

**PENGARUH PSIKOEDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN, KOPING,
KEPATUHAN, DAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA DENGAN
HIPERTENSI MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL TEORI
ADAPTASI ROY**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Oleh:

**KHOFI HADIDI
NIM. 131414153021**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2014**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

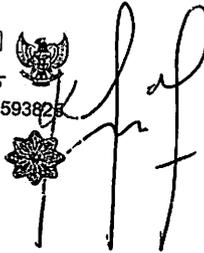
**Tesis ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : KHOFI HADIDI

NIM : 131414153021

Tanda Tangan :

**METERAI
TEMPEL**
TCL 30
D9F6AEF064593823
6000
ENAM RIBU RUPIAH



Tanggal :

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGARUH PSIKOEDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN, KOPING,
KEPATUHAN, DAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA DENGAN
HIPERTENSI MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI
ADAPTASI ROY**

**KHOFI HADIDI
NIM.131414153021**

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 11 AGUSTUS 2016**

Oleh:
Pembimbing Utama



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197212172000032001

Pembimbing Serta



Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIP. 197011202006041001

Mengetahui,
Ketua Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Proposal tesis ini diajukan oleh:

Nama : Khofi Hadidi
NIM : 131414153021
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Koping, Kepatuhan dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 11 Agustus 2016

Panitia penguji,

1. Ketua : Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes (.....)
2. Penguji I : Ns. Sriyono, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B (.....)
3. Penguji II : Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK.,
DTM&H., SpPD., KPTL., FINASIM (.....)
4. Penguji III: Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes (.....)
5. Penguji IV: Dr. Budiono, M.Kes. (.....)



Mengetahui,
Ketua Program Studi

Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Koping dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy” ini dengan baik.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya sampaikan kepada yang terhormat Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.kes., selaku pembimbing utama sekaligus tim panitia penguji dan Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep.M.B., selaku pembimbing serta sekaligus tim panitia penguji, yang dengan penuh perhatian dan kesabaran meluangkan waktu memberikan pengarahan dan dorongan dalam penulisan tesis ini.

Penyelesaian tesis ini tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Mohammad Nasih., SE., Mt., Ak., CMA., selaku Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan.
2. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons.) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan dan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes. Selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan dan

kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

4. Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM., Dr. Ahmad Yusuf, S.Kep., Ns., M.Kes., Dr. Budiono., M.Kes., selaku tim penguji tesis.
5. Seluruh pengajar Program Studi Magister Keperawatan yang telah menyalurkan ilmu pengetahuannya melalui kegiatan akademik.
6. dr. Jupri selaku Kepala Puskesmas Kencong dan seluruh staf yang telah memberikan ijin tempat penelitian dan memfasilitasi sehingga proses penelitian dapat terlaksana.
7. Imas Masruroh selaku Kepala Desa Plalangan dan seluruh staf yang telah memberikan ijin tempat penelitian dan memfasilitasi sehingga proses penelitian dapat terlaksana.
8. Seluruh responden penelitian yang telah meluangkan waktu dan bekerja sama dengan baik sehingga tesis ini dapat selesai tepat waktu.
9. Mamaku tercinta Hermawati dan nenekku Mami, terima kasih atas segala kasih sayang, doa dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat waktu.
10. Bapak Senendyanto dan Ibu Siti Arpati, terima kasih atas doa dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat waktu.
11. Suamiku tercinta Dony Ariesta yang penuh kesabaran, cinta, kasih sayang, doa dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat waktu.

12. Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Angkatan VII yang senantiasa kompak, saling mendukung dan mendoakan baik dalam perkuliahan maupun dalam penyelesaian penulisan tesis ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan proposal tesis ini. Untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Akhir kata semoga proposal tesis ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu Keperawatan.

Surabaya, Juli 2016

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : KHOFI HADIDI
NIM : 131415153021
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

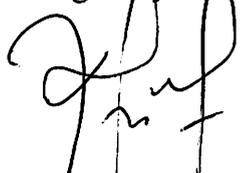
PENGARUH PSIKOEDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN, KOPING, KEPATUHAN DAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI ROY.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : Agustus 2016

Yang menyatakan



KHOFI HADIDI

EXECUTIVE SUMMARY

THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION ON KNOWLEDGE, COPING, ADHERENCE AND BLOOD PREASURE IN GERIATRIC WITH HYPERTENSION BASED ON ROY'S THEORY OF ADAPTION.

By: KHOFI HADIDI

The prevalence of hypertension continues to increase due to population growth, aging, and risk behavior (behavioral risk factors) such as an unhealthy diet, alcohol use, lack of physical activity, overweight, and exposure to stress (WHO, 2013). Hypertension is closely related to a healthy lifestyle of each individual. Healthy lifestyle Jember Regency society, seems to need to be increased again. Researchers in this case will try to measure the effect and in accordance with the concept of psychoeducation psychoeducation in order to maximize the benefits derived. Efforts to maximize the benefits of psychoeducation can also be done with Roy adaptation theory concept approach. The concept of psychoeducation is the provision of information to patients with a focus on the psychological aspect as an effort to increase patient acceptance of the disease. While the concept of Roy's theory states that recipients of nursing care services are made up of individuals, families, groups, communities or social adaptation is treated as a holistic system and open.

This research is a quantitative research approach with quasi experimental control group design. The design study is a pre-test and post-test control group design. The population in this study were elderly patients who undergo hypertension in District Kalisat Jember. The sample size for this study based on the above calculation is 8 respondents. Researchers will take a sample of 10 respondents to the intervention group and 10 respondents to the control group dropped out of the consideration of the respondents. Sampling used in this study is the technique convenience.

Results from this study is psycho-education can increase knowledge of the elderly with hypertension, psycho-education can transform into effective coping elderly, psychoeducation may improve adherence elderly with hypertension, psychoeducation can lower blood pressure both systolic and diastolic. Researchers suggest the next researcher to better involve the patient's family and the environment (friends) in providing psychoeducation. For health workers to pay more attention to the psychological aspects of the patient in addition to simply giving disease-related knowledge, to further research do special treatment other than health education to change the habits of the elderly.

ABSTRACT

THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION ON KNOWLEDGE, COPING, ADHERENCE AND BLOOD PREASURE IN GERIATRIC WITH HYPERTENSION BASED ON ROY'S THEORY OF ADAPTION.

By: KHOFI HADIDI

Introduction: Control of behavioural risk factor can prevent complication of hypertension. Psychoeducation is one of intervention for hypertension management. The purpose of this study was to identify the effect of psychoeducation on the blood pressure in geriatric with hypertension base on Roy's theory of adaptation. **Methods :** This study used quasi experiment pre and post test control group design by using convenience sampling technique that obtained 10 patient treatment group and 10 patient control group independent variable was psychoeducation and dependent variable were knowledge, coping, adherence and blood pressure. **Result and Analysis :** the result of this study showed that : 1) There was significant influence of psychoeducation on knowledge patient with hypertension. 2) There was significant influence of psychoeducation on coping of patient with hypertension. 3) There was significant influence of psychoeducation on adherence of patient with hypertension. 4) There was significant influence of psychoeducation on blood pressure of patient with hypertension. **Discuss and conclusion:** 1) psychoeducation change mindset of patient more rational based on knowledge. 2) psychoeducation make patient opened with other people. 3) Psychoeducation increased adherence patient for caring of nursing. 4) psychoeducation was not directly influence blood pressure, but it influence the lifestyle.

Key word: psychoeducation, coping, knowledge, adherence, hypertension, adaptation model.

DAFTAR ISI

Sampul depan	i
Sampul dalam	i
Prasyarat gelar.....	ii
Pernyataan orisinalitas	iii
Persetujuan	iv
Penetapan panitia	v
Kata pengantar	vi
Pernyataan persetujuan publikasi.....	ix
<i>Executive summary</i>	x
<i>Abstract</i>	xi
Daftar isi	xii
Daftar gambar	xv
Daftar tabel	xvi
Daftar lampiran	xvii
Daftar singkatan	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan umum	6
1.4.2 Tujuan khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat teoritis	6
1.5.2 Manfaat praktis	6
1.6 Riset Pendukung	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Lansia	13
2.1.1 Pengertian lansia	13
2.1.2 Tugas perkembangan lansia	10
2.1.3 Proses menua	15
2.2 Mekanisme Koping	21
2.2.1 Pengertian koping	21
2.2.2 Jenis koping	21
2.2.3 Sumber koping	24
2.2.4 Pengukuran koping	24
2.3 Hipertensi	25
2.3.1 Definisi hipertensi	25
2.3.2 Etiologi hipertensi	27
2.3.3 Patofisiologi hipertensi	29
2.3.4 Manifestasi klinis hipertensi	33
2.3.5 Penatalaksanaan hipertensi	34

2.4 Kepatuhan	34
2.4.1 Pengertian kepatuhan	34
2.4.2 Pengukuran kepatuhan	35
2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan	35
2.4.4 Metode meningkatkan kepatuhan	37
2.5 Psikoedukasi	38
2.5.1 Pengertian psikoedukasi	38
2.5.2 Model psikoedukasi	43
2.5.3 Tujuan psioedukasi	47
2.5.4 Fokus psikoedukasi	47
2.5.5 Program psikoedukasi	48
2.6 Teori Adaptasi Roy	50
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	60
3.1 Kerangka Konsep	60
3.2 Hipotesis Penelitian	62
BAB 4. METODE PENELITIAN	63
4.1 Desain Penelitian	63
4.2 Populasi dan Sampel	63
4.2.1 Populasi penelitian	63
4.2.2 Sampel dan sampling penelitian	63
4.3 Kerangka Operasional	66
4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	63
4.5 Definisi Operasional	67
4.6 Instrumen Penelitian	69
4.7 Alat dan Bahan	70
4.8 Lokasi dan Waktu Penelitian	70
4.9 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data	71
4.9.1 Tahap persiapan	71
4.9.2 Tahap pelaksanaan	71
4.9.3 Tahap evaluasi	73
4.10 Cara Analisis Data	73
4.11 Etika Penelitian	75
BAB 5. HASIL PENELITIAN	77
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	77
5.2 Karakteristik Responden	79
5.3 Uji normalitas.....	80
5.4 Analisis Bivariat	82
5.4.1 Pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan lansia.....	82
5.4.2 Pengaruh psikoedukasi terhadap koping lansia.....	83
5.4.3 Pengaruh psikoedukasi terhadap kepatuhan lansia.....	84
5.4.4 Pengaruh psikoedukasi terhadap tekanan darah lansia.....	85
BAB 6. PEMBAHASAN	87
6.1 Pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan	87
6.2 Pengaruh psikoedukasi terhadap Koping	92
6.3 Pengaruh psikoedukasi terhadap Kepatuhan	96
6.4 Pengaruh psikoedukasi terhadap Tekanan Darah	101
6.5 Keterbatasan Penelitian	103

BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	104
7.1 Kesimpulan	104
7.2 Saran	105
DAFTAR PUSTAKA	106
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Identifikasi Masalah	4
Gambar 2.1 Diagram model adaptasi Roy.....	48
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	45
Gambar 4.1 Rancangan Penelitian	47
Gambar 4.2 Kerangka Operasional	49

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Riset Pendukung	7
Tabel 4.1 Definisi Operasional	47
Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan Penelitian	49
Tabel 5.1 Karakteristik responden kelompok perlakuan dan kontrol	79
Tabel 5.2 Karakteristik usia responden kelompok perlakuan dan kontrol.....	80
Tabel 5.3 Uji normalitas pada kelompok perlakuan	80
Tabel 5.4 Uji normalitas pada kelompok kontrol	81
Tabel 5.5 Pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan lansia dengan hipertensi	82
Tabel 5.6 Pengaruh psikoedukasi terhadap coping lansia denga hipertensi	83
Tabel 5.7 Pengaruh psikoedukasi terhadap kepatuhan lansia denga hipertensi	84
Tabel 5.8 Pengaruh psikoedukasi terhadap tekanan darah sistole lansia.....	85
Tabel 5.9 Pengaruh psikoedukasi terhadap tekanan darah diastole lansia.....	86

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat ijin studi pendahuluan	109
Lampiran 2. Surat ijin uji validitas	111
Lampiran 4. Surat ijin penelitian.....	113
Lampiran 5. Lembar Data Demografi Responden	115
Lampiran 6. Lembar Koesioner Pengetahuan	116
Lampiran 7. Lembar Kuesioner Koping Individu	117
Lampiran 8. Lembar Koesioner Kepatuhan	120
Lampiran 9. Satuan Acara Kegiatan (SAK).....	121
Lampiran 10. Lembar observasi tekanan darah	132
Lampiran 11. Lembar monitoring	133
Lampiran 12. Hasil uji statistik	134
Lampiran 13. Booklet.....	135

DAFTAR SINGKATAN

ADHD	= <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
ACTH	= <i>Andreno Cortico Tyroid Hormone</i>
BB	= Berat Badan
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BUN	= <i>Blood Urea Nitrogen</i>
CKD	= <i>Crhonic Kidney Deseace</i>
DM	= <i>Diabetes Melitus</i>
JNC	= <i>Joint National Committee</i>
OHP	= <i>Over Head Projector</i>
RSD	= Rumah Sakit Daerah
SA	= <i>sino-atrial</i>
SD	= Sekolah Dasar
SMP	= Sekolah Menengah Pertama
SMA	= Sekolah Menengah Atas
VO2	= <i>Volume Oxigen</i>
WHO	= <i>World Health Organisation</i>



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia tidak pernah terlepas dari proses menua. Hasil penelitian epidemiologi didapatkan bahwa dengan meningkatnya umur maka tekanan darah akan meninggi. Hipertensi menjadi masalah pada lanjut usia karena sering ditemukan dan menjadi faktor utama stroke, payah jantung dan penyakit jantung koroner. Lebih dari separuh kematian di atas usia 60 tahun disebabkan oleh jantung dan serebrovaskuler (Darmojo, 2004 dalam Azizah, 2011). Hipertensi merupakan faktor resiko ketiga terbesar yang menyebabkan kematian dini karena dapat memicu terjadinya gagal jantung kongestif serta penyakit cerebovaskuler (Widyanto & Triwibowo, 2013). Hipertensi sering tidak menimbulkan gejala sehingga hipertensi dijuluki pembunuh diam-diam. Hipertensi yang tidak tertangani dengan baik akan berakibat pada komplikasi. Komplikasi yang disebabkan oleh hipertensi antara lain penyakit jantung koroner, gagal ginjal, stroke dan penyakit pada pembuluh darah.

Kematian akibat penyakit jantung di dunia berkisar pada 17 juta jiwa setiap tahun. Dari data tersebut, komplikasi dari hipertensi berkisar 9.4 juta jiwa setiap tahun. Hipertensi menjadi penyebab kematian sebesar 45% dari penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke. Jumlah penduduk yang menderita hipertensi terus berkembang dari 600 juta pada tahun 1980 menjadi 1 milyar jiwa pada tahun 2008 (WHO,2013). Prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5 persen (25,8% + 0,7 %). Prevalensi hipertensi di Jawa Timur didapatkan sebesar 26,2%.

Data yang dihimpun oleh RSD dr. Soebandi Jember, menyebutkan jumlah penderita penyakit degeneratif atau penyakit non-infeksi, yang ditangani instalasi rawat jalan rumah sakit, jumlahnya terus bertambah dari tahun ke tahun. Hasil evaluasi tahun 2012 menyebutkan bahwa 12.000 pasien penderita penyakit degeneratif mendapatkan perawatan medis oleh RSD dr. Soebandi. Kepala Instalasi Humas dan RSD dr. Soebandi Jember, dr. Justina Evy Tyaswati, menjelaskan bahwa selama Tahun 2012, penyakit degeneratif menempati posisi teratas, untuk sepuluh besar penyakit paling banyak yang mereka tangani. Penderita hipertensi atau tekanan darah tinggi menempati urutan pertama, dengan jumlah 8.619 pasien. Fakta ini menunjukkan jika gaya hidup masyarakat Jember, khususnya pola makan mereka kurang baik, sehingga mudah untuk terjangkit penyakit tersebut. (Jurnal Soka,2013). Sedangkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menyebutkan bahwa penderita hipertensi pada tahun 2015 berjumlah 40.270 jiwa.

Prevalensi hipertensi yang terus meningkat disebabkan oleh pertumbuhan penduduk, proses penuaan, dan perilaku yang beresiko (*behavioural risk factors*) seperti diet yang tidak sehat, penggunaan alkohol, kurangnya aktifitas fisik, kelebihan berat badan, serta paparan stres (WHO, 2013). Penyakit hipertensi berkaitan erat dengan pola hidup sehat setiap individu. Pola hidup sehat masyarakat Kabupaten Jember, sepertinya perlu ditingkatkan lagi.

Deteksi dini, perawatan pada hipertensi (managemen hipertensi), pengendalian terhadap perilaku yang beresiko (*behavioural risk factors*) dapat mencegah komplikasi dari hipertensi. Hal ini terbukti pada 3 dekade terakhir dimana negara-negara maju menjadikan deteksi dini dan perawatan pada penderita

hipertensi sebagai program nasional dan hasilnya dapat mengurangi komplikasi dari hipertensi. Orang yang menderita hipertensi biasanya tidak sadar akan kondisinya. Tekanan darah pasien harus dipantau secara teratur karena hipertensi merupakan kondisi seumur hidup begitu penyakit ini diderita (Smeltzer, 2012).

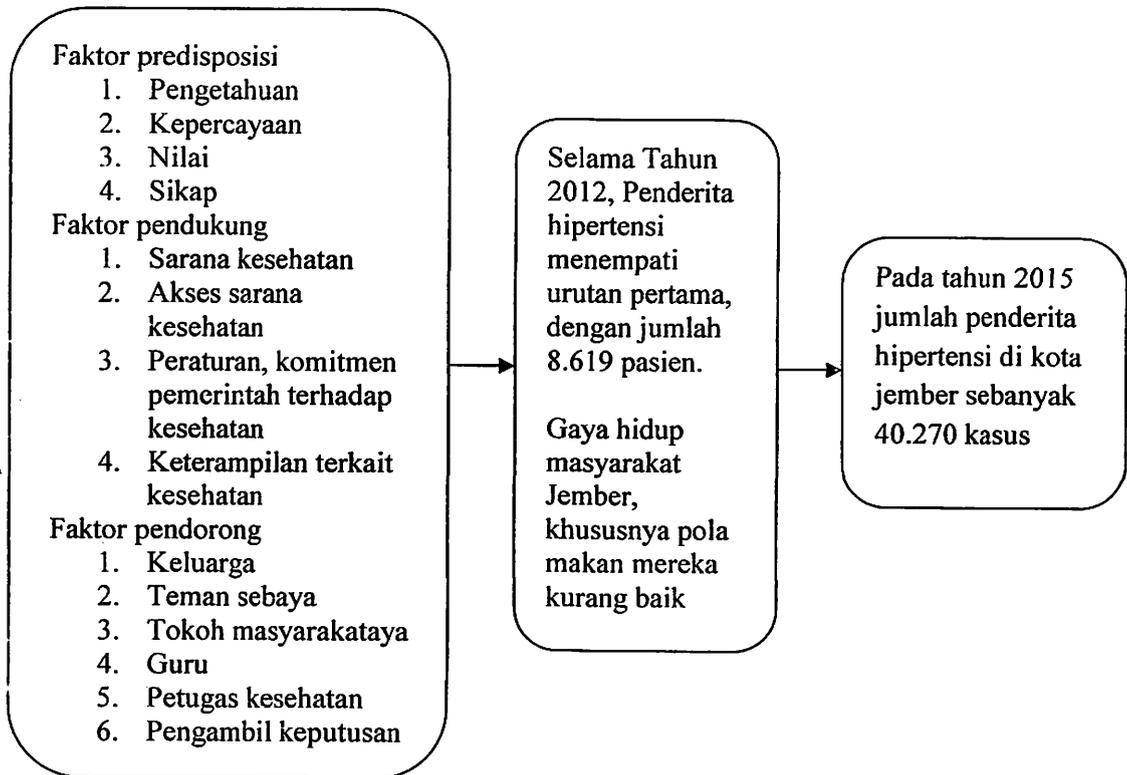
Program tersebut merupakan manajemen terhadap hipertensi berupa observasi pada perubahan diet, kontrol terhadap hipertensi dan rokok dimana yang menjadi tolok ukur adalah kolesterol darah, tekanan darah, dan rokok (WHO, 2013). Sebagaimana disebutkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan (Nursalam, 2014). Pemberian informasi pada pasien terkait penyakit melalui psikoedukasi dapat meningkatkan pengetahuan pasien. Psikoedukasi merupakan sebuah edukasi atau pendidikan dengan pendekatan konsep psikologi yang dapat diberikan secara individual maupun kelompok/group (Brown, 2011). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Maffei (2015) disebutkan bahwa psikoedukasi merupakan terapi yang mudah dilakukan, lebih efisien dalam biaya serta waktu dan diterima baik oleh pasien. Selain itu, penelitian meta analisis yang dilakukan oleh Devine (1995) disebutkan bahwa efek yang signifikan ditemukan pada tekanan darah dengan beberapa tipe psikoedukasi.

Penelitian tentang psikoedukasi telah banyak dilakukan baik di dalam maupun luar negeri. Psikoedukasi yang dilakukan di Indonesia sebagian besar lebih menekankan pada aspek edukasi bukan pada aspek psikologi. Hal ini dapat dilihat dari beberapa penelitian psikoedukasi yang dilakukan oleh Soep (2009) dengan melihat pengaruh psikoedukasi dalam mengatasi depresi postpartum,

dalam penelitian ini psikoedukasi diberikan hanya satu sesi dengan metode ceramah dan pembagian booklet selama 30 menit dan diskusi selama 15 menit. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Siswoyo (2014) dengan melihat pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan, intensi dan sick role behaviour pada pasien katarak dengan 4 sesi psikoedukasi yang terdiri dari penjelasan tentang penyakit, identifikasi masalah, diskusi, dan pemantapan materi (evaluasi). Beberapa contoh penelitian diatas menunjukkan bahwa psikoedukasi belum diterapkan sesuai dengan konsep psikoedukasi. Peneliti dalam hal ini akan mencoba mengukur pengaruh serta psikoedukasi sesuai dengan konsep psikoedukasi sehingga dapat memaksimalkan manfaat yang diperoleh.

Upaya memaksimalkan manfaat psikoedukasi dapat juga dilakukan dengan pendekatan konsep teori adaptasi Roy. Konsep psikoedukasi adalah pemberian informasi pada pasien dengan fokus pada aspek psikologis sebagai upaya peningkatan penerimaan pasien terhadap penyakit. Sedangkan konsep teori Roy menyatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan yang terdiri dari individu, keluarga, kelompok, komunitas atau sosial diperlakukan sebagai sistem adaptasi yang holistik dan terbuka. Sistem yang terbuka tersebut berdampak terhadap perubahan yang konstan terhadap informasi, kejadian, dan energi antarsistem dan lingkungan. Dengan perubahan tersebut, individu harus mempertahankan integritas dirinya yaitu beradaptasi secara kontinu (Nursalam, 2013). Dengan demikian diharapkan manfaat dan fungsi dari psikoedukasi dapat maksimal dengan penggunaan konsep teori Roy.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Koping, Kepatuhan dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy

1.3 Rumusan Masalah

Adakah pengaruh psikoedukatif terhadap pengetahuan, koping, kepatuhan dan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi menggunakan pendekatan Teori Adaptasi Roy di Kabupaten Jember?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan, koping, kepatuhan dan tekanan darah terhadap lansia dengan hipertensi di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan pada lansia dengan hipertensi dengan pendekatan teori adaptasi Roy.
2. Menganalisis pengaruh psikoedukasi terhadap koping pada lansia dengan hipertensi dengan pendekatan teori adaptasi Roy.
3. Menganalisis pengaruh psikoedukasi terhadap kepatuhan pada lansia dengan hipertensi dengan pendekatan teori adaptasi Roy
4. Menganalisis pengaruh psikoedukasi terhadap tekanan darah sistole dan diastole pada lansia dengan hipertensi dengan pendekatan teori adaptasi Roy

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi penguatan teori adaptasi Roy dimana psikoedukasi dapat meningkatkan respon adaptif pasien dengan hipertensi serta menjadi salah satu intervensi keperawatan bagi penderita hipertensi yang memiliki masalah psikologis terkait dengan pengelolaan penyakitnya.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Pasien

Meningkatkan perilaku yang baik dan benar dalam perawatan terhadap penyakit hipertensi.

2. Perawat

Masukan bagi perawat khususnya perawat komunitas dalam menjalankan peran sebagai edukator dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan hipertensi.

1.6 Riset Pendukung

Tabel 1.1 Riset Pendukung Tentang Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Koping, Kepatuhan dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy

No	Judul	Desain	Sampel/sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil
1.	Penggunaan psikoedukasi untuk pasien dengan skizofrenia Peneliti: Christian Von Maffei, 2005	Kuantitatif Quasi eksperimental dg <i>pre post</i> desain	113 orang <i>Purposive sampling</i>	Independen: psikoedukatif dg film Dependen: pasien psikofrenia	Kuesioner pengetahuan skizofrenia Kuesioner MARS	ANO VAs & ANC OVAS	Psikoedukasi dapat meningkatkan secara signifikan pengetahuan, kesadaran ttg penyakit, kepatuhan pengobatan, dan kualitas hidup
2.	Efek psikoedukasi group terhadap perilaku kesehatan jiwa pada penyakit mental pada keluarga dengan anggota keluarga menderita skizofrenia Peneliti: Farnaz Rahmani, 2014	Kuantitatif Quasi eksperimental	74 keluarga <i>Convenience sampling</i>	Independen: psikoedukasi Dependen: Perilaku kesehatan jiwa	Kuesioner OMI	<i>Independent t-test</i>	Psikoedukasi dapat meningkatkan perilaku kesehatan jiwa
3.	Perspektif pasien terhadap kemudahan, penerimaan, dan dampak dari <i>group based</i> psikoedukasi	Kualitatif	13 orang		<i>In depth, semi structured interview</i>	<i>Thematic analysis</i>	Psikoedukasi berdampak pada dukungan sosial pada pasien, pengetahuan, penerimaan terhadap penyakit, kesadaran

	ation pada bipolar disorder Penelit: Poole Ria, 2015						diri, kepatuhan pengobatan dan akses pelayanan
4	Meta analisis: efek dari perawatan psikoedukasi pada penderita asma Peneliti: Devine, 1996	Meta analisis	31 publikasi dalam kurun waktu 1972-1993				Didapatkan efek yang menguntungkan secara signifikan pada kejadian serangan asma, fungsional status paru dan <i>peak expiratory flow rate</i>
5	Meta analisis: efek perawatan psikoedukatif pada dewasa dengan hipertensi Devine, 2005	Meta analisis	102 publikasi				Efek yang signifikan pada tekanan darah dengan beberapa tipe psikoedukasi
6	Efektivitas program psikoedukasi untuk orang tua dengan anak ADHD	Kualitatif	89 anak <i>Cluster randomized</i>	Independen: program psikoedukasi Dependen: anak dg ADHD	Kuesioner pengetahuan orangtua	t-test, anova, <i>chi square</i>	Psikoedukasi memiliki dampak positif pada kepatuhan pengobatan & gejala klinis pada anak dengan ADHD
7	Program psikoedukasi bagi pasien diabetes untuk meningkatkan kualitas hidup Hasanat, 2010	Kualitatif	20 orang	Independen: pasien diabetes Dependen: kualitas hidup	<i>Focus group discussion</i>	Triangulasi	Psikoedukasi dapat meningkatkan kualitas hidup penderita DM

8	Pengaruh intervensi psikoedukasi dalam mengatasi depresi post partum di RSUD Dr. Pirngadi Medan Soep, 2009	Eksperimen semu dengan <i>non equivalent control group</i>	30 orang <i>Purposive sampling</i>	Independen: psikoedukasi Dependen: depresi post partum	Kuesioner EPDS	Uji <i>pair test</i> dan regresi logistik	Terdapat perbedaan depresi post partum pada ibu yang dilakukan intervensi psikoedukasi dengan ibu yang tidak dilakukan intervensi psikoedukasi
9	Psikoedukasi meningkatkan kepatuhan pasien dengan skizofrenia Petretto, et al	Kuantitatif <i>randomized control trial</i>	340 pasien <i>Random sampling</i>	Independen: psikoedukasi Dependen: kepatuhan pasien		<i>Two tail test</i>	Psikoedukasi secara efektif dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan dan mengurangi kekambuhan
10	Pengaruh psikoedukasi terhadap kecemasan dan koping orang tua dalam merawat anak dengan thalasemia mayor di RSUD Kabupaten Tangerang Banten Rachmani ah, 2012	<i>Quasy eksperiment pre test & without control</i>	47 orang <i>Consecutive sampling</i>	Independen: psikoedukasi Dependen: kecemasan dan koping orang tua	<i>Zung Self Rating Anxiety Scale, Revised Ways of Coping Scale</i>	<i>wilcoxon</i>	Terdapat pengaruh psikoedukasi terhadap kecemasan dan koping orang tua dalam merawat anak dengan thalasemia mayor

11	Intervensi psikoedukasi predialisis meningkatkan usia harapan hidup pasien CKD Devins, 2005	<i>Randomized controlled trial</i>	335 pasien <i>Random sampling</i>	Independen: psikoedukasi Dependen: usia harapan hidup	-	Analisis regresi <i>Chi square</i>	Psikoedukasi secara efektif dapat meningkatkan usia harapan hidup pasien CKD
12	Managemen perawatan dengan menggunakan psikoedukasi berbasis komputer terhadap klien depresi ringan Zaini, 2014	Kajian kepustakaan eksploratif	-	-	-	-	Psikoedukasi dapat meningkatkan motivasi serta ketertarikan klien dalam mengikuti program terapi depresi
13	Pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan, intensi, & <i>sick role behaviour</i> pada pasien katarak dengan pendekatan model Theory of Planned Behaviour Ajzen Siswoyo, 2014	<i>Quasi eksperiment pre & post test control group design</i>	10 orang <i>Simple random sampling</i>	Independen: psikoedukasi Dependen: pengetahuan, intensi, & <i>sick role behaviour</i> pada pasien katarak	Kuesioner pengetahuan, intensi dan <i>sick role behaviour</i>	<i>Independent t test</i>	Terdapat Pengaruh yang bermakna psikoedukasi terhadap pengetahuan, intensi, & <i>sick role behaviour</i> pada pasien katarak

14	Efektifitas psikoedukasi terhadap pencegahan depresi pascapersalinan Nazara, 2009	<i>Quasi eksperimental post test only design</i>	85 orang <i>Random sampling</i>	Independen: psikoedukasi Dependen: pencegahan depresi	-	<i>Mann whitney & wilcoxon</i>	Psikoedukasi terbukti efektif untuk mencegah depresi pascapersalinan
15	Efektifitas psikoedukasi pada orang tua dalam meningkatkan pengetahuan seksualitas remaja retardasi mental ringan Asra, 2013	<i>Eksperimental pretest-posttest group design</i>	18 orang <i>Purposive sampling</i>	Independen: psikoedukasi Dependen: pengetahuan	-	<i>Mann whitney & wilcoxon</i>	Psikoedukasi terbukti efektif untuk pengetahuan seksualitas remaja retardasi mental ringan



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Menurut undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, disebutkan bahwa lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. WHO (1999) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi 4 kelompok yaitu usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*eldery*) berusia antara 60 dan 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun (Azizah, 2011).

2.1.2 Tugas Perkembangan Lansia

Tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia meliputi (Potter & Perry, 2005):

a. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan

Lansia harus menyesuaikan dengan perubahan fisik sering terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi. Hal ini tidak dikaitkan dengan penyakit, tetapi hal ini adalah normal. Bagaimana meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan pola hidup sehat.

b. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan

Lansia umumnya pensiun dari pekerjaan purna waktu, dan oleh karena itu mungkin perlu untuk menyesuaikan dan membuat perubahan karena hilangnya peran bekerja. Orang yang pensiun akan mempunyai ketergantungan sosial, finansial, selain juga kehilangan prestise, kewibawaan,

peranan-peranan sosial, dan sebagainya, yang akan menjadi stres bagi lansia. Untuk menghadapi masa pensiun, dengan stres yang sekecil mungkin timbul suatu pemikiran dalam rangka masa persiapan pensiun tadi, yaitu mengadakan pensiun bertahap. Hal ini dikerjakan secara bertahap mengurangi jam dinas sambil memberikan persiapan-persiapan pengaturan ke arah jenis pekerjaan yang akan dijalankan setelah pensiun. Hal ini dapat membantu lansia untuk beradaptasi dan menyesuaikan terhadap masa pensiun relatif lebih mudah.

c. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan

Mayoritas lansia dihadapkan pada kematian pasangan, teman, dan kadang anaknya. Kehilangan ini sering sulit dijelaskan, terlebih bagi lansia yang menggantungkan hidupnya dari seseorang yang meninggalkannya dan sangat berarti bagi dirinya. Dengan membantu lansia melalui proses berduka, dapat membantu mereka menyesuaikan diri terhadap kehilangan.

d. Menerima diri sendiri sebagai individu lansia

Beberapa lansia menemukan kesulitan untuk menerima diri sendiri selama penuaan. Mereka dapat memperlihatkan ketidakmampuannya sebagai koping dengan menyangkal penurunan fungsi, meminta cucunya tidak memanggil mereka nenek atau menolak meminta bantuan dalam tugas yang menempatkan keamanan mereka pada resiko yang besar.

e. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup

Lansia dapat mengubah rencana kehidupannya. Misalnya, kerusakan fisik dapat mengharuskan pindah ke rumah yang lebih kecil dan untuk seorang diri. Beberapa masalah kesehatan lain mungkin mengharuskan lansia untuk

tinggal dengan keluarga atau temannya. Perubahan rencana kehidupan bagi lansia mungkin membutuhkan periode penyesuaian yang lama selama lansia memerlukan bantuan dan dukungan profesional perawatan kesehatan dan keluarga.

f. Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa

Lansia sering memerlukan penetapan hubungan kembali dengan anak-anaknya yang telah dewasa. Masalah keterbalikan peran, ketergantungan, konflik, perasaan bersalah, dan kehilangan memerlukan pengenalan dan resolusi.

g. Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup

Lansia harus belajar menerima aktivitas dan minat baru untuk mempertahankan kualitas hidupnya. Seseorang yang sebelumnya aktif secara sosial sepanjang hidupnya mungkin merasa relatif mudah untuk bertemu orang baru dan mendapat minat baru. Akan tetapi, seseorang yang introvert dengan sosialisasi terbatas, mungkin menemui kesulitan bertemu orang baru selama pensiun.

2.1.3 Proses Menua

Proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Proses menua merupakan proses yang terus menerus berlanjut secara alamiah, yang dimulai sejak lahir dan umumnya dialami oleh makhluk hidup (Azizah, 2011).

Menua bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh. Proses menua merupakan akumulasi secara progresif dari berbagai perubahan fisiologi organ tubuh yang berlangsung seiring berlalunya waktu, selain itu proses penuaan akan meningkatkan kemungkinan terserang penyakit bahkan kematian. Pada akhirnya penuaan mengakibatkan penurunan kondisi anatomis dan sel akibat terjadinya penumpukan metabolik yang terjadi didalam sel. Metabolit yang menumpuk tersebut tentunya bersifat racun terhadap sel sehingga bentuk dan komposisi membangun sel sendiri akan mengalami perubahan. Disamping itu karena permeabilitas kolagen yang ada didalam sel telah sangat jauh berkurang, maka kekenyalan dan kekencangan otot, terutama pada bagian integumen akan sangat jauh menurun. Hal inilah yang kasat mata dapat dilihat berupa kulit keriput pada manusia yang mengalami proses penuaan (Nugroho, 2008).

Proses menua bukanlah suatu penyakit melainkan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi stressor dari dalam maupun luar tubuh. Proses menua setiap individu pada organ tubuh tidak sama cepatnya dan sangat individual. Adakalanya seseorang yang masih muda umurnya, namun terlihat sudah tua dan begitu juga sebaliknya. Banyak faktor yang mempengaruhi penuaan seseorang seperti genetik (keturunan), asupan gizi, kondisi mental, pola hidup, lingkungan, dan pekerjaan sehari-hari (Nugroho, 2008).

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya berupa fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah, 2011).

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Perubahan sistem penglihatan pada lansia erat kaitannya dengan presbiopi. Lensa kehilangan elastisitas dan kaku, otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang, penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan.

Sistem pendengaran: presbiaskusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 60 tahun.

Sistem integumen: pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot. Perubahan kulit lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lingkungan antara lain angin dan matahari, terutama sinar ultraviolet.

2) Sistem Musculoskeletal

Perubahan sistem musculoskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut:

- a) Jaringan penghubung (kolagen dan elastin). Kolagen sebagai pendukung utama pada kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan

pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Perubahan pada kolagen tersebut merupakan penyebab turunnya fleksibilitas pada lansia sehingga menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, kesulitan bergerak dari duduk ke berdiri, jongkok dan berjalan dan habatan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Upaya fisioterapi untuk mengurangi dampak tersebut adalah memberikan latihan untuk menjaga mobilitas.

- b) Kartilago : jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan. Perubahan tersebut sering terjadi pada sendi besar penumpu berat badan. Akibatnya perubahan sendi mengalami peradangan, kekakuan, nyeri, keterbatasan gerak, dan terganggunya aktifitas sehari-hari.

3) Sistem Kardiovaskuler Dan Respirasi

a) Sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan lipofusin dan klasifikasi SA *nude* dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat. Konsumsi oksigen pada tingkat maksimal berkurang sehingga kapasitas paru menurun.

Latihan berguna untuk meningkatkan VO_2 maksimum, mengurangi tekanan darah, dan berat badan.

Arteri kehilangan elastisitasnya yang dapat menyebabkan peningkatan nadi dan tekanan sistolik darah. Perubahan tekanan darah yang fisiologis mungkin benar-benar merupakan tanda penuaan yang normal.

b) Sistem respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk kompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang.

4) Pencernaan Dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata. Pada lambung, rasa lapar menurun (sensifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu pengosongan lambung menurun, peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi. Fungsi absorpsi melemah. Liver makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

5) Sistem Perkemihan

Laju filtrasi, ekskresi dan reabsorpsi oleh ginjal mengalami penurunan. Pola berkemih tidak normal, seperti banyak berkemih di malam hari, sehingga mengharuskan mereka pergi ke toilet sepanjang malam. Hal ini menunjukkan inkontinensia urin meningkat.

6) Sistem Saraf

Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari hari. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat dan penurunan reseptor proprioseptif, hal ini terjadi karena susunan saraf pusat pada lansia mengalami perubahan morfologis dan biokimia, perubahan tersebut mengakibatkan penurunan fungsi kognitif.

7) Sistem Reproduksi

Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunn secara berangsur-angsur. Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, dan reaksi sifatnya menjadi alkali.

b. Perubahan kognitif

Daya ingat (*memory*) merupakan salah satu fungsi kognitif yang seringkali paling awal mengalami penurunan. Ingatan jangka panjang kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek 0-10 menit memburuk.

c. Perubahan spiritual

Agama atau kepercayaan lansia makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaannya.

d. Perubahan psikososial

e. Penurunan fungsi dan potensi seksual

2.2 Mekanisme Koping

2.2.1 Pengertian Koping

Koping adalah berbagai usaha yang dilakukan individu untuk menanggulangi stres yang dihadapinya (Stuart, 2009). Koping merupakan cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan dan respon terhadap situasi yang mengancam. Koping dapat diidentifikasi melalui respon, tanda dan gejala, serta pertanyaan klien melalui wawancara (Keliat, 1999).

2.2.2 Jenis Koping

Lazarus dan Folkman (1984) mengategorikan koping menjadi:

1). *Problem focused coping*

Problem focused coping berpusat pada usaha untuk mengatasi masalah yang dihadapi individu dimana individu secara aktif mencari jalan keluar dari permasalahan yang sedang dihadapi, yang dapat dilakukan dengan cara meminta bantuan orang lain atau berusaha sendiri mencari cara menyelesaikan permasalahan yang dihadapi.

2). *Emotion focused coping*

Emotion focused coping berpusat pada usaha untuk mengurangi konsekuensi emosional dari masalah atau situasi stres yang dihadapi dengan cara menerima atau menghindari masalah yang dihadapi sebagai peristiwa menyakitkan

Berdasarkan penggolongannya, mekanisme koping dibedakan menjadi dua jenis (Keliat, 1999), antara lain:

1) Mekanisme koping adaptif

Usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stresor atau tekanan yang bersifat positif, konstruktif dan rasional

2) Mekanisme koping maladaptif

Usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stresor atau tekanan yang bersifat negatif, destruktif, merugikan serta individu tidak dapat menyelesaikan masalah secara tuntas.

Sedangkan Wong, et al (2009) mengungkapkan bahwa mekanisme koping yang dapat digunakan adalah :

1) Perilaku mengatasi masalah (*Approach behavior*)

Mekanisme koping *Approach behavior* ini bergerak menuju penyelesaian dan resolusi kritis. Petunjuk mengkaji perilaku koping *Approach behavior* adalah sebagai berikut.

- a) Menanyakan informasi berkenaan dengan diagnosis dan kondisi pada saat ini.
- b) Mencari pertolongan dan dukungan orang lain.
- c) Mengantisipasi masalah yang akan datang, secara aktif mencari petunjuk dan jawaban.
- d) Memaknai dan mengambil hikmah dari penyakit
- e) Membagi beban atau gangguan dengan orang lain
- f) Merencanakan yang realistis masa depan
- g) Mengakui dan menerima secara sadar diagnosis dan prognosis penyakit
- h) Mengungkapkan perasaan seperti perasaan kesedihan, berduka, depresi, kemarahan, serta menyadari alasan munculnya reaksi yang emosional
- i) Menyadari dan menerima secara realistis penyakit dan menyesuaikan pada perubahan
- j) Mengenali perkembangan perasaannya sesuai dengan waktu.

k) Mengungkapkan kemungkinan kehilangan

2) Perilaku menghindari masalah (*Avoidence behavior*).

Merupakan mekanisme koping bergerak dari penyesuaian terhadap kritis sampai mal adaptif. Petunjuk mengkaji perilaku koping tersebut adalah :

- a. Kegagalan mengenal keseriusan penyakit, meskipun telah ada tanda-tanda fisik yang timbul.
- b. Menolak persetujuan pengobatan.
- c. Membicarakan penyakit secara ilmiah tetapi tidak berhubungan dengan kondisi klien.
- d. Marah dan bermusuhan kepada anggota pemberi asuhan keperawatan dan tidak menghiraukan sikap dan tingkah lakunya.
- e. Tidak dapat menyesuaikan atau menerima perubahan yang progresif dari penyakit.
- f. Mencari pengobatan baru secara terus menerus tanpa memandang keuntungan yang akan diperoleh.
- g. Menolak mengakui adanya penyakit.
- h. Menggunakan pikiran magis dan fantasi seperti mencari pertolongan secara klinik atau dukun.
- i. Menempatkan kegagalan sebagai takdir dan melepaskan tanggung jawab.
- j. Menarik diri dari dunia luar dan menolak pertolongan.
- k. Menghukum diri sendiri yang menyebabkan rasa bersalah dan kesalahannya.
- l. Tidak membuat perubahan dalam gaya hidup.

- m. Menggunakan alkohol dan obat-obatan secara berlebihan untuk menghindari masalah.
- n. Mengungkapkan dengan kata-kata keinginan bunuh diri.

2.2.3 Sumber Koping

Sumber koping adalah ketersediaan sarana sarana fisik fisik, kehadiran orang lain dan sarana sosial yang dilibatkan oleh individu dalam usahanya untuk melakukan koping terhadap masalah yang dihadapi. Strategi koping yaitu perencanaan atau tindakan langsung maupun tidak langsung diarahkan untuk menghilangkan atau mengurangi tekanan yang dirasakan oleh individu. Koping didefinisikan sebagai respon yang positif, sesuai dengan masalah, efektif, persepsi, dan respon perilaku yang digunakan untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stres yang diakibatkan oleh masalah atau peristiwa (Friedman, dkk, 2010)

2.2.4 Pengukuran Koping

Untuk mengukur tingkat koping dapat menggunakan alat ukur *revised ways of coping scale* (WCQ-R) menurut Lazarus dan Folkman 1984 yang terdiri dari 60 pertanyaan yang diukur dalam skala *likeert* masing masing diberikan penilaian skor 1-4, yaitu tidak pernah (1), kadang-kadang (2), sering (3), selalu (4) alat ukur ini terdiri dari 8 strategi koping yaitu koping konfrontatif, menjauh diri, mencari dukungan sosial, menerima tanggung jawab, menghindari, merencanakan pemecahan masalah, dan penilaian kembali secara positif untuk jawaban responden didapatkan skor 60-240.

2.3 Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya diatas 140mmHg dan tekanan diastolik diatas 90mmHg. Pada populasi lansia hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Smeltzer,2001).

Hipertensi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi bila arteriol-arteriol konstriksi. Konstriksi arteriol membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bisa berlanjut dapat menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah (Udjianti, 2011).

Hipertensi juga didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik > 90mmHg pada tiga kejadian terpisah. Menurut WHO, batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg, sedangkan tekanan darah >160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Tekanan darah diantara normotensi dan hipertensi disebut *borderline hypertension* (garis batas hipertensi). Batasan WHO tersebut tidak membedakan usia dan jenis kelamin (Udjianti, 2011)

Tabel 2.1. Klasifikasi Hipertensi (Sumber : JNC VII, 2003)

Derajat	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	dan < 80
Pre-Hipertensi	120 - 139	atau 80 - 89
Hipertensi Derajat I	140 - 159	atau 90 - 99
Hipertensi Derajat II	≥ 160	atau ≥ 100

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi dua golongan (Udjianti, 2011):

1) Hipertensi esensial atau hipertensi primer

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

a) Genetik

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, berisiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.

b) Jenis kelamin dan usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita pascamenopause berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi.

c) Diet

Konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.

d) Berat badan

Obesitas (>25% diatas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi

e) Gaya hidup

Merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, bila gaya hidup menetap.

2) Hipertensi sekunder

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

2.2.2 Etiologi Hipertensi

Hipertensi dapat disebabkan oleh gangguan emosi, obesitas, konsumsi alkohol yang berlebihan, rangsangan kopi yang berlebihan serta faktor keturunan. Penyakit ini lebih banyak menyerang wanita daripada pria (Smeltzer,2001).

Etiologi yang pasti dari hipertensi esensial belum diketahui. Namun sejumlah interaksi beberapa energi homeostatik saling terkait. Defek awal diperkirakan pada mekanisme pengaturan cairan tubuh dan tekanan oleh ginjal. Faktor hereditas berperan penting bilamana ketidakmampuan genetik dalam mengelola kadar natrium normal. Kelebihan intake natrium dalam diet dapat meningkatkan volume cairan dan curah jantung. Pembuluh darah memberikan reaksi atas peningkatan aliran darah melalui konstriksi atau peningkatan tahanan perifer. Tekanan darah tinggi adalah hasil awal dari peningkatan curah jantung yang kemudian dipertahankan pada tingkat yang lebih tinggi sebagai suatu timbal balik peningkatan tahanan perifer (Udjianti, 2011).

Etiologi hipertensi sekunder pada umumnya diketahui. Berikut beberapa kondisi yang menjadi penyebab terjadinya hipertensi sekunder (Udjianti, 2011):

1) Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen)

Oral kontrasepsi yang berisi estrogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme renin aldosteron mediated volume expansion. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah normal kembali setelah beberapa bulan.

2) Penyakit parenkim dan vaskular ginjal

Merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskular berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada klien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau *fibrous displasia* (pertumbuhan abnormal jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, dan perubahan struktur, serta fungsi ginjal.

3) Gangguan endokrin

Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. *Adrenal mediated hypertension* disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol, dan katekolamin. Pada aldosteronisme primer, kelebihan aldosteron menyebabkan hipertensi dan hipokalemia. Aldosteronisme primer biasanya timbul dari benign adenoma korteks adrenal. Pheochromocytomas pada medula adrenal yang paling umum dan meningkatkan sekresi katekolamin yang berlebihan. Pada sindrom cushing, kelebihan glukokortikoid yang diekskresi dari korteks adrenal. Sindrom cushing's

mungkin disebabkan oleh hiperplasi adrenokortikal atau adenoma adrenokortikal.

4) *Coarctation aorta*

Merupakan penyempitan aorta kongenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta torasik atau aorta abdominal. Penyempitan menghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah di atas area konstriksi.

5) Neurogenik

6) Kehamilan

7) Luka bakar

8) Peningkatan volume intravaskular

9) Merokok

Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin menyebabkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung dan menyebabkan vasokonstriksi, yang mana pada akhirnya meningkatkan tekanan darah.

2.2.3 Patofisiologi Hipertensi

Menurut Smeltzer (2001) patofisiologi hipertensi dimulai dari mekanisme yang mengontrol kontriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion

melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Pada lansia, perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam

mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer.

Menurut (Udjianti, 2011), empat sistem kontrol yang berperan dalam mempertahankan tekanan darah antara lain sistem baroreseptor arteri, pengaturan volume cairan tubuh, sistem renin angiotensin dan autoregulasi vaskuler. Baroreseptor arteri terutama di sinus carotid, tapi juga dalam aorta dan dinding ventrikel kiri. Baroreseptor ini memonitor derajat tekanan arteri. Sistem baroreseptor meniadakan peningkatan tekanan arteri melalui mekanisme perlambatan jantung oleh respons vagal (stimuli parasimpatis) dan vasodilatasi dengan penurunan tonus simpatis. Oleh karena itu, refleks kontrol sirkulasi meningkatkan tekanan arteri sistemik bila tekanan baroreseptor meningkat. Alasan pasti mengapa kontrol ini gagal pada hipertensi belum diketahui. Hal ini meningkat secara tidak adekuat, sekalipun penurunan tekanan tidak ada.

Perubahan volume cairan mempengaruhi tekanan arteri sistemik. Bila tubuh mengalami kelebihan garam dan air, tekanan darah meningkat melalui mekanisme fisiologi kompleks yang mengubah aliran balik vena ke jantung dan mengakibatkan peningkatan curah jantung. Bila ginjal berfungsi secara adekuat, peningkatan tekanan arteri mengakibatkan diuresis dan penurunan tekanan darah. Kondisi patologis yang mengubah ambang tekanan pada ginjal dalam mengekskresikan garam dan air akan meningkatkan tekanan arteri sistemik.

Renin dan angiotensin memegang peranan penting dalam pengaturan tekanan darah. Ginjal memproduksi renin yaitu suatu enzim yang bertindak pada substrat protein plasma untuk memisahkan angiotensin I, yang kemudian diubah oleh converting enzim dalam paru menjadi angiotensin II kemudian menjadi

angiotensin III. Angiotensin II dan III mempunyai aksi vasokonstriktor yang kuat pada pembuluh darah dan merupakan mekanisme kontrol terhadap pelepasan aldosteron. Aldosteron sangat bermakna dalam hipertensi terutama pada aldosteronisme primer. Melalui peningkatan aktivitas sistem saraf simpatis, angiotensin II dan III juga mempunyai efek inhibiting atau penghambatan pada ekskresi garam (natrium) dengan akibat peningkatan tekanan darah.

Sekresi renin yang tidak tepat diduga sebagai penyebab meningkatnya tahanan perifer vaskular pada hipertensi esensial. Pada tekanan darah tinggi, kadar renin harus diturunkan karena peningkatan tekanan arteriolar renal mungkin menghambat sekresi renin. Namun demikian, sebagian orang dengan hipertensi esensial mempunyai kadar renin normal.

Peningkatan tekanan darah terus-menerus pada klien hipertensi esensial akan mengakibatkan kerusakan pembuluh darah pada organ – organ vital. Hipertensi esensial mengakibatkan hiperplasia medial (penebalan) arteriole-arteriole. Karena pembuluh darah menebal, maka perfusi jaringan menurun dan mengakibatkan kerusakan organ tubuh. Hal ini menyebabkan infark miokard, stroke, gagal jantung, dan gagal ginjal.

Autoregulasi vaskular merupakan mekanisme lain yang terlibat dalam hipertensi. Autoregulasi vaskular adalah suatu proses yang mempertahankan perfusi jaringan dalam tubuh relatif konstan. Jika aliran berubah, proses – proses autoregulasi akan menurunkan tahanan vaskular dan mengakibatkan pengurangan aliran, sebaliknya akan meningkatkan tahanan vaskular sebagai akibat dari peningkatan aliran. Autoregulasi vaskular nampak menjadi mekanisme penting dalam menmbulkan hipertensi dengan overload garam dan air.

2.2.4 Manifestasi Klinis Hipertensi

Biasanya tanpa gejala atau tanda – tanda peringatan untuk hipertensi dan sering disebut silent killer. Pada kasus hipertensi berat, gejala yang dialami klien antara lain: sakit kepala (rasa berat di tengkuk), palpitasi, kelelahan, mual, muntah, ansietas, keringat berlebihan, tremor otot, nyeri dada, epistaksis, pandangan kabur atau ganda, tinnitus (telinga berdenging), serta kesulitan tidur (Udjianti, 2011).

Menurut Smeltzer (2001), pada pemeriksaan fisik, mungkin tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti pendarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus).

Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala, bila ada, biasanya menunjukkan yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Penyakit arteri koroner dengan angina adalah gejala yang paling menyertai hipertensi. Hipertrofi ventrikel kiri terjadi sebagai respons peningkatan beban kerja ventrikel saat dipaksa berkonstraksi melawan tekanan sistemik yang meningkat. Apabila jantung tidak mampu lagi menahan peningkatan beban kerja, maka dapat terjadi gagal jantung kiri. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azotemia (peningkatan nitrogen urea darah/ BUN dan kreatinin). Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang termanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan.

Pada penderita stroke, dan pada penderita hipertensi disertai serangan iskemia, insidens infark otak mencapai 80%.

2.2.5 Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan tiap program penanganan bagi setiap pasien adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas penyerta dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Efektifitas setiap program ditentukan oleh derajat hipertensi, komplikasi, biaya perawatan, dan kualitas hidup sehubungan dengan terapi.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendekatan nonfarmakologis, termasuk penurunan berat badan, pembatasan alkohol, natrium dan tembakau, latihan dan relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi hipertensi. Apabila penderita hipertensi ringan berada dalam resiko tinggi (pria, perokok) atau bila tekanan darah diastoliknya menetap, diatas 85 atau 95 mmHg dan sistoliknya diatas 130 sampai 139mmHg, maka perlu dimulai terapi obat-obatan (Smeltzer, 2011).

2.4 Kepatuhan

2.4.1 Pengertian

Kepatuhan merupakan tingkat klien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh petugas kesehatan atau oleh yang lain. Kepatuhan adalah sejauh mana klien mengerti maksud dan harapan dari petugas kesehatan dalam memberikan pengobatan (Sarafino, 1990 dalam Smet, 1994). Kepatuhan klien didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku klien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan (sackett, 1976). Kepatuhan sering

menggambarkan perilaku bahwa klien akan mengubah perilakunya atau “patuh” karena mereka diminta untuk itu (Brunner & Suddart, 2002)

Kepatuhan program terapeutik adalah perilaku klien dalam mencapai perawatan kesehatan, seperti: upaya aktif, upaya kolaboratif sukarela antara klien dan provider. Termasuk didalamnya mengharuskan klien membuat perubahan gaya hidup untuk menjalani kegiatan spesifik seperti meminum obat, mempertahankan diet, membatasi aktivitas, pemantauan mandiri terhadap gejala penyakit, tindakan hygiene spesifik, evaluasi kesehatan secara periodik, pelaksanaan tindakan terapeutik dan pencegahan lain (Brunner & Suddart, 2002).

2.4.2 Pengukuran kepatuhan

Metode utama untuk mengukur kepatuhan dengan menggunakan: wawancara pasien, jumlah pil, hasil pemeriksaan klinis, indikator farmakologi, pengukuran konsentrasi plasma dalam obat dan pengawasan dengan elektronik (Pullar & Feely, 1990 dalam Hughes, 1997). Menurut Farmer (1999) metode untuk mengukur dan memonitor kepatuhan dalam regimen terapi baik di laboratorium maupun praktik klinik adalah: level obat dalam cairan biologi, penanda biologi, observasi pasien langsung, wawancara pasien, catatan pasien, kuesioner kepatuhan, jumlah pil, mengulang resep (manual, mengulang catatan resep), dan pengawasan elektronik. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode kuesioner kepatuhan kepada pasien lansia dengan hipertensi.

2.4.3 Faktor- faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan minum obat antara lain (Brunner & Suddart, 2002):

1) Individu

Pria di usia dewasa awal memiliki kecenderungan tidak patuh karena kegiatan di usia produktifnya. Usia lanjut menunjukkan kepatuhan yang rendah dikarenakan penurunan kapasitas fungsi memori serta penyakit degeneratif yang dialaminya. Tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi dari pria, wanita muda lebih patuh dari pada wanita tua. Faktor pada individu yang lain adalah: kurangnya informasi (pengetahuan), gangguan kognitif, dan komorbiditas (Samalin, 2010). Persepsi klien terhadap suatu obat akan mempengaruhi kepatuhan, klien yang mengerti akan instruksi obat cenderung lebih patuh. Keyakinan dan nilai yang dianut oleh individu juga mempengaruhi kepatuhan, klien yang tidak patuh biasanya mengalami depresi, ansietas dengan kesehatannya, memiliki ego lemah dan terpusat perhatian pada diri sendiri, dengan demikian klien merasa tidak ada motivasi, pengingkaran terhadap penyakit dan kurang perhatian pada program pengobatan yang harus dijalankan.

2) Penyakit

Varibel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi mempengaruhi kepatuhan klien terhadap pengobatan. Klien yang tidak mengalami gejala akan penyakitnya dapat memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi ataupun rendah, karena kurangnya motivasi ataupun sebaliknya klien tidak berani menolak anjuran medis dan mengikuti apa yang disarankan mengenai program pengobatannya.

3) Obat yang dikonsumsi

Semakin banyak jumlah obat yang direkomendasikan maka kemungkinan besar makin rendah tingkat kepatuhan karena kompleksitas pengobatan yang harus dijalankan. Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan dari obat juga dapat mempengaruhi kepatuhan.

4) Petugas kesehatan

Kualitas interaksi klien dengan petugas kesehatan menentukan derajat kepatuhan. Kegagalan pemberian informasi yang lengkap tentang obat dari tenaga kesehatan bisa menjadi penyebab ketidakpatuhan klien meminum obat.

5) Lingkungan klien

Keluarga dapat mempengaruhi keyakinan, nilai kesehatan yang dianut serta menentukan program pengobatan yang dapat diterima oleh klien. Keluarga dapat berperan sebagai pengambilan keputusan tentang perawatan anggota keluarga yang sakit, menentukan mencari dan mematuhi anjuran pengobatan. Selain itu tingkat dukungan sosial menjadi prediktor yang akurat dari kepatuhan.

2.4.4 Metode meningkatkan kepatuhan

Beberapa cara atau metode meningkatkan kepatuhan pengobatan antara lain: (Dinicola & Matteo, 1992 dalam Niven, 2002)

1) Menumbuhkan kepatuhan dengan mengembangkan tujuan kepatuhan

Klien memiliki motivasi tinggi untuk patuh jika memiliki keyakinan, sikap positif dan memahami tujuan dari perilaku kepatuhan.

2) Mengembangkan strategi merubah perilaku dan mempertahankannya

Perilaku kepatuhan akan membutuhkan sikap kontrol diri atau pemantauan terhadap dirinya, evaluasi diri serta penguatan terhadap perilaku.

3) Mengembangkan kognitif

Mengembangkan kognitif terkait masalah kesehatan yang dialami dapat menumbuhkan kesadaran dan sikap positif terhadap kepatuhan akan tumbuh.

4) Dukungan sosial

Dukungan psikologis dari keluarga dan lingkungan akan mengurangi kecemasan klien terhadap penyakit dan ketidakpatuhan dalam program pengobatan.

2.5 Psikoedukasi

2.5.1 Pengertian Psikoedukasi

Psikoedukasi adalah sebuah edukasi atau pendidikan dengan pendekatan konsep psikologi yang dapat diberikan secara individual maupun kelompok/ grup. Tiap kelompok dapat terdiri dari anak-anak, remaja maupun dewasa dan dapat diterapkan dalam berbagai ranah seperti rumah sakit, perkantoran, universitas, pemerintahan dan pelayanan sosial. Psikoedukasi dapat diberikan dalam satu sesi atau lebih. Psikoedukasi akan memberikan pendidikan atau edukasi dengan melihat potensi ancaman atau pengembangan hidup serta untuk menjelaskan strategi koping individu untuk beradaptasi dengan krisis dalam hidupnya (Brown, 2011).

Psikoedukasi dikembangkan oleh Mottaghipur dan Bickerton pada tahun 2005, ahli kesehatan mental orang dewasa bekerjasama dengan *Australian National Standart for Mental Health Service*, berupa kerangka kebutuhan pelayanan keluarga yang mengalami gangguan kesehatan mental yang disebut *Pyramid of Family Care*. Piramid ini dikembangkan berdasarkan hirarki kebutuhan menurut Maslow, dimana tingkat dasar adalah *connection and assesment*, tingkat kedua: *general education*, tingkat ketiga: *psychoeducation*, tingkat keempat: *consultation* dan tingkat kelima (tertinggi): *family therapy*. Tingkatan kerangka kebutuhan pelayanan keluarga yang mengalami gangguan kesehatan mental dapat dilihat seperti gambar ini.

Psikoedukasi adalah suatu tindakan yang diberikan kepada individu dan keluarga untuk memperkuat strategi koping atau suatu cara khusus dalam menangani kesulitan perubahan mental. Psikoedukasi adalah sebuah tindakan modalitas yang disampaikan oleh professional, yang mengintegrasikan dan mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Lukens & McFarlane, dalam Catwright, 2007).

Psikoedukasi dapat dilaksanakan diberbagai tempat pada berbagai kelompok atau rumah tangga. Tindakan psikoedukasi memiliki media berupa catatan seperti poster, booklet, leaflet, video, dan beberapa eksplorasi yang diperlukan. Proses pemberian psikoedukasi sangat diperlukan kehadiran keluarga sebagai kunci keberhasilan intervensi. Perawat dapat membangun hubungan saling percaya agar dapat melakukan pengkajian yang tepat dan memberikan pengertian terhadap keluarga bagaimana psikoedukasi memberikan keuntungan pada mereka,

dapat mengatasi dan mencegah terjadinya gangguan emosional dengan strategi koping yang efektif (Supratiknya, 2011).

Menurut Albin (2001), pemberian psikoedukasi mengenai perubahan – perubahan yang dialami selama hidup dan bersikap terbuka dengan orang lain, serta penggunaan koping yang efektif dapat membantu mengurangi kecemasan, membuat perasaan menjadi lebih baik dan dapat membantu memecahkan masalah yang dihadapi, mengurangi depresi dan menumbuhkan rasa percaya diri.

Dalam kenyataannya psikoedukasi sebagai gerakan pemberian layanan publik di bidang konsultasi psikologi tidak bermakna tunggal. Menurut Nelson – Jones (Supratinya, 2011), ada setidaknya enam makna tentang psikoedukasi, antara lain:

1) Melatih orang mempelajari aneka *life skills*

Psikoedukasi dimaknai sebagai usaha membantu klien mengembangkan aneka *life skills* atau keterampilan hidup lewat aneka program terstruktur yang diselenggarakan berbasis kelompok. Beberapa *life skills* meliputi kemampuan mendengarkan, seperti kemampuan memahami orang lain secara empatik, kemampuan mengungkapkan diri seperti kemampuan memecahkan atau menyelesaikan konflik, kemampuan memecahkan masalah dan membuat rencana, kemampuan membuat keputusan, kemampuan mengelola kecemasan, kemampuan menjalani aneka transisi kehidupan penting secara efektif. Tampak disini psikoedukasi identik dengan pendidikan pribadi dan sosial.

2) Pendekatan akademik – eksperiensial dalam mengajarkan psikologi

Secara garis besar ada dua pendekatan dalam pembelajaran suatu disiplin ilmu atau pengetahuan, yaitu pendekatan akademik dan pendekatan eksperiensial. Yang pertama menekankan perolehan pengetahuan pengertian melalui *intellectual skills* atau olah pikir. Hasil belajarnya disebut *hard skills* berupa pengetahuan – pengetahuan lewat pengalaman atau sering disebut dengan *learning by doing*. Hasil belajarnya berupa *soft skills* meliputi aneka pengetahuan nyata tentang aneka fungsi psikologis maupun keterampilan pribadi-sosial yang bisa diterapkan dan sangat bermanfaat dalam menghadapi berbagai tugas kehidupan sehari – hari. Pendekatan psikoedukasi dalam pembelajaran psikologi mengintegrasikan baik *experimental teaching of life skills an/or the skills of applied psychological practice* maupun *intellectual teaching of academic skills* di bidang psikologi.

3) Pendidikan humanistik

Pendidikan humanistik menekankan harkat klien sebagai subjek secara utuh serta memandang bahwa tujuan konseling khususnya dan pendidikan umumnya menghasilkan pribadi – pribadi yang mampu mengaktualisasikan dirinya. Pemberi psikoedukasi hanyalah memfasilitasi atau menyediakan aneka bantuan fasilitas agar proses belajar klien berlangsung secara efektif dan optimal. Selain menguasai pengetahuan – pengetahuan dalam bidang pelajaran tertentu atau *hard skills* juga harus menguasai pengetahuan dan keterampilan yang mendalam dibidang kebahasaan serta sikap empatik yaitu kesediaan dan kemampuan memahami pikiran – perasaan orang lain serta

mampu menciptakan aneka kondisi interpersonal yang berpusat pada pribadi terhadap kliennya.

4) Melatih tenaga profesional di bidang keterampilan konseling

Paraprofesional merupakan tenaga dibidang pemberian layanan psikoedukasi yang tidak berlatar belakang di bidang psikologi atau konseling atau yang memiliki sebagian latar belakang itu namun belum memenuhi syarat untuk mendapat kualifikasi sebagai psikolog-konselor profesional, namun mampu menyelenggarakan jenis – jenis layanan dasar konseling berkat pelatihan – pelatihan di bidang aneka keterampilan dasar konseling yang diberikan oleh para psikolog-konselor profesional.

5) Serangkaian kegiatan pelayanan kepada masyarakat

Istilah psikoedukasi seringkali juga diartikan sebagai mencakup keseluruhan aktivitas pendidikan – konsultasi yang bersifat pelayanan kepada masyarakat. Kegiatan ini meliputi pelatihan *life skills* pada berbagai kelompok klien serta pemberian layanan informasi psikologis secara individual untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi berbagai problem kehidupan sehari – hari melalui berbagai media seperti pertemuan muka, pembicaraan telepon, layanan sms, e-mail atau melalui media jejaring sosial lainnya.

6) Memberikan layanan informasi tentang psikologi kepada publik

Psikoedukasi diartikan sebagai pendidikan publik, yaitu pemberian layanan informasi kepada masyarakat luas tentang berbagai pengetahuan dan/atau keterampilan psikologis yang berguna untuk menghadapi aneka problema kehidupan sehari – hari melalui berbagai jenis media massa seperti koran, majalah, radio, televisi, dan sebagainya. Layanan informasi ini kadangkala

juga disertai dengan tindakan nyata yang bersifat advokasi dalam rangka mempengaruhi bahkan memperjuangkan agar perumusan kebijakan atau pengambilan keputusan tindakan publik didasarkan pada prinsip – prinsip psikologis yang benar.

2.5.2 Model Psikoedukasi

Terdapat tiga macam model psikoedukasi antara lain (Supratinya, 2011):

1) Model *skill defisit* atau *life skills*

Skills defisit model atau model kurang terampil adalah kerangka pikir yang menyatakan bahwa seseorang akan menunjukkan atau menampilkan penguasaan keterampilan sosial yang buruk karena tidak memiliki respon spesifik tertentu dalam khazanah responnya, atau sebenarnya memilikinya namun gagal menggunakan atau menerapkannya semestinya. Maka bentuk intervensi yang dapat dilakukan adalah mengajarkan secara langsung jenis atau bentuk keterampilan yang dibutuhkan.

Arah dan corak psikoedukasi menjadi semakin tajam berkat pengaruh gerakan konseling kelompok yang bernuansa perkembangan. Dalam gerakan ini, *skills defisit model* dipertajam atau diberi spirit baru menjadi apa yang kemudian dikenal sebagai *life skills model*. Jenis keterampilan yang sering kali defisit sehingga menimbulkan hambatan dalam perkembangan atau menimbulkan kesulitan dalam menjalankan tugas kehidupan sehari – hari bagi seseorang adalah *life-skills* atau aneka ragam keterampilan hidup.

Life skills dapat didefinisikan sebagai keterampilan yang diperlukan oleh setiap orang agar mampu mengalami perkembangan pribadi secara optimis yaitu tumbuh menjadi pribadi terbaik dengan memanfaatkan semua potensi

dan talenta yang dimiliki, dan dengan begitu akan menjadikannya mampu hidup bermasyarakat dengan baik. Keterampilan hidup itu sendiri dapat digolongkan dalam dua kategori. Pertama, gugus keterampilan hidup yang menjadi landasan bagi konsep diri yang positif dan sehat. Gugus ini meliputi tiga keterampilan dasar yaitu memahami diri sendiri, mencintai diri sendiri, dan bersikap jujur terhadap diri sendiri. Kedua, gugus keterampilan hidup yang menjadi landasan bagi kemampuan berfikir secara kritis. Gugus ini meliputi memiliki sistem nilai pribadi yang jelas, memiliki perspektif atau wawasan hidup, berpikir terbuka, memiliki selera humor, memiliki resiliensi atau daya tahan menghadapi tekanan, dan memiliki sikap menerima atau pasrah.

Dari sinilah muncul tugas perkembangan dalam penyelenggaraan program psikoedukasi. Penyelenggaraan program psikoedukasi berfokus pada pemberian bantuan pelatihan keterampilan secara terstruktur baik untuk tujuan preventif maupun remedial. Secara khusus program pelatihan ini ditujukan untuk prevensi dini.

2) Model tugas perkembangan

Tugas perkembangan adalah tugas yang muncul pada atau sekitar masa tertentu dalam kehidupan seseorang, bila dicapai secara berhasil akan membawa pada kebahagiaan dan keberhasilan mencapai tugas – tugas berikutnya, namun jika gagal akan membawa pada ketidakbahagiaan bagi yang bersangkutan, penilakan oleh masyarakat serta kesulitan dalam mencapai tugas – tugas berikutnya.

Konsep tugas perkembangan memiliki dua manfaat bagi penyelenggaraan program psikoedukasi. Pertama, membantu menemukan dan merumuskan tujuan psikoedukasi. Kedua, menunjukkan saat yang tepat dalam memberikan psikoedukasi.

3) Model ragam bantuan

Ragam bantuan merupakan istilah untuk membedakan jenis –jenis psikoedukasi berdasarkan bidang kehidupan tertentu atau aspek perkembangan tertentu yang dijadikan fokus atau materi psikoedukasi. Tiga bidang psikoedukasi yang dimaksud adalah bidang pribadi-sosial, bidang akademik, dan bidang karir.

Menurut Bhattacharjee, dkk (2011) terdapat enam jenis psikoedukasi antara lain:

1) *Information model*

Model psikoedukasi ini mengutamakan pemberian pengetahuan keluarga terkait penyakit dan manajemen penatalaksanaan. Tujuan dari model ini adalah untuk meningkatkan kesadaran keluarga tentang penyakit dan kontribusinya dalam penatalaksanaan pasien.

2) *The skill training model*

Model psikoedukasi ini menunjukkan pengembangan secara sistematis terhadap perilaku yang spesifik sehingga individu dapat menambah kemampuannya dalam mengatasi masalah kesehatan secara lebih efektif.

3) *The supportive model*

Model psikoedukasi ini merupakan suatu model pendekatan dengan memberi dukungan pada klien maupun keluarga untuk berbagi perasaan

dan pengalaman. Tujuan utama dari model ini adalah untuk meningkatkan kapasitas emosional klien dan keluarga sehingga dapat menunjukkan koping yang positif.

4) *Comprehensive model*

Model ini dapat dikatakan sebagai kombinasi dari information, skill training dan supportive model. Inti dari model ini adalah pemberian informasi atau ceramah terkait penyakit. Pada model ini akan digunakan anggota keluarga dari klien yang pada akhirnya akan berpartisipasi dalam pemberian psikoedukasi bersama profesional lainnya.

5) *The multiple family group therapy model*

Model ini menekankan pada pemberian bantuan pada klien dan keluarga dalam mengakomodasi penatalaksanaan penyakit dengan meningkatkan sistem dukungan sosial untuk mengurangi kebingungan dan kecemasan pada klien dan keluarga dengan mempelajari strategi adaptif.

6) *The behavioural family management model*

Model ini memberikan intervensi pada keluarga untuk meningkatkan mekanisme koping yang efektif sehingga klien dapat menghindari efek negatif dari stress lingkungan. Model ini memberikan pengetahuan pada anggota keluarga tentang bagaimana merencanakan dan mengimplementasikan variasi dari tugas penting untuk rehabilitasi klien. Model ini meningkatkan strategi koping keluarga untuk menambah efisiensi dari penyelesaian masalah keluarga.

7) *Peer to peer psychoeducation approach*

Model ini diterapkan pada area klinis dimana pasien yang pernah mengalami penyakit/masalah yang sama akan saling memotivasi sehingga timbul harapan baru bagi klien.

Penelitian ini akan menggunakan jenis psikoedukasi *The skill training model*.

2.5.3 Tujuan psikoedukasi

Tujuan dari psikoedukasi adalah menambah pengetahuan bagi individu dan keluarga sehingga diharapkan dapat menurunkan tingkat kecemasan dan meningkatkan fungsi keluarga (Stuart, 2009). Intervensi psikoedukasi diharapkan dapat meningkatkan pencapaian pengetahuan individu tentang penyakit, mengajarkan bagaimana teknik pengajaran dalam upaya membantu mereka melindungi individu dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung individu.

2.5.4 Fokus Psikoedukasi

Psikoedukasi dapat menjadi intervensi tunggal, tetapi juga sering digunakan bersamaan dengan beberapa intervensi lainnya untuk membantu partisipan menghadapi tantangan kehidupan tertentu. psikoedukasi terkadang menjadi bagian dari sebuah psikoterapi. Psikoterapi berbeda dengan psikoedukasi. Psikoterapi merupakan proses interaksi antara profesional dan kliennya (individu, keluarga, atau kelompok) yang bertujuan mengurangi stress, malfungsi dan disability dari sistem klien pada fungsi kognisi, afeksi, dan perilaku. Psikoterapi berfokus pada diri individu yang mendapatkan intervensi, sedangkan psikoedukasi berfokus pada sistem yang lebih besar dan mencoba untuk tidak mempatologikan pasien (Walsh, 2010).

Intervensi psikoterapi berdasarkan pada model medis tradisional dimana didesain untuk mengobati patologi, gangguan, dan disfungsi. Sedangkan psikoedukasi merefleksikan paradigma yang lebih menyeluruh dengan pendekatan *competence based*, menekankan pada kesehatan, kolaborasi, *coping*, dan *empowerment* (Lukens & McFarlane, 2004). Psikoedukasi akan memberikan informasi-informasi penting permasalahan klien serta memberikan pengajaran tentang keterampilan-keterampilan yang dianggap penting dalam menghadapi situasi permasalahannya.

Fokus dari psikoedukasi antara lain: mendidik partisipan mengenai tantangan dalam hidup, membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dalam menghadapi tantangan hidup, mengembangkan keterampilan *coping* untuk menghadapi tantangan hidup, mengembangkan dukungan emosional, mengurangi *sense of stigma* dari partisipan, mengubah sikap dan *belief* dari partisipan terhadap suatu gangguan, mengidentifikasi dan mengeksplorasi perasaan terhadap suatu isu, mengembangkan keterampilan penyelesaian masalah, mengembangkan keterampilan *crisis intervention*.

2.5.5 Program Psikoedukasi

Program psikoedukasi adalah suatu rangkaian kegiatan psikoedukasi untuk membantu kelompok klien sasaran/ partisipan mengembangkan satu atau serangkaian keterampilan hidup tertentu (Supratiknya, 2011). Program psikoedukasi dapat dikembangkan dengan menggunakan modul psikoedukasi yang tersusun atas komponen:

1) Topik

Komponen ini menjelaskan jenis keterampilan hidup yang akan diberikan dalam modul psikoedukasi. Topik biasanya akan digunakan sebagai judul.

2) Tujuan

Komponen ini menjelaskan secara lebih spesifik jenis-jenis keterampilan hidup yang akan menjadi tujuan modul, serta hasil yang diharapkan akan dicapai oleh peserta pada akhir kegiatan.

3) Waktu

Komponen ini menjelaskan waktu yang diperlukan dalam melaksanakan modul dari kegiatan pemecah kebekuan suasana diawal kegiatan sampai langkah evaluasi. Waktu dituliskan dalam jam atau menit.

4) Tata ruang

Komponen ini menjelaskan pengaturan isi ruangan, kondisi ruang, perabotan serta perlengkapan dalam pelaksanaan modul psikoedukasi.

5) Materi

Komponen ini menjelaskan secara konseptual jenis-jenis keterampilan hidup yang menjadi tujuan modul dan disajikan berupa handouts, booklet, rekaman pidato, film, atau media lain yang disertai penjelasan lisan oleh fasilitator.

6) Prosedur

Komponen ini menjelaskan langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan oleh peserta dan fasilitator dalam rangka mencapai tujuan.

7) Media

Media dapat berupa:

- a. Handouts/booklet yang berisi paparan materi

- b. Lembar kerja pribadi maupun kelompok
- c. Slides, film, rekaman audio seperti pidato, musik dsb
- d. Gambar, koran bekas, majalah bekas dll
- e. OHP, laptop, komputer dan viewer
- f. Alat tulis

8) Evaluasi

Evaluasi hasil serta evaluasi kinerja. Evaluasi hasil mempertanggungjawabkan hasil penyelenggaraan modul psikoedukasi yang telah dilaksanakan. Sedangkan evaluasi kinerja mempertanggungjawabkan proses pelaksanaan modul psikoedukasi yang telah dilaksanakan terkait kinerja fasilitator.

9) Sumber

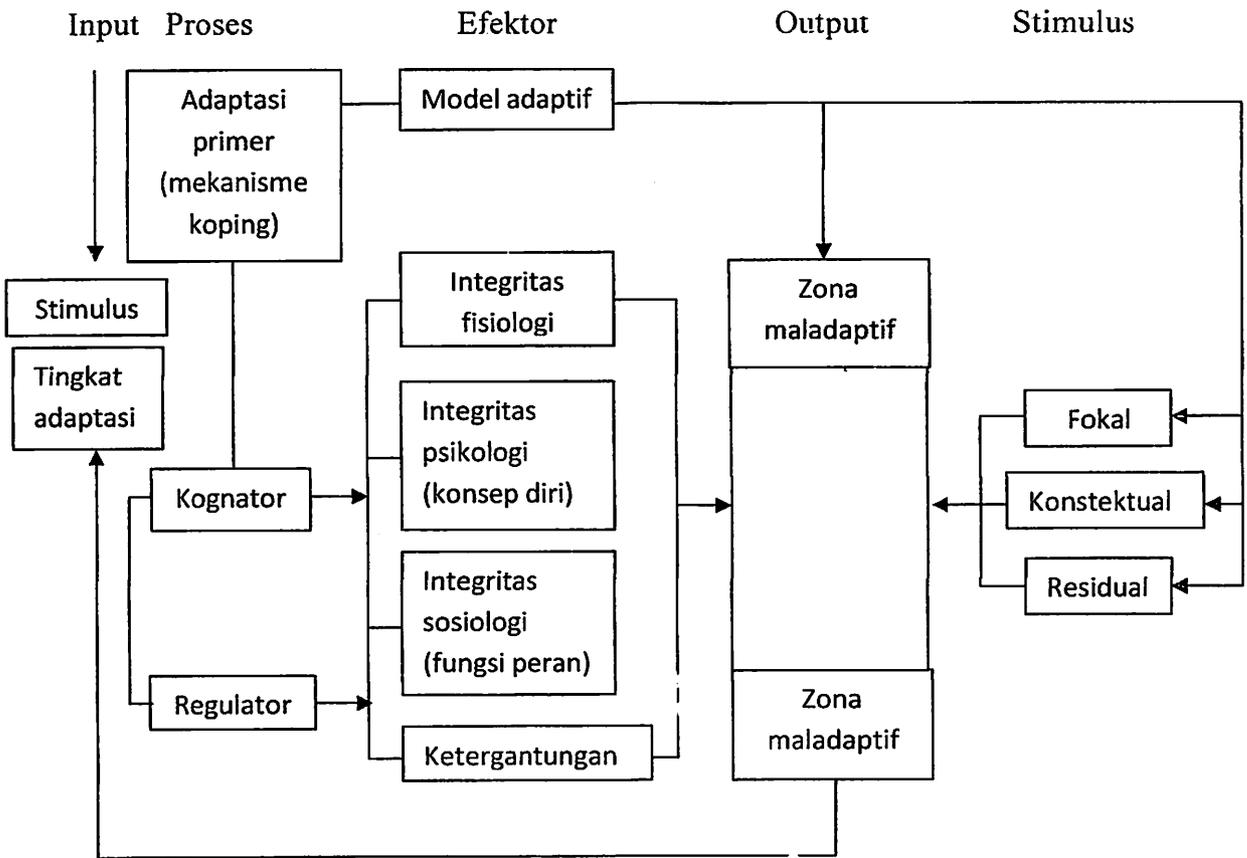
Komponen ini memuat berbagai sumber pustaka yang digunakan sebagai sumber acuan dalam penyusunan modul.

2.6 Teori Adaptasi Roy

Model adaptasi Roy menggunakan kerangka konsep untuk pelayanan keperawatan untuk individu yang sehat maupun kondisi sakit (akut, kronik, terminal). Model ini menjelaskan bahwa individu merupakan sistem adaptif yang berinteraksi secara konstan dengan lingkungan internal maupun eksternal. Lingkungan itu sendiri merupakan stimulus yang bervariasi yang berpengaruh terhadap kesehatan. Tugas dari setiap individu adalah untuk beradaptasi terhadap stimulus lingkungan (Alligood, 2010).

Menurut Roy terdapat 5 objek utama dalam ilmu keperawatan, yaitu manusia/ individu yang mendapatkan asuhan keperawatan, keperawatan,

konsep sehat, konsep lingkungan, serta tindakan keperawatan (Nursalam & Kurniawati, 2007)



Gambar 2.1 Diagram model adaptasi Roy

Roy mengkategorikan stimuli menjadi (Alligood, 2010);

1) Stimulus fokal

Merupakan stimulus internal maupun eksternal yang berpengaruh terhadap adaptasi seseorang. Stimulus fokal merupakan fenomena yang menjadi perhatian utama individu.

2) Stimulus konstektual

Merupakan segala stimulus selain stimulus fokal dalam suatu kondisi tertentu yang memperkuat efek stimulus fokal.

3) Stimulus residual

Merupakan stimulus atau fenomena lain yang berasal dari internal maupun eksternal individu dimana dapat memberikan efek pada stimulus focal namun efek yang diberikan tidak tampak jelas.

Ketiga stimuli tersebut akan bekerja bersamaan dan mempengaruhi level adaptasi seseorang yaitu kemampuan seseorang untuk berespon positif terhadap situasi. Level adaptasi menyesuaikan dengan mekanisme koping individu dan *control process*. Dua subsistem tersebut dapat diobservasi melalui 4 model adaptasi, antara lain:

1) Model Adaptasi Fisiologi

Merupakan bagaimana kemampuan fisik seseorang berespon terhadap stimulus dari lingkungan. Kebutuhan fisik dalam model ini antara lain oksigen, nutrisi, eliminasi, aktifitas dan istirahat, serta perlindungan. Empat proses kompleks dalam regulasi aktivitas dalam model ini antara lain indra/fungsi sensori, cairan dan elektrolit, fungsi saraf dan fungsi endokrin. Integritas fisik merupakan respon adaptif dari model ini.

2) Model Adaptasi Konsep diri

Model ini berisi psikologis dan spiritual dari individu. Konsep diri dari seseorang terdiri dari kepercayaan dan perasaan yang terbentuk tentang diri sendiri. Konsep diri terbentuk dari persepsi internal dan persepsi orang lain. Konsep diri terdiri dari 2 komponen yaitu *physical self (body sensation and body image)* dan *personal self (self consistency, self ideal, and moral ethical, spiritual self)*.

3) Model Adaptasi Fungsi peran

Model ini mengarah pada peran primer, sekunder dan tersier dari individu dalam masyarakat. Peran merupakan bagaimana individu dapat menjalankan fungsinya dalam masyarakat sesuai dengan apa yang diharapkan sesuai posisi dalam masyarakat.

4) Model Adaptasi Interdependen

Model ini mengarah pada mekanisme koping individu dalam sebuah hubungan atau interaksi dengan orang lain dan mengabaikan memberi dan menerima cinta dan kasih sayang, perhatian dan nilai.

Menurut Roy terdapat 5 objek utama dalam ilmu keperawatan, yaitu manusia, keperawatan, konsep sehat, konsep lingkungan dan tindakan keperawatan, dengan pembahasan sebagai berikut (Nursalam, 2013):

1. Manusia

Roy menyatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau sosial sebagai sistem adaptasi yang holistik dan terbuka. Sistem terbuka tersebut berdampak terhadap perubahan yang konstan terhadap informasi, kejadian, dan energi antarsistem dan lingkungan. Perubahan tersebut harus mempertahankan integritas dirinya yaitu beradaptasi secara kontinu.

a. Input

Sistem adaptasi memiliki input dari internal individu berupa suatu stimulus. Stimulus merupakan suatu unit informasi, kejadian, atau energi yang berasal dari lingkungan. Respons individu terhadap stimulus menentukan tingkat adaptasi dari individu tersebut. Tingkat

respons antara individu sangat uni dan bervariasi bergantung pada pengalaman yang didapatkan sebelumnya, status kesehatan individu, dan stresor yang diberikan.

b. Proses

- 1) Roy menggunakan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Mekanisme koping dapat dipengaruhi oleh faktor genetik dan dapat dipelajari. Roy menekankan ilmu keperawatan yang unik untuk mengontrol mekanisme koping. Mekanisme tersebut dinamakan regulator dan kognator.
- 2) Subsistem regulator memiliki komponen input, proses internal, dan output. Stimulus input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara sistem regulator berupa kimiawi, saraf atau endokrin. Refleks otonomi sebagai respons neural berasal dari batang otak dan korda spinalis, diartikan sebagai suatu perilaku output dari sistem regulasi. Organ target (endokrin) dan jaringan dibawah kontrol endokrin juga memproduksi perilaku output regulator, yaitu terjadinya peningkatan andreno cortico tyroid hormone (ACTH) kemudian diikuti peningkatan kadar kortisol darah. Banyak proses fisiologis yang dapat diartikan sebagai perilaku subsistem regulator. Misalnya, regulator tentang respirasi. Pada sistem respirasi akan terjadi peningkatan oksigen, yang menginisiasi metabolisme agar dapat merangsang kemoreseptor pada medula untuk meningkatkan laju pernafasan. Stimulasi yang

kuat pada pusat tersebut akan meningkatkan ventilasi lebih dari 6-7 kali.

- 3) Contoh proses regulator tersebut terjadi ketika stimulus eksternal divisualisasikan dan ditransfer melalui saraf mata menuju pusat saraf otak dan bagian bawah pusat saraf otonomi. Saraf simpatetik dari bagian ini mempunyai dampak yang bervariasi pada viseral, termasuk peningkatan tekanan darah dan denyut jantung.
- 4) Stimulus terhadap subsistem kognator juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku output subsistem regulator dapat menjadi umpan balik terhadap stimulus subsistem kognator. Proses kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan. Belajar berhubungan dengan proses imitasi dan penguatan. Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan dan khususnya emosi untuk mencari kesembuhan, dukungan yang efektif, dan kebersamaan.
- 5) Dalam mempertahankan integritas seseorang, kognator dan regulator bekerja bersama. Sebagai suatu sistem adaptasi, tingkat adaptasi seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkat rangsangan sehingga individu dapat merespons secara positif.

c. Efektor

Roy mendefinisikan sistem efektor merupakan sistem adaptasi proses internal yang terjadi pada individu yang meliputi: fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan.

1) Fisiologis

- a) Oksigenasi menggambarkan pola penggunaan oksigen yang berhubungan dengan respirasi dan sirkulasi
- b) Nutrisi menggambarkan pola penggunaan nutrisi untuk memperbaiki kondisi dan perkembangan tubuh klien
- c) Eliminasi menggambarkan pola eliminasi
- d) Aktivitas dan istirahat menggambarkan pola aktivitas, latihan, istirahat dan tidur
- e) Integritas kulit menggambarkan fungsi fisiologis kulit
- f) Rasa menggambarkan fungsi sensori perseptual yang berhubungan dengan panca indra penglihatan, penciuman, perabaan, pengecapan, dan pendengaran.
- g) Cairan dan elektrolit menggambarkan pola fisiologis penggunaan cairan dan elektrolit
- h) Fungsi neurologis menggambarkan pola kontrol neurologis, pengaturan, dan intelektual
- i) Fungsi endokrin menggambarkan pola kontrol dan pengaturan termasuk respons stres dan sistem reproduksi.

2) Konsep diri

Konsep diri mengidentifikasi nilai, kepercayaan, dan emosi, yang berhubungan dengan ide diri sendiri. Perhatian ditujukan pada kenyataan keadaan diri sendiri tentang fisik, individual, dan moral etik.

3) Fungsi peran

Fungsi peran mengidentifikasi tentang pola interaksi sosial seseorang yang berhubungan dengan orang lain akibat dari peran ganda yang dijalankan.

4) Ketergantungan

Interdependen mengidentifikasi pola nilai – nilai manusia, kehangatan, cinta, dan memiliki. Proses tersebut terjadi melalui hubungan interpersonal terhadap individu maupun kelompok.

d. Output

Perilaku seseorang berhubungan dengan metode adaptasi. Koping yang tidak efektif berdampak terhadap respons sakit (maladaptif). Jika klien masuk pada zona maladaptif maka klien mempunyai masalah keperawatan (adaptif).

2. Keperawatan

Roy mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptasi yang berhubungan dengan empat model respons adaptasi. Perubahan internal, eksternal, dan stimulus input bergantung dari kondisi koping individu. Kondisi koping menggambarkan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi ditentukan oleh stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Stimulus fokal adalah suatu respons yang

diberikan secara langsung terhadap input yang masuk. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain yang merangsang seseorang baik internal maupun eksternal serta mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subyektif disampaikan oleh individu. Stimulus residual adalah karakteristik/riwayat seseorang dan timbul secara relevan sesuai dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif.

Tindakan keperawatan yang diberikan adalah meningkatkan respons adaptasi pada situasi sehat dan sakit. Tindakan tersebut dilaksanakan oleh perawat dalam memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, atau residual pada individu. Dengan memanipulasi semua stimulus tersebut, diharapkan individu akan berada pada zona adaptasi. Jika memungkinkan stimulus fokal yang dapat mewakili semua stimulus harus dirangsang dengan baik. Untuk mengubah stimulus fokal, perawat perlu memanipulasi stimulus kebutuhan agar respons adaptasi dapat terpenuhi. Jika stimulus fokal tidak dapat diubah, perawat harus meningkatkan respons adaptif dengan memanipulasi stimulus kontekstual dan residual.

3. Konsep sehat – sakit

Roy mendefinisikan sehat sebagai suatu kontinum dari meninggal sampai dengan tingkatan tertinggi sehat. Dia menekankan sehat merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya menjadikan dirinya terintegrasi secara keseluruhan yaitu fisik, mental, dan sosial. Integritas adaptasi individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan mempertahankan pertumbuhan dan reproduksi.

Sakit adalah suatu kondisi ketidakmampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan luar individu. Kondisi sehat dan sakit sangat relatif dipersepsikan oleh individu. Kemampuan seseorang dalam beradaptasi (koping) bergantung pada latar belakang individu tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat – sakit, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, budaya, dan lain-lain.

4. Konsep lingkungan

Stimulus dari individu dan stimulus sekitarnya merupakan unsur penting dalam lingkungan. Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi yang berasal dari internal dan eksternal, yang mempengaruhi dan berakibat terhadap perkembangan dan perilaku seseorang dan kelompok. Lingkungan eksternal dapat berupa fisik, kimiawi, ataupun psikologis yang diterima individu dan dipersepsikan sebagai suatu ancaman. Sedangkan lingkungan internal adalah keadaan proses mental dalam tubuh individu (berupa pengalaman, kemampuan emosional, kepribadian) dan proses stresor biologis yang berasal dari dalam tubuh individu.

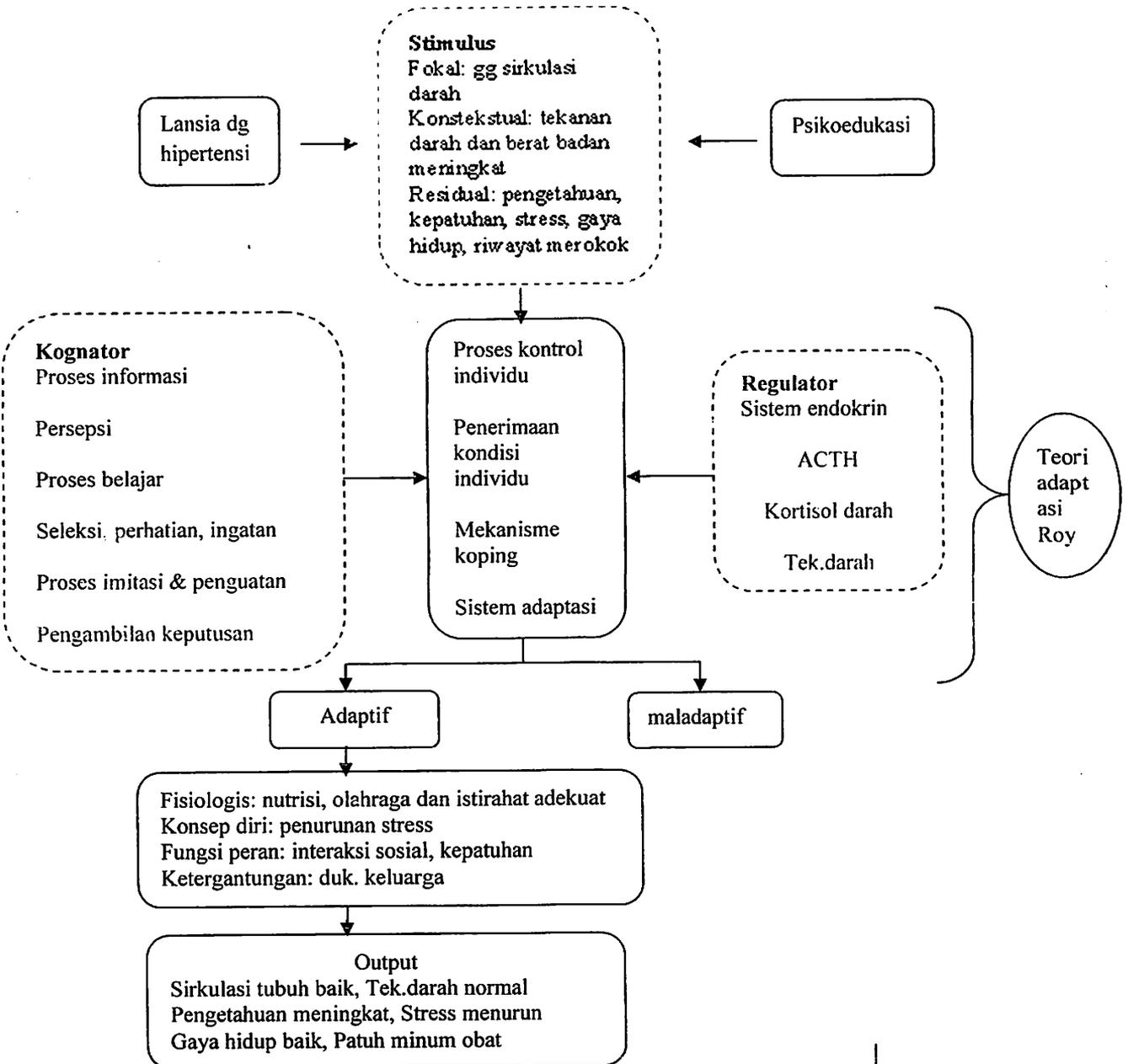
5. Proses keperawatan

Model ilmu keperawatan dari adaptasi roy memberikan pedoman kepada perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosa, intervensi, dan evaluasi.



BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Koping, Kepatuhan dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy.

Keterangan: ————— diteliti
 ----- tidak diteliti

Berdasarkan teori adaptasi Roy disebutkan bahwa input merupakan suatu stimulus. Stimulus merupakan suatu unit informasi, kejadian, atau energi yang berasal dari lingkungan. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direspon sebagai suatu input dalam sistem adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut bergantung pada stimulus yang didapat pada individu.

Stimulus dibedakan menjadi stimulus fokal yaitu gangguan sirkulasi darah; stimulus konseptual yaitu peningkatan tekanan darah dan peningkatan berat badan; serta stimulus residual yang terdiri dari pengetahuan, gaya hidup, dan riwayat merokok. Manipulasi terhadap stimulus tersebut dapat membawa individu berada dalam zona adaptasi dengan coping yang positif sehingga dapat memberikan dampak/efek pada 4 model adaptasi antara lain fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan ketergantungan. Manipulasi stimulus bertujuan untuk mengontrol mekanisme coping individu (regulator dan kognator) yang dalam hal ini dilakukan dengan pemberian intervensi keperawatan berupa psikoedukasi.

Psikoedukasi menjadi suatu intervensi dalam keperawatan untuk memberikan penguatan pada proses regulator dan kognator. Selain itu tujuan intervensi tersebut adalah untuk meningkatkan respon adaptasi pada situasi sehat dan sakit. Secara fisiologis diharapkan dapat meningkatkan intake nutrisi menjadi adekuat, olahraga dan istirahat adekuat sedangkan dalam adaptasi konsep diri dapat menurunkan stress individu. Pada model adaptasi fungsi peran dapat meningkatkan interaksi sosial sedangkan model adaptasi ketergantungan dapat meningkatkan dukungan sosial dan keluarga.

Perilaku yang berhubungan dengan model adaptasi merupakan manifestasi dari tingkat adaptasi individu dan mengakibatkan digunakannya mekanisme

koping. Koping yang efektif akan berdampak terhadap respon sehat sakit individu. Jika individu masuk pada zona maladaptif maka individu memiliki masalah keperawatan, sedangkan bila masuk pada zona adaptif maka output yang didapatkan antara lain: peningkatan pengetahuan, penurunan stress, gaya hidup sehat, sirkulasi tubuh baik, tekanan darah dalam rentang normal serta kepatuhan dalam perilaku sehat.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh psikoedukasi terhadap peningkatan pengetahuan pada lansia dengan hipertensi
2. Ada pengaruh psikoedukasi terhadap peningkatan koping pada lansia dengan hipertensi
3. Ada pengaruh psikoedukasi terhadap peningkatan kepatuhan pada lansia dengan hipertensi
4. Ada pengaruh psikoedukasi terhadap penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi



4.2 Populasi Dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien lansia yang mengalami penyakit hipertensi di Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember.

4.2.2 Sampel dan Sampling Penelitian

Perhitungan besar sampel dengan menggunakan estimasi besar sampel untuk penelitian menguji hipotesis beda 2 mean kelompok berpasangan sebagai berikut (Dahlan 2010) :

$$n = 2 \times ((Z\alpha + Z\beta) \times S'_i(X1 - X2))^2$$

Keterangan:

n = Besar sampel

Z α = Deviat baku untuk α

Z β = Deviat baku untuk β

S = Simpangan baku dari selisih nilai kelompok

x1-x2 = selisih minimal rerata yang dianggap bermakna

Peneliti menetapkan kesalahan tipe I sebesar 5% hipotesis dua sisi dan didapatkan Z α = 1,960 sedangkan kesalahan tipe II ditetapkan sebesar 10%, sehingga Z β = 1,645. Perbedaan rerata penelitian psikoedukasi sebelumnya yang dianggap bermakna adalah 9,69 dimana simpangan baku dari perbedaan rerata sebelum dan sesudah mendapatkan psikoedukasi pada penelitian sebelumnya adalah 5,059 (Rachmaniah, 2010).

$$n = 2 \times ((1,960 + 1,645) \times 5,059 / 9,69)^2$$

$$= 7,08$$

Besar sampel untuk penelitian ini berdasarkan perhitungan diatas adalah sebesar 8 responden. Peneliti akan mengambil sampel 10 responden untuk kelompok intervensi dan 10 responden untuk kelompok kontrol dengan pertimbangan drop out dari responden .

Sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *convenience* yaitu cara penetapan sampel dengan mencari subjek atas dasar hal-hal yang menyenangkan atau mengenakan peneliti dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi dari penelitian ini adalah :

- a) Pasien secara medis didiagnosa menderita hipertensi
- b) Pasien menderita hipertensi primer ringan dan sedang
- c) Pasien berusia >60 tahun
- d) Bersedia menjadi responden
- e) Pasien mengkonsumsi obat anti hipertensi
- f) Pasien dengan berat badan ideal
- g) Kegiatan psikoedukasi tidak membahayakan bagi klien

2. Kriteria Eksklusi dari penelitian ini adalah:

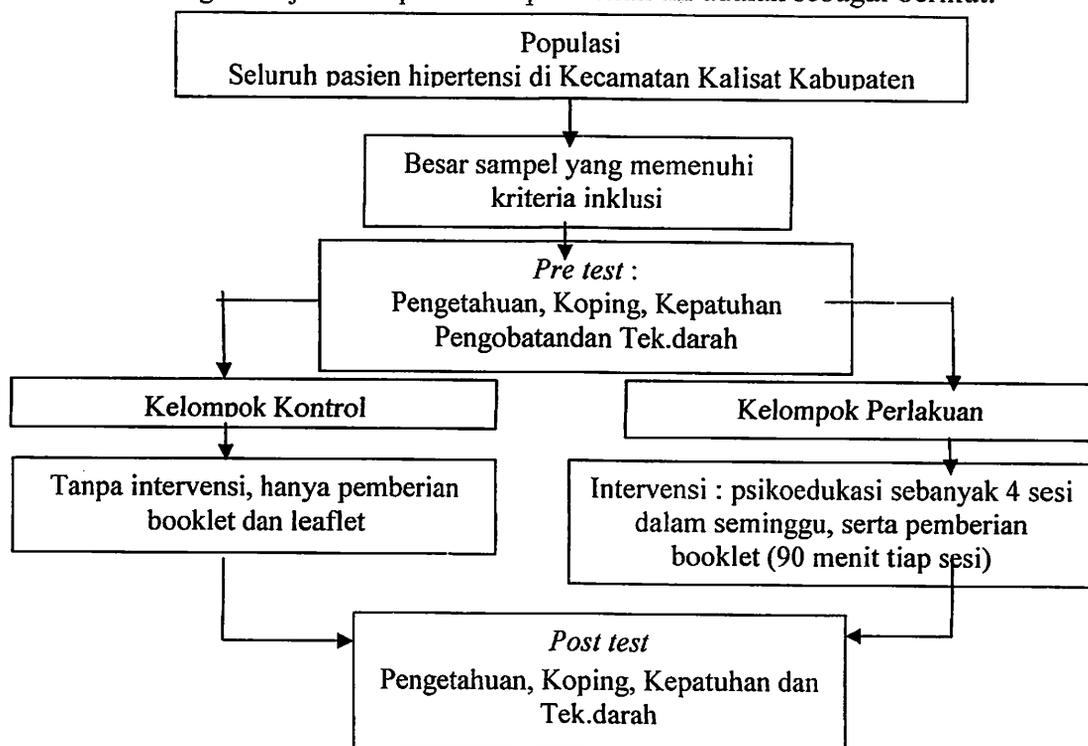
- a) Pasien dengan penyakit komplikasi lain seperti diabetes dan gangguan ginjal

3. Kriteria drop out adalah

- a) Responden tidak mengikuti keseluruhan sesi dalam kegiatan psikoedukasi
- b) Responden tidak mengikuti kegiatan dari awal hingga akhir dalam tiap sesi

4.3 Kerangka Operasional

Kerangka kerja konseptual dari penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Koping, Kepatuhan dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy.

4.4 Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional

- Variabel Independen : Psikoedukasi
- Variabel dependen : Pengetahuan, Koping, Tekanan Darah.
- Variabel Kendali/Kontrol : Faktor Jenis hipertensi primer
- Variabel Interviewing : Tingkat Pendidikan
- Variabel Perancu : Merokok, Alkohol, Berat badan

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Koping, Kepatuhan dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy.

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
v.independen: psikoedukasi	Sebuah pembelajaran dengan pendekatan konsep psikologi yang dapat diberikan secara individual maupun kelompok/ grup yang bertujuan untuk melatih aneka life skill sebagai upaya mengatasi masalah dalam penyakit hipertensi. Jenis pskoedukasi yang digunakan adalah <i>the skill training model</i>	Pelaksanaan sesuai tahap sesi psikoedukasi yang dilaksanakan dalam 4 sesi dalam seminggu dan masing-masing sesi dilaksanakan selama 60-90 menit, yang meliputi: 1. Sesi 1 menidentifikasi masalah yang muncul terkait penyakit hipertensi 2. Sesi 2 Edukasi keperawatan terkait penyakit hipertensi 3. Sesi 3 Manajemen stres dan koping individu 4. Sesi 4 Evaluasi kegiatan,	Pre test Post test	Ordinar	1 Diberikan Psikoedukasi 2 Tidak diberikan Psikoedukasi
v. dependen: tekanan darah	Kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung.	Sistole Diastole	Sphigmomanometer	Interval	Normal = 140-159/90-99 mmHg Ringan = 160-169/100-109

						mmHg Sedang= >170/>110 mmHg
v. dependen: pengetahuan	Tingkat pengetahuan pasien hipertensi tentang definisi, penyebab, tanda dan gejala, penatalaksanaan penyakit hipertensi sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi	Mengerti tentang penyakit yang dialami	Kuesioner B	Interval		Rendah = 0-4 Sedang = 5-9 Tinggi = 10-14
v. dependen: koping	berbagai usaha yang dilakukan individu untuk menanggulangi stres yang dihadapinya respon perilaku yang digunakan pasien untuk memecahkan masalah atau mengurangi kecemasan yang diakibatkan oleh masalah	Aktif mencari informasi terkait penyakit Rutin memeriksakan diri pada pelayanan kesehatan Mampu melakukan perubahan gaya hidup	Kuesioner C	Interval		Koping tidak efektif = 39-97 Koping efektif = 98-156
v. dependen: kepatuhan	sejauh mana perilaku klien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan terkait gaya hidup klien antara lain: diet, aktivitas dan istirahat	Kemampuan mengontrol diri mengkonsumsi obat Asupan nutrisi Olahraga Istirahat/tidur Merokok	Kuesioner D	Interval		Kepatuhan baik= 6-10 Kepatuhan buruk = 0-5

4.5 Instrumen Penelitian

Intrumen dalam penelitian ini menggunakan:

a. Sphigmomanometer jarum untuk mengukur tekanan darah.

b. Kuesioner A

Pengumpulan data demografi yang berisi karakteristik responden meliputi kode/nomor responden, usia, pendidikan, alamat dan pekerjaan.

c. Kuesioner B

Pengetahuan pasien hipertensi diukur melalui kuesioner yang terdiri dari 14 pertanyaan. Pengetahuan akan dikategorikan menjadi pengetahuan rendah (skor 0-4), pengetahuan sedang (skor 5-9), dan pengetahuan tinggi (skor 10-14).

d. Kuesioner C

Untuk mengukur coping individu digunakan kuesioner *Revised Ways of Coping Scale* (WCQ-R) menurut Lazarus dan Folkman yang terdiri dari 39 pertanyaan. Coping akan dikategorikan menjadi coping efektif (skor 98-157) dan coping tidak efektif (skor 39-97).

e. Kuesioner D

Kepatuhan pasien diukur dengan kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan. Kepatuhan akan dikategorikan menjadi kepatuhan baik (skor 0-5), kepatuhan buruk (skor 6-10).

4.6 Alat Dan Bahan

Alat yang dibutuhkan dalam penelitian adalah

1. Lembar balik sebagai media penyampaian materi
2. Booklet mengenai hipertensi
3. Alat tulis yang digunakan responden
4. Kamera sebagai alat dokumentasi

4.7 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian berada di Desa Plalangan Kecamatan Kalisat Kabupaten Jember dan dilaksanakan pada bulan Oktober 2015 sampai dengan Juni 2016, dengan jadwal sebagai berikut:

Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan Penelitian Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Koping, Kepatuhan dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy.

No	Kegiatan penelitian	Bulan									
		Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	
1	Menentukan topik/judul tesis	■									
2	Menyusun proposal	■	■	■	■	■	■				
3	Seminar proposal tesis						■				
4	Perijinan dan pengambilan data						■	■			
5	Analisis data dan penyusunan hasil							■			
6	Seminar hasil								■		
7	Ujian tesis									■	

4.8 Prosedur Pengambilan Atau Pengumpulan Data

Langkah – langkah dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

4.8.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan dilaksanakan pada minggu I dan II dengan kegiatan sebagai berikut:

- 1) Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan surat permohonan ijin pada pihak Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang kemudian disampaikan pada pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Jember terkait penelitian yang akan dilaksanakan di Kabupaten Jember.
- 2) Setelah mendapatkan ijin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember selanjutnya peneliti akan menindaklanjuti untuk melakukan koordinasi dengan kepala kecamatan Kalisat.
- 3) Peneliti selanjutnya mencari data pasien lansia dengan hipertensi di Puskesmas Kalisat. Setelah didapatkan nama-nama pasien maka selanjutnya dilakukan penentuan untuk pembagian pasien yang menerima perlakuan serta pasien yang menjadi kontrol. Peneliti kemudian mendatangi rumah masing-masing responden untuk menjelaskan maksud dan tujuan serta meminta kesediaan mereka menjadi responden penelitian.

4.8.2 Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan akan dilaksanakan dengan mengumpulkan para responden dan dilaksanakan pada minggu III. Hal yang dilakukan pertama kali adalah *informed consent* pada seluruh responden baik kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan. Seluruh responden diberi penjelasan terkait *pretest* yang akan dilakukan yaitu pengukuran pengetahuan, koping, kepatuhan, dan tekanan

darah. Tahap pelaksanaan terbagi dalam 4 sesi sehari yang berbeda dalam satu minggu atau 2 sesi dalam seminggu. Sebelum sesi pertama dilakukan maka dilakukan *pretest* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ditempat dan waktu yang berbeda. Setiap sesi dilaksanakan selama 60-90 menit, yang meliputi:

1) Sesi I. Identifikasi masalah

Pada sesi ini peneliti akan menggali permasalahan yang dialami oleh responden mengenai pengalaman, stres, beban dan kebutuhan yang dirasakan responden terkait dengan penyakit hipertensi yang diderita. Hasil dari sesi I didukung oleh hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner.

2) Sesi II. Informasi edukasi keperawatan

Pada sesi ini peneliti akan memberikan edukasi terkait dengan penyakit hipertensi yang meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan penatalaksanaan.

3) Sesi III. Manajemen stress dan keterampilan coping

Pada tahap ini responden menjelaskan pengalaman tentang masalah stres dan psikososial akibat penyakit hipertensi selain itu peneliti akan memberikan informasi tentang cara mengatasi stres serta tindakan alternatif tindakan dalam pelaksanaan dan merawat diri terkait penyakit hipertensi

4) Sesi IV. Evaluasi

Pada tahap ini dilakukan evaluasi keseluruhan kegiatan psikoedukasi. Peneliti akan mengeksplorasi perasaan klien, cara atau mekanisme coping yang telah dilakukan oleh responden dalam menghadapi penyakit yang diderita.

Pengambilan data baik *pretest* maupun *posttest* akan dilakukan dirumah responden dengan didampingi keluarga sehingga anggota keluarga dapat

membantu responden dalam pengisian kuesioner. Pengambilan data dilakukan dengan pengisian 3 kuesioner yaitu kuesioner pengetahuan, kepatuhan dan koping serta pengukuran tekanan darah.

Setiap sesi psikoedukasi akan dilakukan dengan teknik mendatangi pasien dari rumah ke rumah pada pagi atau sore hari. Kelompok kontrol akan diberikan booklet tanpa intervensi psikoedukasi. Pretest dan posttest pada kelompok kontrol dilakukan sama seperti pada kelompok intervensi.

4.8.3 Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi dilakukan pada minggu IV yaitu setelah sesi terakhir psikoedukasi diberikan. Tahap ini dilaksanakan post test pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Tahap evaluasi dilakukan 2 minggu setelah sesi I psikoedukasi diberikan.

4.9 Cara Analisis Data

1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan deskriptif karakteristik responden. Hasil analisis berupa distribusi frekuensi, presentase, mean, median dan standar deviasi. Variabel dengan data kategori dianalisis menggunakan distribusi frekuensi, prosentase atau proporsi. Variabel dengan data numerik dianalisis menggunakan mean, median, standar deviasi dan nilai maksimal.

2. Analisis bivariat

Pada Analisis bivariat dicari pengaruh dan membandingkan kelompok perlakuan dan kontrol. Uji statistik yang digunakan tergantung pada kenormalan data. Oleh karena itu sudah dilakukan terlebih dahulu uji kenormalan data dengan

menggunakan Shapiro Wilk. Setelah dilakukan uji kenormalan data maka selanjutnya dilakukan uji analisis data menggunakan *uji t-test* merupakan uji non-parametrik yang digunakan untuk membandingkan dua mean populasi yang berasal dari populasi yang sama.

Untuk menghitung nilai statistik *uji t-test*, rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} - 2r \left(\frac{s_1}{\sqrt{n_1}} \right) \left(\frac{s_2}{\sqrt{n_2}} \right)}}$$

Keterangan:

t = Nilai *uji t-test*

X₁ = Nilai rata-rata sampel sebelum perlakuan

X₂ = Nilai rata-rata sampel setelah perlakuan

s₁ = simpangan baku sebelum perlakuan

s₂ = simpangan baku setelah perlakuan

n₁ = jumlah sampel sebelum perlakuan

n₂ = jumlah sampel setelah perlakuan

3. Analisis multivariate

Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji beda Manova yang bertujuan untuk menguji apakah rata-rata lebih dari dua sampel berbeda secara signifikan atau tidak serta menguji apakah dua buah sampel mempunyai varians populasi yang sama ataukah tidak.

4.10 Etika Penelitian

Penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi etik kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Peneliti mengajukan *ethical clearance* terlebih dahulu kepada pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam penelitian ini agar tidak terjadi pelanggaran terhadap hak otonomi manusia yang menjadi subyek penelitian. Langkah pertama yang dilakukan peneliti sebelum penelitian dilakukan adalah dengan mengajukan ijin kepada kepala dinas kesehatan Kabupaten Jember serta melakukan uji etik terhadap kelayakan penelitian dari Universitas Airlangga. Setelah persetujuan didapatkan maka peneliti memulai penelitian dengan prinsip dalam etika yang mengacu pada Pedoman Nasional Etika Penelitian Kesehatan (KNEPK-Depkes RI, 2004) antara lain:

1. Menghormati martabat subjek penelitian

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat seseorang (subyek penelitian). Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*).

2. Asas kemanfaatan

Penelitian yang dilakukan harus mempertimbangkan manfaat dan resiko yang mungkin terjadi. Penelitian boleh dilakukan apabila manfaat yang diperoleh lebih besar daripada resiko/dampak negatif yang akan terjadi. Selain itu, penelitian yang

dilakukan tidak boleh membahayakan dan harus menjaga kesejahteraan manusia. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*non maleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subyek penelitian.

3. Berkeadilan

Dalam melakukan penelitian, setiap orang diberlakukan sama berdasar moral, martabat, dan hak asasi manusia. Hak dan kewajiban peneliti maupun subyek juga harus seimbang. Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan dan beban secara merata atau menurut kebutuhan, kemampuan, kontribusi dan pilihan bebas masyarakat.

4. *Informed consent*

Informed consent merupakan pernyataan kesediaan dari subyek penelitian untuk diambil datanya dan ikut serta dalam penelitian. Aspek utama *informed consent* yaitu informasi, komprehensif, dan volunterness. Dalam *informed consent* harus ada penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan. Baik mengenai tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang akan diperoleh, resiko yang mungkin terjadi, dan adanya pilihan bahwa subjek penelitian dapat menarik diri kapan saja.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan hasil penelitian tentang Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Kepatuhan Dan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Pendekatan Teori Adaptasi Roy di Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember. Besar sampel yang diperoleh dalam penelitian ini adalah 10 pasien lansia dengan hipertensi pada kelompok perlakuan dan 10 pasien lansia dengan hipertensi pada kelompok kontrol. Pengambilan data diperoleh selama rentang waktu enam minggu (25 April 2016 – 3 Juni 2016).

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Desa Plalangan terletak di Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember. Batas-batas administrasi Desa Plalangan sebagai berikut: sebelah utara: Desa Kalisat, sebelah selatan: Kecamatan Ledokombo, sebelah barat: Desa Kalisat, sebelah timur: Kecamatan Ledokombo. Desa Plalangan memiliki luas 1086.712 ha. Dari segi topografi, Desa Plalangan terletak disebelah utara Kabupaten Jember yang merupakan daerah pertanian yang subur. Desa Kencong memiliki beberapa dusun, yaitu: Dusun Plalangan, Dusun Krajan, Dusun Curahlembu, Dusun Jambuan.

Sampai dengan akhir tahun 2013, penduduk Desa Kalisat sebanyak 9723 jiwa, terdiri dari: laki-laki 4688 jiwa dan perempuan: 5035 jiwa. Dari segi pendidikan, masih banyak penduduk Desa Plalangan yang berpendidikan dibawah SMA yaitu sekitar 7315 jiwa. Sedangkan yang berpendidikan diatas SMA sekitar 258 jiwa. Dengan demikian sekitar 75% penduduk Desa Plalangan masih berpendidikan rendah.

Berdasarkan pekerjaan penduduk Desa Plalangan mayoritas berprofesi sebagai petani yaitu sebanyak 3119 jiwa. Hal ini juga dikarenakan sebagian besar daerah di Desa Plalangan merupakan area persawahan. Sehingga potensi terbesar untuk mata pencaharian penduduk adalah di sektor pertanian. Adapun tanaman yang menjadi produk hasil dari pertanian di Desa Plalangan adalah padi, tembakau, jagung dan sisanya sebagian kecil adalah hortikultura. Sumber utama pendapatan dari penduduk desa Plalangan adalah hasil dari sektor pertanian.

Aspek kesehatan penduduk Desa Plalangan dapat dikatakan belum baik. Hal ini terlihat dari banyaknya penduduk yang kurang mampu tidak ikut serta dalam BPJS Kesehatan. Rata-rata penduduk mendaftarkan diri pada BPJS Kesehatan ketika sudah dirawat di rumah sakit. Program puskesmas untuk lansia adalah dengan menggalakkan program posyandu lansia. Posyandu di Desa Plalangan dilaksanakan di kantor Desa Plalangan setiap bulan sekali. Cakupan area lansia hanya pada 500m dari pustu atau kantor desa. Sehingga lansia yang mengikuti posyandu setiap bulannya tidak lebih dari 30 orang. Lansia dengan jarak rumah jauh dari kantor desa secara otomatis tidak pernah mengikuti kegiatan posyandu lansia. Selain posyandu lansia, kader lansia juga mengadakan program pengajian bulanan untuk para lansia.

Sebagian besar masyarakat Desa Plalangan apabila sakit hal yang dilakukan pertama adalah menggunakan obat-obatan tradisional atau membeli obat di warung. Apabila dirasa penyakit semakin parah maka akan memeriksakan diri ke puskesmas atau tempat praktek perawat/dokter. Adapun yang mencari pengobatan alternatif baik ke dukun ataupun ke kyai atau pemuka agama. Pada penelitian ini pasien lansia biasanya hanya sesekali memeriksakan diri pada

pelayan kesehatan atau petugas kesehatan kemudian mengkonsumsi obat-obatan. Jika suatu saat kambuh maka lansia akan mencoba pengobatan tradisional dengan jamu atau pengobatan herbal.

5.2 Karakteristik Responden

Hasil analisis karakteristik responden menggambarkan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, dan pekerjaan. Karakteristik umum responden dapat digambarkan sebagai berikut:

Tabel 5.1 Karakteristik responden kelompok perlakuan dan kontrol Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Karakteristik		Perlakuan		Kontrol		Harga p
		Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase	
Jenis Kelamin	Laki-laki	6	60	4	40	0,371
	Perempuan	4	40	6	60	
Pekerjaan	Petani	8	80	7	70	0,819
	Pedagang	1	10	2	20	
	Buruh	1	10	1	10	
	Tidak bekerja	-	-	-	-	
Pendidikan	SD	6	60	5	50	0,282
	SMP	-	-	-	-	
	SMA	1	10	-	-	
	PT	-	-	-	-	
	Tidak sekolah	3	30	5	50	

Berdasarkan tabel 5.1 Dari 10 responden kelompok perlakuan, 60% adalah laki-laki dan sisanya perempuan, sedangkan pada 10 responden kelompok kontrol didominasi oleh perempuan dengan persentase 70%. Tingkat pendidikan pada kelompok perlakuan mayoritas adalah tingkat Sekolah Dasar sebanyak 60% sedangkan pada kelompok kontrol terdapat persamaan jumlah responden tingkat Sekolah Dasar dan tidak sekolah. Pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

terdapat persamaan dalam pekerjaan responden yaitu mayoritas bekerja sebagai petani dengan persentase masing-masing sebesar 80% dan 70%. Semua variabel karakteristik umum responden meliputi jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan dengan nilai signifikansi $p > 0,05$ dengan menggunakan uji *Chisquare* dan *Independent T-Test*. Ini berarti semua variabel bersifat homogen atau memiliki kemiripan data antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, sehingga bias akibat perbedaan karakteristik umum dapat diminimalkan.

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan usia pada kelompok perlakuan dan kontrol Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Variabel	Kelompok responden	Mean	Std. deviasi	Min	Max	Harga p
Usia responden (tahun)	Perlakuan	67,60	4,993	60	76	0,850
	Kontrol	64,60	4,719	60	74	

Tabel 5.2 Menggambarkan bahwa usia responden pada kelompok perlakuan rerata sekitar 67 tahun sedangkan kelompok kontrol berusia rerata 64 tahun.

5.3 Uji Normalitas

Berikut ini akan dilakukan uji normalitas data yang meliputi pengetahuan, koping, kepatuhan, serta tekanan darah pada sistole dan diastole baik data pada pengukuran pertama (pre test) maupun data pada pengukuran kedua (post test).

Tabel 5.3 Uji normalitas pada kelompok perlakuan Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Variabel		Kolmogorov-Smirnov (sig)	Shapiro-Wilk (Sig)
Umur		0.200*	0.656
Pengetahuan	<i>Pre test</i>	0.000	0.001
	<i>Post test</i>	0.031	0.182
Koping	<i>Pre test</i>	0.200*	0.072
	<i>Post test</i>	0.000	0.001
Kepatuhan	<i>Pre test</i>	0.090	0.177
	<i>Post test</i>	0.200*	0.124
Sistole	<i>Pre test</i>	0.200*	0.191
	<i>Post test</i>	0.000	0.000
Diastole	<i>Pre test</i>	0.035	0.015
	<i>Post test</i>	0.000	0.000

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa variabel umur dan kepatuhan memiliki distribusi normal dengan $p > 0.05$, sedangkan variabel pengetahuan, koping, sistole dan diastole datanya tidak terdistribusi secara normal dengan $p < 0.05$.

Tabel 5.4 Hasil uji normalitas pada kelompok kontrol Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Variabel		Kolmogorov-Smirnov (sig)	Shapiro-Wilk (Sig)
Umur		0,075	0,107
Pengetahuan	<i>Pre test</i>	0,007	0,102
	<i>Post test</i>	0,200*	0,550
Koping	<i>Pre test</i>	0,134	0,128
	<i>Post test</i>	0,200*	0,360
Kepatuhan	<i>Pre test</i>	0,035	0,015
	<i>Post test</i>	0,067	0,036
Sistole	<i>Pre test</i>	0,037	0,055
	<i>Post test</i>	0,007	0,051
Diastole	<i>Pre test</i>	0,009	0,008
	<i>Post test</i>	0,000	0,000

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa variabel umur dan koping memiliki distribusi normal dengan $p > 0.05$, sedangkan variabel pengetahuan, kepatuhan, sistole dan diastole datanya tidak terdistribusi secara normal dengan $p < 0.05$.

Hasil uji normalitas data untuk variabel umur dan kepatuhan pada kelompok perlakuan dan variabel umur dan koping pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa distribusi data normal sehingga akan digunakan uji statistik *independent t test*. Variabel yang lain baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol akan digunakan uji *wilcoxon*. Sedangkan untuk membandingkan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol maka akan digunakan uji *mann whitney*.

5.4 Pengaruh psikoedukasi terhadap Pengetahuan, Koping, Kepatuhan, dan Tekanan Darah

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan, koping, kepatuhan dan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi.

5.4.1 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan Lansia Dengan Hipertensi

Pengetahuan lansia di ukur melalui *pretest* dan *post test* setelah diberikan psikoedukasi pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan pengukuran tingkat pengetahuan pada *pretest* dan *posttest* tanpa diberikan intervensi psikoedukasi. Berikut disajikan dalam tabel pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan lansia:

Tabel 5.5 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan Lansia Dengan Hipertensi Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Kelompok	Pengetahuan				Harga p (Willcoxon)
	Pre test		Post test		
	Mean	Std. Deviasi	Mean	Std. Deviasi	
Perlakuan	6,50	1,780	11,10	1,595	0,005
Kontrol	4,70	1,252	5,00	1,247	0,257
<i>Mann withney</i>	0,014		0,000		

Tabel 5.5 menjelaskan bahwa nilai hasil uji kelompok perlakuan yaitu $p=0,005 < 0,05$ hal ini berarti bahwa psikoedukasi yang diberikan berpengaruh secara bermakna terhadap pengetahuan pasien lansia dengan hipertensi yaitu mampu meningkatkan pengetahuan pasien lansia dengan hipertensi. Pada kelompok kontrol nilai $p=0,257 > 0,05$ hal ini berarti bahwa tidak ada perubahan.

5.4.2 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Koping Lansia Dengan Hipertensi

Koping lansia di ukur melalui pretest dan post test setelah diberikan psikoedukasi pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan pengukuran tingkat pengetahuan pada *pretest* dan *posttest* tanpa diberikan intervensi psikoedukasi. Berikut disajikan dalam tabel pengaruh psikoedukasi terhadap koping lansia:

Tabel 5.6 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Koping Lansia Dengan Hipertensi Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Kelompok	Koping				Harga p
	<i>Pre test</i>		<i>Post test</i>		
	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviasi</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviasi</i>	
Perlakuan	78,60	8,618	108,40	13,689	0,005
Kontrol	78,20	1,252	79,20	11,013	0,244
<i>Mann withney</i>	0,819		0,001		

Tabel 5.6 menjelaskan bahwa nilai hasil uji kelompok perlakuan yaitu $p=0,005 < 0,05$ hal ini berarti bahwa psikoedukasi yang diberikan berpengaruh secara bermakna terhadap koping pasien lansia dengan hipertensi yaitu mampu meningkatkan koping pasien lansia dengan hipertensi. Pada kelompok kontrol nilai $p=0.244 > 0,05$ hal ini berarti bahwa tidak ada perubahan.

5.4.3 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Kepatuhan Lansia Dengan Hipertensi

Kepatuhan lansia di ukur melalui *pretest* dan *posttest* setelah diberikan psikoedukasi pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan pengukuran tingkat pengetahuan pada *pretest* dan *posttest* tanpa diberikan intervensi psikoedukasi. Berikut disajikan dalam tabel pengaruh psikoedukasi terhadap kepatuhan lansia:

Tabel 5.7 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Kepatuhan Lansia Dengan Hipertensi Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Kelompok	Kepatuhan				Harga p
	<i>Pre test</i>		<i>Post test</i>		
	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviasi</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviasi</i>	
Perlakuan	4,60	1,075	7,60	1,175	0,000
Kontrol	4,70	0,675	4,90	0,738	0,317
<i>Mann withney</i>	0,936		0,000		

Tabel 5.7 menjelaskan bahwa nilai hasil uji kelompok perlakuan yaitu $p=0,000 < 0,05$ hal ini berarti bahwa psikoedukasi yang diberikan berpengaruh secara bermakna terhadap kepatuhan pasien lansia dengan hipertensi yaitu mampu meningkatkan kepatuhan pasien lansia dengan hipertensi. Pada kelompok kontrol nilai $p=0,317 > 0,05$ hal ini berarti bahwa tidak ada perubahan.

5.4.4 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi

Tekanan darah lansia di ukur melalui *pretest* dan *posttest* setelah diberikan psikoedukasi pada kelompok perlakuan. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan pengukuran tingkat pengetahuan pada *pretest* dan *posttest* tanpa diberikan intervensi psikoedukasi. Berikut disajikan dalam tabel pengaruh psikoedukasi terhadap tekanan darah lansia:

Tabel 5.8 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tekanan Darah Sistole pada Lansia Dengan Hipertensi Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Kelompok	Sistole				Harga p
	Pre test		Post test		
	Mean	Std. Deviasi	Mean	Std. Deviasi	
Perlakuan	152,00	10,328	145,00	9,718	0,020
Kontrol	152,00	11,353	153,00	10,593	0,655
<i>Mann withney</i>	0,937		0,042		

Tabel 5.8 menjelaskan bahwa nilai hasil uji kelompok perlakuan yaitu $p=0,020 < 0,05$ hal ini berarti bahwa psikoedukasi yang diberikan berpengaruh secara bermakna terhadap tekanan darah sistole pasien lansia dengan hipertensi yaitu mampu menurunkan tekanan darah pasien lansia dengan hipertensi. Pada kelompok kontrol nilai $p=0,655 > 0,05$ hal ini berarti bahwa tidak ada perubahan.

Tabel 5.9 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tekanan Darah Diastole pada Lansia Dengan Hipertensi Desa Plalangan, Kecamatan Kalisat, Kabupaten Jember Tahun 2016

Kelompok	Diasole				Harga p
	Pre test		Post test		
	Mean	Std. Deviasi	Mean	Std. Deviasi	
Perlakuan	97,00	6,749	92,00	4,216	0,025
Kontrol	96,00	6,992	97,00	4,830	0,655
<i>Mann withney</i>	0,707		0,028		

Tabel 5.9 menjelaskan bahwa nilai hasil uji kelompok perlakuan yaitu $p=0,025 < 0,05$ hal ini berarti bahwa psikoedukasi yang diberikan berpengaruh secara bermakna terhadap tekanan darah diastole pasien lansia dengan hipertensi yaitu mampu menurunkan tekanan darah pasien lansia dengan hipertensi. Pada kelompok kontrol nilai $p=0,655 > 0,05$ hal ini berarti bahwa tidak ada perubahan



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan tentang pembahasan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian yang dihubungkan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya, selain itu akan disampaikan beberapa keterbatasan dalam penelitian. Seperti yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya bahwa tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan pasien hipertensi, koping pasien hipertensi, pengetahuan pasien hipertensi serta tekanan darah pasien lansia dengan hipertensi.

6.1 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan Pasien Hipertensi

Psikoedukasi yang diberikan mampu meningkatkan pengetahuan pasien secara bermakna dari pengetahuan yang pada awalnya tingkat pengetahuan rendah menjadi sedang dan tingkat pengetahuan sedang menjadi tingkat pengetahuan tinggi. Hal ini sesuai dengan pemikiran dari Supratiknya 2011 bahwa secara garis besar psikoedukasi merupakan suatu pendekatan dalam pembelajaran suatu disiplin ilmu atau pengetahuan. Perolehan pengetahuan, pengertian melalui *intellectual skills* atau olah pikir, hasil belajarnya disebut *hard skills* berupa pengetahuan-pengetahuan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Asra 2013 tentang efektifitas psikoedukasi pada orang tua dalam meningkatkan pengetahuan seksualitas remaja retardasi mental ringan dengan hasil penelitian terjadi peningkatan yang signifikan pada pengetahuan remaja retardasi mental ringan yang diberikan psikoedukasi oleh orang tuanya dibandingkan dengan

remaja yang tidak diberikan psikoedukasi oleh orang tuanya. Hal yang berkaitan dengan keberhasilan program berkaitan dengan metode penyampaian yang tepat sesuai dengan tingkat pemahaman subjek penelitian. Pemberian materi dalam penelitian ini dengan penggunaan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti oleh pasien dan media lembar balik yang dibuat informatif dan disertai gambar yang menarik. Sehingga informasi yang disampaikan dapat diterima dengan baik walaupun usia pasien tergolong lansia dan rata-rata tingkat pendidikan pasien rendah yaitu tidak sekolah dan tingkat Sekolah Dasar. Penelitian yang dilakukan oleh Siswoyo 2014 tentang pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan terhadap pasien katarak dimana mendapatkan hasil bahwa psikoedukasi dapat berpengaruh secara bermakna meningkatkan pengetahuan pasien katarak. Psikoedukasi mampu mengubah jalan pikiran pasien katarak menjadi rasional berdasarkan pengetahuan yang ilmiah.

Tingkat pendidikan pasien rendah, yaitu terdiri dari tidak sekolah dan tingkat sekolah dasar hal ini akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita. Pada saat *pretest* hasil yang didapatkan pengetahuan pasien sebagian besar berada pada tingkat pengetahuan sedang. Setelah diberikan psikoedukasi terjadi peningkatan pengetahuan pasien menjadi tingkat pengetahuan tinggi. Hal ini dikuatkan dengan hasil uji statistik dengan nilai *mean* pada *pretest* 6,50 dan *posttest* 11,10. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan pada saat *posttest* setelah diberikan intervensi psikoedukasi. Berdasarkan teori Notoadmodjo 2003 bahwa pendidikan pada umumnya dapat mengubah pola pikir, pola tingkah laku, dan pola pengambilan keputusan. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin matang pola pikir dan

tingkah laku seseorang. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan teori tersebut bahwa walaupun tingkat pendidikan pasien tergolong rendah namun psikoedukasi yang diberikan mampu mengubah pola pikir pasien sehingga mampu meningkatkan pengetahuan pasien. Metode dalam pemberian psikoedukasi dilakukan dengan bahasa yang mudah dipahami oleh responden. Psikoedukasi yang dilakukan diawali dengan identifikasi masalah sehingga dapat terlihat masalah apa yang perlu ditangani dalam tahap selanjutnya. Dengan adanya tahap identifikasi masalah maka penatalaksanaan pada edukasi keperawatan dan manajemen coping dapat lebih tepat sasaran.

Usia responden yang tergolong lanjut usia yaitu berkisar antara 60 tahun ke atas tidak berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan. Hal ini ditunjukkan dari hasil penelitian bahwa walaupun usia responden tergolong lanjut usia namun penerimaan responden terhadap psikoedukasi yang berupa pendidikan kesehatan masih mampu untuk diterima dengan baik oleh responden. Hal ini dikarenakan edukasi yang diberikan bersifat personal dan materi disajikan dalam bentuk lembar balik yang menarik dan mudah dipahami.

Psikoedukasi memiliki beberapa jenis yang salah satunya adalah *information model*. Model psikoedukasi ini mengutamakan pemberian pengetahuan pada pasien dan keluarga terkait penyakit dan manajemen penatalaksanaan. Tujuan dari model ini adalah untuk meningkatkan kesadaran pasien dan keluarga tentang penyakit serta kontribusinya dalam penatalaksanaan pasien (Supratiknya, 2011). Intervensi psiedukasi diharapkan dapat meningkatkan pencapaian pengetahuan individu tentang penyakit, mengajarkan bagaimana teknik pengajaran dalam upaya membantu, melindungi, dan mendukung individu

(Stuart, 2009). Psikoedukasi yang diberikan seharusnya mampu mempengaruhi proses olah pikir pasien terkait penyakitnya. Sehingga dapat meningkatkan pengetahuan pasien terkait penyakit yang diderita.

- Intervensi psikoedukasi yang diberikan pada penelitian ini salah satunya untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang hipertensi sehingga diharapkan dengan meningkatkan pengetahuan pasien terhadap penyakitnya, maka pasien dapat melakukan upaya-upaya positif yang dapat mendukung penatalaksanaan dan proses penyembuhan terhadap penyakit. Selain itu dapat meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakitnya yang nantinya akan mempengaruhi sikap dalam manajemen penatalaksanaan penyakit. Intervensi psikoedukasi dalam penelitian ini diberikan dengan metode pendidikan kesehatan dan pemberian booklet sebagai stimulus pemikiran pasien yang dibuat secara informatif, menggunakan bahasa yang jelas dan mudah dimengerti yang berisi tentang pengertian tentang hipertensi, penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, akibat buruk hipertensi, serta pencegahan dan penanganan hipertensi. Pendidikan kesehatan yang diberikan dilakukan perindividu tidak secara berkelompok. Hal ini dikarenakan cukup sulit untuk mengumpulkan para lansia diwaktu yang sama dan jarak rumah dan kantor desa cukup jauh.

Pemberian pendidikan kesehatan secara individu memberikan keuntungan antara lain : lansia lebih fokus dan mampu menangkap informasi secara maksimal. Pada kelompok kontrol hanya terdapat satu responden yang memiliki perubahan tingkat pengetahuan, dari tingkat pengetahuan rendah menjadi tingkat pengetahuan sedang. Sedangkan sisanya tidak terdapat perubahan yang bermakna pada tingkat pengetahuan responden meskipun telah diberi booklet tentang

hipertensi. Hal ini sesuai dengan pemikiran Supratiknya (2011) bahwa untuk mengingat sesuatu perlu mengulang-ulang informasi yang sama agar tertanam dalam pikiran. Hal ini dapat disebabkan karena pada kelompok kontrol terdiri dari tingkat pendidikan sekolah dasar dan tidak sekolah. pengaruh edukasi koping terhadap lansia dengan hipertensi.

Pemberian pendidikan kesehatan akan lebih efektif apabila dilakukan dengan metode ceramah dan diskusi dalam kelompok kecil atau secara individu dengan lebih jelas. Hal ini dikarenakan sebagian besar responden telah mendapatkan informasi terkait hipertensi dari tenaga kesehatan namun belum paham sepenuhnya dikarenakan penjelasan yang diberikan dengan bahasa yang sulit dipahami dan terlalu umum.

Psikoedukasi dalam penelitian ini merupakan suatu perubahan atau stimulus yang diberikan pada manusia sebagai sistem yang terbuka terhadap informasi, kejadian, dan energi antarsistem dan lingkungan. Perubahan tersebut harus mempertahankan integritas dirinya yaitu beradaptasi secara kontinu (Nursalam, 2013). Psikoedukasi dapat mempengaruhi sistem adaptasi menjadi adaptif hal ini dikarenakan informasi yang diperoleh akan masuk pada sistem kognator individu yang didalamnya informasi akan diproses menghasilkan persepsi, kemudian terjadi proses belajar, seleksi hal yang dapat diterima individu, terjadi proses penguatan hingga akhirnya berpengaruh terhadap proses pengambilan keputusan. Hal inilah yang nantinya akan mempengaruhi koping individu.

6.2 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Koping Pasien Hipertensi

Hasil uji statistik menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna terhadap koping lansia dengan hipertensi setelah peneliti memberikan intervensi psikoedukasi. Sebelum diberikan intervensi psikoedukasi lansia memiliki koping tidak efektif, setelah dilakukan intervensi psikoedukasi koping lansia meningkat menjadi koping yang efektif. Hal ini ditunjukkan dari hasil statistik yang menunjukkan nilai *mean pretest* sebesar 78,60 dan *posttest* sebesar 108,40.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nazara 2009 tentang efektifitas psikoedukasi terhadap pencegahan depresi pascapersalinan didapatkan hasil bahwa psikoedukasi terbukti efektif dalam mencegah depresi pascapersalinan. Efektifnya psikoedukasi pada ibu-ibu pascapersalinan karena mereka memiliki kemampuan yang baik dalam membangun koping yang konstruktif, dan menggunakannya secara efektif dalam menghadapi berbagai gangguan emosional dan psikologis. Selain itu kemampuan individu membangun koping yang efektif juga dipengaruhi oleh proses intervensi yang diberikan, interaksi perawat dengan ibu-ibu postpartum, tingkat keyakinan klien dalam menerapkan anjuran yang diberikan, serta struktur materi psikoedukasi yang dikemas secara sederhana sehingga mudah dipahami oleh responden.

Psikoedukasi adalah sebuah tindakan modalitas yang disampaikan oleh profesional yang mengintegrasikan atau mensinergikan antara psikoterapi dan intervensi edukasi. Menurut peneliti, pengetahuan yang diberikan melalui edukasi akan mengubah pola pikir pasien sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit serta penatalaksanaan. Dengan didukung oleh sesi ke-3

psikoedukasi yang berisi tentang manajemen stres dan coping individu maka pasien dapat mengadopsi strategi coping yang telah diajarkan yaitu dapat menerima keadaan penyakit dan mulai menggunakan strategi coping tertentu untuk mengatasi masalah penyakit hipertensi yang diderita. Hal ini sejalan dengan pemikiran Brown (2011) bahwa psikoedukasi akan memberikan pendidikan atau edukasi dengan melihat potensi ancaman atau pengembangan hidup serta untuk menjelaskan strategi coping individu untuk beradaptasi dengan kritis dalam hidupnya. Hal ini didukung juga oleh pendapat Luken 2004 bahwa psikoedukasi adalah tindakan yang diberikan kepada individu dan keluarga untuk memperkuat strategi coping atau suatu cara khusus dalam menangani kesulitan perubahan mental. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Daele 2014 menyatakan bahwa psikoedukasi dapat mengurangi stres, dengan demikian psikoedukasi yang diberikan akan meningkatkan adaptasi dari individu.

Usia pasien dalam penelitian ini berkisar dalam usia >60 tahun, namun dalam hasil pretest didapatkan bahwa coping individu tidak efektif dalam menghadapi permasalahan penyakit hipertensi. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa semakin bertambah usia seseorang maka semakin baik tingkat kematangan emosi seseorang serta kemampuan dalam menghadapi berbagai permasalahan (Brown, 1998). Dalam penelitian ini hasil yang didapatkan untuk coping individu tidak sesuai dengan teori tersebut. Coping pasien mengalami peningkatan menjadi efektif setelah mendapatkan intervensi psikoedukasi.

Setelah dilakukan psikoedukasi pasien mulai terbuka terhadap orang sekitar baik keluarga atau teman dan menggunakan sumber-sumber dukungan

yang ada. Sebagaimana teori yang disebutkan oleh Luken (2004) bahwa sasaran psikoedukasi adalah untuk mengembangkan dan meningkatkan penerimaan pasien terhadap penyakit ataupun gangguan yang dialami, meningkatkan partisipasi pasien dalam terapi dan pengembangan mekanisme koping ketika pasien menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit tersebut. Psikoedukasi berfokus pada mendidik partisipannya mengenai tantangan signifikan dalam hidup, membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan sosial dalam menghadapi tantangan tersebut, dan mengembangkan keterampilan koping untuk menghadapi tantangan tersebut (Stuart, 2009). Hal tersebut juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Zaini 2014 tentang manajemen keperawatan menggunakan psikoedukasi *computerized based* terhadap klien depresi ringan dengan hasil penelitian menyebutkan bahwa psikoedukasi dapat meningkatkan pemahaman pasien terhadap masalah dan memperbaiki mekanisme koping.

Pemberian psikoedukasi tidak hanya memberikan pengetahuan pada responden tetapi memberikan intervensi dengan mengajarkan secara langsung jenis/bentuk keterampilan manajemen stress dan koping. intervensi yang diberikan berupa pengajaran untuk terbuka dengan kondisi yang dialami pada, keluarga, teman. Keterbukaan tersebut dapat membuat pasien mendapatkan dukungan sosial sehingga dapat mendorong penerimaan pasien terhadap penyakit yang diderita. Selain itu, keterampilan dalam manajemen stress dengan tidak melampiaskan kemarahan kepada orang lain serta tidak menyalahkan keadaan, orang lain, maupun diri sendiri dalam masalah yang dialami juga merupakan aktivitas koping yang positif. Seperti halnya penelitian yang dilakukan oleh Matsuda 2014 menyatakan bahwa psikoedukasi yang diberikan pada pasien

dengan kanker payudara tidak memiliki efek pada *Quality of Life* secara keseluruhan namun efektif pada subskala emosi.

Setelah diberikan intervensi psikoedukasi satu orang responden yang memiliki koping efektif mengalami penurunan skor menjadi koping tidak efektif. Sebuah teori menyebutkan bahwa psikoedukasi merupakan suatu tindakan yang diberikan pada individu untuk memperkuat strategi koping atau suatu cara khusus dalam mengatasi permasalahan psikologis yang dialami seseorang (Mottaghypour & Bickerton, 2005). Dari hasil penelitian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa psikoedukasi yang diberikan mampu mengubah pandangan individu terhadap kondisi dan permasalahan yang dihadapi dan mengubah strategi koping yang dimiliki sesuai dengan apa yang didapat dalam psikoedukasi. Satu orang dengan perubahan koping menjadi tidak efektif dapat diakibatkan oleh ketidakstabilan emosi atau bisa dikarenakan karakter dari lansia tersebut yang cenderung memiliki pandangan yang sering berubah.

Pada kelompok kontrol tidak ada perubahan koping individu yang pada awalnya tidak efektif setelah dilakukan *post test* koping individu tetap tidak efektif. Hal ini sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa fokus dari psikoedukasi antara lain: mendidik partisipan mengenai tantangan hidup, membantu partisipan mengembangkan sumber-sumber dukungan dalam menghadapi tantangan hidup, mengembangkan keterampilan koping untuk menghadapi tantangan hidup, mengembangkan dukungan emosional, mengubah sikap dan relief dari partisipan terhadap suatu gangguan serta mengembangkan keterampilan penyelesaian masalah. Dalam penelitian ini pada kelompok kontrol tidak mendapatkan intervensi apapun terkait pengembangan keterampilan koping

individu, meskipun telah diberikan booklet terkait hipertensi. Hal ini dikarenakan pada booklet hipertensi hanya berisi pengetahuan terkait hipertensi dan pengajaran keterampilan coping ada pada sesi III psikoedukasi yang tidak diberikan pada kelompok kontrol.

Intervensi psikoedukasi yang diberikan dalam penelitian ini diberikan dengan salah satu sesi berupa manajemen stres dan coping. Manajemen stres dan coping yang diberikan oleh peneliti berupa latihan nafas dalam ketika sedang stres atau banyak pikiran. Selain itu untuk manajemen coping, pasien diajarkan untuk bersikap positif terhadap permasalahan yang sedang dialami, belajar untuk terbuka terhadap orang lain untuk saling berbagi permasalahan sehingga diharapkan dapat memberikan solusi atau saran terhadap permasalahan yang dihadapi.

Dalam konsep teori Roy menjabarkan bahwa ketika individu mendapatkan suatu stimulus dalam penelitian ini berupa psikoedukasi, maka hal ini akan mempengaruhi proses kontrol individu. Selanjutnya individu akan mendapat motivasi untuk mulai menerima kondisi fisik yang dialami sehingga capaian akhirnya adalah pembentukan mekanisme coping yang efektif (Nursalam, 2014). Terbentuknya coping yang efektif akan menghasilkan sistem adaptasi yang adaptif sehingga akan mempengaruhi pola tingkah laku individu terhadap kesehatan, salah satunya berupa kepatuhan dalam perawatan dan pengobatan.

6.3 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Kepatuhan Pasien Hipertensi

Hasil penelitian menyebutkan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna pemberian psikoedukasi terhadap tingkat kepatuhan pasien dari tingkat kepatuhan buruk menjadi tingkat kepatuhan baik. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Petretto et al 2013 dengan judul penelitian *study on psychoeducation enhancing result of adherence in patients with schizofrenia: study protocol for a randomized controlled trial*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa psikoedukasi secara signifikan mampu meningkatkan kepatuhan pasien dengan skizofrenia. Menurut pendapat Stuart (2004) bahwa lingkungan klien dapat mempengaruhi keyakinan, nilai kesehatan yang dianut serta menentukan program pengobatan yang dapat diterima oleh klien, menentukan mencari dan mematuhi anjuran pengobatan. Selain itu tingkat dukungan sosial menjadi prediktor yang akurat dari kepatuhan. Psikoedukasi merupakan suatu intervensi dimana akan memberikan stimulasi dari lingkungan eksternal klien. Stimulus yang diberikan berupa pemberian edukasi serta pengajaran keterampilan manajemen stress dan coping, sehingga pengetahuan dan keterampilan tersebut menjadi faktor pendukung untuk peningkatan kepatuhan klien.

Kepatuhan disini berupa kepatuhan responden terhadap pola hidup sehat yang harus diikuti oleh responden sesuai dengan instruksi dari peneliti. Pola hidup sehat tersebut berisi antara lain kebiasaan konsumsi makanan sehat dengan menghindari makanan tinggi lemak dan mengganti makanan dengan makanan yang dikukus, memperbanyak asupan sayur dan air putih, mengurangi asupan garam, membiasakan olahraga teratur dan menghindari stres serta menghindari

kopi dan rokok. Penilaian kepatuhan dilihat dengan menggunakan kuesioner kepatuhan yang terdiri dari 10 item pertanyaan.

Kepatuhan berkaitan erat dengan aspek psikologis misalnya masalah kebiasaan dan diperlukan motivasi yang kuat untuk sembuh. Salah satu cara untuk membentuk kepatuhan perawatan terhadap penyakit yaitu dengan psikoedukasi terhadap pasien dan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian psikoedukasi memberikan dampak positif terhadap kepatuhan karena pasien akan memandang penting peranan perawatan dan pengobatan, dengan psikoedukasi, pasien akan mengerti akan gangguan psikologis yang dialami, manfaat peranan perawatan terhadap penyakit serta dampak dari kekambuhan penyakit. Dengan demikian pasien akan lebih termotivasi untuk berperilaku dengan pola hidup sehat. Adapun kepatuhan akan dipengaruhi oleh berbagai aspek psikologis antara lain persepsi pasien terhadap penyakit, manfaat dari perawatan, dampak dari kekambuhan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Merinder 2011 yang menyebutkan bahwa psikoedukasi dapat mengurangi kekambuhan dan mendorong kepatuhan terhadap pengobatan serta mengurangi lama hari rawat di rumah sakit.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Supratikna 2011 dengan memberikan psikoedukasi dengan media lembar balik terhadap kepatuhan minum obat penderita skizofrenia didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia. Intervensi psikoedukasi menggunakan media lembar balik efektif terhadap kepatuhan minum obat penderita skizofrenia di komunitas. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Zaini 2014 dengan judul manajemen keperawatan dengan menggunakan *computerized based* terhadap klien dengan depresi ringan dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa

psikoedukasi dapat meningkatkan motivasi perhatian terhadap kepatuhan perawatan. Dengan demikian hasil penelitian dalam penelitian ini memiliki hasil yang sama dengan penelitian sebelumnya.

Usia responden berkisar antara lebih dari 60 tahun. Hasil *pretest* menunjukkan bahwa kepatuhan individu berada pada tingkat buruk. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa semakin bertambah usia seseorang maka semakin baik tingkat kematangan emosi seseorang serta kemampuan dalam menghadapi berbagai permasalahan (Kaplan & Saddock, 1998). Kepatuhan pasien mengalami peningkatan menjadi baik setelah mendapatkan intervensi psikoedukasi.

Edukasi yang diberikan akan menambah pengetahuan klien tentang bagaimana perawatan dan pengobatan terhadap penyakit yang diderita serta psikoedukasi yang diberikan akan mengarahkan klien untuk mampu beradaptasi dan menerima keadaan fisiknya. Klien akan mengetahui cara terbaik penatalaksanaan terhadap penyakit, sehingga kesadaran untuk patuh terhadap perawatan dan pengobatan dapat meningkat.

Kepatuhan dapat ditingkatkan dengan beberapa metode diantaranya dengan mengembangkan kognitif. Mengembangkan kognitif terkait masalah kesehatan yang dialami dapat menumbuhkan kesadaran dan sikap positif terhadap kepatuhan akan tumbuh. Selain itu dapat ditingkatkan pula dengan menumbuhkan kepatuhan dengan mengembangkan tujuan kepatuhan. Klien memiliki motivasi tinggi untuk patuh jika memiliki keyakinan sikap positif dan memahami tujuan dari perilaku kesehatan (Dinicola dan Matteo, 1992 dalam Niven, 2002). Menurut peneliti, proses pengembangan kognitif serta pengembangan tujuan kepatuhan

telah tertuang dalam psikoedukasi yang telah diberikan. Hal ini juga menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan dan koping individu mampu meningkatkan kepatuhan pasien itu sendiri.

Kepatuhan program terapeutik adalah perilaku klien dalam mencapai perawatan kesehatan seperti : upaya aktif, upaya kolaboratif sukarela antara klien dan provider. Termasuk didalamnya mengharuskan klien membuat perubahan gaya hidup untuk menjalani kegiatan spesifik seperti meminum obat, mempertahankan diet, membatasi aktivitas, pemantauan mandiri terhadap penyakit, tindakan *hygiene* spesifik, evaluasi kesehatan secara periodik, pelaksanaan tindakan terapeutik dan pencegahan lain (Brunner dan Studdart, 2002). Pada penelitian ini setelah pemberian psikoedukasi terdapat perubahan sikap pasien terhadap perilaku kepatuhan perawatan pasien. Namun pada pasien laki-laki terdapat kesulitan untuk menghindari merokok dimana memang sudah terbiasa merokok. Menurut peneliti, kebiasaan merokok sulit dihentikan dengan pemberian sekali edukasi atau pendidikan kesehatan, melainkan harus dengan *treatment* yang lebih khusus.

Pada kelompok kontrol hasil uji menggunakan uji *wilcoxon* berada pada nilai 0,317 dimana hal ini berarti angka tersebut $>$ dari 0,05. Dari hasil tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak ada perubahan signifikan tingkat kepatuhan saat *pretest* maupun *post test*. Hal ini dikarenakan pada kelompok kontrol tidak mendapatkan psikoedukasi untuk memotivasi ke arah perubahan perilaku menjadi lebih patuh terhadap perawatan dan pengobatan. Kelompok kontrol hanya mendapatkan booklet yang berisi tentang pengetahuan hipertensi tanpa adanya motivasi untuk kepatuhan seperti yang diberikan dalam psikoedukasi.

Jika melihat dari konsep teori adaptasi Roy maka kepatuhan merupakan sebuah manifestasi dari proses adaptasi individu terhadap kondisi yang dialami. Roy mengungkapkan bahwa individu akan menunjukkan perilaku yang positif apabila sistem adaptasi yang dimiliki masuk dalam sistem adaptasi yang adaptif (Nursalam, 2014). Manifestasi tersebut merupakan output yang dihasilkan dari proses adaptasi dalam individu.

6.4 Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Tekanan Darah Pasien Hipertensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terhadap pengaruh yang bermakna terhadap tekanan darah lansia sebelum dan setelah diberikan psikoedukasi. Dapat disimpulkan bahwa psikoedukasi secara signifikan berpengaruh terhadap tekanan darah yaitu menurunkan tekanan darah baik sistole maupun diastole. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Devine 2005 bahwa terdapat efek yang signifikan terhadap tekanan darah dengan beberapa tipe psikoedukasi. Menurut peneliti psikoedukasi tidak secara langsung mempengaruhi tekanan darah pasien, namun dari psikoedukasi yang diberikan maka pengetahuan, koping serta kepatuhan pasien menjadi baik sehingga mampu merubah pola atau gaya hidup lansia menjadi gaya hidup sehat. Hal inilah yang pada akhirnya berdampak pada fungsi fisiologis tubuh yaitu tekanan darah.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penatalaksanaan hipertensi dengan pendekatan non farmakologis termasuk penurunan berat badan, pembatasan alkohol, natrium dan tembakau, latihan dan relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi hipertensi (Smeltzer, 2011). Menurut peneliti upaya-upaya penatalaksanaan hipertensi dengan

pengontrolan berat badan, pembatasan natrium dan tembakau serta peningkatan latihan dan relaksasi telah tertuang dalam psikoedukasi yang diberikan, sehingga hal ini berpengaruh terhadap tekanan darah pasien setelah dilakukan intervensi psikoedukasi. Dalam psikoedukasi, peneliti memotivasi pasien untuk mengurangi natrium serta menghindari makanan yang tinggi lemak dan kolesterol serta rokok. Selain itu peneliti juga memotivasi pasien untuk meningkatkan aktivitas seperti jalan-jalan pagi atau sore, membersihkan rumah dan lain-lain.

Pada 10 responden terdapat 6 orang responden yang mengalami perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah dari sebelumnya. Sedangkan 4 orang responden dengan tekanan darah menetap seperti saat pretest. Terdapat responden laki-laki yang memiliki tekanan darah sama atau tetap setelah diberikan intervensi psikoedukasi. Dua orang responden menderita hipertensi ringan tetap tidak ada perubahan setelah diberikan psikoedukasi. Dua orang lain yang memiliki hipertensi sedang juga tidak mengalami perubahan setelah diberikan intervensi psikoedukasi. Sebagaimana yang disebutkan oleh Udjianti (2011) bahwa rokok dapat menjadi penyebab hipertensi dikarenakan nikotin dalam rokok merangsang pelepasan Katekolamin. Peningkatan katekolamin menyebabkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung dan menyebabkan vasokonstriksi, yang mana pada akhirnya meningkatkan tekanan darah. Keempat pasien tersebut diatas merupakan pasien dengan perokok aktif. Psikoedukasi yang diberikan tidak mampu mengurangi kebiasaan merokok pasien. Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan Aldcroft 2011 yang menyebutkan bahwa psikoedukasi untuk program rehabilitasi pada pasien dengan penyakit jantung yang memberikan efek positif terhadap aktifitas fisik yaitu mengurangi rokok dan mengubah

kebiasaan diet yang buruk. Hal ini dikarenakan pada penelitian ini kebiasaan merokok tidak dapat dihentikan hanya dengan psikoedukasi sekali.

Pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan signifikan sebelum dan setelah diberikan intervensi psikoedukasi walaupun pasien telah mendapatkan booklet tentang hipertensi. Hal ini dikarenakan booklet yang diberikan hanya berisi pengetahuan tentang hipertensi namun tidak mengajarkan tentang keterampilan penatalaksanaan hipertensi.

Seperti halnya pada coping individu, tekanan darah juga merupakan manifestasi fisiologis dari sistem adaptasi. Ketika individu memiliki coping yang efektif serta kepatuhan yang baik maka secara fisiologis tubuh akan merespon positif baik dalam hal nutrisi, olahraga dan istirahat. Sehingga output yang dihasilkan berupa sirkulasi tubuh yang baik dan tekanan darah dalam rentang normal. Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Lassen 2013 bahwa psikoedukasi dapat memperbaiki inkontinensia urin, gangguan pencernaan serta gangguan fungsi seksual.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini belum melibatkan keluarga secara maksimal sebagai sumber dukungan bagi pasien, padahal untuk peningkatan coping maupun kepatuhan pasien memerlukan dukungan sosial dari keluarga. Dengan demikian pada penelitian selanjutnya diharapkan mampu melibatkan keluarga dalam memberikan intervensi keperawatan lainnya khususnya pada pasien hipertensi. Dalam penelitian ini tidak dilakukan tes daya ingat pada tahap awal penelitian terhadap responden.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pemaparan dari bab-bab sebelumnya, dapat ditarik kesimpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan, dimana kesimpulan dan saran yang disusun adalah sebagai berikut:

7.1 Kesimpulan

1. Psikoedukasi dapat meningkatkan pengetahuan lansia dengan hipertensi, hal ini dikarenakan psikoedukasi mampu mengubah pola pikir pasien menjadi lebih realistis.
2. Psikoedukasi dapat mengubah koping lansia menjadi efektif, hal ini dikarenakan psikoedukasi mampu membuat pasien terbuka terhadap lingkungan sosial dan dukungan sosial serta mampu memaksimalkan fungsi dari dukungan sosial yang ada.
3. Psikoedukasi dapat meningkatkan kepatuhan lansia dengan hipertensi. Hal ini dikarenakan psikoedukasi mampu memotivasi lansia untuk lebih memperhatikan perawatan kesehatan serta dan memiliki kesadaran untuk berperilaku sesuai dengan pola hidup sehat.
4. Psikoedukasi dapat menurunkan tekanan darah sistole dan diastole pada lansia. Hal ini dikarenakan apabila lansia memiliki pengetahuan yang baik, koping yang efektif, kepatuhan yang baik, maka hal tersebut akan berpengaruh terhadap aspek fisiologis dari pasien khususnya tekanan darah.

7.2 Saran

1. Peneliti menyarankan kepada peneliti selanjutnya untuk lebih melibatkan keluarga pasien maupun lingkungan sekitar (teman) dalam memberikan psikoedukasi.
2. Peneliti menyarankan kepada tenaga kesehatan untuk lebih memperhatikan aspek psikologis pasien disamping hanya memberikan pengetahuan terkait penyakit. Terlebih lagi perawat mampu meluangkan waktu untuk memberikan perawatan *home care*.
3. Peneliti menyarankan untuk peneliti selanjutnya melakukan *treatment* khusus selain pendidikan kesehatan untuk merubah kebiasaan lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Albin, RS 2001, *Bagaimana Mengenal Dan Menguatkan Gangguan Mental*, Kanisius, Yogyakarta.
- Alligod, M 2010, *Nursing Theory Utilization & Application*, Fourth Edition, Mosby Elsevier, USA.
- Asra, K 2013, *Efektifitas Psikoedukasi Pada Orang Tua Dalam Meningkatkan Pengetahuan Seksualitas Remaja Retardasi Mental Ringan*, Jurnal Psikologi, Volume 9, Riau.
- Azizah, L 2011, *Keperawatan Lanjut Usia*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Brown 1993, *Psychosocial and Family Function in Children with Sickle Cell Syndrome and Their Family*, Journal of The American of Child and Adolescent Psychiatri.
- Brown, N 2011, *Psychoeducational Groups 3rd Edition: Process and Practice*, New York, Routledge Taylor & Francis Group,
- Bordbar 2010, *Psychoeducation for Bipolar Mood Disorder*, Clinical, Research, Treatment Approach to Affective Disorder,
- Catwright, M,E 2007, *Psychoeducation Among Caregivers of Children Receiving Mental Health Services*, Disertation, Graduate School of The Ohio State University, Ohio.
- Rachmaniah, D 2012, *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Kecemasan dan Koping Orang Tua Dalam Merawat Anak Dengan Thalasemia Mayor di RSU Kabupaten Tangerang Banten*, Tesis, Unniversitas Indonesia, Jakarta.
- Friedman, M 1998, *Keperawatan Keluarga: Teori & Praktik*, Edisi 3, EGC, Jakarta.
- Kaplan J,B, & Sadock T,C 1998, *Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*, Edisi Ketujuh, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Kaplan, N 1991, *Pencegahan Penyakit Jantung Koroner: Penatalaksanaan Praktis dari Faktor-Faktor Resiko*, EGC, Jakarta.
- Keliat, B,A 1999, *Penatalaksanaan Stress*, EGC, Jakarta.
- Kurniadi, H 2013, *Stop Gejala Penyakit Jantung Koroner*, Familia, Yogyakarta.
- Lazarus R,S, Folkman S 1984, *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer Publishing Company, NewYork.
- Lukens, E 2004, *Journal Brief Treatment and Crisis Intervention Volume 4*, Psychoeducation as Evidence Based Practice: Consideration for Practice, Research, and Policy, Oxford University Press.

- Miller, 2004, *Responding To The Needs Of Children With Chronic Health Care In An Area Of Health Service Perform*, Journal of Canadian Medical Association,
- Mottaghipour, Y, & Bickerton 2005, *The Pyramid Of Family Care: A Framework For Family Involvement With Adult Mental Health Services*, Prentice Hall Health, Toronto.
- Nazara, Y 2009, *Efektifitas Psikoedukasi Terhadap Pencegahan Depresi Pascasalin*, Jurnal Mas Obstet Gonekol Indones.
- Notoatmojo 2010, *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nurbani 2009, *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Masalah Psikososial Ansietas dan Beban Keluarga dalam Merawat Pasien Stroke di RSUPN Cipto Mangunkusumo*, Tesis, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Nugroho, Wahjudi 2008, *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*, EGC, Jakarta.
- Nursalam 2013, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*, Salemba Medika, Jakarta Selatan.
- Petretto 2013, *Study On Psychoeducation Enhancing Result Of Adherence In Patients With Schizophrenia (SPERA-S): Study Protocol For A Randomized Controlled Trial*, Trialsjournal, University Of Cagliari
- Potter & Perry 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Edisi 4, EGC, Jakarta.
- Putra 2011, *Psikoneuroimunologi Kedokteran*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Siswoyo 2012, *Pengaruh Psikoedukasi Terhadap Pengetahuan, Intensi, Dan Sick Role Behaviour Pada Pasien Katarak Dengan Pendekatan Model Theory Of Planned Behaviour Ajzen*, Jurnal Ners Universitas Airlangga, Surabaya.
- Smeltzer, S 2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, Volume 2. EGC, Jakarta.
- Soep 2009, *Pengaruh Intervensi Psikoedukasi dalam Mengatasi Depresi Postpartum di RSUD DR Pirngadi Medan*, Tesis, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Stuart, G,W, & Laraia, M,T 2009, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, Mosby, Inc, an Affiliate of Elseiver, Inc,
- Sugiono 2014, *Statistika Untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung.
- Supratiknya, 2011, *Merancang Program dan Modul Psikoedukasi*, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta.
- RISKESDAS 2013, *Riset Kesehatan Dasar*, Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI,

Lampiran 1. Surat ijin studi pendahuluan



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/447/314/2016

Tentang

PENGAMBILAN DATA

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tanggal 29 Februari 2016 Nomor : 077/UN3.1.13/PPd/S2/2016 perihal Permohonan Pengambilan Data Awal

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Khofi Hadidi, S.Kep, Ns 131414153021
Instansi : Fakultas Keperawatan / Prodi Magister Keperawatan / Universitas Airlangga
Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya
Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data Awal dengan judul Proposal :
"Pengaruh Psikoedukasi terhadap Pengetahuan, Koping dan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy".
Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Kalisat dan Patrang Kabupaten Jember
Tanggal : 14-03-2016 s/d 14-06-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 14-03-2016

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid Kajian Strategis & Politik

Drs. SLAMET WILIOKO, M.Si.
Pembina
NIP. 19631212 198605 1004

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Airlangga
2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 14 Maret 2016

Nomor : 440 / 3015 / 414/ 2016
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kepada :
Yth.Sdr.1. Plt. Kepala Puskesmas Kalisat
2. Plt. Kepala Puskesmas Patrang
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/447/314/2016, Tanggal 14 Maret 2016, Perihal Ijin Pengambilan Data, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Khofi Hadidi, S.Kep, Ns
NIM : 131414153021
Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya
Fakultas : Fakultas Keperawatan/Prodi Magister Keperawatan/Universitas Airlangga
Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data tentang Mengadakan Pengambilan Data "Pengaruh Psikoedukasi terhadap Pengetahuan, Koping dan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy"
Waktu Pelaksanaan : 14 Maret 2016 s/d 14 Juni 2016

Selubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Pengambilan Data ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


dr. RAMBANG SUWARTONO, MM
M.P.E.
Pembina Utama Muda
NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran 2. Surat ijin uji validitas



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/448/314/2015

Tentang

UJI VALIDITAS

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tanggal 29 Pebruari 2016 Nomor : 078/UN3.1.13/PPd/S2/2016 perihal Permohonan Uji Validitas

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Khofi Hadidi, S.Kep, Ns 131414153021
Instansi : Fakultas Keperawatan / Prodi Magister Keperawatan / Universitas Airlangga
Alamat : Kampus C Mulyorejo Surabaya
Keperluan : Mengadakan Uji Validitas dengan judul Proposal :
"Pengaruh Psikoedukasi terhadap Pengetahuan, Koping dan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy".
Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Kalisat dan Pat.ang Kabupaten Jember
Tanggal : 14-03-2016 s/d 14-06-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 14-03-2016

AD. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid Kajian Strategis & Politik

Drs. SLAMET WIJOKO, M.Si.
Pembina
NIP. 19631212 198606 1004

- Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Airlangga
2. Ybs.

Lampiran 3. Surat lulus kaji etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTHRESEARCHETHICSCOMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"

No :100-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"PENGARUH PSIKOEDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN, KOPING, KEPATUHAN DAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA DENGAN HIPERTENSI MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI ROY".

Peneliti utama : Khofi Hadidi
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Wilayah Puskesmas Kalisat
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol

17 April 2016
Ketua (CHAIRMAN)
Joni-Haryanto, S.Kp.,M.Si.,Dr Kep
NIP-1963-0608 1991 03 1002

Lampiran 4. Surat ijin penelitian



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkip.unair.ac.id

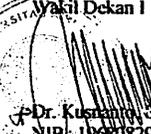
Nomor : /60 /JN3.1.13/PPd/S2/2016 2 Mei 2016
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKP Unair

Kepada Yth.
Kepala Bakesbang Kabupaten
Jember

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan 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 : Khofi Hadidi, S.Kep.,Ns.
NIM : 131414153021
Judul Proposal : Pengaruh Psikoedukasi terhadap Pengetahuan Koping, Kepatuhan dan Tekanan Darah pada Lansia dengan Hipertensi dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP: 196808291989031002

Tembusan:
- Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
- Kepala Puskesmas Kalisat Kabupaten Jember

Lampiran 5. Lembar Data Demografi Responden
Data Demografi Responden
(Kuesioner A)

No. Responden :

Alamat :

Tanggal :

Petunjuk :

Berilah tanda cheklist (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban saudara

1. Jenis kelamin

- Laki laki
- Perempuan

2. Usia

- 60-65 Tahun
- 66-75 Tahun
- 75 Tahun

3. Pendidikan

- Tidak Sekolah
- SD
- SMP
- SMA
- Diploma/Sarjana
- Lain-lain, Sebutkan

4. Pekerjaan

- PNS
- TNI
- Petani
- Buruh
- Dagang
- Nelayan
- Wiraswasta
- Lain-lain, Sebutkan

**Lampiran 6. Lembar Koesioner Pengetahuan
KUESIONER PENGETAHUAN TENTANG HIPERTENSI
(Kuesioner B)**

Nomor Responden : Tanggal :

Petunjuk :

1. Daftar pertanyaan dibawah ini mengukur pengetahuan anda mengenai Penyakit Darah Tinggi dan pengelolaannya.
2. Silahkan dibaca masing-masing pertanyaan dengan cermat berilah tanda ceklist (√) pada jawaban yang paling benar.

Apakah anda pernah mendengar istilah Darah Tinggi?

- Ya
- Tidak

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Penyebab terbanyak penderita stroke adalah penyakit Darah Tinggi		
3	Tekanan darah pada lanjut usia diatas 160 mmHg dapat dikatakan Darah Tinggi		
4	Darah Tinggi dapat disebabkan karena usia telah lanjut		
5	Banyak pikiran dapat menyebabkan tekanan darah tinggi		
6	Orang gemuk lebih mudah menderita Darah Tinggi		
7	Kurang olahraga dapat menjadi penyebab darah tinggi		
8	Darah Tinggi tidak dapat disembuhkan		
9	Minuman keras atau alkohol dapat menyebabkan Darah Tinggi		
10	Mengubah gaya hidup sehat dapat membantu kesembuhan penyakit Darah Tinggi		
11	Gaya hidup sehat terdiri dari pengaturan pola makan, olahraga dan menghindari stres		
12	Makanan sehat adalah makanan yang dikukus		
13	Sayur-sayuran termasuk makanan sehat untuk penderita Darah Tinggi		
14	Istirahat yang baik kurang lebih 6-8 jam setiap hari		
15	Orang yang menderita Darah Tinggi sebaiknya menghindari minum kopi		

Lampiran 7. Lembar Kuesioner Koping Individu KUESIONER KOPING INDIVIDU

(Kuesioner C)

Berikan tanda (√) pada pilihan jawaban yang menggambarkan seberapa sering saudara melakukan suatu tindakan tertentu dalam menghadapi penyakit hipertensi yang diderita.

Pilihan jawaban yang tersedia adalah:

- (1) Tidak pernah (TP) : jika tidak pernah melakukan hal tersebut
 (2) Kadang-kadang (KK) : jika tindakan tersebut dilakukan 3-4 kali
 (3) Sering (SG) : jika tindakan tersebut dilakukan 2 kali
 (4) Selalu (SL) : jika tindakan tersebut dilakukan setiap kali

Ketika saya mengalami stress dalam menghadapi penyakit saya, maka yang saya lakukan adalah:

No	Cara mengatasi	TP	KK	SG	SL
1	Saya hanya dapat berkonsentrasi pada hal yang harus saya lakukan selanjutnya				
2	Saya mencoba memahami dengan lebih baik lagi, masalah yang saya alami yaitu hipertensi				
3	Saya melakukan hal-hal yang dapat mengalihkan pikiran cemas saya dengan bekerja dan beraktifitas				
4	Saya mencoba menerima keadaan penyakit saya untuk mendapatkan hasil yang baik				
5	Saya melakukan sesuatu yang saya pikir tidak akan berhasil, tetapi setidaknya saya sudah berusaha				
6	Saya berbicara kepada orang lain untuk mengetahui lebih jelas tentang situasi yang saya alami				
7	Saya siap menerima masukan untuk melakukan hal yang lebih baik				
8	Saya berharap keajaiban akan terjadi pada masalah yang saya alami				
9	Saya hanya mengikuti nasib, karena kadang-kadang keberuntungan saya kurang baik				
10	Saya mencoba untuk memendam perasaan saya sendiri				
11	Saya dapat beristirahat tidur lebih lama daripada biasanya				
12	Saya melampiaskan kemarahan saya kepada orang-orang yang meyebabkan masalah dalam kehidupan saya				
13	Saya menerima simpati dan pengertian dari orang lain				

14	Saya bicara pada diri sendiri karena dengan begitu dapat membantu saya menjadi merasa lebih baik				
15	Saya meminta pertolongan dari seseorang yang profesional (dokter, perawat, dll)				
16	Saya membuat rencana tindakan dan melakukan rencana tersebut				
17	Saya menyadari bahwa saya membawa masalah pada diri saya sendiri				
18	Saya berbicara kepada seseorang yang bisa melakukan sesuatu yang jelas tentang masalah yang saya alami				
19	Saya berhasil keluar dari masalah yang saya alami, dan mencoba untuk beristirahat dan berlibur				
20	Saya mencoba membuat diri merasa lebih baik dengan cara makan, minum, merokok, menggunakan narkoba, dll				
21	Saya mencoba untuk tidak melakukan tindakan terlalu cepat atau mengikuti apa kata hati saya				
22	Saya mencoba mengubah sesuatu sehingga semuanya akan menjadi lebih baik				
23	Saya menghindari orang-orang yang ada disekeliling saya				
24	Saya meminta keluarga atau teman untuk memberikan saran pada keadaan yang saya alami				
25	Saya tidak mau orang lain mengetahui betapa buruknya keadaan yang menimpa saya				
26	Saya menceritakan perasaan saya kepada seseorang (tetangga atau keluarga yang memiliki pengalaman yang sama)				
27	Saya akan berusaha untuk mendapatkan yang saya inginkan yaitu kesembuhan saya				
28	Saya melampiaskan kemarahan saya kepada orang lain				
29	Saya tahu apa yang harus saya lakukan, sehingga saya berusaha sekuat tenaga untuk membuat keadaan menjadi lebih baik				
30	Saya tidak percaya bahwa telah terjadi sesuatu pada diri saya dan keluarga saya				
31	Saya mencoba mencari beberapa alternatif penyelesaian masalah terhadap masalah yang saya alami				
32	Saya pasrah menerima keadaan, karena tidak ada yang bisa saya lakukan				

33	Saya membayangkan berada pada waktu dan tempat yang lebih baik dari saat ini				
34	Saya berharap situasi yang saya alami akan segera berakhir				
35	Saya mempunyai impian atau keinginan untuk mengubah keadaan ini				
36	Saya selalu berdoa untuk kesehatan saya				
37	Saya mempersiapkan diri untuk menghadapi hal-hal yang terburuk dalam kehidupan saya				
38	Saya memikirkan terlebih dahulu apa yang akan saya katakan dan saya lakukan				
39	Saya memikirkan orang yang saya kagumi, jika menghadapi keadaan seperti yang saya alami, maka saya akan mencontoh orang tersebut				
Total skor					

Lampiran 8. Lembar Koesioner Kepatuhan**KUESIONER KEPATUHAN TENTANG HIPERTENSI
(Kuesioner B)**

NO.	PERTANYAAN	Ya	Tidak
1	Saya mengurangi konsumsi garam setiap hari		
2	Saya lebih memilih makanan yang dikukus/ direbus dibanding makanan yang diolah dengan digoreng		
3	Saya mengkonsumsi sayur setiap hari		
4	Saya menghindari rokok		
5	Saya minum air putih 8 gelas setiap hari		
6	Saya mengecek tekanan darah pada petugas kesehatan setiap bulan atau ketika saya merasa pusing		
7	Saya melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri seperti membersihkan rumah atau mencuci		
8	Saya mengkonsumsi obat darah tinggi sesuai anjuran dokter		
9	Saya berolahraga dengan berjalan-jalan setiap pagi dan mengikuti kegiatan senam lansia		
10	Saya tidur 6-8 jam setiap hari		

Lampiran 9. Satuan Acara Kegiatan (SAK)

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Psikoedukasi
Sasaran : Pasien hipertensi kelompok perlakuan
Tempat : Kecamatan Kalisat
Waktu : 60 menit/sesi
Session : Sesi I-IV
Tujuan :

1. Identifikasi Masalah Klien
2. Pemberian Edukasi Keperawatan
3. Manajemen Stress dan Keterampilan Koping
4. Evaluasi Kegiatan Psikoedukasi

Setting:

1. Klien duduk berhadapan dengan fasilitator

Alat dan bahan

1. Modul
2. Papan nama
3. Leaflet/booklet
4. Laptop
5. Format evaluasi dan dokumentasi

Metode

1. Curah pendapat
2. Ceramah
3. Diskusi
4. Tanya jawab

Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan klien minimal satu hari sebelum pelaksanaan psikoedukasi
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Pelaksanaan
 - a. Fase orientasi
 - 1) Salam terapeutik
 - a) Salam dari peneliti

- b) Perkenalan nama dan panggilan peneliti, kemudian menggunakan papan nama
 - c) Menanyakan nama dan panggilan peserta, kemudian memberikan papan nama untuk dipakai oleh peserta selama kegiatan berlangsung
- 2) Kontrak
- a) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu untuk membantu klien mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi terkait penyakit yang diderita
 - b) Menyetujui pelaksanaan terapi sebanyak 4 sesi
 - c) Lama kegiatan 60-90 menit
 - d) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
- b. Fase kerja
- 1) Menanyakan apa yang dirasakan klien selama ini terkait dengan masalah psikososial yang dialami ketika menderita penyakit hipertensi
 - 2) Masing-masing klien diberikan kesempatan untuk menyampaikan perasaannya
 - 3) Meminta pendapat masing-masing klien tentang pendapat klien yang lain
- c. Fase terminasi
- 1) Evaluasi
 - a) Menanyakan perasaan klien setelah sesi 1
 - b) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan kemampuan klien dalam menyampaikan pengalaman yang dialaminya
 - 2) Tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk menyampaikan masalah yang dialami pada anggota keluarga
 - 3) Kontrak
 - a) Menyetujui topik sesi 2 yaitu edukasi keperawatan tentang penyakit hipertensi
 - b) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya

3. Evaluasi proses

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan klien, serta proses pelaksanaan secara keseluruhan

Format evaluasi

Sesi I Psikoedukasi: identifikasi masalah

Tanggal :

No	Kegiatan	Peserta											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam kegiatan pskoedukasi												
2	Mengungkapkan permasalahan yang dihadapi terkait penyakit yang diderita												
3	Keaktifan dalam diskusi												

Sesi II. Edukasi keperawatan

Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan klien minimal satu hari sebelum pelaksanaan psikoedukasi
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Pelaksanaan
 - a. Fase orientasi
 - 1) Salam terapeutik
 - a) Salam dari peneliti
 - 2) Kontrak
 - a) Menjelaskan tujuan pertemuan kedua yaitu untuk membantu klien memahami proses penyakit hipertensi yang meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan dan penatalaksanaan
 - b) Lama kegiatan 60-90 menit
 - c) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
 - b. Fase kerja
 - 1) Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tema yang akan disampaikan
 - 2) Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan
 - 3) Peneliti memberikan informasi kepada klien tentang penyakit hipertensi yang meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, serta penatalaksanaan.
 - 4) Peneliti memberikan informasi kepada klien terkait manajemen hipertensi berupa *skill training* untuk meningkatkan *life skill* penderita hipertensi. *Skill training* yang diberikan meliputi asupan nutrisi, olahraga, serta istirahat.
 - 5) Pemutaran slide
 - c. Fase terminasi
 - 1) Evaluasi
 - a) Mengevaluasi pengetahuan klien terkait materi yang telah disampaikan
 - b) Peneliti mengakhiri pertemuan

- 2) Tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk mempelajari kembali materi yang telah disampaikan dengan membaca kembali leaflet atau booklet yang diberikan oleh peneliti
 - 3) Kontrak
 - a) Menyetujui topik sesi 2 yaitu edukasi keperawatan tentang penyakit hipertensi
 - b) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya
3. Evaluasi
- a. Evaluasi struktur
 - 1) Klien berada ditempat sesuai kontrak
 - 2) Penyelenggaraan sesi II dilakukan ditempat sesuai dengan kontrak
 - b. Evaluasi proses
 - 1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
 - 2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan
 - 3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai
 - c. Evaluasi hasil
 - 1) Peserta memahami tentang konsep penyakit hipertensi
 - 2) Peserta mengetahui masalah psikologis yang dialami terkait penyakit hipertensi
 - 3) Kegiatan sesi II sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Format Evaluasi

Sesi II Psikoedukasi: Edukasi Keperawatan : Penyakit Hipertensi

Tanggal :

No	Kegiatan	Peserta											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam kegiatan pskoedukasi												
2	Menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta penatalaksanaan hipertensi												
3	Keaktifan dalam diskusi												

Sesi III. Manajemen stres dan koping individu

Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Mengingatkan klien minimal satu hari sebelum pelaksanaan psikoedukasi
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Pelaksanaan

a. Fase orientasi

1) Salam terapeutik

- a) Salam dari peneliti

2) Kontrak

- a) Menjelaskan tujuan pertemuan ketiga yaitu untuk membantu klien menghadapi permasalahan yang dihadapi terkait penyakit hipertensi yang diderita serta mekanisme koping yang digunakan klien

- b) Lama kegiatan 60-90 menit

- c) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai

b. Fase kerja

- 1) Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tema yang akan disampaikan

- 2) Memberikan kesempatan pada klien untuk menyampaikan perasaan dan beban yang dialami terkait penyakit hipertensi yang diderita

- 3) Memberikan kesempatan pada klien untuk menyampaikan upaya atau cara yang dilakukan klien dalam menghadapi masalah psikososial akibat penyakit hipertensi yang diderita

- 4) Menjelaskan pada klien koping yang efektif dalam menghadapi penyakit

- 5) Mendemonstrasikan pada klien cara mengatasi stress secara fisik (relaksasi progresif dan latihan nafas dalam) dan manajemen koping

- 6) Memberikan kesempatan pada klien untuk mendemonstrasikan kembali cara mengatasi stress secara fisik yaitu relaksasi progresif dan latihan nafas dalam

c. Fase terminasi

- 1) Evaluasi
 - a) Menanyakan perasaan klien setelah sesi III
 - b) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama klien
 - c) Peneliti mengakhiri pertemuan
 - 2) Tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk melakukan beberapa alternatif tindakan dalam mengatasi stress seperti yang sudah diajarkan dalam program ini
 - 3) Kontrak
 - a) Menyetujui pertemuan selanjutnya
 - b) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya
3. Evaluasi
- a. Evaluasi struktur
 - 1) Klien berada ditempat sesuai kontrak
 - 2) Penyelenggaraan sesi III dilakukan ditempat sesuai dengan kontrak
 - b. Evaluasi proses
 - 1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
 - 2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan
 - 3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai
 - c. Evaluasi hasil
 - 1) Peserta mengetahui cara manajemen stress dan coping yang dialami terkait penyakit yang diderita
 - 2) Kegiatan sesi III sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Format evaluasi

Sesi III Psikoedukasi: manajemen stres dan koping individu

Tanggal :

No	Kegiatan	Peserta											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam kegiatan pskoedukasi												
2	Menyampaikan masalah psikososial/ stress terkait penyakit hipertensi yang diderita												
3	Memperagakan tindakan yang dilakukan dalam manajemen stress												
4	Menyampaikan cara klien dalam menghadapi situasi yang menekan terkait penyakit yang diderita												
5	Keaktifan dalam diskusi												

Sesi IV. Evaluasi kegiatan

Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan klien minimal satu hari sebelum pelaksanaan psikoedukasi
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Pelaksanaan
 - a. Fase orientasi
 - 1) Salam terapeutik
 - a) Salam dari peneliti
 - 2) Kontrak
 - a) Menjelaskan tujuan pertemuan keempat yaitu untuk mengeksplorasi perasaan klien setelah dilakukan psikoedukasi serta penjelasan klien terkait cara atau mekanisme coping yang telah dilakukan
 - b) Lama kegiatan 60-90 menit
 - c) Klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
 - b. Fase kerja
 - 1) Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tema yang akan disampaikan
 - 2) Peneliti mengeksplorasi perasaan klien setelah dilakukan psikoedukasi
 - 3) Peneliti memberikan kesempatan kepada klien terkait cara atau mekanisme coping yang telah dilakukan.
 - c. Fase terminasi
 - 1) Evaluasi
 - a) Mengevaluasi respon klien terhadap kegiatan
 - b) Peneliti mengakhiri pertemuan
 - 2) Tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk mempelajari kembali materi yang telah disampaikan dengan membaca kembali leaflet atau booklet yang diberikan oleh peneliti
3. Evaluasi
 - a. Evaluasi struktur
 - 1) Klien berada ditempat sesuai kontrak

2) Penyelenggaraan sesi IV dilakukan ditempat sesuai dengan kontrak

b. Evaluasi proses

- 1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- 2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan
- 3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai

c. Evaluasi hasil

- 1) Klien mampu mengeksplorasi perasaannya setelah dilakukan psikoedukasi
- 2) Klien menjelaskan cara atau mekanisme koping yang telah dilakukan

Format evaluasi

Sesi IV Psikoedukasi: Evaluasi

Tanggal :

No	Kegiatan	Peserta											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam kegiatan pskoedukasi												
2	Mengeksplorasi perasaan dan mekanisme koping												
3	Keaktifan dalam diskusi												

Lampiran 10. Lembar observasi tekanan darah
Lembar observasi tekanan darah

No	Nama	Usia	Tingkat	TD sebelum	TD sesudah	Ket

hasil spss bivariat

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Pengetahuan1	10	6.50	1.780	5	11	5.75	6.00	6.50
Pengetahuan2	10	11.10	1.595	8	13	10.50	11.00	12.25

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan2 -	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Pengetahuan1	Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
	Ties	0 ^c		
	Total	10		

- a. Pengetahuan2 < Pengetahuan1
- b. Pengetahuan2 > Pengetahuan1
- c. Pengetahuan2 = Pengetahuan1

Test Statistics^b

	Pengetahuan2 - Pengetahuan1
Z	-2.814 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

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

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Koping1	10	78.60	8.618	68	89	70.00	78.00	87.50
Koping2	10	108.40	13.689	72	122	108.00	109.00	116.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Koping2 - Koping1	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
	Ties	0 ^c		
	Total	10		

a. Koping2 < Koping1

b. Koping2 > Koping1

c. Koping2 = Koping1

Test Statistics^b

	Koping2 - Koping1
Z	-2.803 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Kepatuhan1	4.60	10	1.075	.340
Kepatuhan2	7.60	10	1.174	.371

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Kepatuhan1 & Kepatuhan2	10	.476	.165

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Kepatuhan1 - Kepatuhan2	-3.000	1.155	.365	-3.826	-2.174	-8.216	9	.000

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Sistole1	10	152.00	10.328	140	170	140.00	150.00	160.00
Sistole2	10	145.00	9.718	140	170	140.00	140.00	150.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sistole2 - Sistole1	Negative Ranks	6 ^a	3.50	21.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	4 ^c		
	Total	10		

- a. Sistole2 < Sistole1
- b. Sistole2 > Sistole1
- c. Sistole2 = Sistole1

Test Statistics^b

	Sistole2 - Sistole1
Z	-2.333 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.020

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

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Diastole1	10	97.00	6.749	90	110	90.00	100.00	100.00
Diastole2	10	92.00	4.216	90	100	90.00	90.00	92.50

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Diastole2 - Diastole1	Negative Ranks	5 ^a	3.00	15.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	5 ^c		
	Total	10		

a. Diastole2 < Diastole1

b. Diastole2 > Diastole1

c. Diastole2 = Diastole1

Test Statistics^b

	Diastole2 - Diastole1
Z	-2.236 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.025

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Kelompok kontrol

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Pengetahuan1	10	4.70	1.252	3	7	4.00	4.00	6.00
Pengetahuan2	10	5.00	1.247	3	7	4.00	5.00	6.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan2 - Pengetahuan1	Negative Ranks	1 ^a	2.00	2.00
	Positive Ranks	3 ^b	2.67	8.00
	Ties	6 ^c		
	Total	10		

a. Pengetahuan2 < Pengetahuan1

b. Pengetahuan2 > Pengetahuan1

c. Pengetahuan2 = Pengetahuan1

Test Statistics^b

	Pengetahuan2 - Pengetahuan1
Z	-1.134 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.257

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Koping1	78.20	10	10.570	3.343
	Koping2	79.20	10	11.013	3.483

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Koping1 & Koping2	10	.973	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Koping1 - Koping2	-1.000	2.539	.803	-2.816	.816	-1.246	9	.244

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Kepatuhan1	10	4.70	.675	4	6	4.00	5.00	5.00
Kepatuhan2	10	4.90	.738	4	6	4.00	5.00	5.25

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kepatuhan2 - Kepatuhan1	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^b	1.00	1.00
	Ties	9 ^c		
	Total	10		

a. Kepatuhan2 < Kepatuhan1

b. Kepatuhan2 > Kepatuhan1

c. Kepatuhan2 = Kepatuhan1

Test Statistics^b

	Kepatuhan2 - Kepatuhan1
Z	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Sistole1	10	152.00	11.353	140	170	140.00	150.00	162.50
Sistole2	10	153.00	10.593	140	170	147.50	150.00	162.50

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sistole2 - Sistole1	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
	Positive Ranks	1 ^b	2.00	2.00
	Ties	8 ^c		
	Total	10		

a. Sistole2 < Sistole1

b. Sistole2 > Sistole1

c. Sistole2 = Sistole1

Test Statistics^b

	Sistole2 - Sistole1
Z	-.447 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.655

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
						25th	50th (Median)	75th
Diastole1	10	96.00	6.992	90	110	90.00	95.00	100.00
Diastole2	10	97.00	4.830	90	100	90.00	100.00	100.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Diastole2 - Diastole1	Negative Ranks	2 ^a	3.00	6.00
	Positive Ranks	3 ^b	3.00	9.00
	Ties	5 ^c		
	Total	10		

a. Diastole2 < Diastole1

b. Diastole2 > Diastole1

c. Diastole2 = Diastole1

Test Statistics^b

	Diastole2 - Diastole1
Asymp. Sig. (2-tailed)	-.447 ^a .655

. Based on negative ranks.

uji normalitas usia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
usia	10	100.0%	0	.0%	10	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
usia	Mean	67.60	1.579
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	64.03	
	Upper Bound	71.17	
	5% Trimmed Mean	67.56	
	Median	68.50	
	Variance	24.933	
	Std. Deviation	4.993	
	Minimum	60	
	Maximum	76	
	Range	16	
	Interquartile Range	8	
	Skewness	-.092	.687
	Kurtosis	-.573	1.334

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia	.169	10	.200*	.949	10	.656

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Usia kelompok kontrol

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
UsiaKontrol	10	100.0%	0	.0%	10	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
UsiaKontrol	Mean	64.60	1.492
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	61.22	
	Upper Bound	67.98	
	5% Trimmed Mean	64.33	
	Median	63.50	
	Variance	22.267	
	Std. Deviation	4.719	
	Minimum	60	
	Maximum	74	
	Range	14	
	Interquartile Range	7	
	Skewness	1.114	.687
	Kurtosis	.342	1.334

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
UsiaKontrol	.251	10	.075	.872	10	.107

a. Lilliefors Significance Correction

Uji homogenitas usia

Group Statistics

kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
usia kel.eksperimen	10	67.60	4.993	1.579
kel.kontrol	10	64.60	4.719	1.492

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

95% Confidence Interval of the Difference

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
usia	Equal variances assumed	.037	.850	1.381	18	.184	3.000	2.173	-1.564	7.564
	Equal variances not assumed			1.381	17.943	.184	3.000	2.173	-1.565	7.565

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
usia	Equal variances assumed	.037	.850	1.381	18	.184	3.000	2.173	-1.564	7.564
	Equal variances not assumed			1.381	17.943	.184	3.000	2.173	-1.565	7.565

Homogenitas jk

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.800 ^a	1	.371		
Continuity Correction ^b	.200	1	.655		
Likelihood Ratio	.805	1	.369		
Fisher's Exact Test				.656	.328
Linear-by-Linear Association	.760	1	.383		
N of Valid Cases ^b	20				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Homogenitas pendidikan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.591 ^a	2	.451
Likelihood Ratio	1.983	2	.371
Linear-by-Linear Association	1.490	1	.222
N of Valid Cases	20		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Homogenitas pekerjaan

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.400 ^a	2	.819
Likelihood Ratio	.407	2	.816
Linear-by-Linear Association	.111	1	.739
N of Valid Cases	20		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

Jji normalitas kelompok perlakuan

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan1	.411	10	.000	.688	10	.001
Koping1	.211	10	.200*	.858	10	.072
Kepatuhan1	.245	10	.090	.892	10	.177
Sistole1	.181	10	.200*	.895	10	.191
Diastole1	.272	10	.035	.802	10	.015
Pengetahuan2	.275	10	.031	.893	10	.182
Koping2	.388	10	.000	.689	10	.001
Kepatuhan2	.195	10	.200*	.878	10	.124
Sistole2	.397	10	.000	.603	10	.000
Diastole2	.482	10	.000	.509	10	.000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Uji normalitas kelompok kontrol

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan1	.312	10	.007	.871	10	.102
Koping1	.232	10	.134	.879	10	.128
Kepatuhan1	.272	10	.035	.802	10	.015
Sistole1	.270	10	.037	.848	10	.055
Diastole1	.305	10	.009	.781	10	.008
Pengetahuan2	.189	10	.200 [*]	.940	10	.550
Koping2	.214	10	.200 [*]	.920	10	.360
Kepatuhan2	.254	10	.067	.833	10	.036
Sistole2	.311	10	.007	.846	10	.051
Diastole2	.433	10	.000	.594	10	.000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

T test kel kontrol

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Koping1	78.20	10	10.570	3.343
Koping2	79.20	10	11.013	3.483

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Koping1 & Koping2	10	.973	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Koping1 - Koping2	-1.000	2.539	.803	-2.816	.816	-1.246	9	.244

T test kel perlakuan

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Kepatuhan1	4.60	10	1.075	.340
Kepatuhan2	7.60	10	1.174	.371

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Kepatuhan1 & Kepatuhan2	10	.476	.165

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Kepatuhan1 - Kepatuhan2	-3.000	1.155	.365	-3.826	-2.174	-8.216	9	.000

Uji wilcoxon kel perlakuan

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan2 - Pengetahuan1	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
	Ties	0 ^c		
	Total	10		

- a. Pengetahuan2 < Pengetahuan1
- b. Pengetahuan2 > Pengetahuan1
- c. Pengetahuan2 = Pengetahuan1

Test Statistics^b

	Pengetahuan2 - Pengetahuan1
Z	-2.814 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

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

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Koping2 - Koping1	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
	Ties	0 ^c		
	Total	10		

- a. Koping2 < Koping1
- b. Koping2 > Koping1
- c. Koping2 = Koping1

Test Statistics^b

	Koping2 - Koping1
Z	-2.803 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sistole2 - Sistole1	Negative Ranks	6 ^a	3.50	21.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	4 ^c		
	Total	10		

a. Sistole2 < Sistole1

b. Sistole2 > Sistole1

c. Sistole2 = Sistole1

Test Statistics^b

	Sistole2 - Sistole1
Z	-2.333 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.020

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Diastole2 - Diastole1	Negative Ranks	5 ^a	3.00	15.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	5 ^c		
	Total	10		

a. Diastole2 < Diastole1

b. Diastole2 > Diastole1

c. Diastole2 = Diastole1

Test Statistics^b

	Diastole2 - Diastole1
Z	-2.236 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.025

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji wilcoxon kelompok kontrol

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan2 - Pengetahuan1	Negative Ranks	1 ^a	2.00	2.00
	Positive Ranks	3 ^b	2.67	8.00
	Ties	6 ^c		
	Total	10		

a. Pengetahuan2 < Pengetahuan1

b. Pengetahuan2 > Pengetahuan1

c. Pengetahuan2 = Pengetahuan1

Test Statistics^b

	Pengetahuan2 - Pengetahuan1
Z	-1.134 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.257

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kepatuhan2 - Kepatuhan1	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^b	1.00	1.00
	Ties	9 ^c		
	Total	10		

a. Kepatuhan2 < Kepatuhan1

b. Kepatuhan2 > Kepatuhan1

c. Kepatuhan2 = Kepatuhan1

Test Statistics^b

	Kepatuhan2 - Kepatuhan1
Z	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sistole2 - Sistole1	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
	Positive Ranks	1 ^b	2.00	2.00
	Ties	8 ^c		
	Total	10		

a. Sistole2 < Sistole1

b. Sistole2 > Sistole1

c. Sistole2 = Sistole1

Test Statistics^b

	Sistole2 - Sistole1
Z	-.447 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.655

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Diastole2 - Diastole1	Negative Ranks	2 ^a	3.00	6.00
	Positive Ranks	3 ^b	3.00	9.00
	Ties	5 ^c		
	Total	10		

a. Diastole2 < Diastole1

b. Diastole2 > Diastole1

c. Diastole2 = Diastole1

Test Statistics^b

	Diastole2 - Diastole1
Z	-.447 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.655

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji mann whitney

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan kel eksperimen	10	13.60	136.00
kel kontrol	10	7.40	74.00
Total	20		

Test Statistics^b

	pengetahuan
Mann-Whitney U	19.000
Wilcoxon W	74.000
Z	-2.445
Asymp. Sig. (2-tailed)	.014
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.019 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
koping kel eksperimen	10	10.80	108.00
kel kontrol	10	10.20	102.00
Total	20		

Test Statistics^b

	koping
Mann-Whitney U	47.000
Wilcoxon W	102.000
Z	-.228
Asymp. Sig. (2-tailed)	.819
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.853 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kepatuhan kel eksperimen	10	10.40	104.00
kel kontrol	10	10.60	106.00
Total	20		

Test Statistics^b

	kepatuhan
Mann-Whitney U	49.000
Wilcoxon W	104.000
Z	-.081
Asymp. Sig. (2-tailed)	.936
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.971 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Ranks

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sistole	kel eksperimen	10	10.60	106.00
	kel kontrol	10	10.40	104.00
Total		20		

Test Statistics^b

	sistole
Mann-Whitney U	49.000
Wilcoxon W	104.000
Z	-.079
Asymp. Sig. (2-tailed)	.937
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.971 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Ranks

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan2	kel eksperimen	10	15.50	155.00
	kel kontrol	10	5.50	55.00
Total		20		

Test Statistics^b

	pengetahuan2
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	55.000
Z	-3.810
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
koping2 kel eksperimen	10	14.80	148.00
kel kontrol	10	6.20	62.00
Total	20		

Test Statistics^b

	koping2
Mann-Whitney U	7.000
Wilcoxon W	62.000
Z	-3.273
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kepatuhan2 kel eksperimen	10	15.30	153.00
kel kontrol	10	5.70	57.00
Total	20		

Test Statistics^b

	kepatuhan2
Mann-Whitney U	2.000
Wilcoxon W	57.000
Z	-3.689
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
sistole2 kel eksperimen	10	8.00	80.00
kel kontrol	10	13.00	130.00
Total	20		

Test Statistics^b

	sistole2
Mann-Whitney U	25.000
Wilcoxon W	80.000
Z	-2.032
Asymp. Sig. (2-tailed)	.042
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.063 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
diastole2 kel eksperimen	10	8.00	80.00
kel kontrol	10	13.00	130.00
Total	20		

Test Statistics^b

	diastole2
Mann-Whitney U	25.000
Wilcoxon W	80.000
Z	-2.190
Asymp. Sig. (2-tailed)	.028
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.063 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

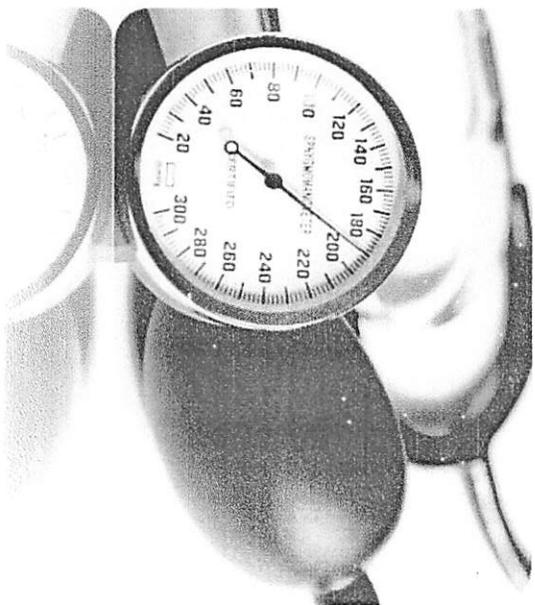
Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60	1	10.0	10.0	10.0
62	2	20.0	20.0	30.0
67	1	10.0	10.0	40.0
68	1	10.0	10.0	50.0
69	1	10.0	10.0	60.0
70	2	20.0	20.0	80.0
72	1	10.0	10.0	90.0
76	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

UsiaKontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60	2	20.0	20.0	20.0
	61	1	10.0	10.0	30.0
	62	1	10.0	10.0	40.0
	63	1	10.0	10.0	50.0
	64	2	20.0	20.0	70.0
	67	1	10.0	10.0	80.0
	71	1	10.0	10.0	90.0
	74	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

BUKU PANDUAN TEKANAN DARAH TINGGI



oleh

Khofi Hadidi

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA



PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. atas segala rahmat, taufiq, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Tekanan Darah Tinggi”. Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam penyelesaian buku ini.

Buku ini sebagai panduan bagi lansia dalam memahami permasalahan terkait tekanan darah tinggi. Buku ini diharapkan agar lansia dapat memahami penyakit tekanan darah tinggi yang dialami ataupun pencegahan bagi lansia yang berisiko mengalami tekanan darah tinggi. Dengan buku ini diharapkan lansia dapat meningkatkan pengetahuan tentang tekanan darah tinggi.

Penulis menyadari dalam penyusunan buku ini masih kurang dari sempurna. Oleh karena itu, penulis menerima segala kritik dan saran yang membangun dari para pembaca agar buku ini bisa mencapai kesempurnaan. Penulis berharap buku ini dapat bermanfaat dan menambah pengetahuan pembaca.

Jember, 24 Mei 2016

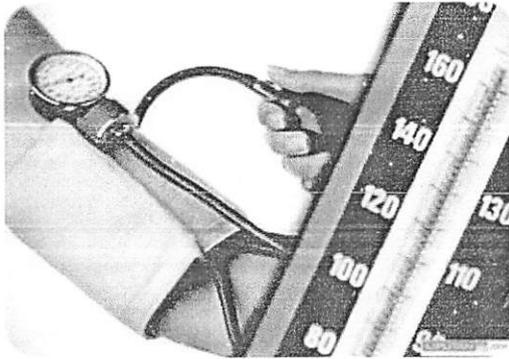
Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	2
DAFTAR ISI	3
A. Pengertian Tekanan Darah Tinggi	4
B. Penyebab Tekanan Darah Tinggi	5
C. Tanda dan Gejala Tekanan Darah Tinggi	7
D. Akibat Buruk Tekanan Darah Tinggi	9
E. Pencegahan dan Penanganan Tekanan Darah Tinggi	12
REFERENSI	17

A. PENGERTIAN TEKANAN DARAH TINGGI

TEKANAN DARAH TINGGI adalah tekanan darah yang lebih dari 140/90 mmHg.



Tabel tekanan darah tinggi menurut kelompok umur berbeda (Tambayong, 2000:94)

Kelompok usia	Normal (mmHg)	Tekanan Darah Tinggi (mmHg)
Bayi	80/40	90/60
Anak 7-11 th	100/60	120/80
Remaja 12-17 th	115/70	130/80
Dewasa		
20-45 th	120-125/75-80	135/90
45-65 th	135-140/85	140/90-160/95
> 65 th	150/85	160/95

B. PENYEBAB TEKANAN DARAH TINGGI

1. USIA YANG SEMAKIN MENUA

Insidens tekanan darah tinggi makin meningkat dengan meningkatnya usia.



2. BERAT BADAN BERLEBIH

Kelebihan berat badan membuat jantung bekerja lebih keras dan dapat menyebabkan tekanan darah tinggi.



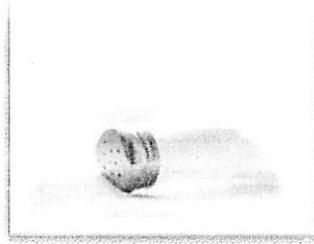
3. PEKERJAAN YANG MEMBUAT STRES

Pekerjaan yang bisa menimbulkan stres dapat meningkatkan tekanan darah.



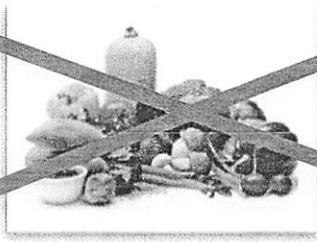
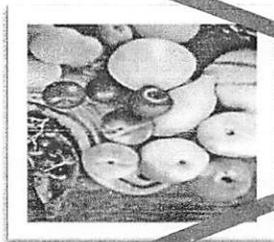
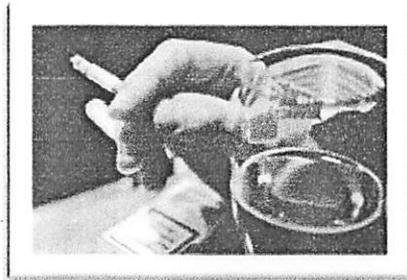
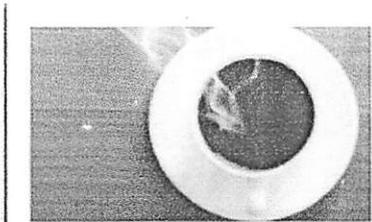
4. KONSUMSI GARAM BERLEBIH

Terlalu banyak konsumsi garam berisiko tinggi terkena tekanan darah tinggi.



5. POLA HIDUP

Faktor kebiasaan seperti merokok, makan makanan tinggi lemak, tidak senang makan buah dan sayur, peminum alkohol, dan tidak suka berolahraga dapat memicu terjadinya hipertensi. (Permadi, 2011:2-3)



C. TANDA DAN GEJALANYA



SAKIT KEPALA/
PUSING

MUDAH LELAH



RASA PEGAL/LINU DI
KEPALA BAGIAN
BELAKANG

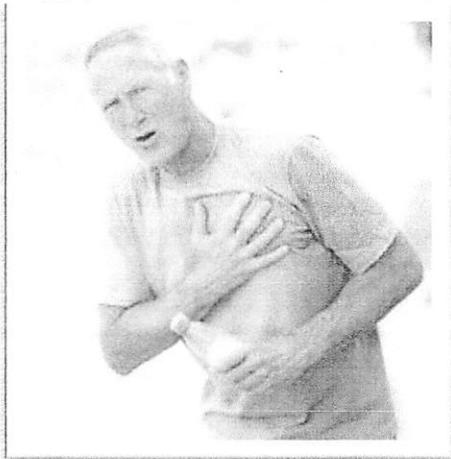
SULIT TIDUR





MUDAH MARAH

MERASA
CEMAS



BERDEBAR/DETAK JAN-
TUNG TERASA CEPAT

D. AKIBAT BURUK TEKANAN DARAH TINGGI

1. KERUSAKAN PADA OTAK

Kerusakan ini terjadi akibat stroke karena jaringan otak kekurangan oksigen akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Akibatnya, timbul kelemahan atau kelumpuhan separuh badan dengan berbagai gangguan lainnya. Kerusakan parah bahkan dapat menyebabkan kematian.



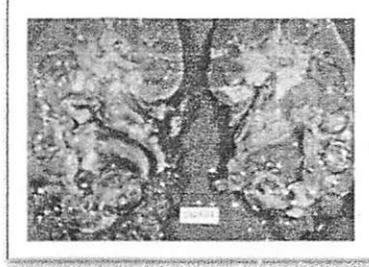
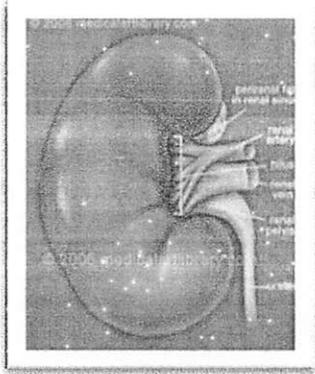
2. KERUSAKAN PADA JANTUNG

Komplikasi tekanan darah tinggi dapat menyebabkan pembesaran otot jantung kiri yang berakhir dengan gagalnya jantung menjalankan fungsinya untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Keadaan ini ditandai dengan bengkak pada kaki dan kelopak mata, cepat lelah, dan sesak napas.



3. KERUSAKAN PADA GINJAL

Ginjal yang rusak amat berbahaya karena dapat mengakibatkan gagalnya fungsi ginjal untuk mengeluarkan zat-zat berbahaya dan zat yang tidak diperlukan lagi oleh tubuh.



4. KERUSAKAN PADA MATA

Organ penglihatan pun dapat terkena komplikasi penyakit hipertensi. Kerusakan pada mata dapat menyebabkan gangguan penglihatan sampai kebutaan.

(Wijayakusuma&Darlimartha, 1998:6)



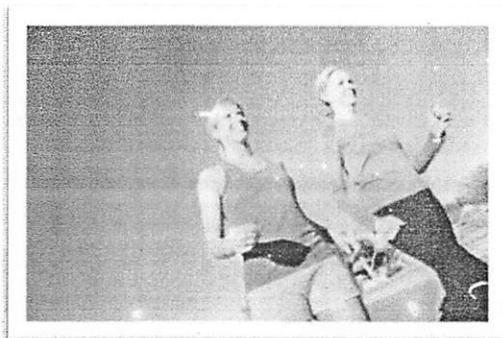
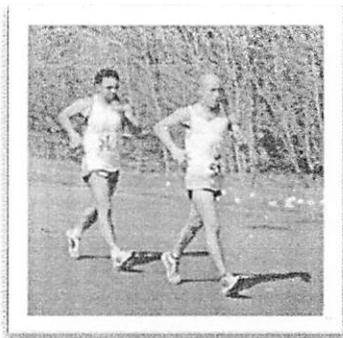
E. PENCEGAHAN DAN PENANGANAN

TEKANAN DARAH TINGGI

6 LANGKAH SEHAT yang dapat dilakukan untuk mencegah dan mengontrol tekanan darah tinggi.

1. OLAHRAGA

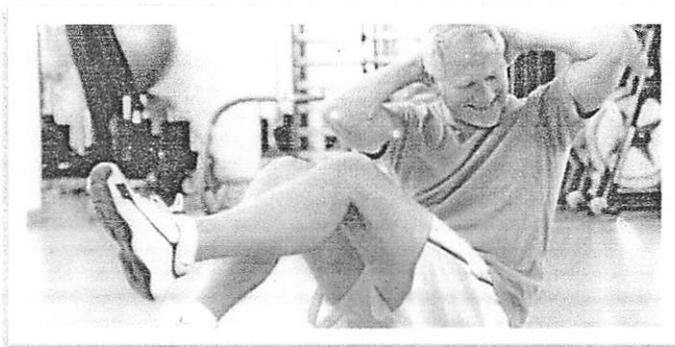
Berolahraga secara teratur merupakan salah satu cara untuk mencegah atau mengontrol tekanan darah tinggi. Olahraga yang dilakukan tidak perlu yang berat, cukup olahraga ringan atau mengerjakan pekerjaan sehari-hari selama kurang lebih 30 menit setiap hari.





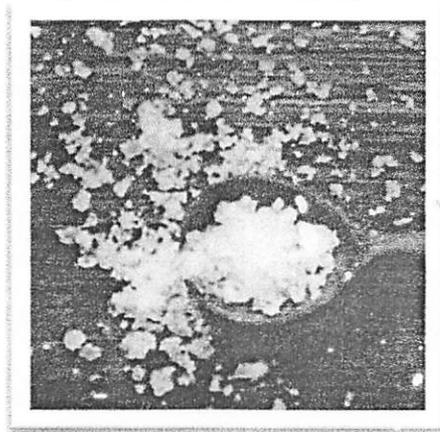
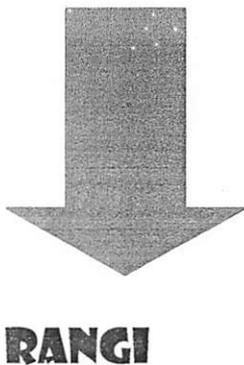
2. PENURUNAN BERAT BADAN

Kegemukan meningkatkan risiko terjadinya tekanan darah tinggi dan penyakit jantung. Penurunan berat badan mempunyai efek yang terbesar dalam menurunkan tekanan darah.



3. KURANGI KONSUMSI GARAM

Orang dengan tekanan darah tinggi dapat mengurangi tekanan darah mereka dengan mengurangi asupan garam. Pedoman diet merekomendasikan bahwa orang dengan tekanan darah tinggi harus membatasi asupan garam kurang dari 1500 mg (2 atau 3 sendok teh sehari), maka terjadi penurunan tekanan darah.

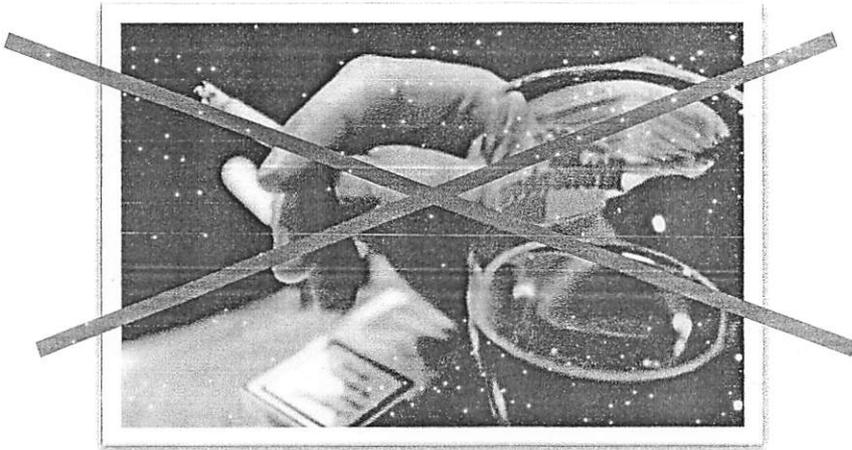


KU-

4. HINDARI ALKOHOL DAN ROKOK

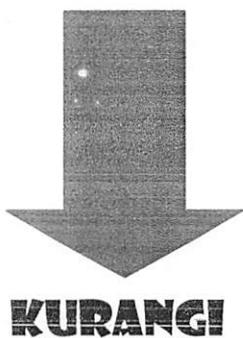
Minuman beralkohol dapat meningkatkan tekanan darah, merusak hati, otak, dan jantung. Merokok dapat merusak dinding pembuluh darah dan mempercepat proses pengerasan pembuluh darah arteri. Dengan

menghentikan rokok, maka kemungkinan terjadinya serangan jantung, stroke, dan penyakit jantung lainnya akan menurun.



5. JAUHI MINUMAN KOPI

Jika memiliki tekanan darah tinggi, cara terbaik yang harus dilakukan adalah dengan membatasi konsumsi minuman kopi (sekitar dua cangkir kopi per hari).



6. KELOLA STRES

Stres menyebabkan penyempitan pada pembuluh darah. Penyempitan pembuluh darah menyebabkan jantung bekerja keras, berdetak lebih cepat. Akibatnya tekanan darah meningkat. Mengelola stres secara efektif dapat membantu mengurangi tekanan darah.



REFERENSI

- Baradero, Mary, Dayrit, Mary Wilfrid, dan Suwadi, Yakobus. 2008. *Klien Gangguan Kardiovaskuler: Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Cahyono, J.B. Suharjo B. 2008. *Gaya Hidup dan Penyakit Modern*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Permadi, Adi. 2011. *Ramuan Herbal Penumpas Hipertensi*. Jakarta: Niaga Swadaya.
- Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8 Volume 2. Jakarta: EGC.
- Tambayong, Jan. 2000. *Patofisiologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Wijayakusuma, H.M. Hembing dan Dalimartha, Setiawan. 1998. *Ramuan Tradisional untuk Pengobatan Darah Tinggi*. Jakarta: Niaga Swadaya.

No	Kegiatan	Peserta									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
2	Mengungkapkan permasalahan yang dihadapi terkait penyakit yang diderita	1. Pasien mengungkapkan tidak tahu apa yang harus dilakukan agar tekanan darah stabil di rentang normal karena tekanan darah akan membaik setelah mengkonsumsi obat atau ramuan herbal, selanjutnya dapat kambuh. 2. Pasien mengatakan tidak	1. Pasien tidak tahu cara mana makanan yang baik untuk dikonsumsi penderita penyakit hipertensi. Rata-rata pasien diinstruksikan untuk menghindari garam dan kopi. 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.	1. Pasien tetap merokok dan mengonsumsi kopi. 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.	Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.	1. Pasien lebih suka mengkonsumsi daging daripada sayur-sayuran. 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.	1. Pasien lebih banyak mengkonsumsi makanan yang digoreng dari pada dikukus. 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.	1. Pasien mengaku berfikir keras ketika menghadapi masalah dan pikirannya tidak bisa tenang atau tidak bisa berhenti menghilangkan kekhawatiran terhadap masalah yang di hadapi. 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.	1. Pasien mengatakan yang memasak makanan adalah cucunya dan pasien diberi makanan yang terasa hambar sehingga menurun nafsu makan. 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.	1. Pasien tidak mempunyai semangat untuk bisa sembuh dikarenakan penyakit tersebut sudah biasa orang tua dan sulit sembuh. 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.	1. Pasien sulit untuk mengkonsumsi makanan yang dilarang untuk penderita penyakit Hipertensi. 2. Pasien mengatakan tidak pernah berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.

		berolahraga ataupun mengikuti senam lansia.			IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA							
3	Keaktifan dalam diskusi	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya

Format Evaluasi

Sesi II Psikoedukasi : Edukasi Keperawatan : Penyakit Hipertensi

No	Kegiatan	Peserta											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
2	Menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta penatalaksanaan hipertensi	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Ya
3	Keaktifan dalam diskusi	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya

Format Evaluasi**Sesi III Psikoedukasi : Managemen stres dan koping individu**

No	Kegiatan	Peserta											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi	Ya											
2	Menyampaikan masalah psikososial/ stress terkait penyakit hipertensi yang diderita	Ya											
3	Mempengaruhi tindakan	Nafas Dalam											

	yang dilakukan dalam manajemen stress												
		IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA											
4	Menyampaikan cara klien dalam menghadapi situasi yang menekan terkait penyakit yang diderita	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah	Curhat dengan teman, berdoa, n afas dalam, ti dur, kontrol amarah
5	Keaktifan dalam diskusi	Ya											

Sesi IV Psikoedukasi : Evaluasi

No	Kegiatan	Peserta											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
2	Mengeksplorasi perasaan dan mekanisme koping	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
3	Keaktifan dalam diskusi	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya