivasi kunjungan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan serta pengaruh pendidikan kesehatan terhadap motivasi dalam melakukan kunjungan kontrol pada penderita hipertensi.

5.1 Hasil Penelitian

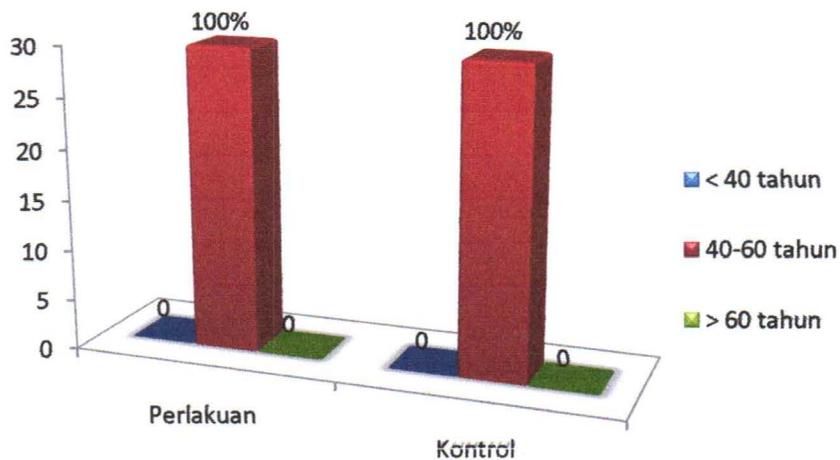
5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut. Puskesmas Kalirungkut beralamat di Jl. Rungkut Puskesmas No. 1 Surabaya. Puskesmas ini memiliki luas wilayah 511.461 Ha. Sebanyak 81.234 jiwa diwilayah Kecamatan Rungkut dari tiga kelurahan, yakni Kelurahan Kalirungkut, Rungkut harapan, dan Kelurahan Rungkut Kidul menjadi tanggung jawab Puskesmas Kalirungkut. Dalam melakukan aktifitasnya Puskesmas Kalirungkut bekerjasama dengan kader dan tokoh masyarakat setempat. Kurang lebih ada 34 RW dan 197 RT yang dinaungi Puskesmas Kalirungkut dan salah satunya adalah RW 06 yang menjadi sasaran pada penelitian ini. RW 06 terdiri dari 4 RT, Wilayah pemukiman penduduk yang didominasi oleh penduduk pendatang ini

sebagian besar warganya berprofesi sebagai buruh pabrik di kawasan industri SIER Rungkut. Program pemerintahan di wilayah ini berjalan lancar dengan didukung oleh struktur organisasi yang jelas. Program kesehatan yang berjalan di kawasan ini seperti posyandu balita dan posyandu lansia berjalan dengan baik.

5.1.2 Data Umum

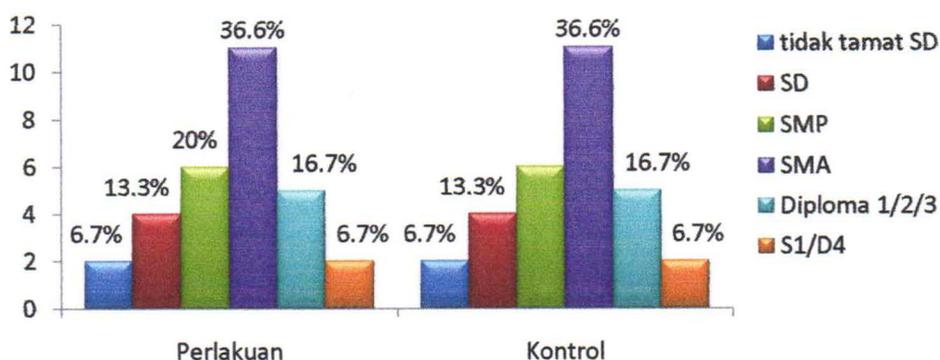
1. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut RW 06 Kelurahan Kalirungkut Surabaya, 25 Juli-31 Juli 2010

Berdasarkan gambar 5.2 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berusia 40-60 tahun sebanyak 30 orang (100%) baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Motivasi pada setiap tahap perkembangan manusia berbeda, pada usia 40-60 tahun seseorang lebih termotivasi untuk mengurangi aspek kehidupan yang dirasa kurang memuaskan (Susan, 2002)

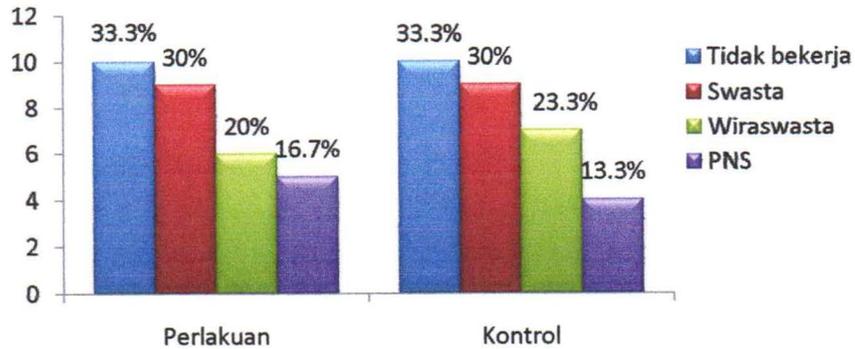
2. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut RW 06 Kelurahan Kalirungkut Surabaya, 25 Juli-31 Juli 2010

Berdasarkan gambar 5.3 diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol memiliki tingkat pendidikan SLTA sebanyak 11 orang (38%), sisanya SMP sebanyak 6 orang (20%), 5 orang (16,7%) diploma 3 dan setingkatnya, 4 orang (13,3%) berpendidikan SD, 2 orang (6,7%) S1 dan setingkatnya. Lawrence Green (1980) dikutip oleh Notoatmodjo (2005b) mengatakan bahwa tingkat pendidikan berkaitan dengan pengetahuan dan sikap masyarakat yang merupakan faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku

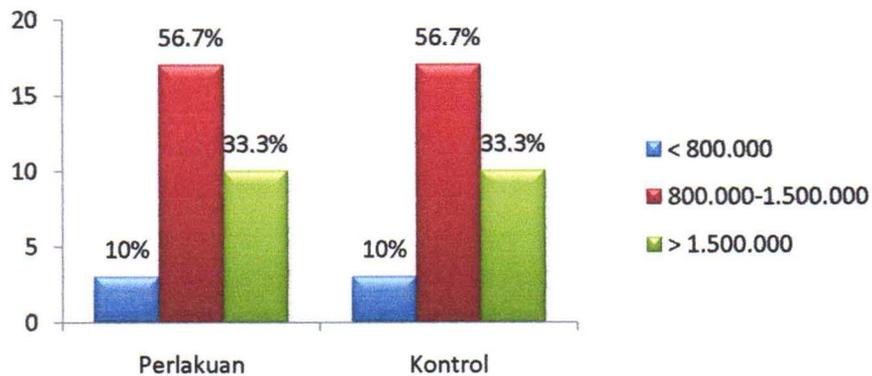
3. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut RW 06 Kelurahan Kalirungkut Surabaya, 25 Juli-31 Juli 2010

Berdasarkan gambar 5.4 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan dan kontrol sebanyak 10 orang (33,3%) tidak bekerja, sisanya 9 orang (30%) bekerja di perusahaan swasta, 6 orang (20%) pada kelompok perlakuan dan 7 orang (23,3%) pada kelompok kontrol adalah wiraswasta, untuk jenis pekerjaan PNS ada 5 responden (16,7%) pada kelompok perlakuan dan 4 responden (13,3%) pada kelompok kontrol. Jenis pekerjaan mewakili tingkat sosial seseorang. Tingkat sosial merupakan faktor ekstrinsik terbentuknya motivasi (Handoko, 2007)

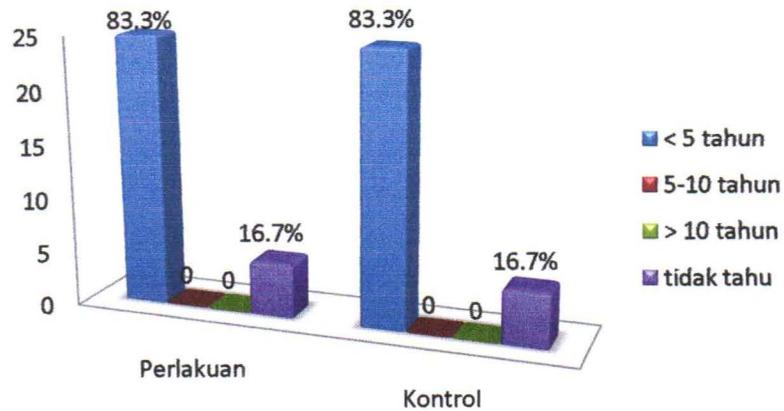
4. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendapatan keluarga



Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendapatan Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkt RW 06 Kelurahan Kalirungkt Surabaya, 25 Juli-31 Juli 2010

Berdasarkan gambar 5.4 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebanyak 18 orang (56,7%) berpenghasilan 800.000 – 1.500.000 rupiah. Sisanya sebanyak 10 orang (33,3%) berpenghasilan lebih dari 1.500.000 rupiah dan hanya 2 orang (10%) berpenghasilan kurang dari 800.000 rupiah. Handoko (2007) berpendapat faktor ekstrinsik pembentuk motivasi adalah ekonomi, sosial budaya, sarana dan prasarana

5. Distribusi responden berdasarkan lama menderita hipertensi

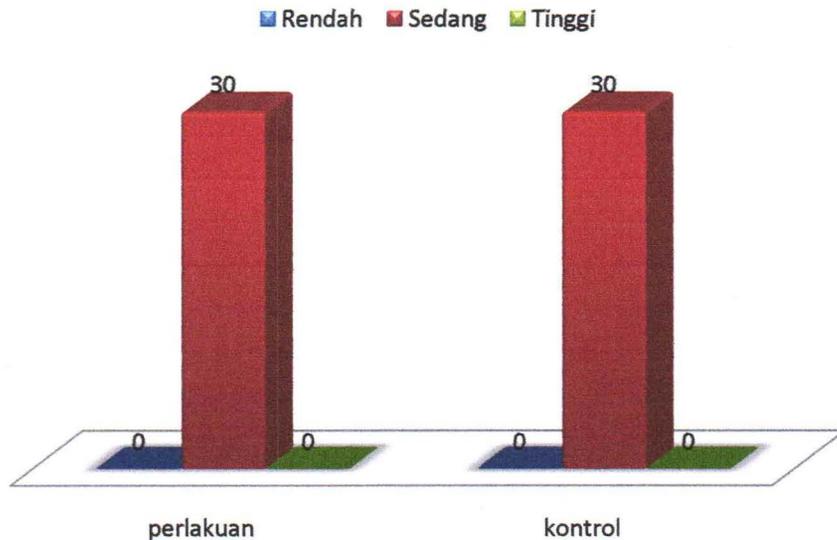


Gambar 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menderita Hipertensi Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut RW 06 Kelurahan Kalirungkut Surabaya, 25 Juli-31 Juli 2010

Berdasarkan gambar 5.5 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol sebanyak 25 responden (83,3%) menderita hipertensi kurang dari 5 tahun dan sisanya 5 responden (16,7%) menyatakan tidak tahu. Lama atau tidaknya seseorang menderita hipertensi merupakan proses, Reilly dan Oberman (2002) mengemukakan bahwa pembelajaran merupakan suatu proses perubahan perilaku yang berasal dari pengalaman dan prosesnya.

5.1.3 Data khusus

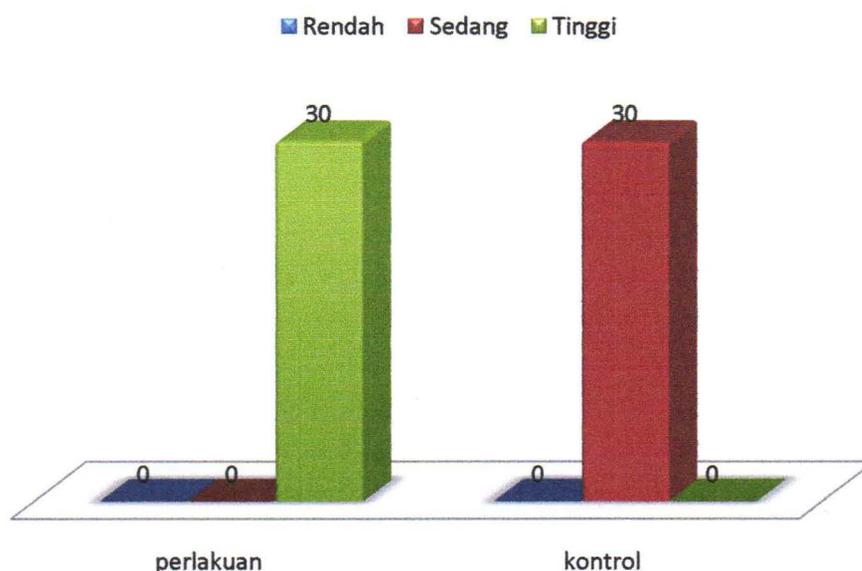
1. Tingkat motivasi kunjungan kontrol sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol



Gambar 5.6 Tingkat Motivasi Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut RW 06 Kelurahan Kalirungkut Surabaya, 25 Juli-31 Juli 2010

Berdasarkan gambar 5.6 menunjukkan bahwa tingkat motivasi kunjungan kontrol pada responden sebelum dilakukan pendidikan kesehatan 30 orang (100%) baik pada kelompok perlakuan maupun pada kelompok kontrol, tergolong dalam kategori “sedang” yaitu memiliki kesadaran akan tanggung jawab dan harapan terhadap kesehatan menurut indikator motivasi dalam perubahan perilaku milik Hamzah (2009).

2. Tingkat motivasi kunjungan kontrol sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol



Gambar 5.7 Tingkat Motivasi Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut RW 06 Kelurahan Kalirungkut Surabaya, 25 Juli-31 Juli 2010

Pada gambar 5.7 diatas menunjukkan bahwa tingkat motivasi kunjungan kontrol setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan, 30 responden (100%) pada kelompok ini mendapatkan nilai motivasi yang tergolong dalam ketegori “tinggi” karena telah memahami tanggung jawab, harapan dan kebutuhan serta memiliki perasaan senang dan ikhlas dalam melakukan kunjungan control, hal ini sejalan dengan indikator motivasi dalam perubahan perilaku menurut Hamzah (2009), sedangkan pada kelompok kontrol yang hanya diberikan leaflet dan phamflet sebanyak 30 responden (100%) mendapatkan nilai motivasi yang masih tergolong dalam kategori motivasi “sedang”.

3. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap motivasi dalam melakukan kunjungan kontrol pada penderita hipertensi

Tabel 5.1 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Motivasi Dalam Melakukan Kunjungan Kontrol Pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut RW 06 Kelurahan Kalirungkut Surabaya, tanggal 25 Juli-31 Juli 2010

No. Responden	Wilcoxon Signed Rank Test				Mann Whitney Test	
	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	Kontrol
	Pre	Post	Pre	Post	Post	Post
Mean	57.03	80.53	57.53	57.67	80.53	57.67
SD	3.643	3.980	3.471	3.698	3.980	3.698
	p = 0.000 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		p = 0.394 <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		p = 0.000 <i>Mann Whitney Test</i>	

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat dari hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* untuk *pre-test* dan *post-test* kelompok perlakuan didapatkan nilai $p = 0,000$ dan pada *pre-test* dan *post-test* kelompok kontrol di dapatkan nilai $p = 0,394$ dimana $p < 0,05$, maka terdapat perbedaan tingkat motivasi kunjungan kontrol sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan. Dan dari hasil uji statistik *Mann Whitney Test* diperoleh nilai $p = 0,000$ untuk perbandingan *post-test* dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dimana $p \leq 0,05$, artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap motivasi dalam melakukan kunjungan kontrol pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut tepatnya RW 06 Kelurahan Kalirungkut, Surabaya.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil kuesiner *pre test* pada kedua kelompok responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, didapatkan hasil bahwa semua responden dari dua kelompok penelitian telah memiliki tanggung jawab dan harapan yang tinggi terhadap kesehatan. Harapan dan minat responden tersebut juga diwujudkan melalui kebersediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Hal ini sesuai dengan ciri-ciri seseorang yang memiliki motivasi menurut Soekamto (2005) diantaranya yaitu akan memperlihatkan minat, perhatian dan keinginan ikut serta, bekerja keras serta memberikan kesempatan pada suatu usaha, terus bekerja sampai tugas terselesaikan dengan sebaik-baiknya. Tanggung jawab dan harapan yang dimiliki responden tersebut sayangnya belum diimbangi dengan perasaan senang dan ikhlas dalam melakukan kunjungan kontrol. Banyaknya sekali alasan yang dilontarkan untuk tidak melakukan kunjungan kontrol, beberapa alasan diantaranya adalah faktor fisik yang tidak mendukung, tidak ada transportasi, tidak tahu bila harus melakukan kunjungan kontrol, tidak ada biaya dan lain sebagainya. Timbulnya alasan menurut Setiawati (2008) merupakan bentuk pertimbangan individu untuk melakukan sebuah kegiatan. Setelah individu tersebut mempertimbangkan maka individu tersebut berhak memilih dan memutuskan sehingga muncul sebuah kemauan. Dalam mempertimbangkan dan menentukan pilihan tentunya harus didukung dengan pengetahuan mengenai hal yang akan dipertimbangkan. Pada penelitian ini alasan yang dilontarkan responden seakan menjadi sebuah penghalang dalam melakukan kunjungan kontrol, hal tersebut menunjukkan bahwa responden belum benar-benar mempertimbangkan keuntungan dan kerugian melakukan kunjungan

kontrol karena pengetahuan responden tersebut tentang hipertensi masih rendah sehingga belum mengetahui tentang manfaat kunjungan kontrol bagi dirinya.

Setelah dilakukan *post test* pada kedua kelompok penelitian, ternyata didapatkan peningkatan. Peningkatan yang cukup signifikan didapatkan oleh responden pada kelompok perlakuan, dan pada kelompok kontrol juga didapatkan peningkatan namun tidak terlalu signifikan. Perbedaan peningkatan motivasi kunjungan kontrol pada kedua kelompok penelitian tersebut disebabkan oleh perbedaan metode dalam penyampaian informasi mengenai hipertensi. Dimana pada kelompok perlakuan diberikan informasi melalui metode ceramah dan didukung oleh media cetak leaflet dan pamphlet. Sedangkan, pada kelompok kontrol penyampaian informasi hanya melalui media leaflet dan pamphlet saja. Hal ini memperkuat pernyataan Friedman (1998) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan penyuluhan diantaranya adalah faktor komunikasi. Hovland yang dikutip oleh Notoatmodjo (1997) juga berpendapat bahwa keberhasilan pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh sejauh mana kemampuan perawat atau pembicara dalam melakukan komunikasi secara efektif terhadap sasaran karena komunikasi merupakan proses tercapainya kesamaan pengertian antara individu yang bertindak sebagai pendengar dan perawat sebagai pembicara. Pemberian pendidikan kesehatan dari rumah ke rumah dirasa kurang efisien dalam hal waktu. Namun, cara ini cukup efektif untuk membangun hubungan saling percaya sehingga selama proses penyampaian informasi sasaran pendidikan kesehatan merasakan sebuah dorongan untuk melakukan sesuatu guna memperbaiki hal-hal yang mereka anggap salah setelah mendapatkan informasi baru. Hal ini sesuai dengan definisi metode pendidikan individual menurut Sulih

(2002) yang merupakan metode yang bersifat individual dan digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku.

Menurut hasil penelitian, didapatkan perbedaan tingkat motivasi kunjungan kontrol pada masing-masing responden. Dimana perbedaan tersebut dipengaruhi oleh umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, tingkat ekonomi dan seberapa lama orang tersebut menderita hipertensi hal ini sesuai dengan pernyataan Handoko (2007), motivasi dipengaruhi oleh beberapa yaitu faktor intrinsik berupa umur, pendidikan, pengetahuan, pemahaman, kebutuhan rasa aman dan pengalaman rasa sakit, serta dipengaruhi oleh faktor ekstrinsik berupa tingkat ekonomi, sosial budaya juga sarana dan prasarana. Perbedaan tingkat pendidikan tersebut berdampak pada tingkat pemahaman antara responden berpendidikan tinggi dengan responden berpendidikan rendah. Butuh waktu ekstra bagi peneliti untuk mengulang dan menjelaskan faktor resiko dan manifestasi klinis hipertensi pada responden dengan tingkat pendidikan rendah. Pada beberapa responden kelompok perlakuan meskipun tidak terlalu memiliki tingkat pendidikan tinggi juga didapatkan nilai motivasi kunjungan kontrol yang tinggi saat *post test*. Setelah ditindak lanjuti ternyata lingkungan pekerjaan telah memberikan dampak positif untuk beliau belajar dari pengalaman teman-teman dan keluarga yang juga merupakan penderita hipertensi. Hasil penelitian ini memperkuat teori Reilly dan Oberman (2002) yang mengemukakan bahwa pembelajaran merupakan suatu proses perubahan perilaku yang berasal dari pengalaman dan prosesnya. Responden dengan tingkat sosial yang tinggi yaitu responden yang bekerja akan memiliki banyak kesempatan untuk berbagi

pengalaman dan informasi dengan orang-orang disekelilingnya yang juga merupakan penderita hipertensi dari pada responden yang hanya bekerja dirumah atau mereka yang tidak bekerja. Pemanfaatan interaksi sosial selain dapat digunakan untuk bertukar pikiran sehingga meningkatkan pengetahuan juga dapat meningkatkan motivasi dalam berperilaku sehat yaitu melalui kompetisi, pemberian pujian dan hadiah sesuai dengan teknik motivasi milik Sukanto (2005) yaitu member angka, member hadiah, member kompetisi, member evaluasi, member pujian dan memberikan hukuman.

Kebutuhan terhadap kebutuhan rasa aman dari ancaman manifestasi klinis hipertensi hampir dirasakan semua responden dalam kelompok ini. Umur cukup berpengaruh terhadap kebutuhan rasa aman seseorang. Pada hasil penelitian didapatkan responden dengan umur lebih tua pada penelitian ini ternyata memiliki nilai kebutuhan rasa aman yang sedikit lebih tinggi meskipun umur mereka sama-sama masuk dalam tahap dewasa tengah. Hal ini memperkuat pendapat Susan (2002) yang beranggapan bahwa mereka yang memasuki tahap perkembangan dewasa tengah akan cenderung risau terhadap perubahan fisik dan berhasrat untuk mengurangi kehidupan yang dirasa kurang memuaskan. Sebagian besar orang saat memasuki usia 40-60 tahun telah mencapai puncak kariernya, kesadaran mereka akan siapa diri mereka telah berkembang dengan baik, anak mereka tumbuh dan mereka memiliki waktu untuk mengejar minat lain. Inilah saatnya mereka memikirkan apa yang telah mereka sumbangkan bagi keluarga dan masyarakat serta mengkaji kembali tujuan dan nilai-nilai mereka selama ini.

Peran pendidikan kesehatan dalam upaya peningkatan motivasi kunjungan kontrol pada kedua kelompok responden ini, dibuktikan dengan hasil uji statistik

Wilcoxon Signed Rank Test dimana pada kelompok perlakuan didapatkan hasil yang signifikan yaitu $p = 0,000$ dimana $p \leq 0,05$ sedangkan pada kelompok kontrol di dapatkan $p = 0,394$ yang menunjukkan tidak ada peningkatan motivasi yang signifikan meskipun di dapatkan 11 orang pada kelompok perlakuan yang juga mengalami peningkatan nilai motivasi, peningkatan tersebut kemungkinan besar disebabkan oleh tingkat pendidikan serta status sosial ekonomi responden yang tinggi. Selain itu perbedaan media penyampaian informasi juga merupakan faktor penyebab terjadinya peningkatan motivasi kunjungan kontrol pada kelompok perlakuan. Sardiman A.M yang dikutip oleh Machfoedz (2007) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan yang mengedepankan perubahan perilaku sebagai tujuan akhir tentunya akan dilakukan dengan semenarik mungkin. Untuk itu metode pendidikan kesehatan digunakan secara bervariasi agar tidak monoton dan membosankan. Penelitian ini menunjukkan hasil bahwasannya kelompok perlakuan yang telah diberikan pendidikan kesehatan dengan menggunakan media leaflet, pamphlet, flipchart yang didukung oleh metode ceramah dan diskusi ternyata lebih memberikan hasil perbedaan tingkat motivasi kunjungan kontrol yang lebih signifikan antara *pre test* dan *post test*. Dibandingkan dengan kelompok perlakuan, kelompok kontrol yang hanya diberikan informasi melalui leaflet dan pamphlet tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Perbandingan hasil *post test* antara kedua kelompok penelitian tersebut tampak pada hasil uji *Mann Whitney* yang menunjukkan $p = 0,000$ dimana $p \leq 0,05$.

Penelitian ini secara tidak langsung telah membuktikan 4 pendekatan modern yang telah dikelompokkan oleh Becker dan Landy yang dikutip oleh

Nursalam (2007) yakni teori kebutuhan, teori keadilan, teori harapan dan teori penguatan.

Teori kebutuhan yang memfokuskan pada apa yang dibutuhkan individu untuk hidup bekecukupan, dalam penelitian kali ini kebutuhan yang dimaksud adalah kebutuhan penderita hipertensi untuk memenuhi kebutuhan rasa aman (*security need*) sesuai hirarki kebutuhan dasar menurut Maslow (1970). Motivasi kunjungan kontrol “sedang” pada kedua kelompok penelitian sebelum dilakukan pendidikan kesehatan juga dipengaruhi oleh kebutuhan rasa aman akibat kesakitan hipertensi. Sedangkan diketahui bahwasannya memang perjalanan penyakit hipertensi yang sangat lambat menyebabkan penderita hipertensi jarang merasakan gejala atau tanda-tanda serangan hipertensi, sehingga banyak sekali pasien hipertensi yang mengesampingkan pentingnya kunjungan kontrol hipertensi di pusat pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan praktek dokter umum terdekat, khususnya pada 1-3 tahun pertama saat didiagnosis hipertensi pertama kali (Tantan.S , 2007). Menurut Maslow, setiap orang dimotivasi untuk memenuhi kebutuhannya secara sangat kuat pada waktu tertentu tergantung pada keadaan saat ini dan pengetahuan orang tersebut. Hal ini juga menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan mempengaruhi besar kecilnya motivasi seseorang untuk memenuhi kebutuhannya, dalam penelitian ini pada responden berpendidikan tinggi didapatkan nilai motivasi yang lebih tinggi dari pada responden berpendidikan rendah.

Motivasi belum merupakan tindakan/aktifitas akan tetapi merupakan sebuah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang bertindak laku (Hamzah, 2009). Hamzah juga mengatakan bahwa motivasi adalah proses psikologis yang

dapat menjelaskan perilaku seseorang, karena pada hakikatnya sebuah perilaku merupakan orientasi dari sebuah tujuan, dimana dalam mencapai tujuan tersebut diperlukan proses interaksi dari beberapa unsur, salah satunya adalah motivasi yakni kekuatan yang mendorong seseorang melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan. Kekuatan-kekuatan ini pada dasarnya dirangsang oleh adanya berbagai macam kebutuhan, seperti (1) keinginan yang hendak dipenuhi; (2) tingkah laku (perilaku); (3) tujuan; (4) Umpan balik (kepuasan). Pada penelitian ini penderita hipertensi yang memiliki kebutuhan dan harapan terbebas dari kesakitan akibat hipertensi akan melakukan suatu perilaku guna memenuhi kebutuhannya yakni melakukan kunjungan kontrol, pada proses berperilaku itulah motivasi berperan mendorong dan mengarahkan sesuai dengan pengetahuan atas upaya pemenuhan kebutuhan sebagai tujuan yang akan dicapai. Setelah tujuan tersebut tercapai penderita hipertensi akan dihadapkan pada teori keadilan yang menyatakan sekiranya individu menganggap ketidak seimbangan atau ketidakadilan wujud diantara ganjaran atas usaha yang dilakukan (Johanes, 2000). Penderita hipertensi akan merasakan kepuasan atas tercapainya tujuan yaitu benar-benar merasakan manfaat dari kunjungan kontrol, kepuasan bertindak sebagai penguat motivasi, sehingga penderita hipertensi tidak segan lagi untuk mengulangi perilaku (kunjungan kontrol) saat dihadapkan pada pemenuhan kebutuhan yang sama dan sebaliknya apabila tidak ditemukan kepuasan atas perilaku tersebut, seseorang akan termotivasi mencari upaya lain dalam memenuhi kebutuhannya

Dalam penelitian ini didapatkan beberapa responden pada kelompok kontrol yang pada awalnya rutin melakukan kunjungan kontrol namun karena selain tidak mendapatkan hasil yang sesuai dengan keinginannya, responden juga

enggannya untuk mengantri begitu lama di Puskesmas apalagi responden harus berjalan kaki ke Puskesmas yang jaraknya cukup jauh sedangkan beliau merasakan linu pada kakinya apabila berjalan terlalu jauh. Hal tersebut menyebabkan motivasinya melakukan kunjungan kontrol berkurang sehingga yang dilakukannya saat ini hanya berusaha mengontrol pola hidup di rumah. Hal ini sesuai dengan teori harapan Victor H. Vroom dikutip oleh Sudrajat (2008) menyatakan bagaimana cara seseorang memilih dan bertindak dari berbagai alternatif tingkah laku, berdasarkan harapannya apakah ada keuntungan yang diperoleh dari tiap tingkah laku. Teori ini berperan pada saat seseorang dihadapkan pada 2 pilihan perilaku dimana, seseorang tersebut akan memilih mana yang terlebih dahulu dilakukan atau bahkan mana yang lebih mudah dan menguntungkan untuk dirinya.

Menurut Sardiman (1986) yang dikutip oleh Hamzah (2009) , Motivasi tidak dapat diamati secara langsung, tetapi dapat diinterpretasikan dari tingkah lakunya. Motivasi dapat dipandang sebagai perubahan energi dalam diri seseorang yang ditandai dengan munculnya *feeling*, dan didahului dengan tanggapan terhadap adanya tujuan. Perubahan tanggapan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan diwujudkan melalui adanya alasan-alasan negatif yang bersifat sebagai penghalang dalam upaya pencapaian sebuah tujuan, namun pada saat tahap diskusi pada kelompok perlakuan alasan-alasan yang menjadi penghalang tersebut berhasil dibicarakan bersama dan ditemukan solusinya, responden menunjukkan respon yang baik yaitu dengan diam dan mengangguk yang menunjukkan sikap setuju contohnya alasan tidak memiliki biaya, melalui informasi dari Puskesmas Kalirungkut, didapatkan bahwa biaya berobat di

Puskesmas gratis selama memiliki surat keterangan miskin dan surat keterangan keluarga asli Rungkut disertai surat keterangan tidak mampu dari kelurahan dan kecamatan. Pada pendidikan kesehatan mengenai hipertensi, responden yang merupakan penderita hipertensi dihadapkan pada informasi baru yang dapat menambah pengetahuannya, dengan pengetahuan barunya tersebut responden yang keseluruhan berusia 40-60 tahun ini dapat menemukan alasan mengapa dia harus melakukan kunjungan kontrol, mereka berhak memilih dimana melakukan kunjungan kontrol kemudian memutuskan untuk berangkat dan mau untuk melakukan kunjungan kontrol, hal tersebut sesuai dengan empat kondisi yang membentuk motivasi pada diri manusia menurut Setiawati (2008): 1) Timbulnya alasan, 2) Memilih, 3) Memutuskan, 4) Timbul kemauan. Pendidikan kesehatan mengenai hipertensi dirasa penting bagi penderita hipertensi untuk mengarahkan perilaku penderita hipertensi untuk senantiasa menjaga pola hidupnya untuk tetap dalam pola hidup yang sehat agar terhindar dari manifestasi klinis hipertensi yang akan menurunkan kualitas hidup mereka. Terkadang banyak responden yang mengeluh karena memang tidak mudah bagi penderita hipertensi untuk mengubah pola hidupnya ke dalam pola hidup sehat, sehingga diperlukan sebuah motivasi yang kuat dari dalam individu itu sendiri agar pola hidup sehat tersebut dapat segera dibentuk dan dapat berlangsung lama karena jika seseorang sudah memiliki motivasi yang kuat dalam melakukan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka perilakunya akan menjadi lebih konsisten (Damayanti, 2007).

Selanjutnya adalah teori penguatan yang menyangkut ingatan orang mengenai pengalaman seseorang terhadap rangsangan respon dan konsekuensi. Menurut teori penguatan, seseorang termotivasi jika dia memberikan respon

terhadap rangsangan pada pola tingkah laku konsisten sepanjang waktu (Nursalam, 2008). Tingkah laku konsisten sepanjang waktu yang dimaksud adalah kunjungan kontrol rutin baik di Puskesmas maupun praktek klinik pribadi dokter dimana apabila seseorang merasakan kepuasan atas manfaat kunjungan kontrol, orang tersebut akan termotivasi untuk mengulanginya lagi sesuai dengan proses motivasi dasar (Hamzah, 2009). Dalam upaya mendapatkan kepuasan pasien, sebuah instansi kesehatan dapat mewujudkannya melalui pemberian jadwal kunjungan kontrol pada penderita hipertensi beserta hasilnya selain agar pasien mengetahui kapan harus melakukan kontrol, pasien juga akan termotivasi untuk mendapatkan tekanan darah normal sesuai dengan teknik motivasi menurut Sukanto (2005) yaitu memberi nilai. Pelayanan yang memuaskan, lingkungan yang aman dan nyaman, sikap serta tindakan petugas kesehatan yang ramah kepada pasien juga dapat meningkatkan kepuasan dan motivasi pada penderita hipertensi untuk melakukan kunjungan kontrol sebagai penguatan atas faktor ekstrinsik pembentuk motivasi.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian kesimpulan dan saran sebagai berikut:

6.1 Kesimpulan

1. Motivasi penderita hipertensi dalam melakukan kunjungan kontrol sebelum pendidikan kesehatan sudah diwujudkan semua responden dengan adanya tanggung jawab terhadap kesehatan, memiliki kebutuhan rasa aman bebas dari kesakitan akibat hipertensi, serta harapan untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik. Namun, faktor intrinsik seperti pengetahuan dan faktor ekstrinsik berupa informasi ternyata belum mendukung sehingga motivasi dalam melakukan kunjungan kontrol masih dikategorikan sebagai motivasi sedang.
2. Peningkatan motivasi melakukan kunjungan kontrol dapat dilihat pada hasil post test kelompok perlakuan karena pengetahuan responden sebagai faktor intrinsik pembentuk motivasi kunjungan kontrol berhasil ditingkatkan karena didukung pula oleh faktor ekstrinsik berupa informasi yaitu mengenai hipertensi. Sedangkan, pada responden kelompok kontrol tidak ditemukan peningkatan yang signifikan terhadap motivasi kunjungan kontrol sebab penguatan faktor ekstrinsik berupa informasi kurang, dimana hal tersebut berpengaruh terhadap faktor intrinsik yakni pengetahuan. Sehingga motivasi yang dimiliki responden kelompok kontrol tidak mengalami perubahan.

3. Pendidikan kesehatan tentang hipertensi mampu meningkatkan motivasi penderita hipertensi untuk melakukan kunjungan kontrol. Karena pendidikan kesehatan mampu memperkuat faktor instrinsik dan ekstrinsik pembentuk motivasi yaitu pengetahuan dan informasi.

6.2 Saran

1. Saran untuk pasien

Pasien hipertensi diharapkan aktif dalam mencari informasi dari buku-buku kesehatan mengenai hipertensi untuk meningkatkan motivasi ekstrinsik dalam melakukan kunjungan kontrol baik ke Puskesmas maupun ke pusat pelayanan kesehatan lain agar kondisi kesehatan dapat dipertahankan serta mendapatkan kualitas hidup yang baik

2. Saran untuk Puskesmas

Pihak Puskesmas diharapkan dapat memberikan sarana berupa daftar kunjungan kontrol yang berisi tanggal kunjungan kontrol beserta hasil kunjungan sebagai upaya meningkatkan motivasi penderita hipertensi dalam melakukan kunjungan kontrol.

3. Saran untuk Ilmu Keperawatan

Perawat komunitas diharapkan dapat menjadikan skripsi ini sebagai saran dalam pengembangan program promotif dan preventif pada masyarakat guna meningkatkan motivasi dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dengan berperilaku sehat.

4. Saran untuk peneliti selanjutnya

Penelitian lebih lanjut diharapkan dapat dikembangkan dengan menggunakan uji validitas dan realibilitas pada kuesioner.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin & Armilawati 2007, *Hipertensi dan Faktor Risikonya Dalam Kajian Epidemiologi*, diakses pada tanggal 28 april 2010 jam 11.00 WIB (<http://www.cerminduniakedokteran.com>)
- Arikunto, S 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta
- Astawan, M 2009, *Cegah Hipertensi Dengan Pola Makan*. diakses tanggal 22 April 2010 jam 19.30 WIB. (<http://www.gizi.net>).
- Bastable, S 2002, *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*, EGC, Jakarta
- Brunner, S 2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*, EGC, Jakarta
- Depkes RI, 2009. *Hipertensi Faktor Resiko Utama Penyakit Kardiovaskular*, , diakses pada tanggal 2 mei 2010 jam 8.00 WIB (<http://www.depkes.go.id>)
- Fidyastika, R 2008. *Pengaruh Promosi Kesehatan Plus (Promkes +) Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Pemilik Ayam Dalam Upaya Mencegah Kejadian Penularan Flu Burung*. PSIK FKp Unair, Surabaya
- Gunawan, L 2009. *Hipertensi Tekanan Darah Tinggi*, Kanisius, Yogyakarta
- Hamzah, B 2009, *Teori Motivasi dan Pengukurannya*, Bumi Aksara, Jakarta
- Hastuti 2008, *Makalah Hipertensi Farmakoterapi.pdf*, diakses tanggal 28 mei 2010 jam 20 WIB (<http://choybuccuq.blogspot.com>),
- Heri, M (Ed) 2009, *Promosi Kesehatan*, EGC, Jakarta
- Lukman, H 2009, *Pengaruh Pemberian Motivasi Terhadap Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru Dalam Mengonsumsi Obat Anti Tuberkulosis (OAT)*. PSIK Fkp Unair, Surabaya
- Machfoedz, I 2007, *Pendidikan kesehatan bagian dari promosi kesehatan*. Fitramaya, Yogyakarta
- Marliani, L 2007, *100 Question & Answer Hipertensi*, PT Elex Media Komputindo, Jakarta
- Mubarak, W 2007, *Promosi Kesehatan: sebuah pengantar proses belajar mengajar dalam pendidikan*, Graha Ilmu, Yogyakarta
- Muttaqin, A 2009, *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan system Kardiovaskular dan hematologi*, Salemba Medika, Jakarta
- Notoatmodjo, S 2005a, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta

- Notoatmodjo, S 2003a, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S 2003b, *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S 2005b, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam 2008, *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Nursalam 2007, *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesi Edisi*, Salemba Medika, Jakarta
- Potter & Perry , *Buku Ajar Fundametal Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4 volume 2, 2007, Alih Bahasa Renata Kumalasari, EGC, Jakarta
- PSIK, FKp Unair 2009, *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*, Universitas Airlangga, Surabaya
- Rahmat, H 2009, *Perkembangan Dewasa Pertengahan*. ([http://www.psiko-media.com/dewasa waktu luang.htm](http://www.psiko-media.com/dewasa_waktu_luang.htm) diakses pada 25 mei 2010).
- Reeves, C 2001, *Keperawatan Medikal Bedah, edisi I*. Jakarta: Salemba Medika
- Rokhaeni, dkk 2001, *Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler*, Bidang Pendidikan Dan Pelatihan Pusat Kesehatan Jantung Dan Pembuluh Darah Nasional "Harapan Kita", Jakarta
- Sample, S. 2009. *Motivation Questionnaire*. (<http://www.shl.com/motivation/questionnaire> diakses pada tanggal 5 mei 2010 jam 20.00 wib)
- Sastroasmoro & Ismael 2002, *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis edisi 2*, Sagung Seto, Jakarta
- Setiawati, S 2008, *Proses Pembelajaran Dalam Pendidikan Kesehatan*. Trans Info Media (TIM), Jakarta
- Sugiyono 2007, *Statistika untuk penelitian*, Alfabeta, Bandung
- Sugiyono 2008, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, Alfabeta, Bandung
- Suratman 2009, *Hubungan Pengetahuan Tentang Perawatan ISPA dengan Pelaksanaan Kunjungan Kontrol Di Puskesmas Pojong Gunung Kidul Yogyakarta.pdf*, diakses pada tanggal 21 Agustus 2010 pukul 15.00 WIB (<http://skripsistikes.wordpress.com/2009/05/08/ikpiiill16/>)

Sylvia 2005, *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, EGC, Jakarta

Wartonah, T 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 5 April 2010

Nomor : 1001 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Asri Mas'ulah
NIM : 010610199B
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Motivasi dalam Melakukan Kunjungan Kontrol pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut, Kel. Kalirungkut Kec. Rungkut, Surabaya
Tempat : Wilayah Kerja Puskesmas Kec. Rungkut Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.


Dekan
Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
HP: 196612251989031004



Surabaya, 23 Juli 2010

Nomor : 1622 /H3.1.12/ PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
bagi Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Bakesbang, Pol & Linmas Surabaya
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Asri Mas'ulah
NIM : 010610199B
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Motivasi dalam Melakukan Kunjungan Kontrol pada Penderita Hipertensi
Tempat : Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut Kelurahan Kalirungkut Kecamatan Rungkut Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 196612251989031004

Tembusan:

1. Kepala Kecamatan Rungkut Surabaya
2. Kepala Kelurahan Kali Rungkut Surabaya



IP-PEPUSHTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

PEMERINTAH KOTA SURABAYA

DINAS KESEHATAN

Jl. Jemursari No. 197. Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8473728
SURABAYA (60243)

SURAT IJIN
SURVEY / PENELITIAN
Nomor : 072 / 33042 / 436.6.3 / 2010

Memperhatikan Surat

Dari : Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Tanggal : 5 April 2010
Hal : Pengambilan Data

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :

Nama : **Asri Mas'ulah**
NIM : 010610199 B
Pekerjaan : Mahasiswa
Tujuan Penelitian : Menyusun Karya Tulis Ilmiah
Tema Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Motivasi Kunjungan Kontrol pada Hipertensi
Lamanya Penelitian : Bulan Juni sampai dengan Bulan Agustus Tahun 2010
Daerah / tempat penelitian : **Puskesmas Kali Rungkut**

Dengan Syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan – ketentuan /peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey / penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey / penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya .
4. Surat ijin ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat – syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan Kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan , pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.



Martiana Rachmie
Pembina TK. I
NIP. 19570328 198512 2 001



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 & 4 Telp. 031- 5473284 Fax. 5343000

SURABAYA 60272

SURAT KETERANGAN

Untuk melakukan Survey / Research
Nomor : 072 / 13921 / 436.7.3 / 2010

MENUNJUK : SURAT : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
NOMOR : 1622 / H3.1.12 / PPd / 2010
TANGGAL : 23 Juli 2010
PERIHAL : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian bagi Mahasiswa PSIK – FKp Unair

MENGINGAT : 1. Undang – Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
2. Perda Kota Surabaya Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kota Surabaya.
3. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 90 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya.
4. Surat Kadit Sospol Prop. Jatim No. 300/1885/303/1999 tentang Proses Perijinan, Survey KKN, PKL dan sejenisnya di Jatim.

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan Riset / Pengabdian Masyarakat oleh :

N a m a : **ASRI MAS'ULAH**
Al a m a t : Wadung Asri Dalam RT 01 RW 03 No. 108 Waru Sidoarjo
P e k e r j a a n : Mahasiswa Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya
Tema / Acara Survey / Riset : PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP MOTIVASI DALAM MELAKUKAN KUNJUNGAN KONTROL PADA PENDERITA HIPERTENSI
Daerah / Tempat dilakukan survey : KOTA SURABAYA (Kecamatan Rungkut)
Lamanya Survey : 3 (Tiga) Minggu, TMT Surat dikeluarkan
Pengikut : -

Syarat – syarat ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukan kegiatan Survey / Research / Penelitian.
2. Dilarang menggunakan Quisionare diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan Survey / Research / Kegiatan harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya pada Dinas / Instansi yang bersangkutan.
4. Surat Keterangan ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat – syarat serta ketentuan – ketentuan seperti tersebut diatas.

Surabaya, 27 Juli 2010



SUCAMARNO, SH., M.Hum.

Pembina Tk. I

NIP. 19580807 198303 1 025

Tembusan : Kepada

1. Sdr. Gubernur Jawa Timur
Up. Ka. Bakesbangpol Propinsi Jawa Timur
2. Sdr. Camat Rungkut Kota Surabaya
3. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
SURABAYA

Asri Mas'ulah



IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH KOTA SURABAYA
KECAMATAN RUNGKUT

Jl. Raya Rungkut No. 35 Telp. (031) 8700447, Fax. (031) 8781974
SURABAYA - 60293

Surabaya, 02 Agustus 2010

Nomor : 072/417/436.11.15 / 2010
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Survey

Kepada,
Yth. Sdr. Lurah Kalirungkut
Kecamatan Rungkut

di
SURABAYA

Berdasarkan Surat dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan
Perlindungan Masyarakat tanggal 27 Juli 2010 Nomor 072/
13921/436.7.3/2010 perihal tersebut diatas, maka bersama ini kami
tidak keberatan atas permohonan :

Nama : ASRI MAS'ULAH
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan
UNAIR Surabaya
Alamat : Wadung Asri Dalam RT.01 RW.03 No.108 Waru Sidoarjo
Pengikut : -

Untuk melaksanakan penelitian di Wilayah kerja Saudara selama
3 (tiga) minggu dari tanggal 02 Agustus 2010 sampai dengan 23
Agustus 2010. Dengan Tema " PENAGRUH PENDIDIKAN KESEHATAN
TERHADAP MOTIVASI DALAM MELAKUKAN KUNJUNGAN KONTROL
PADA PENDERITA HIPERTENSI "

Demikian untuk menjadi maklum dan atas bantuannya disampaikan
terima kasih.

a.n Camat
Sekretaris,

D. Ridwan Mubarun, Msi
Penata Tingkat I

NIP. 19720508 199301 1002

Tembusan :
Yth. Sdr. 1. Kepala Bagian Pemerintahan Sekretaris Daerah Kota Surabaya.
2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
KECAMATAN RUNGKUT
KELURAHAN KALIRUNGKUT
Jl. Rungkut Asri Utara I / 2 Telp. 8793308 - Surabaya 60293

Nomor : 072/ 69 /436.11.15.1/2010
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Survey

Surabaya, 3 Agustus 2010

K e p a d a
Yth. Sdr. Ketua RW 6 dan RW
14
Kelurahan Kalirungkut
di
SURABAYA

Menindak lanjuti surat dari Kecamatan Rungkut Kota Surabaya nomor : 072/417/436.11.15/2010 tanggal 02 Agustus 2010 Perihal tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami memberi ijin survey kepada :

N a m a : ASRI MAS'ULAH
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Unair Surabaya
Alamat : Wadung Asri Dalam No. 108 Waru Sidoarjo
Pengikut : -

Untuk melaksanakan survey di wilayah kerja Saudara selama 3 (Tiga) Minggu , mulai tanggal 02 Agustus 2010 sampai dengan tanggal 23 Agustus 2010 dengan Tema "PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP MOTIVASI DALAM MELAKUKAN KUNJUNGAN KONTROL PADA PENDERITA HIPERTENSI"

Demikian atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



Tembusan :
Yth. Sdr. Camat Rungkut Kota Surabaya

Nip 196408051986031032

Lampiran 6

Lembar Permohonan Menjadi Responden

Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Motivasi Kunjungan Kontrol Pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut Kel.Kalirungkut Kec.Rungkut Surabaya

Peneliti : Asri Mas'ulah (010610199 B) mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh intervensi pendidikan kesehatan terhadap motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi. Hasil penelitian ini akan bermanfaat untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya kunjungan kontrol pada penderita hipertensi. Oleh karena itu mohon partisipasi saudara untuk menjadi responden. Kami akan menjamin kerahasiaan, identitas saudara. Bila saudara berkenan menjadi responden silahkan menandatangani lembar yang telah disediakan kami ucapkan terimakasih.

Surabaya, 2010

Hormat Kami

(Peneliti)

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai peserta penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul :

**“ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Motivasi Kunjungan Kontrol
Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut”**

Tanda tangan saya menunjukkan saya sudah mendapat informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini

No Responden :

Tanggal :

Tanda Tangan :

Lampiran 8

Format Pengumpulan Data

Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Motivasi Kunjungan Kontrol Pada Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalirungkut Kel. Kalirungkut, Surabaya

Tanggal penelitian :

Kode Responden ✓ :

Petunjuk pengisian format pengumpulan data : diberikan pada penderita jawablah pertanyaan dibawah ini dengan sejujurnya, sesuai dengan hati nurani anda. Berilah tanda (✓) pada kotak sebelah kiri jawaban yang anda pilih. Mohon diteliti ulang, agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

Data Demografi

1. No responden ✓

2. Umur Responden ✓

1) < 40 tahun

2) 40-60 tahun

3) > 60 tahun

3. Pendidikan terakhir

1) Tidak tamat SD

2) SD

3) SMP

4) SMA

5) Sarjana Muda (D3)/Diploma II atau setingkat

6) Sarjana (S1)/Diploma IV

4. Pekerjaan

1) Tidak bekerja

2) Swasta

3) Wiraswasta

4) PNS

5. Penghasilan keluarga

1) < 800.000

2) 800.000-1.500.000

3) > 1.500.000

Status Hipertensi

1. Berapa lama Anda menderita hipertensi?

1) < 5 tahun

2) 5-10 tahun

3) > 10 tahun

2. Apakah Anda memiliki riwayat penyakit selain hipertensi?

1) Ya Sebutkan :

2) Tidak

(Priyanti, 2007)

Lampiran 9

LEMBAR KUESIONER
MOTIVASI KUNJUNGAN KONTROL
PADA PENDERITA HIPERTENSI

1. Petunjuk Pengisian

- a. Pilihlah salah satu jawaban dari setiap pernyataan yang paling sesuai dengan keadaan anda, lalu berikan tanda “Cek” (√) pada kotak yang tersedia.
- b. Contoh pengisian

No	Pernyataan	Jawaban				
		SS	S	KS	TS	STS
1	Saya tidak suka jika ada orang lain yang mengatur pola hidup saya menjadi pola hidup sehat.		√			

Keterangan :

- SS = Sangat Setuju
 S = Setuju
 KS = Kurang Setuju
 TS = Tidak Setuju
 STS = Sangat Tidak Setuju

2. Daftar Pernyataan

No	Pernyataan	Jawaban				
		SS	S	KS	TS	STS
I1	1	Saya bertanggung jawab penuh atas kondisi kesehatan saya.				
	2	Saya tidak pernah berinisiatif untuk memeriksakan kondisi kesehatan saya.				
	3	Saya tidak suka jika ada orang lain yang mengatur pola hidup saya menjadi pola hidup sehat selain diri saya sendiri.				
	4	Saya tidak gelisah, meskipun jadwal kontrol tekanan darah saya terlewatkan.				
I2	5	Keberhasilan dalam pengobatan hipertensi adalah hal yang utama bagi saya				
	6	Saya selalu pasrah terhadap hasil yang saya terima setelah melakukan kunjungan kontrol.				
	7	Sebelum melakukan kunjungan kontrol, saya terlebih dahulu menentukan target dalam pelaksanaannya				
	8	Saya tidak memiliki banyak waktu, untuk melakukan kunjungan kontrol.				
I3	9	Saya selalu gelisah, jika saya melewatkan kunjungan kontrol dalam sebulan.				
	10	Bagi saya kontrol tekanan darah adalah sesuatu yang dapat ditunda di lain hari.				

	11	Saat melakukan kunjungan kontrol, saya berusaha menunjukkan penampilan terbaik saya.					
	12	Saya jarang/tidak pernah melakukan kunjungan kontrol hipertensi rutin tepat waktu.					
	13	Saya berusaha mencari banyak informasi untuk mengatasi tekanan darah tinggi saya.					
	14	Saya tidak pernah mencatat ataupun mengingat hasil tekanan darah saya sebelum dan sesudah melakukan kunjungan kontrol.					
I4	15	Saya berusaha secara mandiri dalam melakukan kunjungan kontrol tanpa menggantungkan diri pada orang lain.					
	16	Banyaknya obat yang harus saya dapat setiap kontrol, membuat saya enggan untuk melakukan kunjungan kontrol.					
	17	Keluarga adalah pendorong saya untuk selalu mempertahankan dan mengontrol tekanan darah saya.					
E1	18	Saya mudah terbuai saat tekanan darah saya dinilai normal sehingga saya kadang melupakan hal yang menjadi pantangan bagi saya					
	19	Saya tidak segan untuk selalu bertanya tentang penyebab dan solusi atas keluhan yang saya rasakan.					
E2	20	Saya lebih memilih tidak tahu mengenai kondisi kesehatan saya, karena jika hasilnya jelek dan saya tahu hal tersebut dapat membuat saya stress.					

(dikutip dari Hamzah, 2009)

Lampiran 10

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Materi : Penyuluhan kesehatan tentang upaya mengatasi tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi

Sasaran : Penderita Hipertensi

Tempat : Wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut, Surabaya

Hari / tanggal :

Waktu : 1 x 30 menit

1. Tujuan Instruksional Umum

Untuk meningkatkan motivasi kunjungan kontrol pada penderita hipertensi guna mencegah manifestasi klinis hipertensi

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan penderita hipertensi diharapkan dapat :

- a. Menyebutkan definisi hipertensi
- b. Menyebutkan faktor resiko hipertensi
- c. Menyebutkan manifestasi klinis hipertensi
- d. Menjelaskan cara mengatasi hipertensi
- e. Menjelaskan manfaat kunjungan kontrol

3. Sasaran

Penderita hipertensi berusia 40-60 tahun, dengan masa kepemilikan hipertensi sekitar 1-3 tahun yang lalu.

4. Materi

- a. Definisi hipertensi
- b. Faktor resiko hipertensi
- c. Manifestasi klinis hipertensi
- d. Cara mengatasi hipertensi
- e. Manfaat kunjungan kontrol

5. Metode

- a. Ceramah
- b. Diskusi
- c. Tanya jawab

6. Media

- a. Leaflet
- b. Pamflet
- c. Slide

7. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	3 menit	Pembukaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam 2. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan materi yang akan di berikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyambut salam 2. Mendengarkan 3. Mendengarkan 4. Mendengarkan
2	20 menit	Pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang definisi hipertensi 2. Menjelaskan tentang faktor resiko hipertensi 3. Memberikan kesempatan pada penderita untuk bertanya 4. Menjelaskan tentang manifestasi klinis hipertensi 5. Menjelaskan tentang cara mengatasi hipertensi 6. Menjelaskan tentang tujuan pengobatan dan manfaat kunjungan kontrol 7. Memberikan kesempatan pada penderita untuk bertanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diberikan 4. Mendengarkan dan memperhatikan 5. Mendengarkan dan memperhatikan 6. Mendengarkan dan memperhatikan 7. Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3	5 menit	Evaluasi : menanyakan pada penderita hipertensi tentang materi yang telah disampaikan dan	menjawab dan menjelaskan pertanyaan yang diajukan

		reinforcement kepada penderita bila dapat menjawab dan menjelaskan kembali pertanyaan atau materi	
4	2 menit	Terminasi : 1. Mengucapkan terima kasih kepada penderita hipertensi 2. Mengucapkan salam 3. Membagikan leaflet	1. Mendengar 2. Menjawab salam 3. Menerima dan membaca

8. Kriteria Evaluasi

1) Kriteria struktur

- a. Peserta adalah penderita hipertensi yang termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Kalirungkut, Surabaya
- b. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan sesudah penyuluhan

2) Kriteria Proses

- a. Penderita hipertensi antusias terhadap materi penyuluhan
- b. Penderita hipertensi konsentrasi mendengarkan penyuluhan
- c. Penderita hipertensi mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara lengkap dan benar

3) Kriteria Hasil

- a. Penderita hipertensi mengetahui prinsip pengobatan hipertensi
- b. Penderita hipertensi mengetahui tentang cara mengatasi hipertensi
- c. Penderita hipertensi mengetahui tentang pentingnya kunjungan kontrol
- d. Penderita hipertensi dapat menyebutkan manifestasi klinis hipertensi

TABULASI DATA

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP MOTIVASI DALAM MELAKUKAN KUNJUNGAN KONTROL
PADA PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIRUNGKUT**

RW 06 KEL.KALIRUNGKUT, KEC.RUNGKUT, SURABAYA

Kelompok Perlakuan (*Pre Test*)

No. Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah	Ket
1	4	4	4	1	5	1	1	4	2	1	4	1	2	1	4	2	4	2	5	1	53	S
2	5	2	3	2	5	1	1	4	3	1	4	1	2	1	4	1	4	1	5	1	51	S
3	4	4	5	1	5	1	2	4	2	1	5	2	1	2	5	2	5	2	4	1	58	S
4	5	4	4	5	5	1	4	5	2	2	4	1	2	1	5	2	4	2	4	2	64	S
5	5	4	4	2	5	1	3	4	3	1	4	1	1	2	5	3	5	2	4	2	61	S
6	5	4	3	1	5	1	2	4	2	1	4	2	2	1	4	2	4	2	5	1	55	S
7	4	4	3	3	5	1	1	4	2	1	5	1	1	1	4	2	4	1	5	2	54	S
8	4	2	3	4	5	1	2	4	2	2	4	1	2	2	5	2	4	2	4	1	56	S
9	4	5	5	2	5	1	3	4	2	1	4	2	1	1	4	3	4	1	5	1	58	S
10	5	5	5	1	5	1	1	4	2	1	5	2	2	1	5	1	3	1	4	1	55	S
11	5	4	5	2	5	1	1	4	2	1	5	1	1	2	5	1	4	2	5	2	58	S
12	4	2	2	3	5	1	1	4	2	2	4	1	1	2	4	3	5	2	4	2	54	S
13	5	4	3	5	5	1	4	4	3	1	4	1	2	2	4	2	5	2	5	2	64	S
14	5	4	5	4	5	1	3	4	2	1	5	2	2	1	5	3	5	1	4	1	63	S
15	5	2	4	2	5	1	2	4	2	2	5	1	1	1	4	1	4	1	5	1	53	S
16	4	2	3	3	5	1	1	4	2	1	4	2	2	2	5	2	4	1	4	1	53	S

17	4	2	4	1	5	1	3	4	2	1	4	1	2	1	4	2	3	1	4	2	51	S
18	4	5	4	2	5	1	2	4	3	2	4	1	1	1	4	2	3	2	4	1	55	S
19	4	2	4	2	4	1	3	4	2	1	4	2	2	2	4	3	4	2	4	2	56	S
20	5	4	5	4	5	1	2	4	2	1	5	1	2	1	5	1	4	2	5	1	60	S
21	4	2	5	2	5	1	1	4	2	1	4	2	2	1	4	3	5	2	5	1	56	S
22	5	5	4	1	5	1	1	4	2	2	4	1	1	2	5	2	5	2	5	1	58	S
23	4	2	3	2	5	1	3	4	2	1	5	2	2	1	5	2	5	2	4	2	57	S
24	5	4	4	5	5	1	3	4	2	1	4	1	1	1	4	1	4	2	4	2	58	S
25	5	5	4	4	5	1	3	4	3	2	5	2	1	2	4	1	4	2	4	2	63	S
26	5	2	5	3	5	1	2	4	2	2	4	1	1	1	4	3	5	2	5	1	58	S
27	4	4	4	5	5	1	2	4	2	1	4	1	1	2	5	3	4	2	5	1	60	S
28	4	4	2	1	5	1	3	4	2	1	4	2	1	1	5	2	5	1	5	1	54	S
29	4	4	5	4	5	1	5	4	2	1	4	1	2	1	5	1	4	1	4	2	60	S
30	4	5	2	4	5	1	1	4	2	2	4	1	2	2	4	2	4	1	4	1	55	S

Keterangan :

R : Rendah

S : Sedang

T : Tinggi

TABULASI DATA

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP MOTIVASI DALAM MELAKUKAN KUNJUNGAN KONTROL
PADA PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIRUNGKUT**

RW 06 KEL.KALIRUNGKUT, KEC.RUNGKUT, SURABAYA

Kelompok Perlakuan (*Post Test*)

No. Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah	Ket
1	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	4	4	3	4	3	5	4	88	T
2	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	3	5	4	5	4	5	4	87	T
3	5	4	5	1	5	4	5	4	4	4	5	5	3	2	5	2	5	4	4	3	79	T
4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	1	5	2	4	4	4	4	84	T
5	5	4	4	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	2	5	3	5	5	4	4	78	T
6	5	4	3	1	5	5	5	4	4	4	4	4	3	1	4	2	5	5	5	3	76	T
7	5	4	3	3	5	4	4	4	4	4	5	4	3	1	4	2	4	4	5	4	76	T
8	5	4	3	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5	2	5	2	4	4	4	3	79	T
9	5	5	5	2	5	4	4	4	5	4	4	4	4	1	4	3	4	3	5	4	79	T
10	5	5	5	1	5	4	5	4	4	4	5	3	3	4	5	3	3	4	4	3	79	T
11	5	4	5	2	5	4	5	4	4	4	5	5	3	2	5	1	4	4	5	4	80	T
12	5	5	2	3	5	4	4	4	4	4	4	5	3	2	4	3	5	4	4	4	78	T
13	5	4	3	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	2	4	2	5	4	5	4	85	T
14	5	4	5	4	5	5	5	4	4	4	5	4	5	1	5	3	5	3	4	3	83	T
15	5	4	4	2	5	4	4	4	2	5	5	3	3	4	4	3	4	3	5	3	76	T
16	5	5	3	3	5	5	5	4	5	4	4	5	4	2	5	2	4	3	4	3	80	T

17	5	4	4	1	5	5	4	4	5	5	4	4	5	1	4	2	3	3	4	4	76	T
18	5	5	4	2	5	5	5	4	4	4	4	4	4	1	4	2	3	4	4	3	76	T
19	5	4	4	2	5	4	4	4	4	4	4	5	3	2	5	3	4	4	4	4	78	T
20	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	3	3	1	5	1	4	4	5	3	80	T
21	5	4	5	2	5	4	5	5	5	4	4	4	4	1	4	3	5	4	5	4	82	T
22	5	5	4	1	5	5	4	4	4	5	4	4	5	2	5	2	5	4	5	3	81	T
23	5	2	3	2	5	4	4	4	5	4	5	5	3	1	5	2	5	4	4	4	76	T
24	5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	4	3	5	4	4	1	4	4	4	3	82	T
25	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	4	1	4	4	4	4	86	T
26	5	4	5	3	5	5	4	4	5	5	4	5	4	1	4	3	5	4	5	3	83	T
27	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	5	3	4	4	5	4	88	T
28	5	4	2	1	5	4	5	4	4	4	4	5	3	1	5	2	5	4	5	3	75	T
29	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	1	4	3	4	4	87	T
30	5	5	2	4	5	5	5	5	5	4	4	4	3	2	4	2	4	3	4	4	79	T

Keterangan :

R : Rendah

S : Sedang

T : Tinggi

TABULASI DATA

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP MOTIVASI DALAM MELAKUKAN KUNJUNGAN KONTROL
PADA PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIRUNGKUT**

RW 06 KEL.KALIRUNGKUT, KEC.RUNGKUT, SURABAYA

Kelompok Kontrol (*Pre Test*)

No. Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah	Ket
1	4	4	4	1	5	1	1	4	2	2	4	1	2	1	4	2	4	2	5	1	54	S
2	5	2	3	2	5	1	1	4	3	1	4	2	2	1	4	1	4	1	5	1	52	S
3	4	4	5	1	5	1	2	4	2	1	5	2	1	2	5	2	5	2	4	1	58	S
4	5	4	4	5	5	1	4	5	2	2	4	2	2	1	5	2	4	2	4	2	65	S
5	5	4	4	2	5	1	3	4	3	1	4	1	2	2	5	3	5	2	4	2	62	S
6	5	4	3	1	5	1	2	4	2	2	4	2	2	1	4	2	5	2	5	1	57	S
7	4	4	3	3	5	1	1	4	2	1	5	2	1	1	4	2	4	1	5	2	55	S
8	4	2	3	4	5	1	2	4	2	2	4	1	2	2	5	2	4	2	4	1	56	S
9	4	5	5	2	5	1	3	4	2	1	4	2	1	1	4	3	4	1	5	1	58	S
10	5	5	5	1	5	1	1	4	2	1	5	2	3	1	5	1	3	1	4	1	56	S
11	5	4	5	2	5	1	1	4	2	1	5	1	2	2	5	1	4	2	5	2	59	S
12	4	2	2	3	5	1	1	4	2	2	4	1	1	2	4	3	5	2	4	2	54	S
13	5	4	3	5	5	1	4	4	3	1	4	1	2	2	4	2	5	2	5	2	64	S
14	5	4	5	4	5	1	3	4	2	1	5	2	2	1	5	3	5	1	4	1	63	S
15	5	2	4	2	5	1	2	4	2	2	5	2	1	1	4	1	4	1	5	1	54	S
16	4	2	3	3	5	1	1	4	2	1	4	2	2	2	5	2	4	1	4	1	53	S

17	4	2	4	1	5	1	3	4	2	1	4	1	2	1	4	2	3	1	4	2	51	S
18	4	5	4	2	5	1	2	4	3	2	4	1	1	2	4	2	3	2	4	1	56	S
19	4	2	4	2	5	1	3	4	2	1	4	2	2	2	5	3	4	2	4	2	58	S
20	5	4	5	4	5	1	2	4	2	1	5	1	2	1	5	1	4	2	5	1	60	S
21	4	2	5	2	5	1	1	4	3	1	4	2	2	1	4	3	5	2	5	1	57	S
22	5	5	4	1	5	1	1	4	2	2	4	1	1	2	5	2	5	2	5	1	58	S
23	4	2	3	2	5	1	3	4	2	1	5	2	2	1	5	2	5	2	4	2	57	S
24	5	4	4	4	5	1	3	4	2	1	4	1	2	1	4	1	4	2	4	2	58	S
25	5	5	4	4	5	1	3	4	3	2	5	2	1	2	4	1	4	2	4	2	63	S
26	5	2	5	3	5	1	2	4	2	2	4	1	1	1	4	3	5	2	5	1	58	S
27	4	4	4	5	5	1	2	4	2	1	4	1	1	2	5	3	4	1	5	1	59	S
28	4	4	2	1	5	1	3	4	2	1	4	2	1	1	5	2	5	1	5	2	55	S
29	4	4	5	4	5	1	5	4	2	1	4	1	2	1	5	1	4	1	4	2	60	S
30	4	5	2	4	5	1	1	4	2	2	4	2	2	2	4	2	4	1	4	1	56	S

Keterangan :

R : Rendah

S : Sedang

T : Tinggi

TABULASI DATA

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP MOTIVASI DALAM MELAKUKAN KUNJUNGAN KONTROL
PADA PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIRUNGKUT**

RW 06 KEL.KALIRUNGKUT, KEC.RUNGKUT, SURABAYA

Kelompok Kontrol (*Post Test*)

No. Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Jumlah	Ket
1	4	5	4	1	5	1	1	4	2	1	4	1	2	1	4	2	4	2	5	1	54	S
2	5	2	3	2	5	1	1	4	3	1	4	1	2	1	4	1	4	1	5	1	51	S
3	4	4	5	1	5	1	2	4	2	1	5	2	1	2	5	2	5	2	4	1	58	S
4	5	4	4	5	5	1	4	5	2	2	4	1	2	1	5	2	4	2	4	2	64	S
5	5	4	4	2	5	1	3	4	3	1	4	1	1	2	5	3	5	2	4	2	61	S
6	5	4	3	1	5	1	2	4	2	1	4	2	2	1	4	2	5	2	5	1	56	S
7	4	4	3	3	5	1	1	4	2	1	5	1	1	1	4	2	4	1	5	2	54	S
8	4	2	3	4	5	1	2	4	2	2	4	1	2	2	5	2	4	2	4	1	56	S
9	4	5	5	2	5	1	3	4	2	2	4	2	1	1	4	3	4	1	5	1	59	S
10	5	5	5	1	5	1	1	4	2	2	5	2	2	1	5	1	3	1	4	1	56	S
11	5	4	5	2	5	1	1	4	2	2	5	1	1	2	5	1	4	2	5	2	59	S
12	4	2	2	3	5	1	1	4	2	2	4	1	1	2	4	3	5	2	4	2	54	S
13	5	4	3	5	5	1	4	4	3	2	4	1	2	2	4	2	5	2	5	2	65	S
14	5	4	5	4	5	1	3	4	2	2	5	2	2	1	5	3	5	1	4	1	64	S
15	5	2	4	2	5	1	2	4	2	2	5	1	1	1	4	1	4	1	5	1	53	S
16	4	2	3	3	5	1	1	4	2	2	4	2	2	2	5	2	4	1	4	1	54	S

17	4	2	4	1	5	1	3	4	2	2	4	1	2	1	4	2	3	1	4	2	52	S
18	4	5	4	2	5	1	2	4	3	2	4	1	1	1	4	2	3	2	4	1	55	S
19	4	2	4	2	5	1	3	4	2	2	4	2	2	2	5	3	4	2	4	2	59	S
20	5	4	5	4	5	1	2	4	2	2	5	1	2	1	5	1	4	2	5	1	61	S
21	4	2	5	2	5	1	1	4	2	2	4	2	2	1	4	3	5	2	5	1	57	S
22	5	5	4	1	5	1	1	4	2	2	4	1	1	2	5	2	5	2	5	1	58	S
23	4	2	3	2	5	1	3	4	2	2	5	2	2	1	5	2	5	2	4	2	58	S
24	5	4	4	5	5	1	3	4	2	2	4	1	1	1	4	1	4	2	4	2	59	S
25	5	5	4	4	5	1	3	4	3	2	5	2	1	2	4	1	4	2	4	2	63	S
26	5	2	5	3	5	1	2	4	2	2	4	1	1	1	4	3	5	2	5	1	58	S
27	4	4	4	5	5	1	2	4	2	2	4	1	1	2	5	3	4	2	5	1	61	S
28	4	4	2	1	5	1	3	4	2	2	4	2	1	1	5	2	5	1	5	1	55	S
29	4	4	5	4	5	1	5	4	2	2	4	1	2	1	5	1	4	1	4	2	61	S
30	4	5	2	4	5	1	1	4	2	2	4	1	2	2	4	2	4	1	4	1	55	S

Keterangan :

R : Rendah

S : Sedang

T : Tinggi

Lampiran 13

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
kelompok kontrol post test - kelompok kontrol pretest	Negative Ranks	8 ^a	9.50	76.00
	Positive Ranks	11 ^b	10.36	114.00
	Ties	11 ^c		
	Total	30		
kelompok perlakuan post test - kelompok perlakuan pretest	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	30 ^e	15.50	465.00
	Ties	0 ^f		
	Total	30		

- a. kelompok kontrol post test < kelompok kontrol pretest
 b. kelompok kontrol post test > kelompok kontrol pretest
 c. kelompok kontrol post test = kelompok kontrol pretest
 d. kelompok perlakuan post test < kelompok perlakuan pretest
 e. kelompok perlakuan post test > kelompok perlakuan pretest
 f. kelompok perlakuan post test = kelompok perlakuan pretest

Test Statistics^b

	kelompok kontrol post test - kelompok kontrol pretest	kelompok perlakuan post test - kelompok perlakuan pretest
Z	-.853 ^a	-4.790 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.394	.000

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
kelompok kontrol pretest	30	51	65	57.53	3.471
kelompok kontrol post test	30	51	65	57.67	3.698
kelompok perlakuan pretest	30	51	64	57.03	3.643
kelompok perlakuan post test	30	75	88	80.53	3.980
Valid N (listwise)	30				

Frequencies

Statistics

		kelompok kontrol pretest	kelompok kontrol post test	kelompok perlakuan pretest	kelompok perlakuan post test
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

kelompok kontrol pretest

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	51	1	3.3	3.3	3.3
	52	1	3.3	3.3	6.7
	53	1	3.3	3.3	10.0
	54	3	10.0	10.0	20.0
	55	2	6.7	6.7	26.7
	56	4	13.3	13.3	40.0
	57	3	10.0	10.0	50.0
	58	6	20.0	20.0	70.0
	59	2	6.7	6.7	76.7
	60	2	6.7	6.7	83.3
	62	1	3.3	3.3	86.7

63	2	6.7	6.7	93.3
64	1	3.3	3.3	96.7
65	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

kelompok kontrol post test

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 51	1	3.3	3.3	3.3
52	1	3.3	3.3	6.7
53	1	3.3	3.3	10.0
54	4	13.3	13.3	23.3
55	3	10.0	10.0	33.3
56	3	10.0	10.0	43.3
57	1	3.3	3.3	46.7
58	4	13.3	13.3	60.0
59	4	13.3	13.3	73.3
61	4	13.3	13.3	86.7
63	1	3.3	3.3	90.0
64	2	6.7	6.7	96.7
65	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

kelompok perlakuan pretest

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 51	2	6.7	6.7	6.7
53	3	10.0	10.0	16.7
54	3	10.0	10.0	26.7
55	4	13.3	13.3	40.0
56	3	10.0	10.0	50.0

57	1	3.3	3.3	53.3
58	6	20.0	20.0	73.3
60	3	10.0	10.0	83.3
61	1	3.3	3.3	86.7
63	2	6.7	6.7	93.3
64	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

kelompok perlakuan post test

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 75	1	3.3	3.3	3.3
76	6	20.0	20.0	23.3
78	3	10.0	10.0	33.3
79	5	16.7	16.7	50.0
80	3	10.0	10.0	60.0
81	1	3.3	3.3	63.3
82	2	6.7	6.7	70.0
83	2	6.7	6.7	76.7
84	1	3.3	3.3	80.0
85	1	3.3	3.3	83.3
86	1	3.3	3.3	86.7
87	2	6.7	6.7	93.3
88	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

NPar Tests**Mann-Whitney Test****Ranks**

	kelompok penelitian	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kelompok perlakuan dan kontrol	perlakuan	30	45.50	1365.00
	kontrol	30	15.50	465.00
	Total	60		

Test Statistics^a

	kelompok perlakuan dan kontrol
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	465.000
Z	-6.664
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. (1-tailed)	.000
Point Probability	.000

a. Grouping Variable: kelompok penelitian

Descriptives**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
kelompok penelitian	60	1	2	1.50	.504
kelompok perlakuan dan kontrol	60	51	88	69.10	12.143
Valid N (listwise)	60				

Frequencies

Statistics

		kelompok penelitian	kelompok perlakuan dan kontrol
N	Valid	60	60
	Missing	0	0

Frequency Table

kelompok penelitian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perlakuan	30	50.0	50.0	50.0
	kontrol	30	50.0	50.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

kelompok perlakuan dan kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	51	1	1.7	1.7	1.7
	52	1	1.7	1.7	3.3
	53	1	1.7	1.7	5.0
	54	4	6.7	6.7	11.7
	55	3	5.0	5.0	16.7
	56	3	5.0	5.0	21.7
	57	1	1.7	1.7	23.3
	58	4	6.7	6.7	30.0
	59	4	6.7	6.7	36.7
	61	4	6.7	6.7	43.3
	63	1	1.7	1.7	45.0
	64	2	3.3	3.3	48.3

65	1	1.7	1.7	50.0
75	1	1.7	1.7	51.7
76	6	10.0	10.0	61.7
78	3	5.0	5.0	66.7
79	5	8.3	8.3	75.0
80	3	5.0	5.0	80.0
81	1	1.7	1.7	81.7
82	2	3.3	3.3	85.0
83	2	3.3	3.3	88.3
84	1	1.7	1.7	90.0
85	1	1.7	1.7	91.7
86	1	1.7	1.7	93.3
87	2	3.3	3.3	96.7
88	2	3.3	3.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	

APA ITU HIPERTENSI ?

Tekanan Darah Tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam pembuluh darah. dikatakan menderita hipertensi jika tekanan darah melebihi 140/90 mmHg (normalnya 120/80 mmHg)

Hipertensi adalah penyakit yang bisa menyerang siapa saja, baik muda maupun tua, entah orang kaya maupun miskin. Hipertensi disebut juga dengan "The Silent Killer" yaitu Pembunuh diam-diam.



GEJALA HIPERTENSI

Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut:

- a. Sakit kepala
- b. Selelahan
- c. Mual
- d. Muntah
- e. Sesak nafas
- f. Gelisah
- g. Pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal.

Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma karena terjadi pembengkakan otak yang memerlukan penanganan segera.

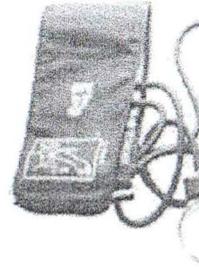
PENYEBAB HIPERTENSI

Penyebab yang tidak bisa dicegah:

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Hereditas (Riwayat penyakit keluarga)

Penyebab yang bisa dicegah:

1. Merokok
2. Diabetes Mellitus
3. Konsumsi garam berlebihan
4. Diet (kolesterol, obesitas)
5. PII KB
6. Pola hidup (jarang olah raga, stress)
7. Alkohol
8. Kafein



AKIBAT HIPERTENSI

Dalam perjalannya penyakit ini termasuk penyakit kronis yang dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi antara lain :

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan saraf,
3. Gangguan jantung
4. Gangguan fungsi ginjal
5. Stroke
6. Gangguan kesadaran
7. Koma karena terjadi pembongkakan otak yang tentunya memerlukan penanganan segera.

BERAPA TEKANAN DARAH ANDA WARI INI ??



"7K" ATASI HIPERTENSI

Yang dapat mengendalikan hipertensi adalah penderita itu sendiri. Bagaimanapun ahli atau hebatnya seorang dokter, tekanan darah akan sulit dikendalikan bila tidak ada kerja sama dari pasien itu sendiri. Ada 7K yang harus diperhatikan untuk mengendalikan tekanan darah tinggi, yaitu:

1. Kontrol Garam
2. Kontrol Berat Badan
3. Kurangi Stress
4. Kurangi Rokok
5. Kontrol Aktivitas
6. Konsumsi Obat HT
7. Kunjungan Kontrol Rutin

Keberhasilan dari 7K ini ada pada diri anda sendiri karena pada dasarnya tanggung jawab akan sebuah kesehatan ditanggung oleh masing-masing individu, perawat dan dokter hanyalah sebagai penolong yang hanya dapat mengingatkan dan mengarahkan langkah anda.

Tips :

- a. Lakukan kunjungan kontrol sesering mungkin, tidak perlu menunggu obat anda habis atau anda merasakan adanya keluhan
- b. perbanyak informasi mengenai perkembangan penyakit anda
- c. Jangan gegabah dalam mengambil keputusan untuk mengganti terapi pengobatan anda dengan pengobatan tradisional. Konsultasikan dengan dokter terlebih dahulu.
- d. Pastikan tekanan darah anda kurang dari 140/90 mmHg

"Jangan pernah bosan dengan pengobatan yang sedang anda jalani, lakukan dengan ikhlas, jangan dijadikan sebuah beban karena manfaat yang anda peroleh akan anda nikmati sendiri bukan orang lain"

Lampiran 15

Pamflet

**ATASI
HIPERTENSI
DENGAN
"7K"**

Kontrol Garam

Kontrol Berat Badan

Kurangi Stress

Kontrol Aktivitas

Konsumsi Obat HT

Kunjungan Kontrol

Kurangi Rokok

HIPERTENSI

Hipertensi atau tekanan darah tinggi dapat menyerang siapa saja

Hipertensi tidak dapat disembuhkan namun dapat dikendalikan

Anda sendiri yang mampu mengendalikan hipertensi.

Lakukan 7K dari sekarang !!

Manfaat kunjungan kontrol antara lain :

1. Anda dapat memantau tekanan darah anda.
2. Anda akan mendapatkan terapi lebih awal jika didapatkan tekanan darah yang cukup tinggi dan membahayakan.
3. Anda dapat berkonsultasi dan mendapatkan Informasi mengenai perkembangan status kesehatan anda.
4. Anda dapat terhindar dari hipertensi resisten (kegagalan untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan pada pasien hipertensi dengan menggunakan tiga macam obat sekaligus)
5. Langkah anda dalam usaha menjaga tekanan darah anda akan tetap terarah.

(Marliani, 2007)

Adapun beberapa tempat yang bisa anda gunakan untuk melakukan kontrol :

1. klinik praktek dokter umum/spesialis penyakit dalam
2. Pusat pelayanan kesehatan (puskesmas, rumah sakit)

PASTIKAN TEKANAN DARAH ANDA KURANG DARI 140/90 mmHg

**Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga**

Created by : Asri Mas'ulah

Lampiran 16

MATERI

PENYULUHAN HIPERTENSI

1. Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Barbara Hearnson, 1997). Menurut Elizabeth J. Corwin (2000) hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Hipertensi didefinisikan juga sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg (Price&Wilson, 2005). Hipertensi didefinisikan oleh WHO apabila tekanan sistol ≥ 140 mmHg atau tekanan distol yang ≥ 90 mmHg.

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut tekanan darah (*Joint National Committee VII on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2004*)

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Pre Hipertensi	120 – 139	atau	80 – 89
Hipertensi I	140 – 159	atau	90 – 99
Hipertensi II	160 – 179	atau	100 – 109
Hipertensi III	> 180	Atau	> 110

2. Jenis-jenis hipertensi

Berdasarkan faktor penyebabnya hipertensi di bagi menjadi 2, yaitu :

1) Hipertensi primer (*essential*)

Dikatakan hipertensi primer apabila penyebab asli dari hipertensi tersebut tidak diketahui. Lebih dari 90% penderita hipertensi mengalami hipertensi jenis ini. Kebanyakan pasien dengan hipertensi primer ini terdapat kecenderungan herediter yang kuat

2) Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang dapat ditemukan penyebabnya

3. Faktor-faktor penyebab hipertensi

Berikut adalah faktor-faktor penyebab hipertensi berdasarkan jenisnya :

1) Hipertensi primer (*essential*)

Riwayat keluarga hipertensi meningkatkan kemungkinan bahwa seseorang individu akan mengalami hipertensi. Faktor keturunan bersifat poligenik yang terlihat dari adanya riwayat penyakit kardiovaskular pada keluarga. Jika salah satu atau kedua orang tua mengidap hipertensi, maka kemungkinan anaknya juga terkena hipertensi. Faktor *predisposisi genetic* dapat berupa sensitivitas terhadap natrium, kepekaan terhadap stress, peningkatan reaktivitas vaskular dan resistensi insulin.

Hipertensi primer menyerang empat kali lebih sering pada pria *middle age* dari pada wanita *middle age*. Faktor-faktor lingkungan yang menjadi faktor *predisposisi* yang lebih dapat menyebabkan terjadinya hipertensi primer antara lain gaya hidup yang buruk (stress), banyak konsumsi garam, obesitas dan merokok.

2) Hipertensi sekunder

Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB). Penyebab hipertensi lainnya yang jarang adalah feokromositoma, yaitu tumor pada kelenjar adrenal yang menghasilkan hormon epinefrin (adrenalin) atau norepinefrin (noradrenalin).

Kegemukan (obesitas), gaya hidup yang tidak aktif (malas berolah raga), stres, alkohol atau garam dalam makanan bisa memicu terjadinya hipertensi pada orang-orang memiliki kepekaan yang diturunkan. Stres cenderung menyebabkan kenaikan tekanan darah untuk sementara waktu, jika stres telah berlalu, maka tekanan darah biasanya akan kembali normal.

American Heart Association (2008) telah mengidentifikasi beberapa faktor resiko hipertensi. Beberapa diantaranya dapat dimodifikasi, diterapi dan dikendalikan, dan beberapa yang lain tidak. Faktor-faktor yang berpengaruh tersebut antara lain :

- 1) Faktor resiko yang tidak dapat dirubah :
 - a. Usia dan jenis kelamin. Tekanan darah cenderung meningkat seiring dengan peningkatan usia. Hipertensi sering terjadi pada manusia yang berusia lebih dari 35 tahun. Laki-laki memiliki kemungkinan terkena hipertensi lebih besar dari wanita sampai pada usia 45 tahun. Antara usia 45-54 tahun, prosentase terkena hipertensi antara wanita dan pria sama besar. Setelah usia 55 tahun, wanita memiliki potensi lebih besar terkena hipertensi dibanding pria
 - b. Hereditas (termasuk ras), anak-anak dengan orang tua yang memiliki riwayat penyakit hipertensi akan memiliki resiko terkena hipertensi.
- 2) Faktor resiko yang dapat dikendalikan atau dikontrol :
 - a. Merokok

Resiko merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap per hari, dan bukan pada lama merokok. Seseorang yang merokok lebih dari satu pak rokok sehari menjadi dua kali lebih rentan terhadap penyakit aterosklerosis koroner daripada mereka yang tidak merokok. Kandungan nikotin dalam rokok dapat meningkatkan produksi hormon epinefrin yang dapat menyebabkan konstiksi arteri. Menghirup asap rokok akan meningkatkan kadar karbonmonoksida darah karena hemoglobin sebagai komponen darah yang mengangkut oksigen lebih mudah terikat pada CO daripada O₂ sehingga menyebabkan jantung bekerja lebih keras untuk menggantikan pasokan oksigen ke jaringan tubuh. Kerja jantung yang lebih berat tentu dapat meningkatkan tekanan darah. Merokok juga mengakibatkan kemungkinan terjadinya peningkatan pembentukan trombus. (Muttaqin, 2009)

- b. Diabetes mellitus

Penderita diabetes cenderung memiliki prevalensi aterosklerosis yang lebih tinggi, demikian pula kasus aterosklerosis koroner dini. Hiperglikemia menyebabkan peningkatan agregasi trombosit yang dapat menyebabkan pembentukan trombus. Hiperglikemia juga bisa menjadi penyebab kelainan metabolisme lemak atau predisposisi terhadap

degenerasi vaskular yang berkaitan dengan gangguan toleransi terhadap glukosa (Muttaqin, 2009)

c. Konsumsi garam berlebih

Natrium memegang peranan penting terhadap timbulnya hipertensi. Natrium dan klorida merupakan ion utama cairan ekstraseluler. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkannya, cairan intraseluler ditarik ke luar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga berdampak kepada timbulnya hipertensi. Karena itu disarankan untuk mengurangi konsumsi natrium/sodium. Sumber natrium/sodium yang utama adalah natrium klorida (garam dapur), penyedap masakan (monosodium glutamat = MSG), dan sodium karbonat. (Astawan. 2009)

d. Diet

Diet tinggi kalori, lemak total, lemak jenuh, gula, dan garam merupakan salah satu faktor yang berperan penting pada timbulnya penyakit hiperlipoproteinemia dan obesitas. Obesitas meningkatkan beban kerja jantung dan kebutuhan akan oksigen. (Muttaqin, 2009)

e. Pil KB

Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria bila terjadi pada usia dewasa muda dan paruh baya. Tetapi lebih banyak menyerang kaum hawa setelah umur 55 tahun. Sekitar 60% penderita hipertensi adalah wanita. Hal ini sering dikaitkan dengan pemakaian pil kontrasepsi dengan kandungan estrogen dan progesterone yang berlebihan, juga karena terapi hormone yang digunakan setelah terjadi perubahan hormone karena menopause. (Marliani, 2007)

f. Pola Hidup

Pola hidup yang kurang aktivitas serta stressor psikososial juga ikut berperan dalam menimbulkan masalah pada jantung. Rosenman dan Friedman telah mempopulerkan hubungan antara apa yang dikenal sebagai pola tingkah laku tipe A dengan cepatnya proses aterosclerosis. Hal yang

termasuk dalam kepribadian tipe A adalah mereka yang memperlihatkan persaingan yang kuat, ambisius, agresif dan merasa diburu waktu. Stress menyebabkan pelepasan katekolamin, tetapi masih dipertanyakan apakah stress memang bersifat aterogenik atau hanya mempercepat serangan. (Muttaqin, 2009)

4. Gejala dan manifestasi klinis hipertensi

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala, meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan tekanan darah tinggi (padahal sesungguhnya tidak). Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan dan kelelahan; yang bisa saja terjadi baik pada penderita hipertensi, maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal.

Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut: sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak nafas, gelisah, pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal.

Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai adalah Gangguan penglihatan, gangguan saraf, gangguan jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan perdarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan, gangguan kesadaran hingga koma karena terjadi pembengkakan otak atau yang sering disebut dengan *ensefalopati hipertensif*, yang tentunya memerlukan penanganan segera.

5. Mencegah dan mengatasi hipertensi

Pencegahan hipertensi hampir sama dengan apa yang telah dijelaskan mengenai faktor resiko yang dapat dikendalikan atau dikontrol yakni dengan menjaga berat badan ideal, kadar kolesterol normal, dan tekanan darah normal serta modifikasi pola hidup sehat dan gizi seimbang. Perlu diingat bagi penderita hipertensi bahwa hipertensi adalah proses penyakit seumur hidup perawat membantu pasien dalam mengontrol penyakit dengan meminta pasien untuk

sering cek tekanan darah, berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan secara rutin dan mengikuti penyuluhan kesehatan (Reeves, Charlene J, 2001)

Tabel 2.2 Modifikasi Pola Hidup dan Gizi Seimbang (*Joint National Committee VII on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2004*)

Modifikasi	Rekomendasi	Pengurangan Tekanan Systolik
Penurunan Berat Badan	Menjaga berat badan normal (IMT 18,5 – 14,9 kg/m ²)	5- 10 mmHg / 10 kg
Perencanaan makan	Diet tinggi serat (sayur dan buah) dan rendah lemak (terutama lemak jenuh dan lemak total)	8 – 14 mmHg
Mengurangi makanan mengandung Natrium	< 100 mmol/hari atau 2,4 gram Natrium atau 6 gram Natrium klorida	2 – 8 mmHg
Olahraga	Aktivitas fisik harian (contoh jalan cepat) minimal 30 menit/hari	4 – 9 mmHg
Membatasi konsumsi alkohol	Lebih baik tidak mengkonsumsi alkohol sama sekali	4 - 9 mmHg

Pada hipertensi esensial tidak dapat disembuhkan tetapi dapat diberikan pengobatan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Langkah awal biasanya adalah merubah pola hidup penderita:

- a. Penderita hipertensi yang mengalami kelebihan berat badan dianjurkan untuk menurunkan berat badannya sampai batas ideal.

Body Mass Index (BMI), Rumus:

$$\frac{BB \text{ (Kg)}}{TB \text{ (M)}} \quad \text{atau} \quad \frac{BB \text{ (pon)} \times 704,5}{TB \text{ (inci)}^2}$$

Ideal Body Weight (IBW), Rumus :

$$\text{Tingg: Badan (cm)} - 100 = N - (N \times 10\%) = \text{IBW}$$

Keterangan :

$$N = \text{hasil pengurangan Tinggi badan (cm) - 100}$$

- b. Merubah pola makan pada penderita diabetes, kegemukan atau kadar kolesterol darah tinggi.

- c. Mengurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram natrium klorida setiap harinya (disertai dengan asupan kalsium, magnesium dan kalium yang cukup) dan mengurangi alkohol.
- d. Olah raga *aerobik* yang tidak terlalu berat.
- e. Penderita hipertensi esensial tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali.
- f. Berhenti merokok.

Pengontrolan hipertensi akan lebih maksimal mencegah terjadinya komplikasi dengan pemberian Obat-Obatan anti hipertensi

Manfaat kunjungan kontrol bagi penderita hipertensi adalah :

1. Anda dapat memantau tekanan darah anda dengan kontrol rutin.
2. Anda akan mendapatkan terapi lebih awal jika didapatkan tekanan darah yang cukup tinggi dan membahayakan.
3. Anda dapat berkonsultasi dan mendapatkan Informasi mengenai perkembangan status kesehatan anda.
4. Anda dapat terhindar dari hipertensi resisten (kegagalan untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan pada pasien hipertensi dengan menggunakan tiga macam obat)
5. Langkah anda dalam usaha menjaga tekanan darah anda akan tetap terarah.

Adapun beberapa tempat yang bisa anda gunakan untuk melakukan kontrol :

1. klinik praktek dokter umum/spesialis penyakit dalam
2. Pusat pelayanan kesehatan (puskesmas, rumah sakit)

Pengelolaan dan Pengobatan hipertensi sekunder tergantung kepada penyebabnya. Mengatasi penyakit ginjal kadang dapat mengembalikan tekanan darah ke normal atau paling tidak menurunkan tekanan darah. Penyempitan arteri bisa diatasi dengan memasukkan selang yang pada ujungnya terpasang balon dan mengembangkan balon tersebut Atau bisa dilakukan pembedahan untuk membuat jalan pintas (operasi *bypass*). Tumor yang menyebabkan hipertensi (misalnya feokromositoma) biasanya diangkat melalui pembedahan.

Daftar Pustaka

- Amiruddin dan Armilawati. 2007. *Hipertensi dan Faktor Risikonya Dalam Kajian Epidemiologi*. (<http://www.cerminduniakedokteran.com>, diakses pada tanggal 28 april 2010 jam 11.00 WIB)
- Astawan, M. 2009. *Cegah Hipertensi Dengan Pola Makan*. (<http://www.gizi.net>, diakses tanggal 22 April 2010 jam 19.30 WIB)
- Brunner, S. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC
- Depkes RI, 2009. *Hipertensi Faktor Resiko Utama Penyakit Kardiovaskular*. (<http://www.depkes.go.id>, diakses pada tanggal 2 mei 2010 jam 8.00 WIB)
- Gunawan, L. 2009. *Hipertensi Tekanan Darah Tinggi*. Yogyakarta: Kanisius
- Hastuti. 2008. *Makalah Hipertensi Farmakoterapi.pdf*. (<http://choybuccuq.blogspot.com>, diakses tanggal 28 mei 2010 jam 20 WIB)
- Marliani, L. 2007. *100 Question & Answer Hipertensi*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Muttaqin, A. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan system Kardiovaskular dan hematologi*. Jakarta: Salemba Medika
- Reeves, C. 2001. *Keperawatan Medikal Bedah, edisi I*. Jakarta: Salemba Medika
- Rokhaeni, dkk. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta: Bidang Pendidikan Dan Pelatihan Pusat Kesehatan Jantung Dan Pembuluh Darah Nasional "Harapan Kita".
- Sylvia. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Wartonah, T. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika