



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN  
MANAJEMEN STRES PADA DEWASA HIPERTENSI  
DI KABUPATEN PRINGSEWU, LAMPUNG**

**TESIS**

**DIAN ASIH RIANTY  
1606859310**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
DEPOK, 2018**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN  
MANAJEMEN STRES PADA DEWASA HIPERTENSI  
DI KABUPATEN PRINGSEWU, LAMPUNG**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Keperawatan**

**DIAN ASIH RIANTY  
1606859310**

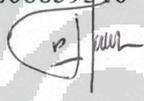
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
DEPOK, JULI 2018**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dian Asih Rianty

NPM : 1606859310

Tanda Tangan :  .....

Tanggal : 05 Juli 2018

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Dian Asih Rianty

NPM : 1606859310

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN

(.....)

Pembimbing II : Ns. Dwi Nurviyandari Kusuma Wati, S.Kep., MN

(.....)

Penguji I : Dr. Ety Rekawati, S.Kp., MKM

(.....)

Penguji II : Ns. Ati Nuraeni M. Kep., Sp. Kep. Kom

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 05 Juli 2018

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat, serta izin-Nya sehingga peneliti telah menyelesaikan tesis dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung”. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Selama proses penyusunan tesis ini, peneliti mendapatkan dukungan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN selaku dosen pembimbing I yang telah membimbing, mengarahkan dan memberikan masukan dalam proses penyusunan tesis ini
2. Ibu Ns. Dwi Nurviyandari Kusuma Wati, S.Kep., MN selaku dosen pembimbing II yang juga telah memberikan bimbingan, saran, dan arahan dalam penyusunan tesis ini
3. Ibu Dr. Ety Rekawati, S.Kp., MKM dan Ibu Ns. Ati Nuraeni, M. Kep., Sp.Kep.Kom selaku penguji yang telah memberikan masukan dan saran
4. Responden dan keluarga yang telah ikut berpartisipasi dalam penelitian ini
5. Seluruh Dosen dan tenaga kependidikan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan semua pihak yang telah membantu selama penelitian dilaksanakan

Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan komunitas dan masyarakat.

Depok, Juli 2018

Penulis

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

---

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

Nama : Dian Asih Rianty  
NPM : 1606459310  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

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

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, 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: Depok  
Pada tanggal: 05 Juli 2018  
Yang menyatakan



Dian Asih Rianty

## ABSTRAK

Nama : Dian Asih Rianty  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung  
Pembimbing : 1. Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN  
2. Ns. Dwi Nurviyandari Kusuma Wati, S.Kep., MN

Hipertensi memberikan dampak bagi penderita, keluarga, masyarakat dan pemerintah sehingga sangat diperlukan penanganan yang komprehensif tidak hanya pada faktor genetik dan gaya hidup. Kemampuan mengelola stres dengan mengenal sumber stresor, mengungkapkan kemarahan dengan tidak berlebihan, mendapatkan dukungan keluarga serta penggunaan teknik relaksasi menjadi komponen penting dalam manajemen diri hipertensi. Keluarga menjadi sumber dukungan dalam pengelolaan kesehatan anggota keluarga dengan hipertensi. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung. Metode penelitian menggunakan *cross sectional*, dengan jumlah sampel 162 dewasa hipertensi. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan teknik pemilihan sampel menggunakan metode *consecutive sampling*. Sampel penelitian adalah dewasa hipertensi dengan usia 30-59 tahun, tinggal bersama keluarga dan mampu berkomunikasi verbal dengan baik. Analisis menggunakan uji *Pearson* menunjukkan ada hubungan antara dukungan instrumental, informasi, emosional, penghargaan dan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung dengan nilai *p value* < 0,05. Analisis lebih lanjut menggunakan regresi linier berganda menunjukkan bahwa dukungan emosional merupakan variabel yang paling berhubungan dengan manajemen stres setelah dikontrol variabel *confounding*. Dukungan keluarga merupakan bentuk bantuan keluarga yang sangat penting dalam manajemen stres hipertensi.

Kata kunci:  
Keluarga, dewasa, dukungan, manajemen stres, hipertensi

## ABSTRACT

Name : Dian Asih Rianty  
Study Program : Master of Nursing Science  
Title : The Relation of Family Support and Stress Management of Hypertension on Adult  
in Pringsewu Regency, Lampung  
Counsellor : 1. Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN  
2. Ns. Dwi Nurviyandari Kusuma Wati, S.Kep., MN

Hypertension has an impact on patients, families, communities and governments so there is a need for comprehensive treatment not only on genetic and lifestyle factors. The ability to manage stress by knowing the source of stressors, expressing anger with moderation, getting family support as well as the use of relaxation techniques become an important component in hypertension self-management. Families become a source of support in managing the health of family members with hypertension. This study aims to identify the relation of family support with stress management in adult hypertension in Pringsewu Regency, Lampung. The research method used cross sectional, with 162 adult sample of hypertension. Sampling using purposive sampling with sample selection technique using consecutive sampling method. The study sample is adult hypertension with age 30-59 years old, living with family and able to communicate verbally well. Analysis using Pearson test showed there was correlation between instrumental support, information, emotional, appreciation and family support with stress management in adult hypertension in Pringsewu Regency, Lampung with p value  $<0,05$ . Further analysis using multiple linear regression indicates that emotional support is the variable most associated with stress management after controlled confounding variables. Family support is a very important form of family assistance in hypertensi stress management.

Keywords:  
Family, adult, support, stress management, hypertension

## DAFTAR ISI

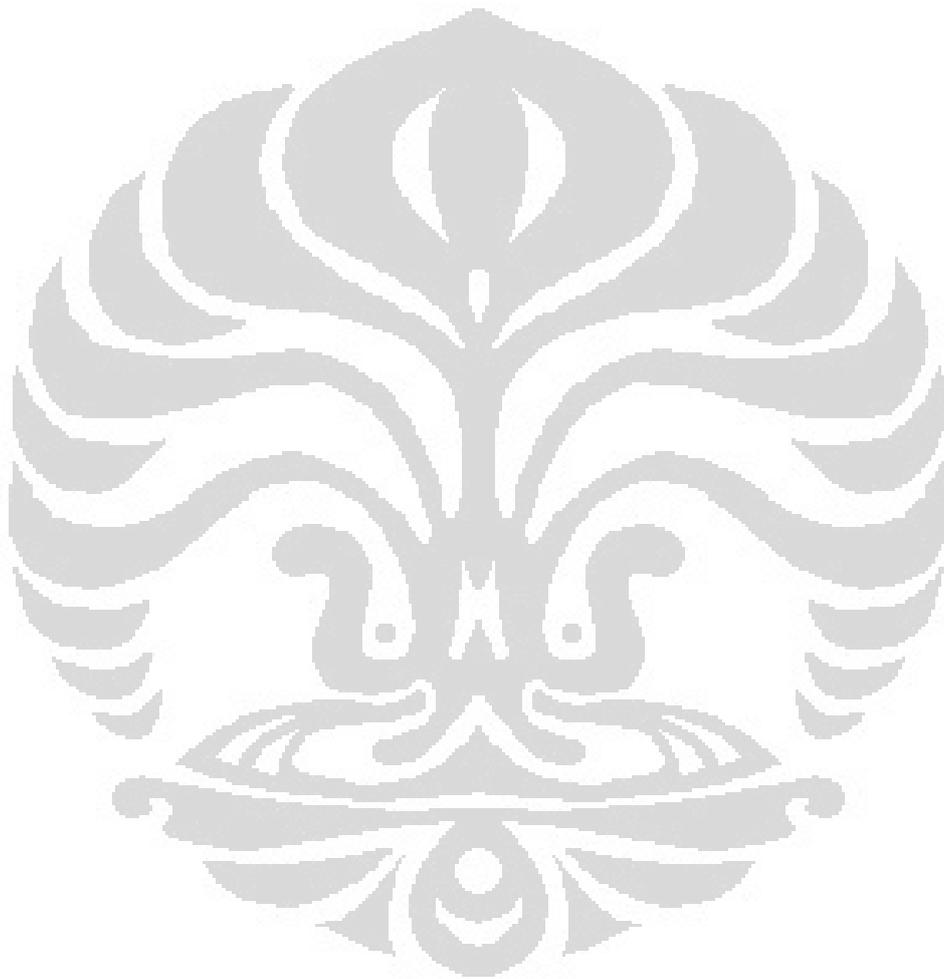
	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiv</b>
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	14
1.3 Tujuan Penelitian .....	15
1.3.1 Tujuan Umum .....	15
1.3.2 Tujuan Khusus .....	15
1.4 Manfaat Penelitian .....	16
1.4.1 Bagi Klien dan Keluarga .....	16
1.4.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan .....	16
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan .....	16
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>17</b>
2.1 Agregat Dewasa sebagai Populasi <i>At Risk</i> .....	17
2.1.1 Risiko Biologi terkait Usia .....	17
2.1.2 Risiko Lingkungan .....	19
2.1.3 Risiko Perilaku dan Gaya Hidup .....	20
2.2 Agregat Dewasa dengan Hipertensi sebagai Populasi Rentan.....	22
2.3 Intervensi Keperawatan .....	27
2.3.1 Pencegahan Primer .....	27
2.3.2 Pencegahan Sekunder .....	29
2.3.3 Pencegahan Tersier .....	31
2.4 Peran Perawat Komunitas dalam Pengendalian Hipertensi.....	34
2.4.1 Pemberi Layanan Langsung .....	35
2.4.2 Pendidik Kesehatan .....	35
2.4.3 Kolaborator.....	36
2.4.4 Manajer Kasus.....	36
2.4.5 Konsultan .....	36
2.4.6 <i>Advocat</i> .....	36
2.4.7 Peneliti.....	37

2.5 Model Adaptasi Roy ( <i>Roy Adaptation Model</i> ) .....	37
2.5.1 Input .....	38
2.5.2 Proses Kontrol .....	38
2.5.3 Efektor .....	39
2.5.4 Output .....	39
2.5.5 Aplikasi Model Adaptasi Roy Pada Dewasa Hipertensi .....	40
2.6 Kerangka Teori .....	42
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL ..</b>	<b>43</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	43
3.1.1 Variabel Dependen .....	43
3.1.2 Variabel Independen .....	43
3.1.3 Variabel <i>Confounding</i> .....	43
3.2 Hipotesis Penelitian .....	44
3.3 Definisi Operasional .....	45
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>51</b>
4.1 Desain Penelitian .....	51
4.2 Populasi dan Sampel .....	51
4.2.1 Populasi .....	51
4.2.2 Sampel .....	51
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	53
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian .....	54
4.4 Etika Penelitian .....	55
4.4.1 Kemanfaatan dan Tidak Merugikan .....	55
4.4.2 Kebebasan .....	56
4.4.3 Kerahasiaan .....	57
4.4.4 Keadilan .....	57
4.4.5 <i>Informed Consent</i> .....	58
4.5 Instrumen Penelitian .....	59
4.5.1 Instrumen Demografi Responden .....	59
4.5.2 Instrumen Dukungan Keluarga .....	59
4.5.3 Instrumen Penilaian Manajemen Stres .....	60
4.6 Uji Coba Instrumen Penelitian .....	60
4.6.1 Pengujian Validitas .....	60
4.6.2 Pengujian Reliabilitas .....	61
4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	62
4.8 Pengolahan Data .....	65
4.8.1 Teknik Pengolahan Data .....	65
4.8.2 Analisis Data .....	67
<b>5. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>73</b>
5.1 Gambaran Demografi Responden .....	73
5.2 Gambaran Dukungan Keluarga .....	74
5.3 Gambaran Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi .....	75
5.4 Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres .....	75
5.5 Variabel yang Paling Berhubungan dengan Manajemen Stres .....	76

<b>6. PEMBAHASAN .....</b>	<b>83</b>
6.1 Demografi Dewasa Hipertensi.....	83
6.1.1 Usia .....	83
6.1.2 Jenis Kelamin.....	85
6.1.3 Pendidikan.....	86
6.1.4 Penghasilan .....	87
6.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga.....	88
6.2 Dukungan Keluarga Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu.....	89
6.2.1 Dukungan Instrumental.....	89
6.2.2 Dukungan Informasi .....	91
6.2.3 Dukungan Emosional.....	92
6.2.4 Dukungan Penghargaan .....	93
6.2.5 Dukungan Keluarga .....	94
6.3 Manajemen Stres Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu .....	96
6.4 Hubungan Dukungan Instrumen dengan Manajemen Stres .....	97
6.5 Hubungan Dukungan Informasi dengan Manajemen Stres .....	101
6.6 Hubungan Dukungan Emosioanal dengan Manajemen Stres .....	104
6.7 Hubungan Dukungan Penghargaan dengan Manajemen Stres .....	106
6.8 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres .....	107
6.9 Dukungan yang Paling Berhubungan dengan Manajemen Stres .....	109
6.10 Hubungan Konsep Model Adaptasi Roy .....	111
6.11 Instrumen Penelitian .....	114
6.12 Implikasi Hasil Penelitian .....	117
6.12.1 Bagi Keluarga dan Dewasa Hipertensi .....	117
6.12.2 Bagi Pelayanan Kesehatan.....	118
6.12.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	120
6.12.4 Bagi Penelitian.....	121
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>123</b>
7.1 Kesimpulan.....	123
7.2 Saran .....	123
7.2.1 Bagi Keluarga dan Dewasa Hipertensi .....	123
7.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan .....	125
7.2.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	126
7.2.4 Bagi Penelitian.....	126
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>129</b>

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Manusia Sebagai Sistem Adaptif.....	38
Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian.....	42
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	44

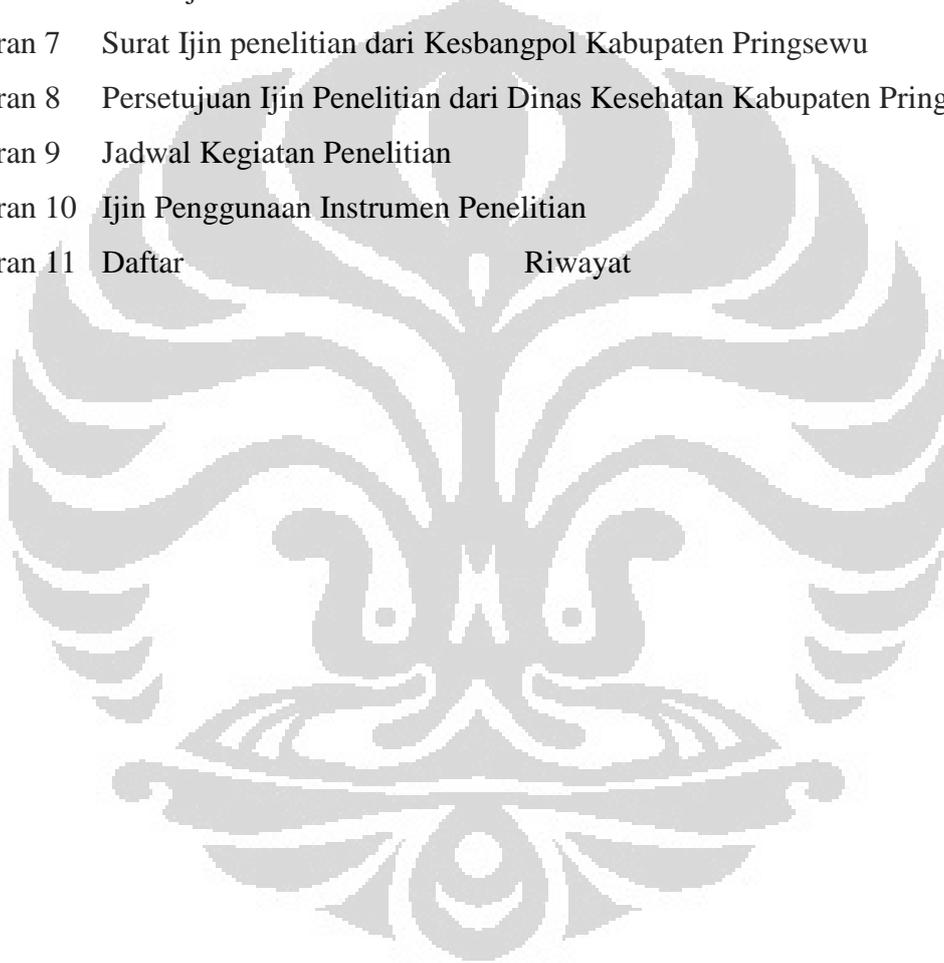


## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	45
Tabel 4.1 Proporsi Sampel Masing - Masing Puskesmas.....	53
Tabel 4.2 Hasil Analisis Uji Validitas Instrumen Penelitain .....	61
Tabel 4.3 Hasil Uji Normalitas Variabel penelitian .....	68
Tabel 4.4 Analisis Univariat berdasarkan Variabel Penelitian .....	69
Tabel 4.5 Analisis Bivariat berdasarkan variabel Penelitian.....	69
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi dan Persentase Demografi Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Penghasilan dan Riwayat Penyakit Keluarga di Kabupten Pringsewu, Lampung.....	73
Tabel 5.2 Distribusi Responden berdasarkan Rerata Dukungan Keluarga di Kabupaten pringsewu, Lampung.....	74
Tabel 5.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung .....	76
Tabel 5.4 Hasil Analisis Seleksi Kandidat Variabel Independen dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.....	77
Tabel 5.5 Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Tahap I Variabel Independen dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.....	78
Tabel 5.6 Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Tahap II Variabel Independen dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.....	78
Tabel 5.7 Hasil Perhitungan Perubahan Koefisien Beta Variabel Independen dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung .....	79
Tabel 5.8 Model Baku Analisis Multivariat yang Berhubungan dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.....	81

**DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Lembar Informasi Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 Surat Keterangan dari Lembaga Bahasa Indonesia Universitas Indonesia
- Lampiran 5 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 6 Surat Ijin Penelitian dari FIK UI
- Lampiran 7 Surat Ijin penelitian dari Kesbangpol Kabupaten Pringsewu
- Lampiran 8 Persetujuan Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu
- Lampiran 9 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 10 Ijin Penggunaan Instrumen Penelitian
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup



# BAB I

## PENDAHULUAN

Bab ini menggambarkan latar belakang hipertensi pada usia dewasa secara menyeluruh termasuk faktor risiko serta dukungan keluarga. Dilanjutkan dengan rumusan masalah yang menjelaskan secara singkat hal yang mendasari penelitian dan diakhiri dengan tujuan dan manfaat penelitian.

### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan nasional Indonesia diselaraskan dengan misi pembangunan global, dengan ikut berkomitmen dalam program pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*). Pelaksanaan SDGs terintegrasi dalam Peraturan Presiden nomor 59 tahun 2017 dan rencana pembangunan jangka menengah nasional yang menjadi barometer dalam mencapai kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia. SDGs mempunyai target yang lebih banyak dari MDGs yaitu menuntaskan seluruh indikator (*zero goals*) dan terbagi menjadi empat pilar (Bappenas, 2016). Sektor kesehatan termasuk dalam pilar pembangunan sosial mempunyai tujuan untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan masyarakat Indonesia pada tahun 2030, dengan salah satu capaian kesehatan yang diharapkan adalah mengurangi sepertiga kematian akibat penyakit tidak menular (Metadata TPB Indonesia, 2017).

*World Health Organization* (2015), menunjukkan bahwa dari 57 juta kematian dunia terdapat 36 juta (63%) disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular (PTM). Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab utama kematian PTM, yaitu 17,7 juta (37%). *World Health Organization South East Asia Region* (2018), melaporkan bahwa kematian akibat penyakit tidak menular di Asia Tenggara mencapai 75% dengan penyebab utama berasal dari penyakit kardiovaskuler (46,5%). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) (2017) juga menyebutkan bahwa penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab terbesar (39%) dari kematian akibat penyakit tidak menular di Indonesia.

Data Statistik dari lembaga dunia mengungkapkan bahwa hipertensi menyebabkan 50% dari semua kematian di seluruh dunia dan terjadi diantara satu dari tiga orang dewasa (WHO, 2014). *American Heart Association (AHA)* (2017), melaporkan bahwa prevalensi hipertensi dewasa mencapai 45,6% dengan prevalensi hipertensi tertinggi di Afrika (46%) dan terendah di Amerika (35%). Sementara untuk beberapa wilayah Asia yang tergabung dalam *South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC)* (2014), hasil survey menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi dewasa tertinggi berada di Nepal (33,8%) diikuti Maldiv (31,5%) dan India (31,4%). Prevalensi hipertensi Indonesia menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) (2013) mencapai 26,5%, dengan perbedaan prevalensi di setiap Provinsi yang cukup tinggi.

Provinsi Lampung merupakan salah satu Provinsi yang berada di Sumatera, mempunyai prevalensi hipertensi 26,62% dan menempatkan hipertensi pada urutan pertama dalam sepuluh besar penyakit (47%) (Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2015). Prevalensi hipertensi tertinggi berada di Lampung Timur (24,83%), diikuti Lampung Utara (18,89%), Tulang Bawang (17,03%) dan Way Kanan (15,61%). Provinsi Lampung terdiri dari 15 Kabupaten dan Kotamadya, dengan lima diantaranya merupakan hasil pemekaran Kabupaten pada tahun 2014, yaitu Mesuji, Tulang Bawang Barat, Pringsewu, Pesisir dan Pesawaran. Kabupaten Pringsewu mempunyai prevalensi hipertensi tertinggi (5,81%) dibandingkan dengan Kabupaten baru yang lain yaitu Mesuji (2,06%), Pesawaran (1,63%) dan Pesisir Barat (1,32%).

Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu (2015), menunjukkan kasus hipertensi mencapai 10.491 kasus yang dihimpun dari 12 Puskesmas, dengan usia 40 – 59 tahun. Hipertensi juga merupakan salah satu dari 10 besar penyakit yang ada di Kabupaten Pringsewu, yaitu 8,66%. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu tahun 2016, diketahui bahwa wilayah Puskesmas yang memiliki kasus hipertensi cukup tinggi yaitu Puskesmas Pringsewu 1.630, Puskesmas Gadingrejo 1.428, Puskesmas Pardasuka 1.265, Puskesmas Adiluwih 916, Puskesmas Rejosari 902 dan Puskesmas Ambarawa 719. Data ini menunjukkan prevalensi hipertensi cukup tinggi di beberapa wilayah di Kabupaten Pringsewu. Keluhan yang tidak dirasakan merupakan salah satu

penyebab tingginya kasus hipertensi yang menjadi ancaman serius di masyarakat (Kemenkes, 2015).

Menurut Crump (2010), seseorang tidak menyadari bahwa dirinya memiliki hipertensi sampai timbulnya masalah kesehatan yang serius. Hipertensi merupakan kondisi yang muncul secara *asimtomatik* sehingga terkenal dengan sebutan *the silent killer*. Penderita hipertensi yang tidak mengontrol tekanan darah dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi berupa penyakit jantung dan pembuluh darah (Abel et al., 2015; Infodatin hipertensi, 2014), stroke (Wright, Whelton, & Cg, 2018; Stanhope & Lancaster, 2016) dan penyakit ginjal kronis (Yu et al., 2016; *World Health Organization*, 2015). Komplikasi hipertensi ini merupakan penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya kecacatan dan kematian.

Satu dari tujuh orang di seluruh dunia memiliki kecacatan akibat penyakit hipertensi yang dimilikinya (WHO, 2015). Keterbatasan mobilitas dan gangguan bicara umumnya terlihat pada seseorang yang mengalami stroke (Persson, Danielsson, Sunnerhagen, Grimby-Ekman, & Hansson, 2014). Menurut Bell, Twiggs dan Olin (2015), stroke menimbulkan masalah pada kemampuan berbicara, gerakan tubuh dan kemampuan lain dalam kegiatan sehari-hari. Kematian mendadak dari beberapa sel otak saat terjadinya stroke menjadi penyebab utama terjadinya demensia dan depresi (WHO, 2017). Selain itu, kecacatan juga muncul akibat adanya komplikasi penyakit ginjal. Pengaturan asupan makanan dan rutinitas *haemodialisa* harus dilakukan secara teratur pada dewasa hipertensi yang mengalami komplikasi penyakit ginjal (Hawkins, 2005). Selain kecacatan akibat komplikasi penyakit, hipertensi juga penyumbang terbesar angka kematian (Kemenkes RI, 2015).

Hasil survey yang dilakukan oleh lembaga dunia menyebutkan bahwa penyakit jantung dan stroke menjadi sepuluh besar penyakit penyebab kematian di dunia (WHO, 2015). Pada tahun 2000, jumlah kematian dunia akibat penyakit jantung dan stroke mencapai 6,88% dan 4,81%, meningkat di tahun 2015 menjadi 8,76% dan 6,24%. Sedangkan jumlah kematian dunia akibat penyakit ginjal mencapai 1,59% pada tahun 2015. Data Statistik untuk wilayah Asia Tenggara menunjukkan bahwa kematian akibat penyakit

stroke mencapai 2,5 juta kematian, penyakit jantung mencapai 2,3 juta kematian dan penyakit ginjal mencapai 1,7 juta kematian (WHO *South-East Asia Region*, 2016). Hal yang sama juga dilaporkan dalam data statistik Indonesia (2012) bahwa jumlah kematian akibat stroke mencapai 21%, penyakit jantung 9%, penyakit ginjal 3% dan masuk dalam sepuluh besar penyakit yang mematikan di Indonesia. Penyebab kematian di Sumatera juga di dominasi oleh penyakit tidak menular. Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan (2015) menunjukkan bahwa proporsi kematian di dominasi oleh penyakit tidak menular, yaitu hipertensi (6,67%). Dinas Kesehatan Provinsi Lampung (2015) juga melaporkan bahwa jumlah kematian akibat hipertensi mencapai 6,6% dan stroke mencapai 5,4% setiap tahunnya.

Data tersebut menunjukkan dampak hipertensi terhadap kematian. Selain itu, Hipertensi juga menyebabkan dampak yang serius terhadap fisik, psikis maupun ekonomi. Agyei et al (2014) menyimpulkan bahwa hipertensi menyebabkan gangguan fisik (56,1%), depresi sedang (20%), depresi berat (9,3%) dan masalah ekonomi (52,7%). Hipertensi juga menyebabkan gangguan spiritual yang menimbulkan efek pada gangguan fisik, sosial dan mental seseorang (Xu et al., 2016). Studi fenomenologi yang dilakukan oleh Sumeru, Novieastari dan Masfuri (2014) di Tengger menjelaskan adanya gangguan fisik yang dirasakan pada penderita hipertensi meliputi nyeri kepala, nyeri badan, kaki terasa berat dan gangguan tidur. Gangguan fisik yang timbul mengganggu interaksi sosial individu dengan lingkungan sekitar serta keterbatasan dalam melakukan pekerjaan akibat kelelahan.

Hasil penelitian Maulina (2013), menyimpulkan bahwa terdapat gangguan fungsi keluarga baik fungsi ekonomi, perawatan, sosialisasi maupun afektif pada keluarga dengan anggota keluarga mengalami hipertensi. Fungsi perawatan menjadi meningkat hingga 51% pada keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gagal jantung, karena keluarga membutuhkan waktu lebih banyak untuk melakukan pengasuhan (13%) serta dipengaruhi oleh tingkat keparahan penyakit (27%) (Saunders, 2006). Perawatan penyakit kronis membutuhkan waktu yang lama serta adanya ketidaksesuaian dengan norma sosial yang ada di masyarakat seperti peran mencari nafkah dilakukan oleh istri

maupun peran merawat dan mengasuh anak yang dilakukan oleh suami (Litwak, Jessop & Moulton, 1994 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2013).

Peningkatan hipertensi terjadi pada masyarakat sosial ekonomi rendah dan menengah (WHO, 2015). Status sosial ekonomi sangat berhubungan dengan tingkat kesadaran, perilaku pengobatan serta kemampuan mengontrol perilaku hidupnya (Kendrick, Nuccio, Leiferman, & Sauaia, 2015). Menurut Stanhope dan Lancaster (2014), kerentanan sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan perilaku. Masyarakat mempunyai pengaruh yang kuat terhadap persepsi dan perilaku hidup anggota masyarakatnya (Strom & Egede, 2012). Oleh sebab itu hipertensi merupakan populasi rentan yang dapat menjadi hambatan pada sistem kesehatan dan mempengaruhi biaya kesehatan.

Pemerintah Indonesia mengeluarkan biaya kesehatan cukup besar untuk pengobatan dan perawatan hipertensi. Pada tahun 2014, terdapat 1,3 juta orang (0,8%) peserta BPJS mendapatkan pelayanan kesehatan yang menghabiskan biaya kesehatan 13,6 triliun (23,9%), terdiri dari penyakit jantung (11,59%), penyakit ginjal kronik (4,71%), stroke (1,95%) dan beberapa penyakit lain. Menurut asisten Deputi Bidang Monitor dan Evaluasi BPJS, sampai saat ini hipertensi dan penyakit kronis mendominasi pendanaan BPJS. Pemerintah memfokuskan dana kesehatan untuk biaya pengobatan dan penanganan komplikasi akhir akibat penyakit kronis. *World Health Organization* (2014) menyebutkan bahwa hipertensi merupakan penyakit yang memerlukan pengobatan yang mahal serta menghabiskan dana kesehatan. Sangat diperlukan pengembangan program pencegahan dan pengendalian hipertensi.

Hasil survey peneliti selama program aplikasi keperawatan pada tahun 2017 di Kelurahan Curug Kecamatan Cimanggis Kota Depok dan studi pendahuluan di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu, Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) dilakukan pada hari kerja dengan waktu pelayanan pagi hingga siang hari. Kegiatan Posbindu PTM lebih banyak dimanfaatkan oleh kelompok lansia, hal ini disebabkan karena kegiatan Posbindu PTM yang dilaksanakan tidak menyesuaikan waktu sasaran yang diharapkan yaitu kelompok masyarakat yang berusia

lebih dari 15 tahun. Bentuk kegiatan Posbindu PTM meliputi sepuluh kegiatan yang tertuang dalam Petunjuk Teknis PTM 2012. Kegiatan yang dilakukan dalam Posbindu PTM masih terbatas pada pemeriksaan fisik (tekanan darah), gula darah dan kolesterol. Kegiatan konseling dan penyuluhan belum dapat dilaksanakan disetiap Posbindu PTM. Pengetahuan kesehatan terhadap faktor risiko PTM sangat penting karena pada usia dewasa kondisi kesehatan tidak begitu diperhatikan sebelum terjadi kondisi yang parah (Potter & Perry, 2009).

Program pengendalian hipertensi lain dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. BPJS kesehatan membuat Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis BPJS) yang diselenggarakan diseluruh fasilitas kesehatan pelayanan primer. Kegiatan Prolanis ditujukan untuk peserta BPJS yang terdiagnosa penyakit kronis yaitu hipertensi dan diabetes melitus dengan melakukan screening, penyuluhan kesehatan dan kunjungan rumah. Pelaksanaan Prolanis terbatas bagi masyarakat yang terdaftar sebagai peserta BPJS, sehingga tidak dapat menjangkau masyarakat yang menderita hipertensi dan diabetes melitus tetapi tidak memiliki BPJS.

Meskipun program pengobatan dan pengendalian hipertensi sudah dilaksanakan, namun prevalensi hipertensi Indonesia diprediksi akan terus meningkat hingga tahun 2030 (Pusdatin Kemenkes, 2012). Peningkatan ini berhubungan dengan tingginya faktor risiko hipertensi yang ada di masyarakat. Faktor risiko hipertensi pada usia dewasa meliputi jenis kelamin, usia, indeks masa tubuh (Lamb & Hamarneh, 2018; Yu et al., 2016), gaya hidup dan riwayat keluarga (Qaddumi et al., 2016; Thayer, Yamamoto, & Brosschot, 2010) serta faktor psikososial dan stres pekerjaan (Crump, Sundquist, Winkleby, & Sundquist, 2016; Cuffee, Ogedegbe, & Schoenthaler, 2014; Khang & Lynch, 2011; Thayer et al., 2010). Kurangnya kesadaran masyarakat untuk melakukan perubahan hidup sehat menjadi faktor belum tercapainya program penanggulangan hipertensi di Indonesia (Kemenkes RI, 2012).

Risiko terjadinya hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia. Hasil survey yang dilakukan di China terhadap 6.660 individu dengan usia 20 hingga 89 tahun menunjukkan 1.623 hipertensi dengan usia lebih dari 47,5 (40,0%) dibandingkan usia

kurang dari 47,5 tahun (9,7%) (Yu et al., 2016). Penelitian lain dilakukan di India oleh Karmcharya (2015), menyimpulkan bahwa 58,4% hipertensi terjadi pada wanita dengan rata-rata usia 40,3 tahun (SD:16,3). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Soejono (2009) menyimpulkan faktor risiko usia mempunyai peluang satu kali untuk terjadinya hipertensi.

Faktor lain yang mempengaruhi hipertensi adalah gaya hidup seseorang. *World Health Organization* (2012) mengungkapkan lima dari sepuluh kematian hipertensi diakibatkan oleh gaya hidup yang tidak sehat. Penelitian dilakukan oleh So dan Choi (2010) menyimpulkan bahwa konsumsi alkohol, merokok, aktivitas fisik yang kurang dan diet merupakan gaya hidup yang mempengaruhi hipertensi. Seseorang yang mengkonsumsi alkohol dan konsumsi makanan fermentasi asin berpotensi terjadi kondisi pre-hipertensi dua kali dan hipertensi tiga kali dibandingkan dengan seseorang yang tidak mengkonsumsi alkohol dan makanan fermentasi (Park, Jung, & Lee, 2013). Sugiharto (2007) melakukan penelitian di Kabupaten Karanganyar, hasil penelitian menunjukkan seseorang yang tidak melakukan aktivitas fisik meningkatkan resiko hipertensi lima kali dan seseorang yang mengalami obesitas berpotensi terjadi hipertensi empat kali. Gaya hidup sehat dengan melakukan aktivitas fisik secara teratur dan terus menerus mampu mengontrol tekanan darah (Diaz & Shimbo, 2013; Nuwaha & Musunguzi, 2013; Oliveira, Pereira, Severo, & Lopes, 2010). *World Health Organization* (2015), merekomendasikan dengan membatasi garam, meningkatkan konsumsi buah dan sayur, melakukan aktivitas fisik dan menghentikan penggunaan tembakau untuk mengurangi risiko penyakit kardiovaskuler. Secara nasional, program hidup sehat Indonesia dicanangkan melalui Gerakan Masyarakat (Gernas) hidup sehat.

Pengendalian hipertensi perlu dilakukan secara komprehensif tidak hanya pada faktor genetik dan gaya hidup (Darviri et al., 2015). Masih banyak penderita hipertensi mengeluh pusing dan tekanan darah tetap tinggi (Wright et al., 2018). Menurut Cuffee et al (2014), terdapat enam stresor psikososial yang teridentifikasi meningkatkan tekanan darah pada penderita hipertensi yaitu stres akibat pekerjaan, kepribadian, kesehatan jiwa, dukungan keluarga, kualitas tidur dan lingkungan rumah yang tidak stabil. Individu yang tidak mampu mengontrol stres dapat meningkatkan risiko penyakit

kardiovaskuler (Mohsenipouya et al., 2016) dan secara signifikan mempengaruhi tekanan darah (Crump, Sundquist, Winkleby, & Sundquist, 2016). Saleh dan Huriani (2014) menyimpulkan stres mempengaruhi terjadinya hipertensi 23,4% dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain.

Stres yang terjadi pada seseorang sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik, psikis dan lingkungan sekitar. Penelitian yang dilakukan oleh Czaja-mitura, Merecz-kot dan Szymczak (2013) menyimpulkan bahwa tingkat stres yang tinggi terjadi pada sebagian besar orang yang mempunyai gangguan peredaran darah (81%), bekerja dengan 3 shift (40,5%) dan bekerja lembur (44%). Tekanan kehidupan sehari-hari menjadi ancaman emosional yang dapat meningkatkan stres, seperti lalu lintas yang padat, hubungan yang tidak baik dengan rekan kerja maupun masalah dalam keluarga (Potter & Perry, 2010). Stres dipengaruhi oleh disfungsi keluarga, masalah kesehatan dalam keluarga dan status sosial ekonomi (Sheppard, Schwartz, Tucker, & Mcmanus, 2016). Hasil penelitian Kausar, Ambhore dan Ubaid-ur-rahman (2013) menyebutkan bahwa terdapat 16,60% penderita hipertensi mempunyai status sosial ekonomi menengah dan rendah. Kondisi keuangan memicu terjadinya stres hingga 34,8% dan menimbulkan perasaan terkucilkan (diskriminasi) di masyarakat hingga 81% yang secara bermakna meningkatkan prevalensi hipertensi di Amsterdam (Agyei et al., 2014). Status sosial ekonomi dan diskriminasi sangat erat kaitannya dengan tingkat kemiskinan di suatu wilayah.

Badan Pusat Statistik Provinsi Lampung (2015) melaporkan bahwa angka kemiskinan di Provinsi Lampung (13,53%) lebih tinggi dari angka nasional (11,13%), lebih banyak berada di pedesaan (15,05%) di bandingkan masyarakat yang tinggal di perkotaan (9,25%). Kabupaten Pringsewu merupakan salah satu wilayah pedesaan yang ada di Provinsi Lampung dengan pendapatan minimum Rp. 237.868/bln (tahun 2014), menempatkan Kabupaten Pringsewu pada urutan ke-11 setelah Kota Bandar Lampung, Kota Metro dan Kabupaten Mesuji. Beban pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan kerentanan terjadinya stres (Buyuksahin, Onur, & Fatma, 2011).

Stres yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari berdampak pada gangguan kardiovaskuler dan peningkatan tekanan darah. Tingkat stres yang tinggi secara

signifikan mempengaruhi tekanan darah serta meningkatkan risiko penyakit kardiovaskuler lebih besar (Czaja-mitura et al., 2013). Menurut Mushtaq dan Najam (2014), seseorang dengan tekanan darah yang tidak terkontrol memiliki tingkat stres yang tinggi, namun reaksi stres setiap individu berbeda satu dengan yang lainnya. Saleh dan Huriani (2014) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang sedang antara tingkat stres dengan derajat hipertensi ( $r=0,486$ ).

Menurut *Roy Adaptation Model* (RAM) (2009), seseorang memberikan respon adaptif terhadap stres melalui mekanisme koping untuk mempertahankan kesehatannya. Kemampuan mengelola stres menjadi fokus utama dalam manajemen diri hipertensi (Peters, 2006). Penelitian pada wanita hipertensi di Amerika Serikat menunjukkan bahwa perubahan psikologis dengan mengendalikan stres dapat menurunkan tingkat stres merupakan hasil yang paling dominan dalam mengontrol tekanan darah. Penelitian lain dilakukan oleh Andria (2013) terhadap penderita hipertensi di Kota Surabaya, menunjukkan bahwa stres yang berkepanjangan dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah yang menetap. Menurut Annesi (2013), kemampuan mengelola stres menjadi faktor dominan terkontrolnya tekanan darah dan meningkatkan perilaku sehat lain di Atlanta. Hal ini menunjukkan bahwa seseorang yang mampu mengelola stres dapat memicu perilaku hidup sehat dan terkontrolnya tekanan darah.

Penelitian yang dilakukan oleh Linden, Lenz dan Con (2001) terhadap penderita hipertensi menyimpulkan bahwa kemampuan melakukan manajemen stres dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, demografi dan gaya hidup. Demografi meliputi usia, jenis kelamin, etnis, status menikah, pekerjaan, riwayat penyakit dalam keluarga dan riwayat pengobatan. Faktor risiko gaya hidup meliputi merokok, konsumsi alkohol dan aktivitas fisik. Penelitian lain dilakukan oleh Safitri (2016) menyimpulkan bahwa usia, riwayat penyakit dan dukungan sosial mempengaruhi kemampuan seseorang dalam manajemen stres. Peningkatan usia menjadi faktor timbulnya penyakit kronis yang memerlukan perilaku pengendalian, pengobatan yang lama dan berdampak pada menurunnya kualitas hidup sebagai sumber stres dan mempengaruhi seseorang dalam melakukan manajemen stres (Grant, 2013; Xu, Rao, Shi, Liu, Chen & Zhao, 2016). Menurut Cornwel dan Waite (2012) dukungan sosial orang-orang terdekat, riwayat penyakit yang

dialami, aktivitas fisik, pendidikan, usia serta jenis kelamin mempengaruhi kemampuan seseorang melakukan manajemen stres dalam meningkatkan status kesehatan.

Peningkatan status kesehatan seseorang tidak lepas dari dukungan sosial dari orang-orang sekitar. Indrayanti (2006) menyimpulkan dukungan sosial yang berasal dari suami, orang tua, teman serta tenaga kesehatan mampu memberikan ketenangan dan menurunkan kecemasan pada wanita yang mengalami kematian bayi saat melahirkan. Dukungan sosial mengurangi tekanan psikologis pada TNI Angkatan Udara Indonesia sehingga mampu meningkatkan kinerjanya (Soelistyowati, 2009). Komalasari (1999) menyimpulkan bahwa dukungan sosial orang-orang terdekat dapat meningkatkan makna hidup pada Pegawai Negeri Sipil yang menghadapi pensiun. Sedangkan menurut Bell dan Laveist (2010) seseorang dengan penyakit kronis membutuhkan dukungan sosial sebagai sumber finansial, pemberi perawatan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya serta mampu meningkatkan coping terhadap masalah kesehatan. Studi fenomenologi yang dilakukan oleh Astuti (2013) terhadap klien diabetes melitus yang mengalami ulkus diabetik menjelaskan bahwa dukungan yang berasal dari suami, keluarga dan anak menjadi sumber kekuatan pasien diabetes melitus dalam menjalani pengobatan yang dilakukan. Dapat disimpulkan bahwa orang terdekat merupakan sumber dukungan sosial sangat penting pada anggota keluarga dengan masalah kesehatan.

Sepanjang siklus hidup seseorang tidak lepas dari peran keluarga dalam membantu meningkatkan kesehatan (Friedman, Bowden & Jones, 2013). Untuk mencapai kesehatan diperlukan dukungan yang mampu mempromosikan kesehatan dan mentransformasi perilaku hidup sehat (Gale, Kenyon, Macarthur, Jolly & Hope, 2018). Hubungan interpersonal yang dibangun keluarga serta komunikasi yang dilakukan mampu mempengaruhi perilaku kesehatan anggota keluarga. Menurut Gorman dan Porter (2011) pemberian informasi, penyediaan finansial merupakan bentuk dukungan keluarga yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kesehatan anggota keluarga. Schwappach, Pearce, Parke dan Pinnock (2014), menyimpulkan bahwa keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang penting dalam manajemen hipertensi. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan sumber dukungan yang

mampu meningkatkan kesehatan anggota keluarga dalam melakukan manajemen diri terhadap suatu masalah kesehatan.

Penelitian di Nigeria menyimpulkan bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan positif terhadap kontrol tekanan darah pada penderita hipertensi (Ojo, Malomo, & Sogunle, 2016). Individu yang mempunyai dukungan keluarga baik menunjukkan tekanan darah terkontrol sebanyak empat kali dibandingkan individu dengan dukungan keluarga kurang baik. Cristiane et al (2017) merekomendasikan pendekatan keluarga sebagai pemberi dukungan sosial dalam program perawatan penderita diabetes melitus di Brazil. Suardana (2011) menyimpulkan bahwa seseorang yang memiliki dukungan keluarga kurang berpeluang untuk terjadi depresi 28 kali. Penelitian yang dilakukan Prasetyani (2015) dan Putri (2014) menunjukkan bahwa seseorang dengan dukungan keluarga memiliki peluang enam kali terhindar dari depresi. Dukungan keluarga juga dapat meningkatkan kunjungan ke pelayanan kesehatan di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu (Gestinarwati, et.al 2016).

Studi literatur yang dilakukan oleh Strom dan Egede (2012) menunjukkan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor positif dalam perawatan kesehatan, pengambilan keputusan dan kepatuhan dalam pengobatan. Penelitian ini juga menjelaskan bahwa dukungan keluarga menciptakan lingkungan yang lebih kondusif dalam melakukan manajemen diri diabetes melitus. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi dan Laksmiwati (2012) di Malang, menyimpulkan bahwa dukungan keluarga mempengaruhi tingkat stres pada remaja 51,5% dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Yenni (2011) dan Rohmah (2014) menyimpulkan dalam penelitiannya bahwa ada hubungan antara dukungan emosional, penghargaan, informasi, instrumental, suku dan pendidikan dengan kemampuan mengontrol tekanan darah pada hipertensi.

Bentuk dukungan yang diberikan terbagi menjadi empat yaitu dukungan *instrumental*, *informasi*, *emosional* dan *appraisal* (penghargaan) (House, 1981 dan Friedman, Bowden & Jones 2013). Komponen dukungan keluarga secara inheren saling mendukung satu dengan yang lain. Penelitian dilakukan di Swiss menyimpulkan bahwa bentuk dukungan ditentukan dari makna yang diharapkan dari seseorang penerima

dukungan (Semmer, Elfering, Jacobshagen, Perrot & Beehr, 2008). Dukungan keluarga menjadi penting saat seseorang ingin meningkatkan kesehatan dan sangat efektif dalam kondisi stres (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010). Selain itu, dukungan keluarga sangat berkaitan dengan peningkatan kesehatan fisik dan mental seseorang.

Menurut Semmer, Elfering, Jacobshagen, Perrot dan Beehr (2008), dukungan instrumental mempunyai fungsi yang sangat penting dalam perawatan. Dukungan instrumental dapat meningkatkan perilaku suportif dengan kondisi emosional seseorang. Menurut Cornwell dan Waite (2012), dukungan emosional memberikan pengaruh yang positif terhadap manajemen diri penderita hipertensi. Maulina (2013) juga merekomendasikan untuk meningkatkan dukungan emosional dalam perawatan diabetes melitus di Kelurahan Cisalak Pasar Minggu Kota Depok. Menurut Netismar (2017) dukungan penghargaan merupakan faktor dominan terhadap motivasi diabetes dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dukungan yang lain dilakukan dengan penyediaan informasi sebagai umpan balik positif terhadap kondisi fisik, emosional dan kualitas hidup seseorang. (Georgopoulou et al., 2017). Ketersediaan informasi, saran yang bermanfaat menjadi sumber coping yang signifikan dalam menurunkan stres dalam kehidupan sehari-hari pada penderita hipertensi di Amerika (Bowen et al., 2014). Cresci (1997) menyimpulkan bahwa dukungan informasi berkontribusi positif terhadap status fungsional klien pasca cedera. Penelitian yang dilakukan di Swedia mendapatkan hasil bahwa pemberian informasi sangat diperlukan dalam pengobatan dan perawatan penderita hipertensi (Ivarsson, Rådegran, Hesselstrand & Kjellström, 2017).

Pemberian dukungan keluarga sangat dipengaruhi usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, status pernikahan, pendidikan dan kemampuan seseorang melakukan coping (Ivarson, Radegran, Hesseltrand dan Kjellstrom, 2017). Penelitian yang dilakukan di China menyimpulkan bahwa anak-anak dan lansia lebih banyak membutuhkan dukungan keluarga dibandingkan usia dewasa (Hu, Li & Arao, 2015). Penelitian ini juga menjelaskan bahwa seseorang dengan penyakit kronis yang mengalami tekanan psikologis dan gangguan fungsi lebih membutuhkan dukungan dari keluarga. Status pernikahan berdampak terhadap pemberian dukungan dalam meningkatkan kesehatan. Hasil survey yang dilakukan di Amerika menyebutkan bahwa status pernikahan sangat

menentukan bagi pria terhadap prognosa penyakit yang lebih baik dan terdiagnosis penyakit lebih cepat (Cornwell & Waite, 2012). Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa pendidikan dan pekerjaan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam membentuk jaringan sosial. Hubungan lebih kuat saat seseorang mampu berinteraksi dengan orang lain yang berdampak pada perilaku kesehatan akibat adanya pertukaran informasi kesehatan.

Mengingat tingginya prevalensi hipertensi dan masalah kesehatan yang ditimbulkannya sangat diperlukan peran perawat dalam manajemen hipertensi. Studi literatur yang dilakukan Mc Lean (2012) menyimpulkan bahwa perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesadaran, pengukuran, pengobatan dan pengendalian hipertensi. Perawat mampu memberikan pelayanan kesehatan primer, melalui pengetahuan, keterampilan dan sikap *caring* terhadap individu, keluarga maupun masyarakat. Selain itu, perawat juga mempunyai peran untuk merancang intervensi inovatif dan memperbaiki kesenjangan antara berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku hipertensi melalui hasil penelitian (Himmelfarb, Commodore-mensah, & Hill, 2016) dan menghasilkan instrumen penelitian yang teruji validitas dan reliabilitasnya.

Pengukuran dukungan keluarga menggunakan *Perceived Support Scale* (Krause's & Markides, 1990) yang sudah dikembangkan menjadi *Inventory Of Socially Supportive Behaviors* (ISSB). Instrumen tersebut mampu mengukur fungsi dukungan keluarga terhadap seseorang yang mengalami *fractur* di masyarakat, meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan. Pengukuran manajemen stres menggunakan *Inventory for Assessment of Stress Management Skills* (ISBF) yang dikembangkan dari *Measure of Current Status* (MOC) (Antoni et al., 2006). Penggunaan instrumen ISBF mampu mengukur kemampuan manajemen stres pada penderita kanker.

Berdasarkan beberapa hasil penelitian tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap pengelolaan kesehatan, maka penulis tertarik untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung. Penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan

Model Adaptasi Roy sebagai acuan dalam penelitian. Pengukuran variabel dukungan keluarga dan manajemen stres menggunakan instrumen yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Hipertensi merupakan penyakit kronis dengan prevalensi meningkat pada usia dewasa setiap tahunnya dan merupakan penyumbang terbesar gangguan kardiovaskuler, stroke dan ginjal. Gejala yang tidak dirasakan oleh sebagian besar orang menyebabkan hipertensi menjadi penyebab tingginya angka kematian dan kesakitan. Salah satu faktor risiko hipertensi yang memerlukan perhatian adalah stres. Stres ditimbulkan akibat adanya gangguan fisik, psikis, sosial ekonomi maupun perasaan terkucilkan yang dialami dalam kehidupan sehari-hari. Dampak serius ditimbulkan saat seseorang tidak mampu beradaptasi dengan stres. Hal tersebut mempengaruhi kemampuan dalam melakukan manajemen stres sebagai mekanisme koping. Dukungan sosial sangat diperlukan untuk membentuk perilaku adaptasi seseorang terhadap stres yang dirasakan.

Dukungan keluarga merupakan salah satu bentuk dukungan sosial yang sangat penting dalam perawatan dan mengontrol perilaku anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Dukungan keluarga yang diberikan merupakan stimulus penting terhadap kemampuan manajemen stres anggota keluarga untuk mencapai status kesehatannya. Dukungan keluarga mendasari terbentuknya perilaku kesehatan anggota keluarganya serta menjadi sumber pembelajaran dan penilaian seseorang dalam melakukan proses adaptasi. Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti telah mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Teridentifikasinya :

1. Dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan pada anggota keluarga yang mengalami hipertensi
2. Manajemen stres pada penderita hipertensi
3. Hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi
4. Hubungan dukungan instrumental keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi
5. Hubungan dukungan informasi keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi
6. Hubungan dukungan emosional keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi
7. Hubungan dukungan penghargaan dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi
8. Variabel yang paling berhubungan dengan manajemen stres hipertensi setelah dikontrol oleh variabel *confounding*

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Bagi Klien Dan Keluarga

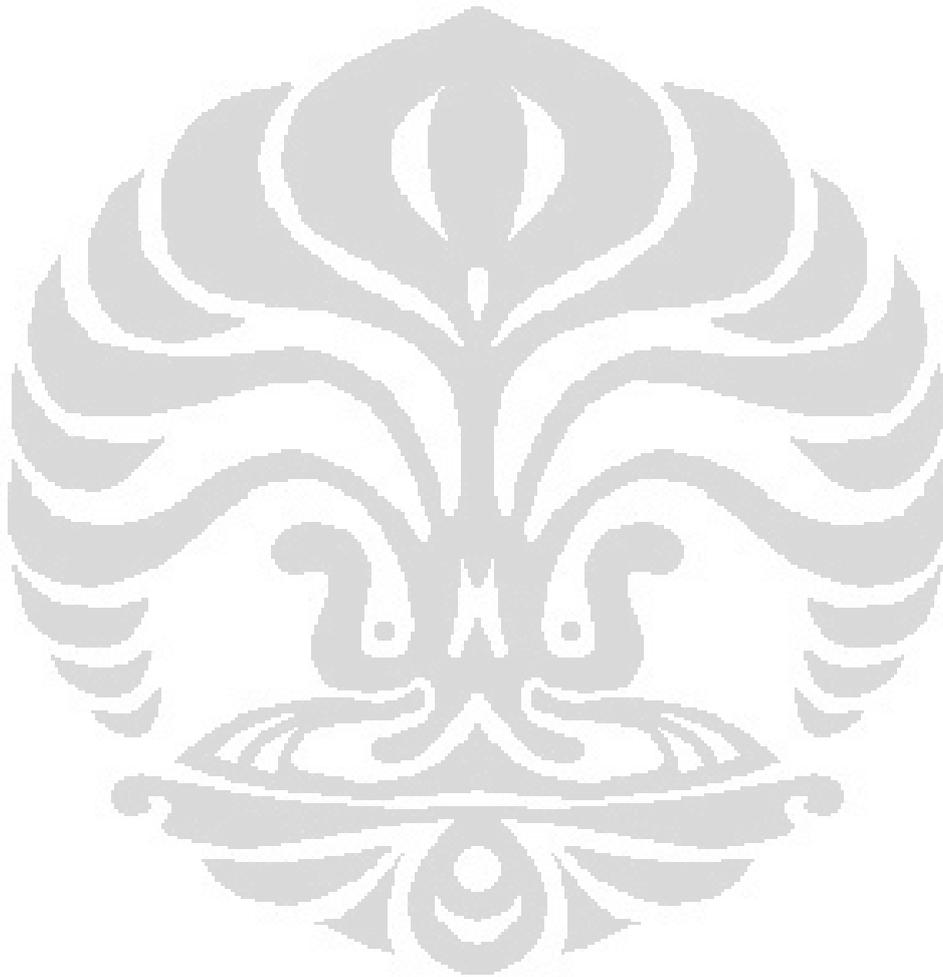
Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi keluarga untuk dapat terlibat langsung dalam perawatan dengan memberikan dukungan agar anggota keluarga yang mengalami hipertensi mampu melakukan manajemen stres.

### 1.4.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang positif bagi program Posbindu PTM untuk meningkatkan kualitas pelayanan di masyarakat dalam pengendalian penyakit hipertensi yaitu dengan memberikan informasi tentang bentuk dukungan keluarga dalam manajemen stres hipertensi. Selain itu sebagai acuan dalam pengembangan intervensi keperawatan bagi keluarga dalam manajemen stres hipertensi.

#### 1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan dan Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan menjadi acuan bagi praktek mahasiswa keperawatan untuk meningkatkan promosi kesehatan terhadap faktor risiko hipertensi terutama manajemen stres hipertensi dan mengaktifkan keluarga sebagai pemberi dukungan informasi dalam asuhan keperawatan keluarga dengan hipertensi. Selain itu, penelitian ini diharapkan memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan komunitas dan menjadi dasar untuk penelitian selanjutnya.



## BAB 2

### TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Bab ini menjelaskan *agregate* dewasa dengan berbagai faktor risiko sebagai populasi *at risks* dan dewasa yang mengalami hipertensi sebagai populasi *vulnerable*. Konsep intervensi keperawatan meliputi pencegahan primer, sekunder dan tersier, peran perawat komunitas dalam pengendalian hipertensi serta aplikasi model Adaptasi Roy dijelaskan sebagai sumber kepustakaan dalam penelitian ini.

#### 2.1 *Agregate* Dewasa sebagai Populasi *At Risk*

Risiko merupakan dampak merugikan yang dapat meningkat oleh beberapa faktor (Backett, Davies & Petros-Barvazian, 1984 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2013). Stanhope dan Lancaster (2014) mendefinisikan risiko kesehatan sebagai faktor – faktor yang dapat mempengaruhi dan menentukan penyakit serta kondisi tidak sehat seseorang. Menurut Mc Muray (2003), risiko merupakan sekelompok faktor yang ada dalam diri seseorang maupun dalam populasi yang dapat memberikan dampak merugikan terhadap kesehatan. Faktor risiko dapat berdampak lebih buruk terhadap kesehatan saat seseorang mempunyai lebih dari satu faktor risiko dalam dirinya. Risiko kesehatan diklasifikasikan menjadi tiga (*U.S. Department of Health and Human Service*, 2010) yaitu risiko biologis terkait usia (*biological and age-related risk*), risiko lingkungan (*environmental risks*) dan risiko perilaku maupun gaya hidup (*behavioral / lifestyle risks*).

##### 2.1.1 Risiko Biologis Terkait Usia

Status biologis menjadi faktor prediktor utama terhadap kondisi kesehatan seseorang (Johnston, 2004), serta penyebab kecacatan dan kematian pada penyakit kardiovaskuler (Persson, Lingfors, Nilsson, & Mölstad, 2015). Perubahan biologis terutama terjadi pada usia dewasa mulai 40-65 tahun, dimana terjadi penurunan fungsi sistem baik integumen, kardiovaskuler, reproduksi maupun sistem lainnya (Alberts, 2005). Efisiensi jantung menurun menjadi 80%, elastisitas pembuluh darah dan jantung serta penurunan *cardiac output*, penurunan sekresi kelenjar sebacea sehingga kulit menjadi

keriput, serabut dan kekuatan otot menurun, elastis paru-paru menurun sehingga kapasitas pernafasan menurun hingga 75%, pendengaran dan penglihatan juga menurun serta terjadi menopause pada wanita serta klimakterium pada pria.

Menurunnya fungsi tubuh beriringan dengan bertambahnya usia menjadi faktor risiko terjadinya penyakit kronis pada usia dewasa semakin besar (Karmacharya, 2015) Prevalensi hipertensi pada kelompok usia 56 sampai 65 tahun lebih berisiko lima kali dibandingkan kelompok usia 18-44 tahun dan 45-55 tahun (Wei et al., 2015). Peningkatan ini disebabkan perubahan alami pada jantung, pembuluh darah dan hormonal. Penebalan arteri (*aterosklerosis*) dan pengerasan pembuluh darah akibat bertambahnya usia mengakibatkan peningkatan beban kerja jantung. Hasil pengamatan yang dilakukan oleh Ojo et al (2016) juga menunjukkan bahwa penyakit kronis hipertensi terjadi pada usia dewasa menengah.

Risiko hipertensi pada usia dewasa juga sangat bergantung dari jenis kelamin (Wei et al., 2015). Laki-laki mengalami peningkatan tekanan darah sampai dengan usia 55 tahun dan akan terjadi peningkatan kembali pada usia 66 tahun. Hal lain terjadi dengan perempuan, peningkatan tekanan darah terjadi hingga usia 55 tahun dan tetap akan stabil hingga usia 66 tahun. Penurunan estrogen dan hormon reproduksi setelah usia 40 tahun mengakibatkan *aterosklerosis* yang berkontribusi pada terjadinya hipertensi khususnya pada wanita menjadi penyebab tingginya kasus hipertensi pada usia dewasa (Bell, Twiggs, & Olin, 2015). Peningkatan tekanan darah pada wanita juga dikaitkan dengan penggunaan kontrasepsi pil KB dalam kurun waktu lama yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi lima kali dibandingkan wanita yang tidak menggunakan alat kontrasepsi (Sugiharto, 2008). Wanita juga memiliki beban kerja yang besar baik sebagai ibu rumah tangga maupun wanita pekerja. Tugas yang monoton yang dilakukan dalam rumah dan beban kerja yang ada di kantor dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi pada wanita (Rasdiyannah, 2017).

Disamping itu, riwayat keluarga juga meningkatkan risiko terjadinya hipertensi dibandingkan dewasa yang tidak mempunyai riwayat hipertensi dalam keluarga (Yu et al., 2016). Adanya riwayat penyakit dalam keluarga meningkatkan risiko terjadinya

hipertensi pada usia dewasa menengah maupun dewasa lanjut (Potter & Perry, 2009). Berkembangnya penyakit kronis merupakan hasil turunan gen pembawa dan dapat menjadi lebih berisiko ketika seseorang tinggal dalam lingkungan yang mempunyai gaya hidup yang tidak sehat.

### 2.1.2 Risiko Lingkungan

Faktor lingkungan semakin berpengaruh terhadap kesehatan. Kondisi lingkungan dengan tingkat kejahatan yang tinggi, terbatasnya tempat rekreasi dan fasilitas kesehatan, polusi suara maupun polusi kimia, bahkan diskriminasi baik ras, suku dan lainnya merupakan gambaran kehidupan masyarakat pada saat ini (Stanhope & Lancaster, 2014). Kondisi lingkungan dapat mempengaruhi individu yang berada di dalamnya. Usia dewasa merupakan usia yang penuh tantangan, penghargaan dan krisis (Potter & Perry, 2010). Pengalaman hidup yang berharga, situasi pekerjaan serta keinginan untuk membangun keluarga merupakan kondisi yang dialami pada usia dewasa. Disamping itu usia dewasa mengalami krisis terhadap proses penuaan dan perubahan-perubahan sosial ekonomi yang terjadi seperti kehilangan anggota keluarga, pekerjaan serta perubahan ekonomi dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari (Cuffee et al., 2014). Beban psikis akibat kondisi tersebut menjadi penyebab stres dan menambah efek stresor lainnya. Apabila tidak tersedia sumber daya dan penanganan yang baik dapat menimbulkan gangguan kesehatan

Faktor sosial ekonomi merupakan faktor lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi kesehatan, meliputi pendapatan, kekayaan dan pekerjaan (Lee & Back, 2010). Faktor pendidikan dan pekerjaan lebih berpengaruh pada kesehatan wanita (12,9%) dibandingkan laki-laki (3,2%), sedangkan pendidikan, pendapatan dan pekerjaan juga lebih mempengaruhi kesehatan wanita (16,8%) dibandingkan laki-laki (1,2%). Hal ini menunjukkan bahwa dampak serius terjadi ketika beberapa faktor risiko terjadi dalam diri seseorang. Menurut Tucker (2011), pendapatan dan pekerjaan merupakan prediktor utama yang sangat mempengaruhi kesehatan, sebagai akibat beban pekerjaan dan stres yang timbul akibat kondisi sosial ekonomi. Stres pekerjaan dapat terjadi setiap hari dari waktu ke waktu yang meliputi kondisi dan jam kerja, lama bekerja, beban pekerjaan sehingga dapat mengakibatkan perubahan perilaku dalam istirahat, pola makan dan

peningkatan kecemasan (Potter & Perry, 2009). Stres yang berkepanjangan dapat meningkatkan terjadinya gangguan kesehatan (Czaja, 2013)

Faktor psikososial terbukti mempunyai pengaruh dalam perkembangan hipertensi disamping faktor genetik dan gaya hidup (Darviri et al., 2015). Terdapat hubungan yang signifikan antara stresor psikososial dan tekanan darah (Cuffee et al., 2014). Stresor psikososial meliputi stres akibat pekerjaan, kesehatan jiwa, kepribadian, masalah dalam keluarga, dukungan sosial dan kualitas tidur. Annesi (2013) menyebutkan bahwa faktor psikososial merupakan komponen penting yang mempengaruhi terjadinya peningkatan tekanan darah. Usia dewasa sangat berhubungan dengan stres psikososial akibat ketegangan dalam pekerjaan, lingkungan sosial dan kondisi emosional (Agyei et al., 2014). Stres yang dirasakan pada usia dewasa dapat berdampak pada perubahan gaya hidup yang sangat berhubungan dengan perilaku makan, obesitas dan aktivitas yang kurang.

### 2.1.3 Risiko Perilaku dan Gaya Hidup

Usia dewasa merupakan usia yang sangat rentan dengan perilaku yang tidak sehat, tingkat kesadaran untuk melakukan aktivitas fisik yang rendah, konsumsi buah yang kurang, merokok dan mengonsumsi alkohol menjadi gaya hidup yang sangat beresiko bagi usia dewasa (Qaddumi et.al, 2016). Gaya hidup tidak sehat sangat dipengaruhi oleh lingkungan, baik keluarga maupun lingkungan masyarakat bahkan lingkungan tempat bekerja (Friedman, Bowden & Jones, 2013). Gaya hidup seseorang menggambarkan perilaku hidup individu dan keluarga dan berkontribusi sebagai penyebab utama morbiditas dan mortalitas (Mohsenipouya et al., 2016). Hasil penelitian menyimpulkan bahwa faktor risiko gaya hidup (*lifestyle risks*), seperti pola makan, kurangnya asupan buah dan sayuran, konsumsi alkohol dan aktivitas fisik yang rendah sangat mempengaruhi perkembangan hipertensi (So & Choi, 2010; Petkeviciene, et al., 2014). Gaya hidup merupakan faktor pemberat terjadinya penyakit kronis (Mafutha & Wright, 2013).

Pola makan dikaitkan dengan asupan garam yang ada dalam makanan dan asupan lemak jenuh merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi. Konsumsi garam dan konsumsi

lemak jenuh dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi empat kali dan delapan kali dibandingkan dengan yang tidak mengonsumsi garam dan lemak jenuh (Karmacharya, 2015). Respon tekanan darah yang sensitif terhadap penggunaan garam merupakan kenaikan rata-rata tekanan darah sebesar 5 mmHg setelah mengonsumsi tinggi garam selama 2 minggu. Hal ini mengakibatkan pola makan merupakan faktor prediksi terjadinya penyakit kardiovaskuler seperti hipertensi dan pre-hipertensi (Park et al., 2013). Pengaruh lingkungan menempatkan usia dewasa pada pola makan yang tidak sehat sehingga menjadi faktor risiko pada usia dewasa terhadap kondisi kesehatannya.

Perilaku makan makanan cepat saji dan berlemak meningkatkan risiko terjadinya obesitas yang berdampak pada peningkatan tekanan darah (USDHHS, CDC, 2006). Obesitas ataupun kelebihan berat badan terjadi pada usia dewasa, terdapat 1,9 miliar orang dewasa di seluruh dunia yang mengalami obesitas (WHO, 2014). Indeks Masa Tubuh (IMT) merupakan cara yang digunakan untuk mengetahui status gizi seseorang. Kondisi IMT yang tinggi merupakan bentuk dari kelebihan berat badan, dapat meningkatkan risiko penyakit degeneratif seperti hipertensi (WHO, 2017). Obesitas merupakan kondisi dimana  $IMT \geq 30$  dan *overweight* ketika  $IMT \geq 25$ . Peningkatan berat badan diprediksi secara signifikan berhubungan dengan peningkatan tekanan darah pada usia dewasa (Petkeviciene et al., 2014). Hubungan obesitas dengan kejadian hipertensi merupakan interaksi yang kompleks antara retensi sodium, aktivasi sistem saraf simpatis dan *selective insulin resistance*. *Selective insulin resistance* adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan insulin dalam metabolisme namun masih terdapat efek fisiologis dari insulin seperti retensi sodium, perubahan struktur dan fungsi vaskular, transpor ion dan gangguan sistem saraf simpatis yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi. Melakukan aktivitas fisik dan mengatur pola makan merupakan komponen penting dalam rencana asuhan keperawatan pada individu dengan masalah kelebihan berat badan ataupun obesitas (Oliveira et al., 2010).

Kurangnya aktivitas fisik juga dapat meningkatkan risiko hipertensi sebesar empat kali (Yu et al., 2016). Usia dewasa memiliki beberapa gaya hidup yang tidak sehat seperti kurangnya aktivitas fisik sebagai akibat kondisi sosial ekonomi, lingkungan dan beban

pekerjaan, kurang tersedianya fasilitas olahraga dan keterjangkauan untuk melakukannya (Chan et al., 2015). Seseorang yang tidak aktif ataupun jarang melakukan olahraga cenderung mempunyai denyut jantung yang tinggi, akibatnya otot jantung harus bekerja lebih keras saat melakukan kontraksi yang berakibat meningkatnya tekanan darahnya. Kurang aktifitas juga meningkatkan risiko kelebihan berat badan (obesitas) dan apabila dikaitkan dengan pola makan yang tidak sehat seperti konsumsi gorengan akan meningkatkan risiko hipertensi. Aktivitas fisik merupakan manajemen diri hipertensi dalam penatalaksanaan nonfarmakologi dimana terjadi penurunan tahanan perifer sehingga akan menurunkan tekanan darah. Kegiatan fisik melalui olahraga dapat memberikan efek protektif dalam mencegah penyakit kronik seperti hipertensi dan diabetes melitus (Diaz & Shimbo, 2013). Menurut Lee et.al (2002) olahraga dapat menurunkan risiko penyakit jantung dengan mekanisme melalui penurunan tekanan darah, tonus simpatik, meningkatkan HDL dan menurunkan LDL darah.

Perilaku hidup lain yang mempengaruhi kesehatan adalah konsumsi alkohol dan merokok. Hasil penelitian So dan Choi (2010), menyebutkan bahwa usia dewasa yang mengkonsumsi alkohol lebih dari tiga kali dalam seminggu mempunyai risiko dua kali dari seseorang yang tidak mengkonsumsi alkohol untuk terjadi gangguan kesehatan seperti hipertensi. Hasil survey yang dilakukan di Brazil melaporkan bahwa 70% usia dewasa merupakan perokok pasif (Ferreira, et al., 2017). Konsumsi alkohol dan merokok dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang dan berpotensi menjadi masalah fisik, psikologis dan sosial di masyarakat.

## **2.2 Agregate Dewasa dengan Hipertensi sebagai Populasi Rentan**

Kerentanan merupakan suatu kondisi rentan terhadap stresor baik aktual maupun potensial yang dapat menyebabkan efek buruk terhadap kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2014). Keterbatasan sumber daya yang ada dalam diri (*human capital*), sumber fisik, lingkungan dan sumber biopsikososial menyebabkan kerentanan bagi seseorang (Aday 2001 dalam Stanhope & Lancaster, 2014). Kerentanan juga menunjukkan kurangnya kekuatan, kontrol terbatas, kurang beruntung, hak-hak yang tidak terkelola, serta adanya risiko kesehatan.

Interaksi individu dengan kondisi kesehatan dan faktor lingkungannya menimbulkan kerentanan, akibat adanya kerusakan, keterbatasan dalam bergerak dan berubahnya peran seseorang dalam kehidupan sehari-hari (WHO, 2012). Survey lembaga Amerika (2011) menyebutkan bahwa kerentanan menimbulkan gangguan fungsi dan aktivitas fisik, mental, emosional serta kemampuan dalam pekerjaan. Kondisi ini dapat diperberat apabila seseorang mempunyai tingkat pendidikan dan pendapatan rendah, akan menimbulkan keterbatasan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (Bailey, 2009 dalam Nies & McEwen, 2001). Perasaan terisolasi dan ketidakmampuan memperoleh dukungan, pelayanan kesehatan, program pengobatan, pemenuhan kebutuhan nutrisi serta transportasi memperberat kerentanan seseorang.

Flaskerud dan Winslow (1998 dalam Allender, Rector & Wanter, 2014) menjelaskan bahwa kerentanan dipengaruhi ketersediaan sumber daya (*resources availability*) dan status kesehatan (*health status*). Populasi rentan timbul akibat beberapa faktor seperti, pendapatan, pendidikan, usia dan jenis kelamin, ras dan etnis, penyakit kronis, HIV/AIDS, konsumsi alkohol dan obat-obatan, kemiskinan, ibu dan bayi risiko tinggi, imigran serta kekerasan dalam keluarga (Allender, Rector & Warner, 2014). Menurut Nies dan McEwen (2001), beberapa kondisi yang ada dalam diri seseorang seperti penyakit kronis yang dimiliki, kemiskinan, tinggal di daerah terisolir, pekerja migran dan seseorang yang mengalami keterbatasan seperti pengungsi maupun populasi endemis meningkatkan terjadinya kerentanan.

Penyakit kronis yang dimiliki seseorang merupakan faktor timbulnya kerentanan (Parr, Lindeboom, Khanam, & Pérez Koehlmoos, 2011). Kerentanan timbul akibat adanya keterbatasan fungsi dari penyakit yang dimiliki oleh seseorang. Gangguan ini menjadi masalah dalam siklus kehidupan yang dirasakan oleh individu, keluarga dan masyarakat (Nies & McEwen, 2001). Perubahan anatomi dan kondisi tidak normal yang berdampak pada kondisi mental, psikologis dan spiritual menjadi masalah bagi individu yang mengalami penyakit kronis. Ketidakmampuan dalam pemenuhan kebutuhan dan peran dewasa hipertensi akan mempengaruhi keluarga. Adanya kerentanan juga

mempengaruhi pemerintah dalam penyediaan biaya kesehatan dalam program pengendalian hipertensi.

Seseorang dengan hipertensi menjadi faktor kerentanan akibat timbulnya komplikasi penyakit. Komplikasi penyakit hipertensi, meliputi penyakit jantung dan pembuluh darah, stroke dan ginjal merupakan penyebab utama kematian *premature* di dunia (Bell et al., 2015). Selain itu, hipertensi juga menyebabkan kecacatan sebagai akibat gejala sisa yang ditimbulkan dari komplikasi penyakit. Keterbatasan mobilitas dan gangguan bicara umumnya terlihat pada seseorang yang mengalami stroke (Persson et al., 2014). Pengaturan asupan makanan dan rutinitas *haemodialisa* harus dilakukan secara teratur pada dewasa hipertensi yang mengalami komplikasi penyakit ginjal (Hawkins, 2005). Hal ini semua akan mengganggu fungsi dan peran dewasa hipertensi dalam kehidupan sehari-hari.

Komplikasi dan program pengobatan pada dewasa hipertensi menimbulkan gangguan fisik, mental maupun sosial dalam kehidupannya (Kricke, 2017). Penurunan fungsi fisik, terganggunya peran, timbulnya rasa sakit dalam tubuh, kecemasan serta menurunnya semangat hidup menjadi pengalaman yang dirasakan penderita hipertensi (Xu et al., 2016). Dampak lain yang dirasakan yaitu adanya keterbatasan dalam bergerak ataupun melakukan aktivitas, ketidaknyamanan serta depresi (Singh et al., 2017). Kondisi ini timbul akibat dari program pengobatan dan perawatan yang harus dilakukan, meliputi pengobatan seumur hidup dan kepatuhan dalam melakukan perilaku hidup sehat.

Hasil survey di Amerika melihat adanya dampak negatif dari adanya penyakit hipertensi pada dewasa terhadap agama dan *spiritual* seseorang (Loustalot, 2006). Keputusan dalam menjalankan program pengobatan, adanya pandangan masyarakat menjadi beban bagi dewasa hipertensi dan memicu terjadinya kejadian depresi. Agama merupakan faktor yang sangat penting dalam memprediksi kesehatan seseorang untuk meningkatkan kepercayaan terhadap program pengobatan serta meningkatkan perilaku hidup sehat (Charlemagne-Badal & Lee, 2016). Kondisi spiritual merupakan salah satu faktor dukungan dalam menurunkan beban yang dirasakan keluarga dengan hipertensi.

Beban ekonomi di rasakan keluarga dengan adanya biaya perawatan dan pengobatan hipertensi yang cukup mahal (Zurmeli, Bayhakki, & Utami, 2012). Dukungan finansial dari keluarga diperlukan dalam menjalankan program pengobatan hipertensi. Selain itu, beban sebagai pemberi perawatan (*caregiver*) juga meningkat pada keluarga dengan hipertensi (Kendrick et al., 2015). Keluarga sebagai sistem kesehatan, menyediakan dukungan kesehatan, meningkatkan komunikasi dan mencegah terjadinya komplikasi hipertensi yang lebih parah. Program pengendalian hipertensi dilakukan dari keluarga dengan pengaturan pola makan, penjadwalan aktivitas serta perilaku lain yang dapat mencegah terjadinya keparahan akibat hipertensi.

Dewasa hipertensi menjadi faktor rentan bagi masyarakat dalam penyediaan layanan kesehatan (Zhang, Wang, & Joo, 2017). Pengendalian hipertensi berbasis masyarakat sangat diperlukan, yaitu dengan meningkatkan peran masyarakat dalam *screening* kesehatan dan kontrol tekanan darah. Program pengendalian hipertensi seperti Posbindu PTM maupun Posyandu sangat efektif dalam membantu mengontrol tekanan darah dan mengurangi kematian dan kecacatan akibat komplikasi hipertensi. Program pengendalian masyarakat mampu meningkatkan kepatuhan pengobatan, meningkatkan gaya hidup sehat yang berdampak pada menurunnya beban ekonomi dan pembiayaan bagi pemerintah.

Meningkatnya hipertensi pada usia dewasa memberi pengaruh pada pemerintah untuk menyediakan layanan kesehatan. Program pemerintah dikembangkan untuk dapat meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi (Week, 2017). Fasilitas kesehatan seperti pusat rehabilitasi, *treadmill* dikembangkan dalam upaya mencegah kecacatan dan mengoptimalkan fungsi tubuh akibat *sequele* negatif penyakit hipertensi. Pengembangan *kateterisasi* jantung, penyediaan sarana *haemodialisa* serta rumah sakit khusus seperti rumah sakit otak dan saraf juga dilakukan pemerintah dalam meningkatkan capaian pelayanan kesehatan dan mencegah kecacatan.

Dewasa hipertensi sebagai populasi *vulnerable* memunculkan masalah keperawatan bagi individu, keluarga maupun masyarakat. Respon kardiovaskuler mengganggu

aktivitas dengan munculnya beberapa diagnosis pada individu dengan hipertensi, seperti insomnia, penurunan curah jantung, risiko gangguan fungsi kardiovaskuler, risiko ketidakefektifan perfusi ginjal, risiko penurunan perfusi jaringan jantung, risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak merupakan masalah fisik akibat penyakit hipertensi yang dimilikinya (Nanda, 2015). Selain itu, individu hipertensi menimbulkan masalah secara bio, psiko, sosial dan spiritual. Diagnosis keperawatan yang muncul meliputi distress moral akibat ketidakberdayaan menghadapi penyakit, hambatan *religiositas*, distress spiritual sebagai akibat perasaan marah, menimbulkan makna hidup yang kurang serta ketidakmampuan melakukan coping. Diagnosis lain seperti gangguan pengelolaan mood, ketidakberdayaan dan stres berlebihan akibat terganggunya fungsi tubuh dan pengobatan hipertensi yang membutuhkan waktu lama dan rumit.

Keluarga sebagai pemberi asuhan (*care giver*) mengalami masalah dengan hipertensi yang dimiliki anggota keluarga. Peran sebagai pemberi asuhan yang terganggu memunculkan diagnosis keperawatan keluarga ketegangan peran pemberi asuhan, akibat adanya perubahan fisiologis, emosi dan sosial ekonomi dalam perawatan penyakit hipertensi (Nanda, 2015). Selain itu, terjadi gangguan hubungan keluarga dengan muncul beberapa diagnosis keperawatan seperti disfungsi proses keluarga, ketidakefektifan hubungan, gangguan proses keluarga dan hambatan interaksi sosial yang berhubungan dengan pengobatan, ketidakmampuan coping, gangguan keuangan dalam keluarga, pergeseran peran dalam keluarga serta perubahan status sosial keluarga. Menurut Nies dan McEwen (2001), risiko kelelahan pengasuhan berhubungan dengan beban merawat yang meningkat terjadi pada keluarga dengan anggota keluarga hipertensi.

Diagnosis keperawatan pada masyarakat muncul sebagai upaya promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan maupun strategi yang digunakan dalam mempertahankan dan meningkatkan fungsi kesehatan (Nanda, 2015). Diagnosis keperawatan dukungan sumber daya berbasis masyarakat yang memadai (Nies & McEwen, 2001) serta defisiensi kesehatan komunitas muncul akibat hipertensi sebagai masalah kesehatan yang mengganggu kesejahteraan dan meningkatkan risiko masalah kesehatan dalam masyarakat. Selain itu, diagnosis keperawatan komunitas lain muncul

sebagai upaya mengidentifikasi, mengendalikan dan mengintegrasikan kegiatan masyarakat untuk mempertahankan kesehatan seperti perilaku kesehatan cenderung berisiko, ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, ketidakefektifan manajemen kesehatan dan ketidakpatuhan dalam pengobatan sehingga memerlukan tindak lanjut perawat dalam melakukan intervensi keperawatan sebagai bentuk asuhan keperawatan komunitas.

### **2.3 Intervensi Keperawatan**

Hipertensi merupakan salah satu bentuk penyakit degeneratif yang menjadi masalah kesehatan masyarakat (Kemenkes, 2015). Sangat diperlukan upaya sistematis dalam pengendalian hipertensi sebagai penyakit yang sebagian besar disebabkan oleh perilaku dan gaya hidup manusia seperti stres. Leavell dan Clark (1985 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2013) mengembangkan sebuah kerangka yang berfungsi sebagai landasan dalam praktek kesehatan di masyarakat dan keperawatan komunitas. Kerangka yang berbentuk tingkat pencegahan tersebut berfokus pada kebutuhan dasar, kebiasaan dan pola perilaku dalam rentang sehat dan sakit. Tiga level pencegahan dalam keperawatan komunitas adalah pencegahan primer, sekunder dan tersier.

#### **2.3.1 Pencegahan Primer**

Menurut Pender, Murdaugh dan Parsons (2014), pencegahan primer dilakukan pada orang sehat untuk mencegah terjadinya penyakit. Pencegahan ini merupakan pencegahan tingkat pertama, sebagai upaya mempertahankan seseorang dalam kondisi sehat agar tetap sehat (Friedman, Bowden & Jones, 2013), mencegah terjadinya penyakit, cedera dan kecacatan (Stanhope & Lancaster, 2014). Pencegahan primer dilakukan pada masyarakat sehat agar tetap sehat dan tidak menderita hipertensi. Upaya pencegahan primer melalui pencegahan umum. Pencegahan umum ditujukan kepada masyarakat dengan melakukan promosi kesehatan dan menjaga kebersihan lingkungan. Promosi kesehatan yang dilakukan meliputi pengetahuan tentang nutrisi, aktivitas fisik dan konseling. Pemeliharaan lingkungan meliputi sanitasi dan keamanan makanan, keamanan lingkungan rumah dan tempat bekerja serta kualitas udara.

Perawat sangat berperan dalam melakukan pencegahan primer dengan melakukan promosi kesehatan (Senk, 2011). Program promosi kesehatan seperti edukasi nutrisi, aktivitas dan gaya hidup lain seperti stres, merokok dan mengkonsumsi alkohol dapat dilakukan pada masyarakat dan kelompok sehat dengan tujuan untuk meningkatkan status kesehatan dan mengurangi terjadinya penyakit hipertensi secara spesifik. Pencegahan primer menjadi peran yang sangat menarik dan penting bagi perawat komunitas. Perawat tidak hanya membantu dalam mencegah penyakit namun juga mengurangi perilaku berisiko yang dapat mengganggu kesehatan yang mungkin tidak disadari oleh masyarakat namun berpengaruh besar terhadap timbulnya masalah kesehatan (Bowen et al., 2014).

Pelaksanaan intervensi keperawatan merupakan suatu rangkaian kegiatan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, perumusan masalah kesehatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan hingga evaluasi (Ervin, 2002). Pengkajian komunitas dilakukan berdasarkan *aggregate* dengan fokus masalah kesehatan yang ada di masyarakat, baik individu maupun keluarga. Perencanaan menjadi komponen penting dalam keperawatan komunitas, sebagai penghubung antara pengkajian, perencanaan dan evaluasi hasil. Peningkatan kesehatan pada masyarakat sehat dapat dilakukan dengan beberapa intervensi keperawatan dengan tujuan meningkatkan kemampuan hidup sehatnya.

Promosi kesehatan dengan upaya hidup sehat dilakukan untuk menjaga dan meningkatkan masyarakat sehat tetap sehat. Intervensi lain dilakukan dalam upaya meningkatkan kemampuan coping individu maupun masyarakat terhadap faktor risiko hipertensi lain yaitu stres. Individu dan masyarakat perlu mengelola stres dalam kehidupan sehari-hari. Kemampuan mengelola stres dengan meningkatkan cara yang dapat membuat perubahan dalam berfikir dan merasa serta berperilaku dalam kehidupan sehari-hari (Hawari, 2011).

Praktik keperawatan komunitas tidak lepas dari dukungan masyarakat dan pemerintah dalam membentuk kebijakan yang berlaku di masyarakat. Program pemerintah untuk mencapai kehidupan yang sehat adalah dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat dan individu sehat tentang faktor risiko serta kesadaran terhadap perilaku hidup bersih

dan sehat (Kemenkes, 2015). Peningkatan pengetahuan dilakukan dengan promosi kesehatan meliputi pola makan, aktivitas fisik, gaya hidup seperti merokok dan mengkonsumsi alkohol serta stres. Pemerintah juga mengembangkan pencegahan dan penanggulangan faktor risiko PTM berbasis masyarakat dengan adanya Poskesdes/Posyandu/Posbindu PTM di wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten maupun Kota. Prevensi primer dalam Posbindu PTM dilakukan dengan melakukan penyuluhan ataupun dialog interaktif tentang faktor risiko PTM dengan tujuan agar individu, keluarga dan masyarakat sehat tetap terjaga kesehatannya.

### 2.3.2 Pencegahan Sekunder

Tingkat kedua dalam level pencegahan adalah pencegahan sekunder, merupakan upaya yang dilakukan pada masyarakat berisiko hipertensi agar tidak menderita hipertensi serta masyarakat yang terdiagnosis hipertensi tidak menimbulkan keparahan (Friedman, Bowden & Jones, 2013). Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan deteksi dini penyakit dan pengobatan yang cepat dan tepat untuk mencegah dan mengurangi terjadinya kecacatan. Intervensi keperawatan pada level pencegahan sekunder dapat dilakukan pada individu, keluarga maupun masyarakat. Deteksi dini dapat dilakukan dengan menanyakan riwayat penyakit dalam keluarga. Upaya pemerintah dalam melakukan pencegahan sekunder adalah dengan melakukan kegiatan deteksi dini faktor risiko hipertensi, membentuk surveilen PTM serta melakukan pengobatan kepada individu yang mengalami hipertensi (Kemenkes, 2014). Pemerintah mengembangkan program pencegahan khusus, yang ditujukan terhadap seseorang berisiko dengan melakukan imunisasi dan pencegahan lain untuk mencegah terjadinya kecelakaan, kecacatan dan timbulnya penyakit.

Promosi kesehatan terhadap faktor risiko hipertensi seperti pola makan, aktivitas fisik dan stres dilakukan dalam upaya mencegah terjadinya hipertensi pada masyarakat berisiko dan keparahan pada masyarakat yang sudah terdiagnosis hipertensi. Selain itu, intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah dengan meningkatkan dukungan kelompok (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2013). Dukungan kelompok merupakan pemanfaatan kelompok yang ada di lingkungan sekitar dalam memberikan dukungan informasi kesehatan dan emosi kepada anggota keluarga. Kelompok

pendukung membantu dalam penyelesaian masalah dengan mengeksplorasi pikiran, perasaan dan menciptakan penerimaan (Videbeck, 2008). Perawat sangat berperan dalam membantu mengidentifikasi sistem dukungan yang diperlukan oleh individu berisiko maupun sudah terdiagnosis hipertensi.

Selain intervensi kepada individu yang mengalami hipertensi, perawat juga berperan dalam mengelola masalah yang dihadapi keluarga dengan anggota keluarga hipertensi. Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan konseling, berfokus pada kebutuhan masalah untuk meningkatkan kemampuan dan penyelesaian masalah (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2016). Selain itu, intervensi pengembangan kesehatan masyarakat melalui pendidikan kesehatan dapat dilakukan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan komunitas, memobilisasi sumber daya dan menerapkan solusi.

Keluarga berperan dalam pengelolaan faktor risiko hipertensi pada anggota keluarganya. Pengaturan pola makan dan aktivitas dapat dilakukan keluarga sebagai bentuk pencegahan terhadap faktor risiko serta perawatan pada anggota keluarga yang terdiagnosis hipertensi untuk menjaga tidak terjadinya keparahan (Camoses, Oliveira, Pereira, Severo & Lopes, 2010). Keluarga meningkatkan asupan buah, sayur dan makanan rendah lemak serta penjadwalan latihan fisik dalam upaya menjaga status kesehatan. Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2013), keluarga merupakan tempat paling efektif untuk menerapkan perilaku sehat sebagai strategi promosi kesehatan yang penting. Dilain sisi, keluarga mampu menurunkan ataupun meningkatkan perilaku berisiko seperti merokok, penggunaan alkohol, pola makan yang tidak sehat serta perilaku aktivitas fisik yang kurang.

Selain pendekatan keluarga, perawat mengembangkan intervensi dalam mencegah faktor risiko dan masalah yang lebih serius. Pencegahan sekunder terhadap faktor risiko hipertensi dapat dilakukan melalui peningkatan mekanisme koping terhadap stres. Manajemen stres dilakukan sebagai upaya pencegahan timbulnya keparahan akibat stres yang dirasakan dalam kehidupan sehari-hari maupun stres akibat penyakit hipertensi yang dimilikinya (Matheny, Aycock, Curlette & Junker, 2003).

### 2.3.3 Pencegahan Tersier

Upaya untuk mengurangi ketidakmampuan dan melakukan rehabilitasi terhadap penyakit, kecacatan dan ketidakmampuan. Kegiatan yang dapat dilakukan dengan memaksimalkan fungsi organ yang cacat, mengaktifkan pusat rehabilitasi medis dan pengobatan medis (Stanhope & Lancaster, 2014). Perawat melakukan pencegahan tersier dengan memaksimalkan fungsi keluarga dalam membantu anggota keluarga yang mengalami hipertensi untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan status kesehatan. Program rehabilitasi yang dikembangkan pemerintah melibatkan semua unsur organisasi profesi dan pelaksana pelayanan di berbagai tingkatan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi (Kemenkes, 2014).

Pemberian dukungan keluarga penting dalam pengelolaan jangka panjang hipertensi, karena berhubungan dengan perubahan gaya hidup yang diperlukan lebih lama. Dukungan keluarga yang kuat akan dirasakan dengan meningkatnya harga diri dan motivasi dari penderita hipertensi (Ojo et al., 2016). Seseorang hipertensi akan termotivasi untuk melakukan pengobatan dan pengendalian hipertensi karena adanya dukungan keluarga. Pemberian dukungan keluarga dapat menurunkan stres psikologis (Cruza-Guet, Spokane, Caskie, Brown, & Szapocznik, 2008). Hal ini diprediksi karena adanya perasaan tenang yang dirasakan seseorang setelah mendapatkan dukungan sehingga mampu menurunkan gangguan fisik dan mental akibat penyakit yang dialaminya.

Dukungan keluarga merupakan bagian dari fungsi keluarga, yaitu emosional, instrumental, informasional, dan penghargaan (House, 1981 dalam Kaakinen, 2010). Dukungan emosional diberikan dalam bentuk kasih sayang, perhatian, simpati dan perasaan positif lainnya. Bantuan tenaga, dana dan waktu untuk membantu dan melayani merupakan bentuk dukungan instrumental yang dapat dilakukan. Bentuk dukungan yang lain adalah dengan memberikan saran, pendapat, nasehat dan informasi yang penting tentang kesehatan. Disamping itu keluarga juga dapat memberikan dukungan penghargaan dengan menunjukkan respon yang positif terhadap kemampuan anggota keluarganya. Keluarga sangat berperan dalam melakukan manajemen penyakit hipertensi dengan melakukan dukungan (Efendi et al., 2017).

Setiap dukungan memiliki arti dan manfaat yang penting dan saling berinteraksi satu dengan lainnya (Barling et al., 1988 dalam Semmer, Elfering, Jacobshagen, Perrot, Beehr & Boos, 2008). Dukungan keluarga menjadi penting disaat seseorang merasa puas dengan dukungan yang diberikan. Selain itu, bagaimana seseorang mengkomunikasikan dukungan merupakan komponen penting yang berpengaruh dalam meningkatkan efektifitas dukungan keluarga. Pemberian dukungan sebaiknya dilakukan dengan menggunakan ucapan-ucapan yang menandakan empati, menunjukkan kepedulian dan penerimaan sehingga memunculkan perilaku suportif yang diharapkan.

Pemberian dukungan sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti riwayat penyakit yang dialami seseorang (Siceloff, Wilson, & Horn, 2013). Hal ini berkaitan dengan pengobatan dan program pengendalian yang harus dilakukan akibat penyakit yang dimilikinya. Dukungan instrumental dengan penyediaan finansial dan sarana diperlukan dalam program pengobatan hipertensi yang membutuhkan waktu dan dana yang cukup besar. Informasi kesehatan juga diperlukan bagi seseorang dengan penyakit kronis dalam meningkatkan kesehatan. Pemberian dukungan instrumental dan informasi yang memadai dapat memberikan dampak emosional sebagai bentuk rasa peduli yang dapat meningkatkan perilaku kesehatan.

Faktor lain mempengaruhi pemberian dukungan keluarga adalah usia, jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan dan pendidikan (Ivarson, Radegran, Hesselstrand & Kjellstrom, 2017). Menurut Cornwell dan Waite (2012), karakteristik seseorang mempengaruhi dukungan keluarga yang diperlukan dalam meningkatkan perilaku manajemen dirinya. Usia, jenis kelamin, pendidikan dan ketersediaan fasilitas kesehatan secara signifikan mempengaruhi hipertensi dan merupakan faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga. Usia berhubungan dengan kondisi kronis seseorang yang berdampak pada dukungan yang diberikan. Anak-anak dan lansia merupakan usia yang membutuhkan dukungan lebih banyak. Perbedaan jenis kelamin juga mempengaruhi pemberian dukungan keluarga, laki-laki lebih membutuhkan dukungan dari keluarga.

Menurut Cornwell dan Waite (2012), seorang dewasa yang memiliki dukungan sosial yang baik memiliki risiko lebih rendah terjadinya hipertensi. Hal ini disebabkan karena hubungan sosial yang dijalin dapat memberikan manfaat ataupun keuntungan bagi kesehatannya. Manfaat yang didapatkan berupa saran, pengalaman dan keahlian dalam melakukan perawatan kesehatan dan manajemen penyakit hipertensi. Peningkatan kesejahteraan, pemanfaatan fasilitas kesehatan serta kemampuan mengelola stres merupakan manfaat dari memaksimalkan dukungan keluarga (Bellin & Kovacs, 2006 dalam Kaakinen, Dedaly-Duff, Coehlo & Hanson 2010).

Manajemen stres merupakan penatalaksanaan stres dengan melakukan pendekatan yang holistik baik psikologi, psikososial maupun psikoreligi (Hawari, 2011). Stres merupakan reaksi fisik dan psikis berupa perasaan tidak enak, tidak nyaman ataupun tertekan akibat adanya tuntutan dan tekanan terhadap sesuatu yang mengancam dirinya (Hawari, 2013). Stresor, merupakan penyebab dari stres bersumber dari tekanan yang berasal dari dalam diri maupun dari lingkungan (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Tubuh akan memberikan reaksi dengan adanya stresor dengan mengaktifkan sistem syaraf, endokrin dan sistem imunitas tubuh, yang akhirnya dapat memberikan efek pada seluruh organ. Sehingga diperlukan suatu koping untuk mengatasi dan mengelola stres.

Koping merupakan kemampuan mengatur emosi, perilaku dan lingkungan terhadap stresor (Lazarus, 1999 dalam Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Proses koping yang terjadi dalam individu terbagi menjadi dua tahap, yaitu primer dan sekunder. Tahap pertama, individu akan memikirkan bahaya, manfaat, nilai dan tujuan dari stresor. Apabila dirasakan mengancam, maka koping terhadap stresor dilakukan dengan mengubah situasi, menerima keadaan, mencari informasi lebih banyak dan menahan diri dalam bertindak yang impulsif. Tahap kedua, individu mengevaluasi pilihan koping yang tersedia untuk mengatasi ataupun mencegah kerusakan, memperbaiki dan meningkatkan kesehatan.

Kemampuan mengelola stres menjadi bagian dari manajemen diri pada penyakit hipertensi. Keterampilan manajemen stres meliputi kemampuan kognitif, penggunaan dukungan sosial, teknik relaksasi, mengontrol marah dan persepsi terhadap perubahan

tubuh (Wirtz et al., 2013). Stres yang meningkat cenderung mengganggu kognitif seseorang sehingga diperlukan pengelolaan secara efektif dengan melibatkan hubungan dukungan sosial dan teknik-teknik yang lain. Strategi yang digunakan untuk meningkatkan kognitif individu dalam manajemen stres melalui kemampuan dalam menyadari akan stresor dan respon terhadap stres yang muncul, mampu mengevaluasi peristiwa negatif dalam kehidupan, mampu berkomunikasi, mampu mengembangkan keterampilan memecahkan masalah, manajemen emosi seperti mengungkapkan kemarahan dengan tidak berlebihan serta penggunaan teknik yang dapat menurunkan ketegangan yang dirasakan seperti teknik relaksasi (Linden et al., 2000). Pengembangan intervensi keperawatan melalui teknik relaksasi, seperti *hypnoterapi*, relaksasi otot progresif dan *self hypnosis* juga dapat dilakukan dalam strategi manajemen stres (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2013). Pender, Murdaugh dan Parsons (2014) menambahkan imajinasi terbimbing, yoga, *acupuncture* sebagai terapi komplementer yang dapat dilakukan dalam manajemen stres.

Hipertensi yang dimiliki seseorang merupakan stresor tersendiri yang menimbulkan perasaan cemas dan tertekan. Dewasa hipertensi dengan kondisi ini memerlukan suatu pengelolaan seperti manajemen stres. Manajemen stres merupakan terapi nonfarmakologi dengan melakukan penatalaksanaan faktor risiko stres yang sangat bermanfaat dalam mengontrol tekanan darah. Manajemen stres bagian dari manajemen diri hipertensi merupakan kemampuan seseorang dalam memahami, merawat dan mengatur stres dalam pola hidupnya (Bokhour et al., n.d.). Manajemen stres sangat dianjurkan karena manfaat jangka panjang dalam mencegah morbiditas dan mortalitas akibat hipertensi.

Faktor yang mempengaruhi manajemen stres hipertensi adalah usia, riwayat penyakit serta dukungan sosial (Safitri, 2016). Hal ini dijelaskan bahwa usia dan riwayat penyakit sebagai sumber stres karena kondisi penyakit dan pengendalian penyakitnya. Dukungan sosial yang kurang mempengaruhi seseorang dalam berespon terhadap stres yang dimiliki. Selain itu manajemen stres juga dipengaruhi oleh pendidikan, aktivitas fisik dan jenis kelamin (Cornwell & Waite, 2012).

## 2.4 Peran Perawat Komunitas Dalam Pengendalian Hipertensi

Perawat komunitas mempunyai peran dalam mengendalikan hipertensi melalui manajemen stres dengan upaya promotif dan preventif pada semua tingkat pencegahan penyakit (*levels of prevention*). Asosiasi Perawat Komunitas Amerika (APHA, 2013), mengidentifikasi lima fokus perawat komunitas yaitu (1) fokus masalah kesehatan tingkat populasi, (2) mempunyai pandangan ekologis, (3) bertanggung jawab terhadap tercapainya kesehatan populasi, (4) kemitraan/kolaborasi dengan menggunakan pendekatan interprofesional dan (5) berjiwa kepemimpinan dalam praktik kesehatan.

Praktik keperawatan komunitas ditujukan terhadap individu, keluarga dan masyarakat dengan melakukan pengkajian, perencanaan, pengembangan, koordinasi dan evaluasi secara keseluruhan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan di masyarakat (Allender, Rector & Wanter, 2010). Pengetahuan perawat komunitas sangat penting dalam mengelola masalah kesehatan dari segala usia dan jenis kelamin yang ada di keluarga dan masyarakat sehingga dapat melakukan promosi kesehatan, melindungi masyarakat dari penyakit, mengobati penyakit, mengelola penyakit kronis dan mencegah kecacatan. Peran perawat dalam pencegahan dan pengendalian hipertensi, meliputi :

### 2.4.1 Pemberi Layanan Langsung

Pelayanan keperawatan dilakukan melalui pemberian asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, perencanaan, implementasi dan melakukan evaluasi. Pelayanan keperawatan komunitas untuk penyakit hipertensi dapat dilakukan dengan *skrining* tekanan darah dan promosi kesehatan tentang faktor risiko hipertensi (Avers, 2011) serta kunjungan rumah untuk individu yang sudah terdiagnosis hipertensi dengan meningkatkan manajemen diri hipertensi untuk mencapai status kesehatannya.

### 2.4.2 Pendidik Kesehatan

Perawat berperan penting dalam melakukan pendidikan kesehatan tentang hipertensi untuk membantu meningkatkan pengetahuan individu, keluarga dan masyarakat dalam mengenal faktor risiko seperti stres, aktivitas, nutrisi dan gaya hidup lain, dampak yang

diakibatkan serta penatalaksanaan yang harus dilakukan dalam pengobatan dan perawatan hipertensi. Pengetahuan yang baik dapat membantu individu yang menderita hipertensi dan keluarga dalam melaksanakan pengobatan, mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup (Adelman-mullally et al., 2013).

#### 2.4.3 Kolaborator

Perawat menjalin hubungan yang saling menguntungkan dengan profesi kesehatan lain serta aparatur masyarakat dalam upaya meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2014). Peran kolaborasi ini dilakukan dengan menjalin hubungan dengan individu yang mengalami hipertensi dalam bentuk transaksi untuk meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit. Kolaborasi juga dilakukan dengan masyarakat dalam membuat kebijakan untuk mengurangi faktor risiko hipertensi di masyarakat. Perawat juga menjalin hubungan dengan sistem kesehatan yang di dalamnya terdapat berbagai profesi dalam mencapai program pengendalian hipertensi.

#### 2.4.4 Manajer Kasus

Peran sebagai manajer kasus dapat dilakukan dalam memberikan pelayanan kesehatan baik individu, keluarga maupun masyarakat. Manajer kasus merupakan fungsi dasar perawat untuk mengelola kesehatan dalam pencegahan penyakit, pencapaian keajahteraan serta menjalin hubungan interpersonal dengan profesi lain (Corvol et al., 2013). Perawat komunitas menjalankan peran sebagai manajer kasus dengan mengorganisasikan seluruh sumber daya yang ada baik individu, keluarga maupun masyarakat dalam memelihara kesehatannya.

#### 2.4.5 Konsultan

Peran sebagai konsultan sangat berkontribusi terhadap hasil perawatan kesehatan (Giles, Parker, & Mitchell, 2014). Perawat merupakan penyedia informasi yang profesional yang dapat meningkatkan pengetahuan dan mempengaruhi faktor lingkungan dalam upaya meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat terutama yang mengalami hipertensi. Informasi kesehatan yang penting tentang kesehatan sangat membantu dalam menentukan perilaku hidup sehat dan tindakan yang tepat dalam memelihara kesehatannya.

#### 2.4.6 Advokat

Peran *advokat* merupakan peran profesional perawat dalam memberikan perlindungan kepada klien, baik individu, keluarga dan masyarakat. Peran sebagai advokat mengharapkan perawat mampu bertanggung jawab dan membantu klien dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan kesehatan serta mempertahankan dan melindungi hak-hak klien (Afidah & Sulisno, 2013).

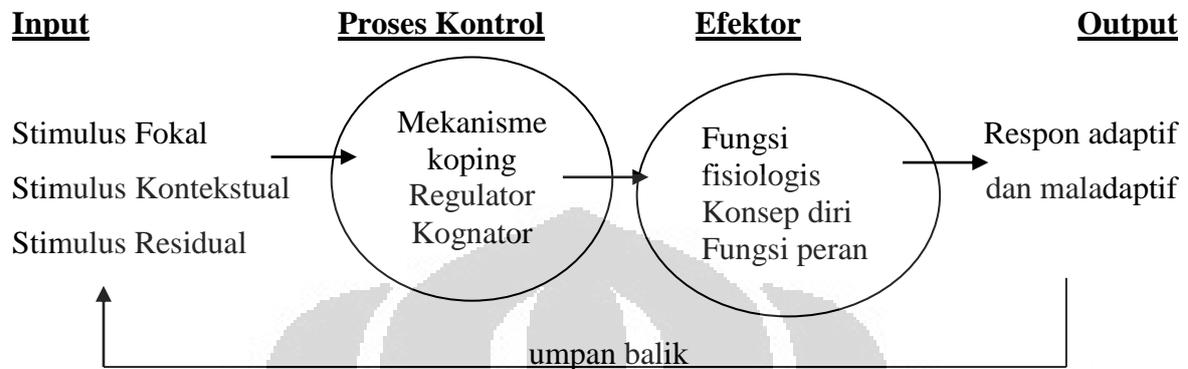
#### 2.4.7 Peneliti

Penelitian pada keperawatan merupakan salah satu bagian dari peran perawat sebagai peneliti untuk mendapatkan jawaban atas fenomena yang ada (Mendes, 2015). Dalam melakukan penelitian, perawat mengembangkan teori keperawatan yang menjadi dasar dan kerangka konsep dalam penelitian dengan harapan hasil penelitian dapat memperkaya ilmu keperawatan dan digunakan oleh rekan sejawat yang lain dalam meningkatkan asuhan keperawatannya.

### 2.5 Model Adaptasi Roy

Asumsi filosofi yang mendasari Model Adaptasi Roy adalah *humanism* dan *veritvity* (Roy & Corliss, 1993). *Humanism* mengakui bahwa manusia dan pengalaman hidupnya sebagai kekuatan, berperilaku dengan sengaja, berusaha menjaga integritas dalam mewujudkan keinginan dan memiliki sifat yang melekat dalam dirinya. Prinsip kedua adalah *veritvity* maupun keabsahan, memandang manusia dalam masyarakat sebagai konteks yang memiliki tujuan, mampu beraktivitas dan mempunyai kreativitas untuk kebaikan bersama serta mempunyai nilai dan makna hidup. Modifikasi teori dilakukan dengan mengaitkan filosofi dasar dengan teori sistem dan teori tingkat adaptasi. Teori sistem yang mendasari meliputi *holism*, saling ketergantungan, proses pengendalian, umpan balik dan sistem kehidupan yang kompleks. Teori tingkat adaptasi yang berkontribusi dalam Model Adaptasi Roy adalah perilaku sebagai adaptif, adaptasi sebagai fungsi rangsangan dan tingkat adaptasi, manusia mempunyai tingkat adaptasi yang dinamis dan respon yang positif.

Model Adaptasi Roy yang lebih holistik dan interaktif mencakup empat konstruksi yaitu input, proses kontrol, efektor dan output (Andrews & Roy, 1991). Berikut gambar yang menjelaskan hubungan antar konstruksi Model Adaptasi Roy.



**Gambar 2.1 Manusia Sebagai Sistem Adaptif**

**Sumber: Alligood, 2014**

### 2.5.1 Input

Model keperawatan ini menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif yang selalu berinteraksi dalam lingkungan yang berubah-ubah (Andrews & Roy, 1991). Interaksi antara manusia dan lingkungan internal maupun eksternal menimbulkan stimulus. Terdapat tiga stimulus yaitu : 1) stimulus fokal; 2) stimulus kontekstual dan 3) stimulus residual. Stimulus fokal merupakan stimulus internal eksternal yang mempengaruhi sistem tubuh dengan tiba-tiba. Adanya stimulus fokal memicu stimulus kontekstual yang merupakan respon lingkungan sekitar individu dan secara langsung berhubungan dengan bagaimana individu menghadapi rangsangan fokal. Stimulus residual merupakan faktor lingkungan dari dalam ataupun luar yang memiliki dampak tidak jelas pada kondisi yang sedang terjadi.

### 2.5.2 Proses Kontrol

Manusia merespon stimulus melalui mekanisme koping, upaya untuk berinteraksi dengan lingkungan yang selalu berubah, bersifat intrinsik dan didapat dari luar (Andrews & Roy, 1991). Mekanisme koping diperoleh manusia dari pengalaman maupun dari proses pembelajaran yang terdiri dari subsistem regulator dan subsistem kognitif. Subsistem regulator merupakan mekanisme koping utama dengan mengaktifkan indera dan melibatkan sistem syaraf, kimiawi dan hormonal. Subsistem

kognitif merespon melalui proses persepsi dan informasi, pembelajaran, penilaian dan emosi.

### 2.5.3 Efektor

Manifestasi mekanisme koping baik kognitif maupun regulator membentuk suatu perilaku yang dapat dilihat dari empat model adaptif, yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Setiap respon akan menjadi umpan balik terhadap sistem manusia dalam meningkatkan kesehatan dan mengurangi stimulus. Fungsi fisiologis mencerminkan fungsi yang baik dari fisiologis tubuh. Model adaptif konsep diri merupakan gabungan keyakinan dan perasaan yang berfokus pada aspek psikologis dan spiritual sistem manusia. Model fungsi peran berfokus pada peran seseorang dalam masyarakat, merupakan harapan seseorang terhadap kondisi tertentu terhadap orang lain dengan kondisinya sendiri. Model interdependensi melibatkan keinginan dan kemampuan untuk memberi dan menerima dari berbagai aspek seperti rasa cinta dan hormat, merawat, pengetahuan dan ketrampilan dan komitmen terhadap orang-orang baik individu, keluarga maupun masyarakat.

### 2.5.4 Output

Respon yang dihasilkan dari mekanisme koping manusia dalam bentuk tindakan internal maupun eksternal dalam keadaan tertentu. Menurut Model Adaptasi Roy, manusia memiliki respon terhadap adanya stimulus. Respon adaptif merupakan respon yang mampu meningkatkan perilaku seseorang dalam mencapai tujuan adaptasi (Andrews & Roy, 1991), sedangkan respon maladaptif merupakan respon yang dapat mengganggu perilaku. Respon yang ditimbulkan baik adaptif maupun maladaptif menjadi umpan balik terhadap proses adaptasi manusia, dalam meningkatkan, mengurangi maupun mengatasi stimulus.

Roy berpendapat bahwa setiap manusia memiliki tingkat adaptasi ataupun kemampuan untuk mengatasi masalah. Tingkat adaptasi merupakan titik balik yang menggambarkan kemampuan seseorang berespon dengan baik terhadap lingkungan (Andrews & Roy, 1991). Tingkat adaptasi akan mengalami perubahan berdasarkan rangsangan yang ada di lingkungan. Respon adaptif merupakan efek gabungan dari ketiga stimulus dan

tingkat adaptasi dari individu itu sendiri. Rangsangan maupun stimulus baik internal maupun eksternal terkait langsung dengan respon perilaku dari manusia itu sendiri.

#### 2.5.5 Aplikasi Model Adaptasi Roy Pada Dewasa Hipertensi

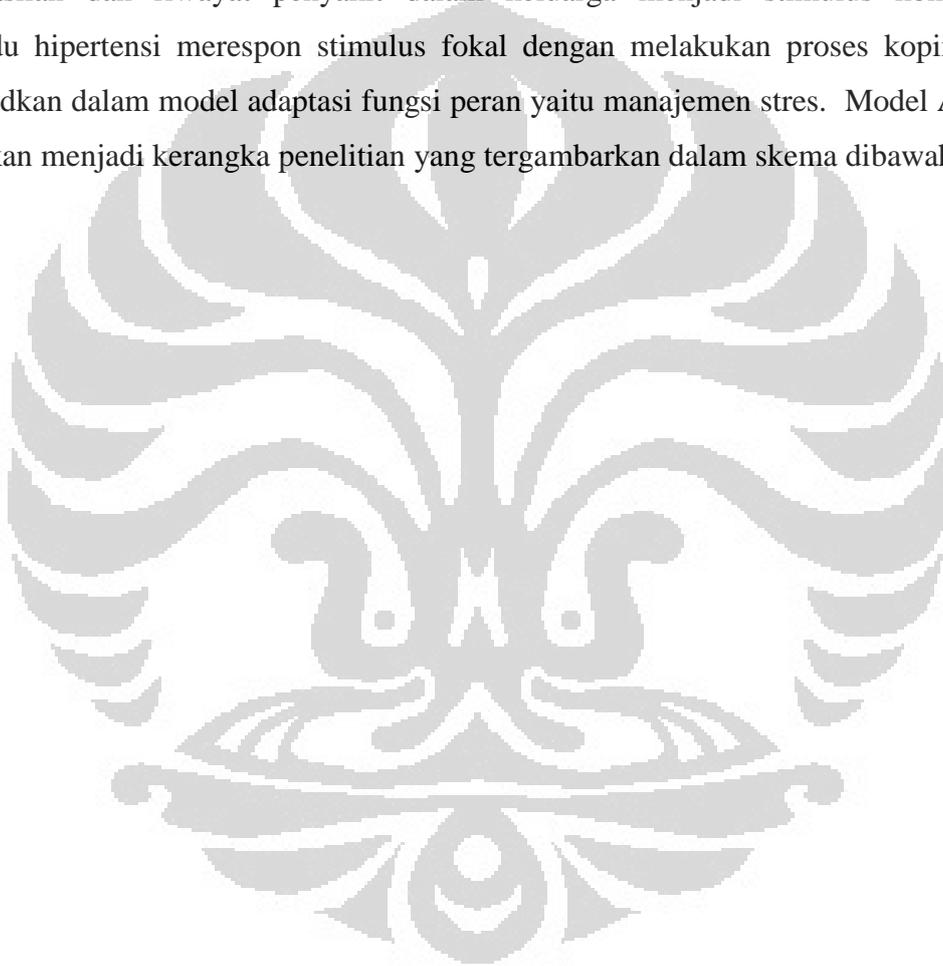
Penelitian menggunakan Model Adaptasi Roy sebagai acuan dengan beberapa alasan : Model Adaptasi Roy menggambarkan manusia sebagai sistem adaptif holistik yang mampu berespon terhadap stimulus, model adaptasi menjelaskan hubungan antara rangsangan dan dampaknya terhadap perubahan perilaku, manajemen stres hipertensi membutuhkan pendekatan yang holistik sebagai bentuk adaptasi penderita hipertensi (Roy, 2009). Penelitian ini tidak memasukkan subsistem regulator dan kognator, berdasarkan asumsi Roy bahwa rangsangan internal dan eksternal dapat mempengaruhi perilaku individu dalam empat model adaptasi, yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Penggunaan Model Adaptasi Roy sebagai kerangka penelitian sudah banyak dilakukan. Salah satunya oleh Grant (2013) untuk mengetahui hubungan pengetahuan hipertensi, harapan dalam perawatan dan dukungan sosial dalam kepatuhan pengobatan. Penelitian ini menggambarkan hubungan stimulus fokal yaitu pengetahuan tentang hipertensi, harapan dalam pengobatan dan dukungan sosial dengan stimulus kontekstual yaitu karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan dan pendapatan dalam menciptakan perilaku adaptasi yang ditunjukkan dengan kepatuhan dalam pengobatan. Model adaptasi Roy mampu menegaskan bahwa pengetahuan hipertensi, harapan dalam perawatan dan dukungan sosial merupakan rangsangan dalam memprediksi perilaku adaptif yaitu kepatuhan dalam pengobatan.

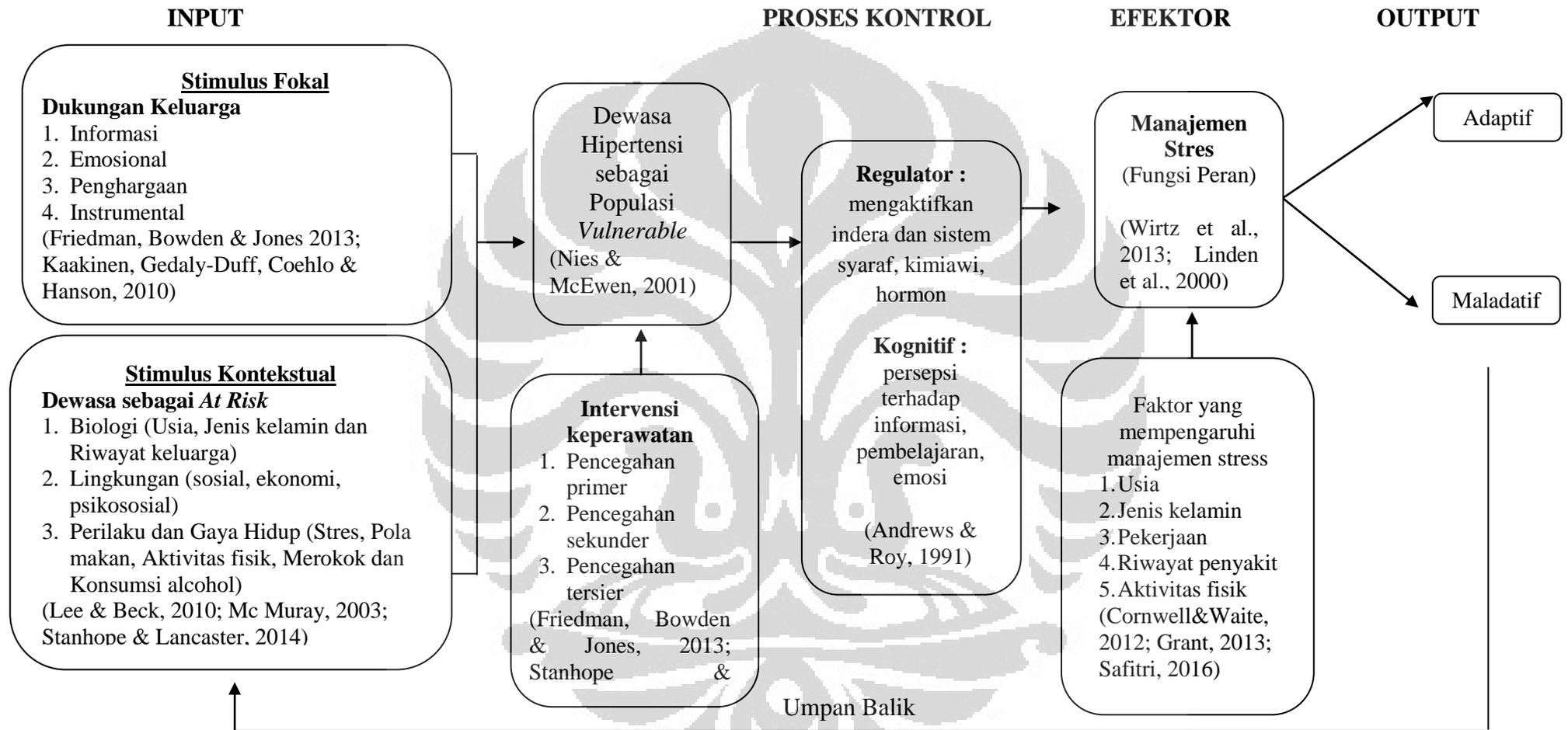
Penelitian lain dilakukan oleh Tsai (1998) untuk menentukan hubungan antara stres pada *caregiver* dalam perawatan penyakit kronis menggunakan model adaptasi Roy. Persepsi stres pada *caregiver* merupakan mekanisme koping dari adanya stimulus fokal yaitu beban pengasuhan serta stimulus kontekstual, meliputi tekanan dalam kehidupan, dukungan sosial, dan peran masyarakat. Mekanisme koping juga sangat dipengaruhi oleh stimulus residual yang meliputi ras, usia, jenis kelamin dan hubungan dengan

klien. Hasil penelitian ini menegaskan adanya proses hubungan yang tegas antara input, meliputi tiga stimulus dengan mekanisme koping individu.

Uraian di atas belum menggambarkan hubungan antara input yang meliputi stimulus fokal, kontekstual dan residual dengan model adaptasi yaitu fungsi peran. Pada penelitian ini, dukungan keluarga menjadi stimulus fokal bagi anggota keluarga yang mengalami hipertensi. Demografi dewasa hipertensi meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan dan riwayat penyakit dalam keluarga menjadi stimulus kontekstual. Individu hipertensi merespon stimulus fokal dengan melakukan proses koping yang diwujudkan dalam model adaptasi fungsi peran yaitu manajemen stres. Model Adaptasi Roy akan menjadi kerangka penelitian yang digambarkan dalam skema di bawah ini.



## 2.6 Kerangka Teori



**Gambar 2.2 Kerangka Teori Model Adaptasi Roy Untuk Dukungan Keluarga Dengan Manajemen Stres Dewasa Hipertensi**

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan kerangka kerja penelitian yang meliputi kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional. Berikut ini kerangka konsep penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

#### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan diagram penghubung antara variabel yang diteliti (Sastroasmoro & Ismael, 2014) dan menjadi dasar dalam melakukan penelitian (Polit & Beck, 2010). Penelitian ini terdiri dari variabel independen, variabel dependen dan variabel perancu (*confounding*).

##### 3.1.1 Variabel Dependen

Merupakan variabel akibat yaitu variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain (Dharma, 2011). Perubahan dalam variabel ini diakibatkan karena adanya perubahan variabel lain, yaitu variabel independen. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah manajemen stres hipertensi.

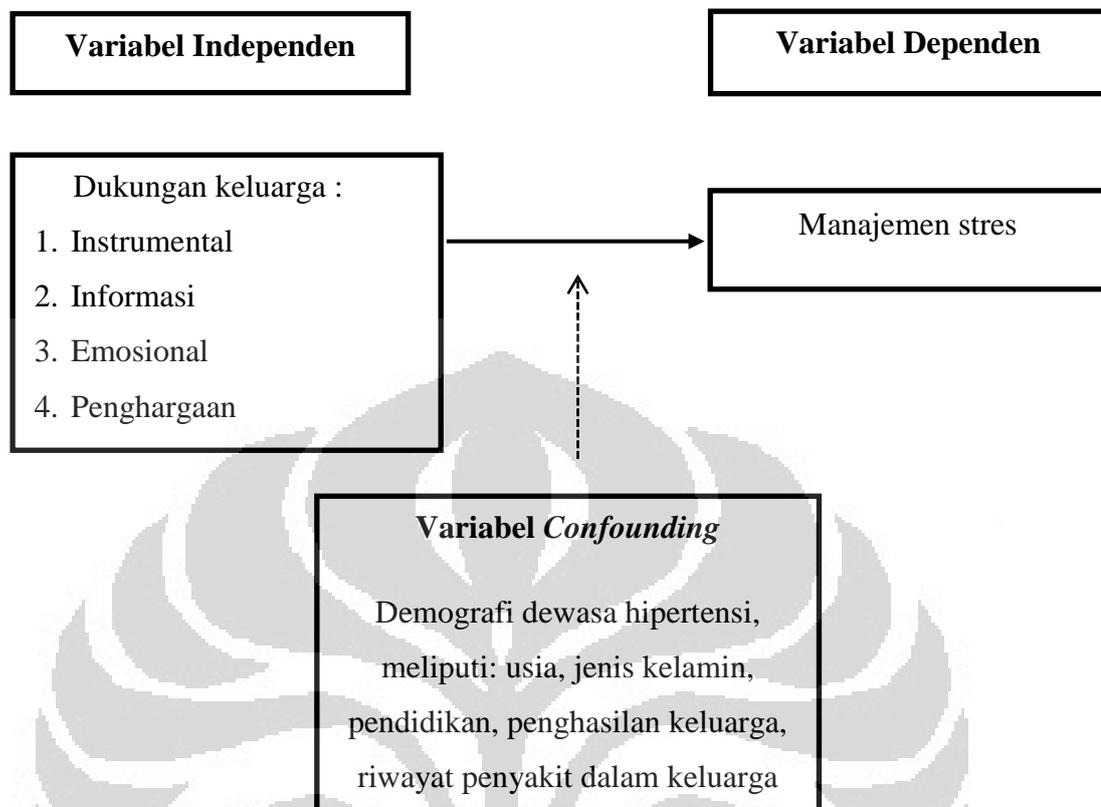
##### 3.1.2 Variabel Independen

Perubahan variabel ini akan berdampak dan merupakan variabel sebab yang mempengaruhi variabel lainnya (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan menjadi variabel independen dalam penelitian ini.

##### 3.1.3 Variabel *Confounding*

Variabel *confounding* merupakan variabel perancu yang dapat mengganggu maupun mempengaruhi hubungan kedua variabel baik variabel dependen maupun variabel independen. Dalam penelitian ini variabel *confounding* adalah demografi responden terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan dan riwayat penyakit keluarga.

Kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan bentuk pernyataan yang memprediksikan hubungan antar variabel (Dharma, 2011). Hipotesis juga menjadi jawaban sementara dari permasalahan yang akan diteliti (Sugiyono, 2013). Hipotesis dalam penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif ( $H_a$ ), yaitu hipotesis yang menyatakan ada hubungan antara variabel.  $H_a$  dalam penelitian ini ditampilkan sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.
2. Ada hubungan antara dukungan instrumental keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.
3. Ada hubungan antara dukungan informasi keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

4. Ada hubungan antara dukungan emosional keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.
5. Ada hubungan antara dukungan penghargaan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

### 3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil	Skala Ukur
<b>Variabel Independen</b>					
Dukungan Keluarga	Persepsi responden terhadap kemampuan keluarga dalam mengelola kesehatan dan penyakit hipertensi yang di derita (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010)	Instrumen dukungan keluarga menggunakan <i>Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)</i> , merupakan instrumen yang berisi pengukuran persepsi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan dengan jumlah 34 pertanyaan menggunakan skala likert 1 (tidak pernah) sampai dengan 4 (sering) (Krause & Marrides, 1990; Erol & Ozo, 2012)	Pengukuran dilakukan dengan cara responden mengisi lembar instrumen sesuai dengan kondisi yang dialami.	Data terdistribusi normal sehingga penyajian data menggunakan <i>mean</i> , standar deviasi serta CI 95%	Interval

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil	Skala Ukur
Dukungan Instrumental Keluarga	Persepsi responden terhadap kegiatan yang dilakukan keluarga dalam bentuk bantuan dana, waktu dan sarana (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010; Friedman, Bowden & Jones, 2013)	Instrumen dukungan instrumental menggunakan ISSB terdiri dari 7 pertanyaan menggunakan skala likert 1 (tidak pernah) sampai dengan 4 (sering) (Krause & Marrides, 1990; Erol & Ozo, 2012)	Pengukuran dilakukan dengan cara responden mengisi lembar instrumen sesuai dengan kondisi yang dialami.	Data terdistribusi normal sehingga penyajian data menggunakan <i>mean</i> , standar deviasi dan CI 95%	Interval
Dukungan Informasi Keluarga	Persepsi responden terhadap kegiatan yang dilakukan keluarga dalam bentuk pemberian saran yang bermanfaat, pendapat dan informasi kesehatan (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010; Friedman, Bowden & Jones, 2013)	Instrumen dukungan informasi keluarga menggunakan ISSB terdiri dari 7 pertanyaan menggunakan skala likert 1 (tidak pernah) sampai dengan 4 (sering) (Krause & Marrides, 1990; Erol & Ozo, 2012)	Pengukuran dilakukan dengan cara responden mengisi lembar instrumen sesuai dengan kondisi yang dialami.	Data berdistribusi normal sehingga penyajian data menggunakan <i>mean</i> , standar deviasi dan CI 95%	Interval

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil	Skala Ukur
Dukungan Emosional	Persepsi responden terhadap kegiatan keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang, dan rasa aman (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010; Friedman, Bowden & Jones, 2013).	Instrumen dukungan emosional keluarga menggunakan ISSB terdiri dari 12 pertanyaan menggunakan skala likert 1 (tidak pernah) sampai dengan 4 (sering) (Krause & Marrides, 1990; Erol & Ozo, 2012)	Pengukuran dilakukan dengan cara responden mengisi lembar instrumen sesuai dengan kondisi yang dialami.	Data berdistribusi normal sehingga penyajian data menggunakan <i>mean</i> , standar deviasi dan CI 95%	Interval
Dukungan Penghargaan	Persepsi responden terhadap kegiatan keluarga dalam bentuk menghargai, mendengarkan dan berkomunikasi (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010; Friedman, Bowden & Jones, 2013).	Instrumen dukungan penghargaan keluarga menggunakan ISSB terdiri dari 8 pertanyaan menggunakan skala likert 1 (tidak pernah) sampai dengan 4 (sering) (Krause & Marrides, 1990; Erol & Ozo, 2012)	Pengukuran dilakukan dengan cara responden mengisi lembar instrumen sesuai dengan kondisi yang dialami.	Data terdistribusi normal sehingga penyajian data menggunakan <i>mean</i> , standar deviasi dan CI 95%	Interval
<b>Variabel Dependen</b>					
Manajemen stres	Kemampuan seseorang melakukan koping melalui respon kognitif, penggunaan dukungan sosial, teknik relaksasi, mengatur kemarahan dan persepsi tekanan yang dirasakan tubuh (Antoni et al., 2006).	Instrumen ISBF yang berisi 18 pertanyaan dengan bentuk skala likert: 1(tidak mampu) sampai dengan 5 (sangat mampu) (Wirtz et al., 2013)	Pengukuran dilakukan dengan cara responden mengisi lembar instrumen sesuai dengan kondisi yang dialami.	Data terdistribusi manajemen normal sehingga penyajian data menggunakan <i>mean</i> , standar deviasi dan CI 95%	Interval

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil	Skala Ukur
<b>Variabel <i>Confounding</i></b>					
Usia	Umur yang didasarkan pada tanggal sampai tahun dalam tahun	Data demografi pada instrumen penelitian	Responden mengisi instrumen	Data terdistribusi normal sehingga penyajian data menggunakan <i>mean</i> , standar deviasi dan CI 95%	Interval
Jenis kelamin	Perbedaan antara perempuan dan laki-laki biologis sejak lahir	Data demografi pada instrumen penelitian	Responden mengisi instrumen	Penyajian data menggunakan frekuensi dan presentasi dengan keterangan 1: perempuan 2: laki-laki (Cahya, 2011)	Nominal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal yang ditempuh responden	Data demografi pada instrumen penelitian	Responden mengisi instrumen	Penyajian data menggunakan frekuensi dan presentasi dengan keterangan 1. pendidikan dasar SD/MI dan SMP/MTs 2. pendidikan menengah SMA/MAN 3. pendidikan tinggi Diploma/S1/S2/S3 (UU No 20 tahun 2003)	Ordinal

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil	Skala Ukur
Penghasilan keluarga	Pendapatan keluarga berdasarkan upah minimum Kabupaten Pringsewu tahun 2018	Data demografi pada instrumen penelitian	Responden mengisi instrument	Penyajian data menggunakan frekuensi dan persentasi dengan keterangan 1.<UMR, yaitu Rp.2.074.673 2.≥UMR, yaitu Rp.2.074.673 (Pemprov Lampung, 2018)	Ordinal
Riwayat penyakit keluarga	Sejarah keluarga mengalami penyakit hipertensi atau jantung atau diabetes mellitus atau stroke atau ginjal	Data demografi pada instrumen penelitian	Responden mengisi instrument	Penyajian data menggunakan frekuensi dan persentasi dengan keterangan 1. Ada riwayat penyakit dalam keluarga 2. Tidak ada riwayat	Ordinal



*Halaman ini sengaja dikosongkan*

## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Bab ini menguraikan metodologi penelitian, terdiri dari desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian serta etika penelitian. Penjelasan pengambilan data mencakup alat dan prosedur pengumpulan data dan analisis data menjadi bagian akhir dalam bab ini.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Metode yang dapat memberikan arah dalam pelaksanaan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2014; Darma, 2011). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung, dengan pengukuran dan pengumpulan data dilakukan satu kali dalam waktu yang bersamaan menggunakan instrumen penelitian.

#### **4.2 Populasi dan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian dengan karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2014; Dharma, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh usia dewasa yang mengalami hipertensi, berada dan tinggal di Kabupaten Pringsewu, Lampung. Berdasarkan laporan PTM Dinas Kesehatan (2016) jumlah usia dewasa yang menderita hipertensi di Kabupaten Pringsewu adalah 10.491 orang.

##### **4.2.2 Sampel**

Sampel adalah unit yang lebih kecil dan merupakan bagian dari populasi yang terjangkau oleh peneliti dalam melakukan pengukuran dan pengamatan (Sastroasmoro & Ismael, 2014; Dharma, 2011). Penghitungan sampel menggunakan rumus sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2014) dengan menggunakan tingkat kepercayaan 99% pada kekuatan 95%, yaitu sebagai berikut:

$$n = \left( \frac{Z\alpha + Z\beta}{0,5 \ln((1+r)/(1-r))} \right)^2 + 3$$

Keterangan :

n : besar sampel

Z $\alpha$  : deviat baku alfa dengan tingkat kemaknaan  $\alpha$  0,01% adalah 2,576

Z $\beta$  : deviat baku beta (power) ditetapkan 0,05% maka Z $\beta$  adalah 1,96

r : nilai r dari penelitian terdahulu yaitu 0,486 (Saleh & Huriani, 2014)

$$n = \left( \frac{2,576 + 1,960}{0,5 \ln(1 + 0,486)/(1 - 0,486)} \right)^2 + 3$$

Berdasarkan rumus diatas, didapatkan jumlah sampel penelitian sebanyak 145,7 dewasa hipertensi. Mengantisipasi kemungkinan sampel *dropped out*, maka dilakukan penambahan sampel agar sampel dapat terpenuhi dengan menggunakan rumus Sastroasmoro dan Ismael (2014):

$$n^* = \frac{n}{1 - f}$$

$$= \frac{145,7}{1 - 10\%}$$

n\* : besar sampel setelah dikoreksi

n : jumlah sampel minimal (145,7 dewasa hipertensi)

f : perkiraan sampel *dropped out* (10%)

Jumlah sampel berdasarkan rumus diatas adalah 162 dewasa hipertensi. Sampel penelitian sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi agar karakteristik sampel yang digunakan tidak menyimpang dari tujuan penelitian. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah dewasa hipertensi dengan usia 30 - 59 tahun yang tinggal bersama keluarga dan dapat berkomunikasi verbal dengan baik. Usia 30 – 59 tahun merupakan usia dewasa menengah (Depkes, 2017; Potter & Perry, 201p0) yang mempunyai risiko lebih besar menderita hipertensi (Yu et al., 2016). Dewasa hipertensi yang tidak mampu membaca menjadi kriteria eksklusi penelitian.

#### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*, teknik pengambilan sampel dilakukan berdasarkan maksud dan tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Wilayah pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah Kabupaten Pringsewu terdiri dari 12 wilayah Puskesmas, 11 Puskesmas sebagai tempat pengumpulan data dan Puskesmas Fajarmulia ditetapkan sebagai tempat untuk melakukan uji coba instrumen penelitian.

Peneliti melakukan identifikasi jumlah dewasa hipertensi dari laporan PTM masing-masing Puskesmas, kemudian melakukan penghitungan proporsi sampel. Jumlah proporsi setiap Puskesmas disesuaikan dengan jumlah dewasa hipertensi yang ada di wilayah Puskesmas tersebut. Penghitungan dilakukan dengan membagi jumlah dewasa hipertensi yang ada di Puskesmas dengan jumlah keseluruhan dewasa hipertensi dikalikan jumlah total sampel yang diperlukan. Pembagian jumlah sampel masing-masing Puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Proporsi Sampel Masing-Masing Puskesmas di Kabupaten Pringsewu, Lampung

No	Nama Puskesmas	Jumlah Dewasa Hipertensi	Jumlah sampel
1	Pringsewu	1.630	26
2	Rejosari	902	14
3	Gadingrejo	1.428	23
4	Wates	690	11
5	Pardasuka	1.265	20
6	Ambarawa	719	12
7	Banyumas	413	7
8	Pagelaran	690	11
9	Bumiratu	886	14
10	Sukoharjo	573	9
11	Adiluwih	916	15
	Total	10.112	162

Pengumpulan data dilakukan menggunakan metode *consecutive sampling*, merupakan metode memilih sampel dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria penelitian sampai jumlah sampel terpenuhi (Darma, 2011). Peneliti mengumpulkan data dengan memilih setiap dewasa hipertensi yang melakukan kunjungan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Peneliti mengkonfirmasi kepada calon

responden untuk mengetahui apakah dewasa hipertensi masuk dalam kriteria penelitian untuk ditetapkan menjadi responden penelitian.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan memilih semua dewasa hipertensi yang datang ke Puskesmas saat melakukan pelayanan kesehatan di Balai Pengobatan (BP) maupun saat mengikuti senam Prolanis. Dewasa hipertensi diketahui dari petugas BP maupun petugas Prolanis dan data rekam medis. Setiap dewasa hipertensi yang sesuai dengan kriteria penelitian diberikan penjelasan penelitian satu persatu dan menjadi calon responden. Lembar *informed consent* ditanda tangani setelah calon responden memahami sebagai pernyataan kesediaan secara sukarela mengikuti penelitian. Calon responden yang tidak bersedia mengikuti penelitian ini terdapat dua orang dengan alasan ada pekerjaan dan tidak membawa kaca mata serta satu responden yang tidak melanjutkan pengisian kuesioner karena merasa pusing. Total responden yang didapatkan 162 responden sesuai dengan penghitungan awal.

#### **4.3 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung. Kabupaten Pringsewu, merupakan salah satu wilayah dengan prevalensi hipertensi tertinggi (5,81%) dibandingkan dengan empat wilayah pemekaran yang ada di Provinsi Lampung (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2015). Kabupaten Pringsewu terdiri dari 12 wilayah kerja puskesmas dengan angka kejadian hipertensi mencapai 10.491 kasus (Laporan PTM, 2016).

Waktu penelitian dimulai dengan penyusunan proposal penelitian pada bulan Februari hingga sidang tesis pada akhir Juni 2018. Seminar proposal dilakukan pada minggu kedua bulan Maret dilanjutkan dengan uji etik pada minggu keempat bulan Maret. Peneliti melakukan uji etik pada komite etik keperawatan pada minggu ketiga bulan Maret dan memerlukan waktu satu minggu hingga terbitnya surat keterangan lolos kaji etik. Uji coba instrumen memerlukan waktu satu minggu, dilakukan pada akhir bulan Maret hingga awal bulan April. Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti menyelesaikan perijinan di Kesatuan Bangsa dan Politik dan Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu yang dilakukan mulai minggu kedua dan ketiga bulan April.

Pengumpulan data dilakukan di Puskesmas setelah keluarnya surat ijin penelitian saat responden melakukan kunjungan ke Puskesmas yaitu pada hari kerja dengan waktu pukul 08.00 sampai dengan 14.00 WIB. Pengumpulan data dilakukan di dalam gedung saat responden melakukan pengobatan di BP Puskesmas, dilakukan di Puskesmas Rejosari dan Banyumas. Pengumpulan data juga dilakukan di luar gedung saat responden melakukan senam Prolanis, dilakukan di Puskesmas Wates, Bumiratu, Pagelaran, Sukoharjo dan Ambarawa. Pengumpulan data di Puskesmas Pringsewu, Gadingrejo, Adiuwih dan Pardasuka dilakukan disaat senam dan juga saat responden melakukan pelayanan BP.

#### **4.4 Etika Penelitian**

Penelitian ini melindungi hak – hak responden dengan mempertimbangkan prinsip etik yang meliputi *beneficence* dan *maleficience*, *autonomy*, *anonimity* dan *justice* (Pollit & Hungler, 2010).

##### **4.4.1 Kemanfaatan dan Tidak Merugikan**

Penelitian perlu mempertimbangkan manfaat, kerugian dan ketidaknyamanan responden. Menurut Beauchamp dan Childress (2009), prinsip *beneficience* dan *maleficience* dilakukan dengan memberikan manfaat sebesar-besarnya pada setiap responden dengan mengurangi risiko ataupun hal-hal yang membahayakan akibat penelitian yang dilakukan. Prinsip ini meliputi kebebasan dari kerusakan serta ketidaknyamanan dan perlindungan dari eksploitasi (Polit & Beck, 2014).

Penelitian ini menekankan pada manfaat yang diperoleh responden yaitu dukungan keluarga dalam pengelolaan penyakit hipertensi dengan manajemen stres. Persepsi dukungan keluarga yang dirasakan oleh responden juga menjadi sumber informasi bagi klien dan keluarga dalam bentuk pemberian dukungan keluarga dalam melakukan manajemen stres hipertensi. Prinsip ini dilakukan dengan memberikan *leaflet* (lampiran 5) dan penjelasan singkat kepada seluruh responden setelah mengisi instrumen penelitian. Penjelasan dilakukan secara langsung terhadap responden yang melakukan pelayanan di BP Puskesmas. Penjelasan berkelompok dilakukan pada responden yang mengikuti senam Prolanis, dilakukan setelah responden mengisi semua kuesioner.

Penjelasan ini juga terkadang diikuti oleh masyarakat yang tidak menjadi responden penelitian. Responden yang ingin bersegera pulang setelah mengisi kuesioner diberikan *leaflet* untuk dibaca dirumah.

Penelitian mempertimbangkan kenyamanan responden dengan menjaga kerugian baik waktu, fisik maupun psikis. Pengumpulan data dilakukan antara waktu tunggu klien hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan dan pemberian obat dengan tujuan tidak ada jam tambahan yang diperlukan seseorang mengikuti penelitian dengan jam melakukan pelayanan kesehatan. Pengumpulan data setelah acara senam dilakukan, disaat peserta senam menunggu giliran diperiksa oleh tenaga medis ataupun saat pengambilan obat atau setelah pemberian materi penyuluhan sehingga tidak mengganggu konsentrasi dari responden.

Penjelasan manfaat dan tujuan dilakukan segera setelah mengetahui bahwa dewasa hipertensi memenuhi kriteria penelitian untuk mendapatkan persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Pengisian instrumen dilakukan dikursi tunggu yang tersedia di depan ruangan BP maupun pengambilan obat. Responden merasa nyaman dan aman dalam memberikan informasi terkait dukungan keluarga dan manajemen stres yang merupakan hal sensitif apabila diketahui oleh orang lain. Peneliti memastikan bahwa responden mengisi sendiri instrumen penelitian tanpa intervensi dari petugas kesehatan maupun keluarga yang menemani. Hal yang sama juga dilakukan bagi responden pada saat senam, responden mengisi di ruang Prolanis yang sudah tersedia di Puskesmas. Ruangan prolanis cukup besar dan tersedia beberapa kursi yang berada didalam dan diluar ruangan. Pengisian kuesioner dilakukan pada saat menunggu giliran pemeriksaan ataupun saat pengambilan obat. Peneliti menyiapkan alat tulis untuk setiap responden serta papan jalan bagi yang membutuhkan agar responden dapat mengisi kuesioner tanpa gangguan dari sekitar.

#### 4.4.2 Kebebasan

Penelitian menerapkan prinsip *autonomy* yaitu memberikan kebebasan untuk bertindak, memutuskan dan menentukan sesuai dengan kesadaran tanpa hambatan, paksaan dan campur tangan pihak luar kepada responden untuk mengikuti proses penelitian (Polit &

Beck, 2014). Prinsip ini menekankan pada kebebasan responden dalam menentukan pilihan dan mengungkapkan perasaan yang dialami sebagai sumber informasi dalam penelitian. Kebebasan responden untuk memilih berpartisipasi ataupun tidak dalam penelitian dilakukan peneliti dengan memberikan waktu setelah penjelasan informasi penelitian dilakukan. Sebagian besar calon responden bersedia secara sukarela menjadi responden dalam penelitian. Responden memutuskan sendiri ikut berpartisipasi atau tidak dalam penelitian tanpa ada paksaan dan hambatan. Peneliti menghargai keputusan responden yang tidak bersedia dengan alasan tertentu. Terdapat dua responden menolak untuk berpartisipasi dengan alasan tidak membawa kaca mata dan mempunyai pekerjaan dan satu responden tidak melanjutkan pengisian karena merasa pusing. Peneliti melakukan penawaran untuk melanjutkan pengisian kuesioner di rumah, namun responden tetap menolak. Peneliti menghargai setiap keputusan calon responden dan tidak memaksa untuk mengikuti penelitian ini. Seluruh calon responden juga dijelaskan bahwa tidak ada tindak lanjut setelah proses pengambilan data. Sanksi juga tidak diberikan terhadap responden yang menolak ataupun tidak bersedia melanjutkan pengisian kuesioner.

#### 4.4.3 Kerahasiaan

Prinsip *anonimity* dilakukan untuk menjaga privasi dan kerahasiaan responden (Butts & Rich, 2008). Informasi dikumpulkan dari responden tentang dukungan keluarga yang dirasakan dan kemampuan mengelola stres, merupakan masalah yang perlu dijaga kerahasiaannya. Peneliti menerapkan prinsip etik ini dengan merahasiakan nama pasien yang tertera dalam lembar *informed consent* dan menggunakan inisial saat melakukan pengolahan data. Beberapa responden menuliskan nama lengkap pada kuesioner, namun peneliti tetap menggunakan kode dalam melakukan analisis data untuk menjaga kerahasiaan informasi dari setiap responden. Semua berkas penelitian disimpan menjadi dokumen yang hanya digunakan untuk proses pendidikan dan akan dihancurkan setelah lima tahun sebagai antisipasi proses hukum apabila diperlukan.

#### 4.4.4 Keadilan

Prinsip menghargai dan menghormati dalam penelitian ini dilakukan dengan tidak membedakan responden. Menurut Polit dan Beck (2014), prinsip *justice* terdiri

dari hak adil dan hak *privacy*. Penelitian ini menekankan prinsip *justice* dengan memperlakukan responden dengan cara adil sesuai dengan kewajiban dan manfaat dari penelitian. Peneliti memilih responden sesuai dengan kriteria penelitian yang telah ditentukan. Sehingga tidak semua dewasa hipertensi yang melakukan kunjungan ke Puskesmas menjadi responden penelitian. Pemberian informasi tentang tujuan penelitian akan dilakukan untuk mengurangi persepsi negatif terhadap masyarakat yang tidak ikut dalam penelitian. Seluruh responden mendapatkan perlakuan sama, meliputi: pemberian informasi dan penjelasan penelitian; jaminan kerahasiaan atas informasi yang telah diberikan dan pemberian informasi tentang dukungan keluarga dan manajemen stres setelah pengumpulan data dilakukan. Responden yang menolak setelah mendapatkan penjelasan juga diperlakukan adil dengan memberikan jaminan kerahasiaan dan informasi singkat bila dibutuhkan.

#### 4.4.5 *Informed Consent*

Persetujuan responden sangat diperlukan dalam suatu penelitian. *Informed consent* merupakan perwujudan tertulis responden dalam memahami penjelasan penelitian tentang hak dan kewajiban yang disepakati dalam proses penelitian. Semua calon responden dalam penelitian ini diberikan penjelasan penelitian dan menandatangani lembar *informed consent* sebagai kesediaan secara sukarela untuk mengikuti penelitian.

Peneliti memberikan lembaran berupa penjelasan proses penelitian terkait tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi. Peneliti menjelaskan bahwa dewasa hipertensi yang dapat berkomunikasi verbal dan tinggal bersama keluarga menjadi kriteria dalam penelitian. Responden hanya akan mengisi instrumen penelitian dan tidak ada tindak lanjut maupun sanksi setelah penelitian selesai. Responden mengisi nama jelas sebagai bukti persetujuan dan pemahaman *informed consent* dan bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian. Responden yang tidak bersedia mengikuti penelitian, tidak dipaksa, tidak ada sanksi dan diperkenankan untuk tidak mengikuti penelitian.

Pernyataan dalam penelitian mungkin dianggap sebagai informasi sensitif seperti stres, manajemen stres dan dukungan yang dirasakan. Peneliti menjamin kerahasiaan informasi

yang diberikan untuk menghindari persepsi yang salah dari responden dan orang lain. Kerugian lain adalah waktu, untuk itu peneliti memastikan terlebih dahulu bahwa saat pengumpulan data seluruh item pertanyaan sudah terisi lengkap dan jelas sehingga tidak terjadi kontrak ulang dengan responden. Responden diberikan kebebasan untuk mengakhiri proses penelitian apabila merasa lelah dan akan dilakukan kontrak ulang dengan menyepakati waktu bersama responden.

#### 4.5 Instrumen Penelitian

Pengumpulan data dilakukan langsung kepada responden menggunakan kuesioner penelitian yang berisi pertanyaan tentang data demografi responden serta pernyataan tentang dukungan keluarga dan manajemen stres.

##### 4.5.1 Kuesioner Demografi Responden

Merupakan bagian pertama dalam kuesioner penelitian, disebut dengan bagian A. Berisi tentang pertanyaan yang terkait data demografi responden, meliputi inisial, jenis kelamin, usia, pendidikan, penghasilan dan riwayat penyakit dalam keluarga. Usia dituliskan dalam tahun dan bentuk pilihan jawaban digunakan untuk item pertanyaan jenis kelamin, pendidikan, penghasilan dan riwayat penyakit keluarga.

##### 4.5.2 Kuesioner Penilaian Dukungan Keluarga

Bagian kedua berisi tentang pernyataan yang mengukur persepsi dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan, disebut bagian B. Pengukuran persepsi dukungan keluarga menggunakan *Perceived Support Scale* (Krause's & Markides, 1990) yang sudah dikembangkan menjadi *Inventory Of Socially Supportive Behaviors* (ISSB), mampu mengukur fungsi dukungan keluarga di masyarakat terhadap seseorang yang mengalami *fracture* meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan. Erol dan Ozo (2012) memodifikasi ISSB dan menyimpulkan bahwa validitas dan reliabilitas instrumen mencapai konstanta 0,95. Penilaian persepsi dukungan keluarga berisi 34 pertanyaan mencakup empat dukungan keluarga meliputi instrumental tujuh pertanyaan, informasi tujuh pertanyaan, emosional 12 pertanyaan dan penghargaan delapan pertanyaan. Instrumen berbentuk pertanyaan positif dengan skala likert, yaitu 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = cukup sering dan 4 = sering. Total nilai berada pada rentang 34 hingga 136.

#### 4.5.3 Kuesioner Penilaian Manajemen Stres

Bagian akhir dari kuesioner penelitian, merupakan bagian yang mengukur kemampuan manajemen stres hipertensi responden, yaitu bagian C. *Inventory for Assessment of Stress Management Skills* (ISBF) merupakan instrumen yang mampu mengukur kemampuan manajemen stres dikembangkan dari *Measure of Current Status* (MOCS) (Antoni et al., 2006). Penggunaan instrumen ISBF mampu mengukur kemampuan manajemen stres pada penderita kanker, kemudian dikembangkan untuk menilai manajemen stres pada kelompok umum (bukan penderita kanker) dengan nilai alfa Cronbachs 0,70 dan konsistensi internal 0,67 (Wirtz et al., 2013). ISBF mencerminkan kemampuan seseorang melakukan manajemen stres, meliputi kemampuan kognitif, penggunaan dukungan sosial, teknik relaksasi, mengatur kemarahan dan persepsi dari tekanan yang dirasakan (Matheny, Aycock, Curlette, & Junker, 1993). Penilaian manajemen stres terdiri dari 18 pertanyaan positif menggunakan skala likert, yaitu 1= tidak mampu, 2 = mampu sedikit, 3 = mampu sedang, 4 = mampu dan 5 = sangat mampu.

#### 4.6 Uji Coba Instrumen Penelitian

Kuesioner dalam penelitian diadaptasi dari instrumen yang masih berbahasa Inggris, sehingga dilakukan penerjemahan tersumpah ke dalam bahasa Indonesia oleh Lembaga Bahasa Internasional Universitas Indonesia (lampiran 4). Uji coba instrumen terdiri dari uji validitas dan reliabilitas serta uji keterbacaan. Konsultasi kepada pembimbing dilakukan untuk muatan konten serta kesesuaian konsep dukungan keluarga dan manajemen stres pada dewasa hipertensi. Uji coba instrumen dilakukan pada salah satu Puskesmas di Kabupaten Pringsewu, yaitu puskesmas Fajarmulia. Pemilihan berdasarkan beberapa alasan, yaitu: memiliki karakteristik penduduk yang sama, merupakan Puskesmas baru hasil pemekaran Puskesmas Pembantu Pagelaran dan memiliki jarak paling jauh diantara Puskesmas lain yang memungkinkan tidak menyebarnya informasi sebelum pengumpulan data dilakukan. Uji coba instrumen dalam penelitian menggunakan uji validitas dan reliabilitas.

#### 4.6.1 Pengujian validitas

Alat ukur penelitian yang digunakan haruslah mampu mengukur apa saja yang akan diukur (Grove et al., 2015). Validitas menunjukkan sejauh mana ketepatan sebagai alat ukur dalam mengukur data, dilakukan dengan cara melakukan uji korelasi antar skor masing – masing variabel dengan skor totalnya (Hastono, 2016). Uji validitas menggunakan teknik korelasi *Pearson Product Moment*. Keputusan uji dilakukan berdasarkan nilai  $r$ , yaitu  $r$  hitung lebih besar dari nilai  $r$  tabel.

Jumlah sampel uji validitas di Puskesmas Fajar Mulia diperoleh 36 responden. Hal ini sesuai dengan pendapat Singarimbun dan Efendi (1995) menjelaskan bahwa jumlah minimal uji coba instrumen dengan 30 responden dapat menghasilkan distribusi nilai mendekati kurva normal. Hasil uji validitas instrumen penelitian menunjukkan terdapat enam pernyataan dukungan keluarga dan tiga pernyataan manajemen stres mempunyai nilai kurang dari  $r$  tabel. Secara substansi sembilan item pernyataan cukup penting sehingga dilakukan modifikasi berdasarkan tujuan penelitian dan dilakukan uji keterbacaan. Hasil analisis menggunakan teknik korelasi uji *Pearson Product Momet*, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.2 Hasil Analisis Uji Validitas Instrumen Penelitian

Instrumen	No. Pernyataan	
	Valid	Tidak Valid
Dukungan Instrumental	1,2,3,4,5,7	6
Dukungan Informasi	1,2,3,4,5,6,7	-
Dukungan Emosional	1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12	7
Dukungan Penghargaan	1,6,7,8	2,3,4,5
Manajemen Stres	3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	1,2,7

Berdasarkan tabel diatas, hasil analisis dilakukan dengan membandingkan nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel yaitu 0,33. Pernyataan dengan nilai  $r$  kurang dari 0,33 terdapat pada dukungan instrumental nomor 6 ( $r=0,10$ ); dukungan emosional nomor 7 ( $r=0,285$ ); dukungan penghargaan nomor 2 ( $r=0,079$ ), nomor 3 ( $r=0,185$ ), nomor 4 ( $r=0,201$ ) dan

nomor 5 ( $r=0,116$ ); manajemen stres nomor 1 ( $r=0,293$ ), nomor 2 ( $r=0,261$ ) dan nomor 7 ( $r=0,321$ ).

Pernyataan yang tidak valid telah dilakukan modifikasi kalimat agar lebih mudah dipahami karena merupakan instrumen baku dan memiliki substansi penting dalam penilaian persepsi dukungan keluarga dan manajemen stres. Uji keterbacaan dilakukan setelah instrumen di modifikasi kepada sepuluh responden dewasa hipertensi dengan memfokuskan pada item - item pernyataan yang tidak valid. Responden uji keterbacaan menyampaikan bahwa pernyataan dapat dipahami dan dijawab dengan baik. Uji keterpakaian saat pengumpulan data terhadap 162 responden, menunjukkan bahwa semua item pernyataan mempunyai nilai  $r$  yang lebih besar dari  $r$  tabel yaitu 0,154 dengan rentang 0,177 – 0,608. Sehingga semua item pernyataan dukungan keluarga dan manajemen stres dalam penelitian ini mempunyai nilai yang valid

#### 4.6.2 Pengujian Reliabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan kemampuan alat ukur dapat tetap konsisten dan dapat dipercaya dalam pengukuran dan pengambilan data (Dharma, 2011). Pernyataan yang sudah valid secara bersama-sama dilakukan uji reliabilitas menggunakan nilai *Cronbach's Alpha*. Keputusan uji berdasarkan nilai *Cronbach's Alpha*, apabila nilai  $\geq 0,6$  menunjukkan nilai yang reliable bagi variabel tersebut (Hastono, 2016). Hasil uji reliabilitas dalam penelitian ini diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* untuk dukungan keluarga 0,88; dukungan instrumental 0,67; dukungan informasi 0,73; dukungan emosional 0,76; dukungan penghargaan 0,78 dan manajemen stres 0,93 sehingga instrumen dukungan keluarga dan manajemen stres penelitian ini dinyatakan memiliki konsistensi adekuat sebagai alat ukur penelitian.

#### 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah melalui beberapa proses secara bertahap dimulai dengan dinyatakan lolos uji etik oleh Komite Etik FIK UI nomor 64/UN2.F12. D/HKP.02.04/2018. Selanjutnya, peneliti mendapatkan surat izin penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan nomor 1750/UN2.F12. D1/PDP.04.02/2018 yang ditujukan kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Pringsewu dan Kepala

Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu. Berdasarkan surat tersebut peneliti melanjutkan surat perizinan nomor 444/479.aa/D.02/2018 dan pemberitahuan penelitian kepada pihak Puskesmas dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu.

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan ijin dari Kepala Puskesmas. Peneliti berkoordinasi dengan petugas PTM dan Prolanis dari setiap Puskesmas. Petugas PTM Puskesmas menjelaskan bahwa kunjungan layanan kesehatan oleh masyarakat lebih banyak di hari Senin hingga Rabu, bersamaan dengan pasar pekanan yang berlokasi disekitar Puskesmas. Selain itu, Puskesmas juga mengagendakan senam Prolanis yang diikuti oleh masyarakat dengan penyakit kronis (hipertensi, diabetes melitus, jantung) setiap hari Jumat ataupun Sabtu. Senam Prolanis merupakan kegiatan yang ditujukan kepada peserta BPJS, namun berjalannya waktu masyarakat yang tidak memiliki kartu BPJS juga ikut memanfaatkan kegiatan ini. Berdasarkan data tersebut, peneliti memutuskan untuk melakukan pengumpulan data menyesuaikan dengan kondisi setiap Puskesmas sehingga jumlah sampel dapat terpenuhi. Peneliti menggunakan bantuan enumerator dalam pengumpulan data yang dilakukan pada hari Jumat atau Sabtu saat ada senam bersamaan di setiap Puskesmas ataupun hari Senin, Selasa dan Rabu yang memiliki kunjungan lebih banyak.

Puskesmas dengan jadwal kunjungan yang tinggi di hari bersamaan menjadi alasan peneliti menggunakan enumerator dalam pengumpulan data. Enumerator penelitian berjumlah 3 orang dengan pendidikan Ners. Peneliti melakukan persamaan persepsi yang menekankan pada teknik pemilihan responden penelitian dan kelengkapan jawaban saat pengumpulan instrumen. Enumerator dalam penelitian ini bertugas mengumpulkan data pada dua hingga tiga Puskesmas, melakukan pengecekan kelengkapan jawaban dan mengukur tekanan darah responden.

Pengumpulan data dilakukan dengan memilih semua klien hipertensi yang melakukan kunjungan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Peneliti memastikan diagnosis hipertensi dengan melihat rekam medis setiap dewasa hipertensi. Masyarakat yang baru terdiagnosis pertama kali saat kunjungan tidak termasuk dalam kriteria penelitian. Peneliti memastikan tekanan darah dengan cara mengukur tekanan darah menggunakan

alat *sphygmomanometer* dan *stetoskop* baru sehingga masih terkaliberasi oleh pabrik. Waktu pengumpulan data untuk setiap Puskesmas disesuaikan dengan banyaknya kunjungan disetiap Puskesmas serta hasil penghitungan proporsi jumlah sampel untuk masing-masing Puskesmas dengan rentang satu hingga dua hari. Puskesmas Bumiratu, Pagelaran, Sukoharjo, Ambarawa, Rejosari, Banyumas dan Wates dapat terpenuhi jumlah sampel dalam satu hari, sedangkan Puskesmas Gadingrejo, Pringsewu, Pardasuka dan Adiluwih membutuhkan waktu dua hari.

Peneliti memilih semua dewasa hipertensi yang berkunjung ke Puskesmas sesuai dengan kriteria inklusi penelitian sampai jumlah sampel tercukupi. Pengumpulan data dilakukan peneliti dengan menunggu pasien di Balai Pengobatan (BP). Responden diperoleh dengan bantuan perawat yang bertugas. Perawat mengarahkan dewasa hipertensi untuk bertemu dengan peneliti sambil membawa rekam medis. Peneliti melakukan pengukuran tekanan darah dan melihat rekam medis untuk memastikan bahwa responden tidak terdiagnosis hipertensi pertama kali. Pengumpulan data yang dilakukan pada hari Jumat atau Sabtu dilakukan setelah senam disaat responden menunggu giliran untuk pemeriksaan kesehatan di ruangan Prolanis ataupun saat pengambilan obat. Setiap Puskesmas tersedia ruang Prolanis yang digunakan untuk melakukan pelayanan kesehatan pada peserta Prolanis meliputi pengukuran tekanan darah dan gula darah, pemeriksaan kesehatan oleh tenaga medis dan penyuluhan kesehatan. Ruangan cukup nyaman dengan tersedianya kipas angin dan kursi. Peneliti mengidentifikasi responden dari hasil pemeriksaan tekanan darah sebelum senam dan memastikan dengan melihat rekam medis, sehingga pengumpulan data untuk hari Jumat atau Sabtu lebih cepat dibandingkan hari-hari yang lain. Pengukuran tekanan darah ulang dilakukan saat responden menunggu diruangan pemeriksaan secara bergantian.

Responden yang sesuai dengan kriteria penelitian langsung diberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari penelitian untuk meminta kesediaan menjadi sampel dalam penelitian melalui persetujuan lembar *informed consent*. Dua responden menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan alasan akan bekerja dan tidak membawa kacamata. Peneliti memberikan penawaran untuk membawa kuesioner dan melakukan pengisian dirumah, namun responden tetap menolak. Responden mengisi instrumen

penelitian sesuai dengan kondisi yang dialami selama menderita hipertensi. Selama pengisian, terdapat beberapa responden bertanya terhadap item-item pertanyaan yang tidak dipahami kepada peneliti. Peneliti menjelaskan item pertanyaan yang dimaksud dengan bahasa yang mudah dipahami oleh responden ataupun menggunakan contoh. Satu responden berhenti ditengah pengisian kuesioner dengan alasan merasa lelah. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden untuk beristirahat sebelum melanjutkan pengisian, menawarkan makanan dan minum ringan serta melanjutkan pengisian dirumah, namun responden menolak dan tidak mau melanjutkan pengisian.

Pengecekan kelengkapan jawaban dilakukan saat responden mengumpulkan instrumen penelitian untuk memastikan semua item pertanyaan sudah terisi lengkap dan jelas. Peneliti menemukan tujuh responden mengosongkan pilihan jawaban penghasilan keluarga, sehingga peneliti langsung melakukan konfirmasi kepada responden untuk melakukan pengisian ulang. Responden yang telah selesai mengisi kuesioner diberikan penjelasan singkat mengenai dukungan keluarga dan manajemen stres serta diberikan *leaflet*. Peneliti merasakan antusias masyarakat Kabupaten Pringsewu cukup tinggi dalam mengikuti penelitian ini dan perasaan senang yang disampaikan oleh masyarakat terhadap informasi baru yang diterima.

## **4.8 Pengolahan Data**

Data-data yang sudah terkumpul dilakukan pengolahan data agar data bermakna dan mempunyai arti. Pengolahan data dalam penelitian ini melalui beberapa proses, sebagai berikut:

### **4.8.1 Teknik Pengolahan Data**

Data yang telah terkumpul dilakukan pengolahan dengan langkah *editing*, *coding*, *entry* dan *cleaning* (Sutanto, 2015).

#### **4.8.1.1 Editing**

Kegiatan yang dilakukan untuk mengecek instrumen penelitian apakah jawaban yang diisi oleh responden sudah lengkap untuk semua pertanyaan, jawaban yang ditulis jelas terbaca, dan relevan dengan pertanyaan. Proses *editing* dilakukan dengan pengecekan

langsung setelah responden mengisi instrument. Langkah ini bertujuan untuk memastikan tidak adanya item pertanyaan yang belum dijawab.

#### 4.8.1.2 Coding

Merupakan kegiatan memberi kode pada setiap pertanyaan dengan cara mengubah data berbentuk huruf ataupun kalimat menjadi data angka atau bilangan. Proses pengkodean dapat mempermudah pada saat melakukan analisis data dan mempercepat saat melakukan *entry data*. Pemberian kode dalam penelitian ini dilakukan secara manual terlebih dahulu dengan memberikan nomor sesuai dengan jawaban responden di lembar instrumen. Proses ini dilakukan peneliti langsung saat dilapangan. Proses *coding* selanjutnya adalah memasukkan kode yang telah dibuat manual kedalam program komputer. Peneliti memberikan kode pada variabel penelitian, yaitu:

1. Variabel dukungan keluarga dan komponen dukungan keluarga yang meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan, kode 1 untuk pernyataan tidak pernah, kode 2 untuk pernyataan kadang-kadang, kode 3 untuk pernyataan cukup sering dan kode 4 untuk pernyataan sering.
2. Variabel manajemen stres, pengkodean dilakukan untuk menunjukkan kemampuan responden dalam melakukan manajemen stres. Kode 1 untuk tidak mampu, kode 2 untuk sedikit mampu, kode 3 untuk cukup mampu, kode 4 untuk mampu dan kode 5 untuk sangat mampu.
3. Variabel jenis kelamin, kode 1 untuk perempuan dan kode 2 untuk laki-laki.
4. Variabel pendidikan, kode 1 untuk SD/MI, kode 2 untuk SMP/MTs, kode 3 untuk SMA/MAN, kode 4 untuk Diploma, kode 5 untuk Sarjana (S1) dan kode 6 untuk S2.
5. Variabel penghasilan, kode 1 untuk penghasilan < dari UMR dan kode 2 untuk penghasilan  $\geq$  UMR yaitu Rp. 2.074.673.
6. Variabel riwayat penyakit keluarga, kode 1 untuk mempunyai riwayat penyakit dalam keluarga dan kode 2 tidak ada riwayat penyakit.

#### 4.8.1.3 Processing

Merupakan tahapan dalam memproses data agar dapat dilakukan analisis. Peneliti memasukkan satu persatu data yang terdiri dari data demografi meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan dan riwayat penyakit; dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan serta manajemen stres ke dalam program komputer sesuai dengan kode yang diberikan. Variabel pendidikan

dilakukan pengkodean kembali untuk membentuk tiga kategori, yaitu 1 untuk pendidikan dasar (SD atau SMP), 2 untuk pendidikan menengah (SMA) dan 3 untuk pendidikan tinggi (Diploma, S1 atau S2). Penjumlahan pernyataan setiap variabel juga dilakukan sehingga terdapat nilai dari persepsi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan serta nilai komposit dari keempat komponen dukungan membentuk nilai persepsi dukungan keluarga. Hal yang sama dilakukan pada pernyataan manajemen stres sehingga membentuk nilai kemampuan manajemen stres hipertensi.

#### 4.8.1.4 *Cleaning*

Pembersihan data bertujuan untuk menghindari terjadinya kesalahan pada saat memasukkan data ke dalam program komputer. Proses pembersihan data dilakukan dengan mengecek kembali data yang sudah dimasukkan. Hal ini dilakukan untuk memastikan tidak ada data yang hilang ataupun kesalahan dalam memberikan kode sebelum memasukkan data ke program komputer. Peneliti melakukan *cleaning* dan terdapat data yang hilang (*missing*) pada data pendidikan, dimana hasil data hanya berjumlah 161. Sehingga peneliti melakukan *recode* dan memastikan bahwa jumlah data pendidikan sudah 162.

### 4.8.2 Analisis Data

Proses pengolahan data selanjutnya adalah analisis data. Analisis data merupakan bagian yang sangat penting agar penelitian yang dilakukan memiliki makna yang berarti. Penelitian ini melakukan tiga tahapan analisis yang meliputi :

#### 4.8.2.1 Analisis Univariat

Bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti. Bentuk analisis univariat bergantung dari jenis datanya, untuk data numerik menggunakan nilai mean atau median, standar deviasi, serta nilai minimum dan maksimum. Sedangkan data kategorik menghitung frekuensi dan persentase dari masing-masing data.

Uji normalitas dilakukan sebelum melakukan analisis univariat. Beberapa cara dapat dilakukan untuk melihat normalitas data, seperti koefisien varian, rasio *skewness*, rasio *kurtosis*, histogram, *box plot*, *normal q-q plot*, *detrended q-q plot*, uji *kolmogorov*

*smirnov dan Shapiro-wilk* (Dahlan, 2011). Data berdistribusi normal akan terlihat berbentuk *bel shape*. Selain itu, dapat menggunakan uji *kolmogorov smirnov* dengan melihat nilai  $p > 0,05$ . Uji lain dengan melakukan perhitungan *skewness*, apabila nilai antara -2 sampai +2 maka data berdistribusi normal.

Uji normalitas telah dilakukan dengan menggunakan penghitungan rasio *skewness* atau *kurtosis*. Hal ini sesuai dengan pendapat Hastono (2016) bahwa kenormalan data lebih baik menggunakan pendekatan penghitungan angka *skewness* karena tidak terbatas dengan jumlah sampel. Berikut tabel yang menggambarkan hasil uji normalitas berdasarkan variabel penelitian :

Tabel 4.3 Hasil Uji Normalitas Variabel Penelitian

Variabel	Rasio <i>Skweness-SE</i>	Rasio <i>Kurtosis - SE</i>
Usia	-	1,84*
Dukungan Keluarga	-1,89*	-
Dukungan Instrumental	-0,5*	-
Dukungan Informasi	0,23*	-
Dukungan Emosional	2,0*	-
Dukungan Penghargaan	1,77*	-
Manajemen Stres	-0,005*	-

\*terdistribusi normal dengan rasio *skewness-SE* atau rasio *kurtosis -SE* antara -2 sampai 2

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa usia terdistribusi normal dari hasil perhitungan rasio *Kurtosis* dan standar erornya. Variabel dukungan keluarga, dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan serta manajemen stres juga terdistribusi normal yang diperoleh dari perhitungan rasio *Skewness* dan standar erornya. Uji normalitas yang dilakukan menentukan bentuk penyajian data pada data numerik, yaitu nilai mean untuk data berdistribusi normal dan nilai median untuk data berdistribusi tidak normal. Data kategorik ditampilkan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Berikut tabel analisis univariat berdasarkan variabel penelitian:

Tabel 4.4 Analisis Univariat berdasarkan Variabel Penelitian

No	Variabel	Jenis Data	Cara Analisis
1	Usia	Numerik	<i>Mean</i> , standar deviasi, CI 95%
2	Jenis Kelamin	Kategorik	Frekuensi, persentase
3	Pendidikan	Kategorik	Frekuensi, persentase
4	Penghasilan	Kategorik	Frekuensi, persentase
5	Riwayat penyakit keluarga	Kategorik	Frekuensi, persentase
6	Dukungan keluarga	Numerik	<i>Mean</i> , standar deviasi, CI 95%
7	Dukungan instrumental	Numerik	<i>Mean</i> , standar deviasi, CI 95%
8	Dukungan informasi	Numerik	<i>Mean</i> , standar deviasi, CI 95%
9	Dukungan emosional	Numerik	<i>Mean</i> , standar deviasi, CI 95%
10	Dukungan penghargaan	Numerik	<i>Mean</i> , standar deviasi, CI 95%
11	Manajemen stres	Numerik	<i>Mean</i> , standar deviasi, CI 95%

#### 4.8.2.2 Analisis Bivariat

Analisis lain yang dilakukan dalam penelitian ini adalah analisis bivariat, bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan variabel independen (Hastono, 2016). Hubungan kedua variabel bermakna apabila memiliki nilai *p value* kurang dari 0,05. Berikut tabel yang menguraikan uji statistik bivariat yang digunakan dalam setiap variabel penelitian :

Tabel 4.5 Analisis Bivariat berdasarkan Variabel Penelitian

No	Variabel Independen	Jenis Data	Variabel Dependen	Jenis Data	Uji Statistik
1	Dukungan keluarga	Numerik	Manajemen stres	Numerik	Uji <i>Pearson</i>
2	Dukungan Instrumental	Numerik	Manajemen stres	Numerik	Uji <i>Pearson</i>
3	Dukungan informasi	Numerik	Manajemen stres	Numerik	Uji <i>Pearson</i>
4	Dukungan emosional	Numerik	Manajemen stres	Numerik	Uji <i>Pearson</i>
5	Dukungan penghargaan	Numerik	Manajemen stres	Numerik	Uji <i>Pearson</i>

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui jenis uji yang dilakukan dalam analisis bivariat penelitian ini. Variabel dependen dan independen dalam penelitian ini merupakan data numerik sehingga dilakukan analisis bivariat menggunakan uji korelasi. Penentuan uji korelasi berdasarkan hasil uji normalitas. Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa data

berdistribusi dengan normal sehingga uji korelasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Pearson*.

#### 4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2016). Analisis multivariat dalam penelitian ini untuk mengetahui variabel yang mempunyai hubungan paling besar terhadap variabel dependen setelah dikontrol dengan variabel *confounding*. Uji statistik multivariat untuk variabel dependen dan variabel independen berbentuk numerik menggunakan uji regresi linier berganda.

Berdasarkan uraian diatas maka analisis multivariat yang digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres hipertensi adalah uji regresi linier berganda. Langkah-langkah yang dilakukan dalam pemodelan analisis multivariat regresi linier berganda adalah sebagai berikut:

##### 1. Seleksi kandidat

Langkah ini dilakukan dengan menyeleksi masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Analisis bivariat yang masuk dalam pemodelan multivariat memiliki nilai *p value* kurang dari 0,25 atau secara substansi penting. Variabel dengan nilai *p value* kurang dari 0,25 terdapat pada variabel usia, pendidikan, penghasilan, dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan yang didapatkan dari hasil uji statistik.

Uji statistik dalam seleksi bivariat sesuai dengan jenis data dari setiap variabel. Data kategorik-numerik dilakukan uji statistik menggunakan uji T independen. Syarat untuk uji T Independen adalah data berdistribusi normal, variabel berbentuk numerik dan kategorik serta merupakan data independen yang tidak saling bergantung satu dengan yang lain (Hastono, 2016). Variabel jenis kelamin, penghasilan keluarga dan riwayat penyakit dalam penelitian ini memenuhi syarat untuk dilakukan Uji T Independen. Uji *Annova* dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel pendidikan dan variabel manajemen stres. Penggunaan uji *Annova* didasarkan pada jenis variabel pendidikan yang berbentuk kategorik dengan kategori

tiga kelompok. Uji *Pearson* digunakan untuk menganalisis hubungan usia, dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan dengan manajemen stres. Variabel-variabel tersebut memiliki sebaran data normal dan termasuk data numerik, merupakan syarat yang harus dipenuhi dalam uji *Pearson*.

## 2. Pemodelan Multivariat

Langkah kedua dalam pemodelan multivariat adalah melakukan analisis multivariat terhadap variabel secara bersama-sama. Variabel yang valid dalam model multivariat mempunyai *p value* kurang dari 0,05. Variabel dengan *p value* lebih dari 0,05 dikeluarkan dalam pemodelan secara bertahap satu persatu dimulai dari *p value* yang terbesar. Setelah variabel dikeluarkan, peneliti melakukan penghitungan terhadap perubahan koefisien beta dan nilai *R Square*. Hasil perhitungan menunjukkan terdapat perubahan yang besar pada koefisien beta (lebih dari 10%) sehingga semua variabel tetap dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Pemodelan akhir dalam penelitian ini sama dengan pemodelan awal karena terdapat perubahan koefisien beta yang besar ketika salah satu variabel dikeluarkan. Variabel yang masuk dalam model akhir adalah usia, pendidikan, penghasilan, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penghargaan selanjutnya dilakukan uji asumsi.

## 3. Uji Asumsi

Langkah selanjutnya dalam analisis multivariat menggunakan regresi linier adalah uji asumsi. Tujuan dari uji asumsi adalah untuk memprediksi hasil angka yang valid sehingga persamaan yang dihasilkan memenuhi asumsi yang menjadi syarat dalam uji regresi linier ganda. Asumsi yang harus dipenuhi meliputi asumsi eksistensi, independensi, linieritas, *homoscedasticity* dan normalitas.

### a. Asumsi eksistensi

Setiap nilai variabel X (variabel independen) dan variabel Y (variabel dependen) merupakan variabel random yang memiliki nilai *mean* dan varian tertentu. Asumsi ini terpenuhi karena nilai *mean* mendekati nilai nol dan terdapat sebaran (varian atau standar deviasi) yang dilihat dari analisis deskriptif variabel residual.

b. Asumsi independensi

Suatu kondisi dimana masing-masing variabel Y bebas satu dengan yang lain. Hal ini menunjukkan bahwa setiap nilai responden berdiri sendiri dan tidak ada pengukuran berulang terhadap satu responden. Asumsi ini terpenuhi dengan melihat uji Durbin Watson dengan nilai -2 sampai dengan +2.

c. Asumsi Linearitas

Nilai mean variabel Y dari kombinasi nilai  $X_1, X_2, \dots, X_k$  berada pada garis linier yang terbentuk dari persamaan regresi. Asumsi ini terpenuhi karena hasil uji Anova mempunyai nilai yang signifikan (p value kurang dari 0,05).

d. Asumsi *Homoscedasticity*

Varian nilai variabel Y mempunyai nilai yang sama untuk semua variabel X. Asumsi *homoscedasticity* dapat dipenuhi karena plot residual dengan gambaran menyebar merata disekitar garis titik nol.

e. Asumsi Normalitas

Variabel Y memiliki distribusi normal untuk setiap pengamatan yang dilakukan pada variabel X. Asumsi ini diketahui dengan melihat normal P-P Plot Residual dengan gambaran data menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal. Selain itu, asumsi normalitas juga diketahui dengan melihat grafik histogram.

Pemodelan multivariat juga harus memenuhi uji kolinearitas. Pemodelan dalam regresi linier tidak boleh terjadi korelasi yang kuat antara sesama variabel independen (*multicollinearity*). Diagnostik *multicollinearity* diketahui dengan melihat nilai VIF (*Variance Inflation Factor*) tidak lebih dari 10. Persamaan regresi diperoleh dari model multivariat akhir setelah semua asumsi dan uji kolinearitas terpenuhi.

## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang data demografi responden dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan keluarga dan riwayat penyakit keluarga; dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan serta manajemen stres dewasa hipertensi. Selain itu juga menampilkan data hubungan antara dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu serta variabel yang mempunyai hubungan paling besar dengan manajemen stres.

### 5.1 Gambaran Demografi Responden

Hasil analisis diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan usia mempunyai rerata 47,91 tahun dengan variasi 7,23. Pada tingkat kepercayaan 95% usia dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu berada pada rentang usia 46,79 hingga 49,04 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu lebih banyak ditemui pada usia dewasa menengah yaitu usia 48 tahun dengan variasi umur yang cukup tinggi.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi dan Persentase Demografi Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Penghasilan Keluarga dan Riwayat Penyakit Keluarga di Kabupaten Pringsewu, Lampung, April 2018 (n=162)

Variabel	N	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Perempuan	152	93,8
Laki-laki	10	6,2
<b>Pendidikan</b>		
Pendidikan Dasar	110	67,9
Pendidikan Menengah		30,9
Pendidikan Tinggi	2	1,2
<b>Penghasilan Keluarga</b>		
< UMR Kabupaten Pringsewu	137	84,6
≥ UMR Kabupaten Pringsewu	25	15,4
<b>Riwayat Penyakit Keluarga</b>		
Ada riwayat	122	75,3
Tidak ada riwayat	40	24,7

Tabel diatas menunjukkan jenis kelamin, pendidikan, penghasilan dan riwayat penyakit pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu mempunyai data tidak berimbang antar kelompok. Jenis kelamin perempuan memiliki jumlah yang sangat dominan (93,8%). Sebagian besar responden berpenghasilan kurang dari UMR Kabupaten Pringsewu (84,6%) serta mempunyai riwayat penyakit seperti jantung, stroke, ginjal maupun hipertensi dalam keluarga (75,3%). Dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu 67% berpendidikan dasar.

## 5.2 Gambaran Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan, berbentuk data numerik dan memiliki sebaran data normal. Penyajian data dukungan keluarga menggunakan nilai *mean*, standar deviasi dan *confidence interval* 95%. Hasil analisis univariat dukungan keluarga pada dewasa hipertensi disajikan pada tabel berikut ini;

Tabel 5.2 Distribusi Responden berdasarkan Rerata Dukungan Keluarga di Kabupaten Pringsewu, Lampung, April 2018 (n=162)

Variabel	Mean	SD	95% CI
Dukungan Instrumental	18,61	4,58	17,90 – 19,32
Dukungan Informasi	19,70	4,46	19,00 – 20,39
Dukungan Emosional	36,14	6,94	35,06 – 37,21
Dukungan Penghargaan	24,62	4,85	23,87 – 25,38
Dukungan Keluarga*	99,07	17,83	96,30 – 101,83

\*komposit semua komponen dukungan keluarga

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dukungan keluarga pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung dengan rerata 99,07 dengan variasi yang cukup tinggi yaitu 17,83 menunjukkan kecenderungan baik. Pada tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa rerata dukungan keluarga yang diterima dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu berada pada rentang 96,30 hingga 101,83 dari rentang tertinggi 136. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang diterima dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu baik.

Dukungan keluarga merupakan nilai komposit dari komponen dukungan keluarga lain, meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan. Dukungan emosional memiliki nilai rerata yang lebih tinggi dibandingkan komponen dukungan keluarga yang lain, yaitu 36,14 dengan variasi 6,94 menunjukkan dukungan emosional yang diterima responden baik. Dukungan instrumental dan dukungan informasi mempunyai nilai rerata yang tidak jauh berbeda, yaitu 18,61 dan 19,70 dengan variasi 4,5. Dukungan penghargaan mempunyai nilai rerata yang cukup tinggi bila dibandingkan dukungan instrumental dan informasi, yaitu 24,62 dengan variasi 4,85.

### 5.3 Gambaran Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi

Manajemen stres hipertensi mempunyai bentuk data numerik dengan sebaran data normal sehingga penyajian data menggunakan nilai mean, standar deviasi dan *confidence interval* 95%. Hasil analisis menunjukkan bahwa nilai rerata manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung 63,41 dengan variasi 9,8. Pada tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa manajemen stres dewasa hipertensi berada pada rentang 61,89 hingga 64,94 dari rentang tertinggi 90. Hal ini menunjukkan bahwa dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung mampu dalam melakukan manajemen stres hipertensi.

### 5.4 Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung

Penelitian ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu Lampung serta hubungan komponen dukungan keluarga meliputi instrumental, informasi, emosional dan penghargaan dengan manajemen stres. Hasil analisis hubungan keduanya ditampilkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 5.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung, April 2018 (n=162)

Dukungan Keluarga	Manajemen Stres Hipertensi	
	Nilai r	p value
Dukungan Instrumental	0,178	0,023 <sup>¶</sup>
Dukungan Informasi	0,198	0,012 <sup>¶</sup>
Dukungan Emosional	0,219	0,005 <sup>¶</sup>
Dukungan Penghargaan	0,201	0,010 <sup>¶</sup>
Dukungan Keluarga*	0,236	0,003 <sup>¶</sup>

\*komposit semua dukungan keluarga; <sup>¶</sup>signifikan pada nilai p value < 0,05

Nilai r menunjukkan arah dan kekuatan hubungan dari kedua variabel, sedangkan p value menunjukkan nilai signifikan hubungan keduanya. Menurut Colton dalam Hastono (2016), membagi kekuatan hubungan menjadi empat area yaitu hubungan lemah ( $r=0,00-0,25$ ), hubungan sedang ( $r=0,26-0,5$ ), hubungan kuat ( $r=0,51-0,75$ ) dan hubungan sangat kuat ( $r=0,76-1,00$ ). Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan manajemen stres hipertensi, dibuktikan dengan nilai p value 0,003. Hubungan kedua variabel mempunyai arah yang positif, namun kekuatan hubungan antara keduanya lemah ( $r=0,236$ ). Hal yang sama juga terjadi pada hubungan antara komponen dukungan keluarga dengan manajemen stres. Kekuatan hubungan yang sangat lemah terjadi antara dukungan instrumental dengan manajemen stres hipertensi dengan nilai r 0,178. Hubungan dukungan emosional dengan manajemen stres mempunyai nilai hubungan yang paling kuat dibandingkan komponen dukungan keluarga yang lain. Seluruh variabel memiliki nilai r yang positif, menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima dapat meningkatkan kemampuan manajemen stres pada dewasa hipertensi.

### 5.5 Variabel yang Paling Berhubungan dengan Manajemen Stres setelah dikontrol Variabel *Confounding*

Penelitian ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi variabel yang mempunyai hubungan paling besar dengan manajemen stres setelah dikontrol dengan variabel *confounding*, yang dilakukan dengan membuat pemodelan multivariat. Langkah awal dari pemodelan tersebut adalah menyeleksi variabel bivariat dengan nilai p value lebih kecil dari 0,25, yaitu sebagai berikut:

Tabel 5.4 Hasil Analisis Seleksi Kandidat Variabel Independen dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung, April 2018 (n=162)

Variabel	p value
Usia <sup>1</sup>	0,008*
Jenis Kelamin <sup>2</sup>	0,368
Pendidikan <sup>3</sup>	0,024*
Penghasilan keluarga <sup>2</sup>	0,001*
Riwayat Penyakit Keluarga <sup>2</sup>	0,876
Dukungan Instrumental <sup>1</sup>	0,023*
Dukungan Informasi <sup>1</sup>	0,012*
Dukungan Emosional <sup>1</sup>	0,005*
Dukungan Penghargaan <sup>1</sup>	0,010*

<sup>1</sup>) koefisien korelasi uji *Pearson*; <sup>2</sup>) koefisien uji T independen;

<sup>3</sup>) koefisien uji *Anova*; \*signifikan pada nilai p value < 0,25

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.4 diketahui bahwa demografi responden yang meliputi usia, pendidikan dan penghasilan keluarga mempunyai hubungan yang bermakna dengan manajemen stres dibuktikan dengan nilai p value kurang dari 0,25, sedangkan jenis kelamin dan riwayat penyakit tidak terdapat hubungan yang bermakna dengan manajemen stres. Hasil analisis juga menunjukkan dari sembilan variabel yang diuji dalam seleksi kandidat bivariat, terdapat tujuh variabel yang masuk ke tahap pemodelan multivariat selanjutnya, yaitu usia, pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penghargaan (p value < 0,25).

Variabel yang valid dalam pemodelan multivariat adalah variabel yang memiliki p value kurang dari 0,05. Apabila terdapat variabel dengan nilai p value lebih dari 0,05, maka dikeluarkan satu persatu secara bertahap dimulai dengan variabel yang mempunyai nilai p value paling besar. Hasil analisis pemodelan multivariat ditampilkan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 5.5 Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Tahap I Variabel Independen dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung, April 2018 (n=162)

Variabel	B	p value	R Square
Usia	0,323	0,002*	0,167
Pendidikan	1,631	0,038*	
Penghasilan keluarga	4,471	0,039*	
Dukungan Instrumental	0,180	0,345	
Dukungan Informasi	0,128	0,631	
Dukungan Emosional	0,192	0,211	
Dukungan Penghargaan	-0,137	0,259	

\*signifikan pada p value < 0,05

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa nilai R Square 0,167. Hal ini menunjukkan bahwa ketujuh variabel yang ada dapat memprediksi manajemen stres dewasa hipertensi 16,7% dan sisanya dijelaskan oleh faktor lain. Nilai p value menunjukkan nilai kemaknaan, dimana variabel dengan nilai p value kurang dari 0,05 dikeluarkan dari pemodelan multivariat satu persatu. Variabel pertama yang dikeluarkan dalam pemodelan adalah variabel dukungan informasi karena memiliki p value paling besar dibandingkan variabel yang lain. Setelah variabel dukungan informasi dikeluarkan, peneliti melakukan pengecekan perubahan R square dan koefisien beta pada variabel lainnya. Perubahan yang besar (lebih dari 10%) pada variabel lain menyebabkan variabel tersebut tetap dipertahankan dalam pemodelan.

Tabel 5.6 Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Tahap II Variabel Independen dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung, April 2018 (n=162)

Variabel	B	p value	R square
Usia	0,323	0,002*	0,166
Pendidikan	1,643	0,036*	
Penghasilan keluarga	4,373	0,042*	
Dukungan Instrumental	0,193	0,305	
Dukungan Emosional	0,242	0,187	
Dukungan Penghargaan	-0,118	0,645	

\*signifikan pada p value < 0,05

Hasil analisis setelah variabel dukungan informasi dikeluarkan dalam pemodelan menunjukkan tidak ada perubahan nilai R Square dan p value pada beberapa variabel

masih bernilai lebih dari 0,05. Peneliti melakukan penghitungan perubahan koefisien beta, hasil penghitungan sebagai berikut ini:

Tabel 5.7 Hasil Perhitungan Perubahan Koefisien Beta Variabel Independen dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung, April 2018 (n=162)

Variabel	Coef. B Awal	Coef. B Baru	Perubahan Coef.
Usia	0,323	0,323	0%
Pendidikan	1,631	1,643	0,7%
Penghasilan	4,471	4,373	2%
Dukungan Instrumental	0,180	0,193	7,2%
Dukungan Emosional	0,192	0,242	-26%*
Dukungan Penghargaan	-0,137	-0,118	13%*

\*perubahan besar lebih dari 10%

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa setelah variabel dukungan informasi dikeluarkan dalam pemodelan terdapat perubahan koefisien beta yang besar pada variabel dukungan emosional dan dukungan penghargaan (lebih dari 10%). Sehingga variabel dukungan informasi dimasukkan kembali dalam pemodelan dan dilakukan analisis dengan mengeluarkan variabel yang memiliki *p value* lebih besar dari 0,05.

Setelah dilakukan pengeluaran variabel dengan nilai *p value* lebih besar dari 0,05 secara bertahap mulai dari nilai *p value* terbesar sesuai dengan langkah diatas maka peneliti tidak mengeluarkan seluruh variabel penelitian karena terjadi perubahan koefisien beta yang besar (lebih dari 10%) pada variabel yang lain. Pemodelan akhir multivariat pada penelitian ini sama dengan pemodelan awal, meliputi variabel usia, pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penghargaan. Proses pencarian model baku telah selesai dan dilanjutkan dengan tahap uji asumsi.

Pemodelan multivariat dengan regresi linier harus memenuhi beberapa asumsi. Berikut asumsi yang harus dipenuhi dalam pemodelan multivariat:

#### 1. Asumsi Eksistensi

Hasil analisis pemodelan multivariat mempunyai nilai mean *residual* 0,001 dan variasi data 8,96. Hal ini menunjukkan bahwa nilai mean residual pemodelan

penelitian ini mendekati nol dan mempunyai variasi data sehingga asumsi eksistensi pemodelan multivariat terpenuhi.

2. Asumsi Independensi

Hasil analisis pemodelan penelitian ini mempunyai nilai uji Durbin Watson 1,67. Hal ini menunjukkan bahwa nilai uji Durbin Watson dalam rentang kurang dari -2 atau lebih dari +2 sehingga asumsi independensi pemodelan ini terpenuhi.

3. Asumsi Linieritas

Hasil analisis uji anova pemodelan mempunyai nilai *p value* 0,001 merupakan nilai yang signifikan (lebih kecil dari 0,05). Dengan demikian, asumsi linieritas pemodelan ini terpenuhi.

4. Asumsi *Homoscedasticity*

Hasil analisis pemodelan penelitian ini menghasilkan sebaran titik pada plot residual yang mempunyai pola sama antara titik diatas dan dibawah garis diagonal nol sehingga asumsi *homoscedasticity* penelitian ini terpenuhi.

5. Asumsi Normalitas

Pemodelan regresi penelitian ini menghasilkan grafik normal P-P plot dengan sebaran data yang menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis dan grafik histogram yang normal. Hal ini menunjukkan bahwa asumsi normalitas pemodelan terpenuhi.

6. *Diagnostic Multicollinearity*

Hasil analisis pemodelan multivariat menunjukkan bahwa tidak terdapat nilai VIF diatas 10 sehingga tidak ada *multicollinearity* antara sesama variabel independen dalam penelitian ini.

Hasil uji asumsi dan uji diagnostik kolinearitas menunjukkan bahwa semua asumsi dapat dipenuhi oleh pemodelan penelitian ini sehingga model akhir dapat dipergunakan sebagai model baku dalam memprediksikan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, yaitu sebagai berikut:

Tabel 5.8 Model Baku Analisis Multivariat yang Berhubungan dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung, April 2018 (n=162)

Variabel	Beta	p value
Usia	0,323	0,002
Pendidikan	1,631	0,038
Penghasilan	4,471	0,039
Dukungan Instrumental	0,180	0,345
Dukungan Emosional	0,192	0,363
Dukungan Informasi	0,128	0,631
Dukungan Penghargaan	-0,137	0,598

Berdasarkan tabel diatas, persamaan regresi linier yang menjelaskan hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi adalah sebagai berikut :

$$\text{Manajemen stres} = 30,34 + 0,32 \text{ Usia} + 1,63 \text{ Pendidikan} + 4,47 \text{ Penghasilan} + 0,180 \text{ Dukungan Instrumental} + 0,128 \text{ Dukungan Informasi} + 0,192 \text{ Dukungan Emosional} - 0,137 \text{ Dukungan Penghargaan}$$

Model persamaan tersebut dapat memperkirakan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung menggunakan variabel usia, pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penghargaan. Kesimpulan dari pemodelan akhir tersebut adalah sebagai berikut: setiap kenaikan satu poin dukungan instrumental maka akan meningkatkan kemampuan manajemen stres 0,18 (18%) setelah dikontrol usia, pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penghargaan; setiap peningkatan satu poin dukungan informasi maka akan meningkatkan kemampuan manajemen stres 0,128 (12,8%) setelah dikontrol usia, pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan instrumental, dukungan emosional dan dukungan penghargaan; setiap peningkatan satu point dukungan emosional maka akan meningkatkan kemampuan manajemen stres 0,192 (19,2%) setelah dikontrol usia, pendidikan, penghasilan, dukungan instrumental, dukungan informasi dan dukungan penghargaan; setiap peningkatan satu poin dukungan penghargaan dapat

menurunkan kemampuan manajemen stres 0,137 (13,7%) setelah dikontrol usia, pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan instrumental, dukungan informasi dan dukungan emosional; setiap bertambahnya satu tahun usia dapat meningkatkan kemampuan manajemen stres 0,32 (32%) setelah dikontrol pendidikan, penghasilan, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penghargaan; setiap peningkatan satu jenjang pendidikan maka meningkatkan kemampuan manajemen stres 1,63 (163%) setelah dikontrol usia, penghasilan, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penghargaan; setiap peningkatan satu rupiah penghasilan keluarga dapat meningkatkan kemampuan manajemen stres dewasa hipertensi 4,47 (447%) setelah dikontrol usia, pendidikan, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan penghargaan.

Hasil analisis multivariat juga dapat digunakan untuk mengetahui faktor yang paling berhubungan dengan melihat nilai beta tertinggi, yaitu penghasilan keluarga. Variabel independen yang paling berhubungan dengan manajemen stres hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung setelah dikontrol variabel *confounding* adalah dukungan emosional.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini mendiskusikan tentang distribusi demografi dewasa hipertensi, dukungan keluarga, manajemen stres, hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres, penghasilan sebagai faktor paling berhubungan dengan manajemen stres dan dukungan emosional merupakan variabel independen yang mempunyai hubungan paling besar dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung. Peneliti melakukan analisis persamaan dan perbedaan hasil penelitian dengan teori dan hasil penelitian terdahulu. Implikasi dari hasil penelitian dipaparkan sebagai ulasan penutup dalam bab ini.

#### 6.1 Demografi Dewasa Hipertensi

##### 6.1.1 Usia

Tahap perkembangan manusia membagi usia dewasa menjadi tiga tahap yaitu dewasa awal, dewasa menengah dan dewasa akhir (Friedman, Bowden & Jones, 2013). Menurut Johnston (2004) usia merupakan faktor prediktor utama mempengaruhi kondisi kesehatan dan status biologis seseorang. Status biologis yang menurun dapat menyebabkan kecacatan dan kematian akibat penyakit kardiovaskuler yang dimilikinya (Persson et al., 2015). Perubahan status biologis pada umumnya mulai terjadi saat usia dewasa (Alberts, 2005). Responden dalam penelitian ini mempunyai rentang usia 30 hingga 59 tahun sebagai kriteria penelitian.

Berdasarkan hasil analisis diperoleh rerata usia dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu pada usia 48 tahun dengan rentang 46,79 tahun hingga 49,04 tahun. Hasil tersebut menggambarkan usia dewasa hipertensi berada pada usia dewasa menengah dengan usia terendah diatas 45 tahun dan tertinggi di bawah 50 tahun. Adanya usia dewasa menengah yang tidak tercover dari rentang tersebut berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Kabupaten Pringsewu. Hal ini sesuai dengan data PTM (2016) menunjukkan bahwa rerata usia pengunjung PTM di Puskesmas berada pada rentang 45-54 tahun. Penelitian Ojo et al (2016) juga mengidentifikasi bahwa usia

responden yang mengalami hipertensi di Nigeria 61,1% terjadi pada usia dewasa menengah dimulai pada usia 40 tahun. Hal serupa juga dipaparkan oleh Agyei et al (2014) mengemukakan bahwa rerata usia hipertensi di Amsterdam pada usia 44,6 tahun. Hasil penelitian lain juga menyebutkan bahwa rerata hipertensi di Jawa dan Sumatera berada pada usia 42,04 tahun dengan rentang 35 - 54 tahun (Aisyiyah, 2010).

Hasil penelitian sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya, yaitu hipertensi terjadi pada usia dewasa menengah. Depkes (2017) membatasi usia dewasa menengah dengan rentang 30-59 tahun. Menurut Potter dan Perry (2010) usia dewasa menengah dimulai awal 30-an sampai akhir 60-an. Menurut Alberts (2005) terjadi perubahan biologis dalam tubuh yang dimulai pada usia 40an. Perubahan ini meliputi penurunan fungsi tubuh terutama fungsi jantung hingga 80% sehingga menyebabkan elastisitas pembuluh darah dan jantung serta *cardiac output* menurun. Penurunan ini menjadi faktor risiko terjadinya penyakit hipertensi meningkat pada usia dewasa (Karmcharya, 2015). Selain itu, perubahan alami pada jantung dan hormonal menyebabkan *aterosklerosis* sehingga beban kerja jantung meningkat pada usia lebih dari 45 tahun dibandingkan usia kurang dari 45 tahun (Wei et al., 2015).

Sepanjang kehidupan manusia terjadi proses perkembangan. Perkembangan usia dewasa mengalami peningkatan pada kemampuan kognitif, pencapaian penyelesaian masalah, kematangan pola pikir dan kedalaman pemahaman yang bertambah seiring dengan pengalaman hidupnya (Potter & Perry, 2010). Pencapaian tujuan hidup terjadi pada usia ini dengan adanya kestabilan kondisi sosial ekonomi. Perubahan ini menimbulkan stres dan terjadinya “krisis paruh baya” atau *midlife crisis*. Usia dewasa mengalami krisis terhadap proses penuaan yang akan dihadapi serta perubahan sosial ekonomi yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari (Cuffe et al., 2014). Stres psikososial juga terjadi pada usia dewasa. Menurut Agyei et al (2014) usia dewasa sangat berhubungan dengan kondisi-kondisi pemicu terjadinya stres psikososial akibat pekerjaan, lingkungan sosial dan kondisi emosional.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kendrick et al (2015) menemukan adanya hipertensi yang terjadi pada usia kurang dari

30 tahun (2,7%). Studi kasus yang dilakukan di Jawa Tengah oleh Sigarlaki (2006) juga menunjukkan adanya distribusi responden hipertensi pada usia 20-40 tahun (9,80%). Perbedaan metode pengumpulan data dengan penelitian Kendrick et al (2015) yang dilakukan dengan melihat catatan rekam medis dan riwayat keluarga dari calon responden di dua pusat pelayanan kesehatan terbesar Kolorado yang sudah *online* memudahkan dalam menjangkau semua masyarakat yang mengalami hipertensi sedangkan dalam penelitian ini peneliti mengambil semua dewasa hipertensi yang tercatat di Puskesmas yang memenuhi kriteria inklusi usia 30-59 tahun. Rekam medis pasien hanya digunakan untuk memastikan bahwa dewasa hipertensi tidak terdiagnosis hipertensi pertama kali. Perbedaan ini juga terjadi dalam penelitian Sigarlaki (2006), pengumpulan data dilakukan di masyarakat dengan cara *accidental sampling* melalui wawancara dan pengukuran tekanan darah. Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa penambahan usia meningkatkan peluang seseorang mengalami masalah kesehatan, seperti hipertensi.

#### 6.1.2 Jenis Kelamin

Cakupan jumlah kunjungan rawat jalan Puskesmas di Provinsi Lampung pada tahun 2015 mencapai 38,58%, dengan jumlah kunjungan lebih banyak dimanfaatkan oleh perempuan (53%) dibandingkan laki-laki (46,8%) (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2015). Hasil pengukuran tekanan darah pada usia dewasa juga diperoleh hipertensi lebih banyak terjadi pada perempuan, yaitu 6.230 jiwa dibandingkan laki-laki (4.261 jiwa) (Data PTM Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, Lampung, 2016). Hal ini menunjukkan bahwa kunjungan pelayanan rawat jalan klien hipertensi di Puskesmas lebih banyak dimanfaatkan oleh perempuan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa 93,8% dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu berjenis kelamin perempuan. Penelitian sejalan dengan penelitian Kendrick et al (2015), Ojo et al (2016) dan Xu et al (2016), menyebutkan bahwa perempuan yang mengalami hipertensi pada usia dewasa sekitar 59,4%. Penelitian lain dilakukan oleh Hu et al (2015), menyebutkan bahwa 71,7% hipertensi terjadi pada perempuan. Hasil yang sama juga diungkapkan oleh Yenni (2011) bahwa 95% lansia mengalami stroke di Bukit Tinggi berjenis kelamin perempuan.

Penurunan hormon reproduksi dan estrogen pada usia 40 tahun mengakibatkan terjadinya *aterosklerosis* pada perempuan lebih besar (Bell et al., 2015). Selain itu, penggunaan kontrasepsi hormonal juga menjadi salah satu faktor risiko meningkatnya hipertensi pada perempuan lebih besar. Pola penggunaan kontrasepsi di Kabupaten Pringsewu, Lampung juga didominasi oleh kontrasepsi hormonal meliputi suntik (33,9%), pil (27,9%) dan implant (16,3%) (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2015). Penggunaan kontrasepsi dalam kurun waktu lama pada perempuan dapat meningkatkan risiko hipertensi lima kali lebih besar (Sugiharto, 2008). Perempuan pengguna kontrasepsi hormonal memiliki risiko hipertensi sedikit lebih tinggi dibandingkan perempuan pengguna kontrasepsi nonhormonal (Isfandari et al., 2015). Penelitian Lestari et al (2013), perempuan yang menggunakan kontrasepsi hormonal berisiko tiga kali lebih besar mengalami hipertensi.

Risiko terjadinya hipertensi juga dipengaruhi oleh kelebihan berat badan. Hasil survey mencatat terdapat 1,9 miliar usia dewasa mengalami peningkatan berat badan hingga obesitas (WHO, 2014). Obesitas ditandai dengan peningkatan Indeks Masa Tubuh (IMT), merupakan kondisi yang lebih sering terjadi pada perempuan (Yu et al., 2016). Profil Dinas Kesehatan Provinsi Lampung (2015) menunjukkan bahwa dari 49.120 jiwa yang dilakukan pemeriksaan IMT, terdapat 4.567 jiwa terdiagnosis obesitas. Obesitas di Provinsi Lampung lebih didominasi oleh perempuan (82,19%) dibandingkan laki-laki (17,80%). Hal yang sama juga terjadi di Kabupaten Pringsewu, angka kejadian obesitas lebih tinggi pada perempuan (85,1%) dibandingkan pada laki-laki (14,8%) (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2015). Hasil observasi disaat senam terlihat bahwa sebagian besar responden perempuan mempunyai berat badan lebih. Hubungan obesitas dengan terjadinya peningkatan tekanan darah merupakan interaksi kompleks antara sodium dan saraf simpatis.

### 6.1.3 Pendidikan

Data statistik menunjukkan bahwa 50% masyarakat Kabupaten Pringsewu memiliki tingkat pendidikan dasar yaitu SD ataupun SMP (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, 2015). Karakteristik pendidikan menggambarkan distribusi dewasa

hipertensi di Kabupaten Pringsewu cenderung pada tingkat pendidikan dasar yaitu 67,9%. Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi dewasa hipertensi dalam penelitian lebih banyak diikuti oleh dewasa hipertensi dengan pendidikan antara SD hingga SMP.

Penelitian terkait dengan distribusi pendidikan dilakukan oleh Ayalon et al (2006), menempatkan distribusi responden hampir sama antara pendidikan SD dan SMP yaitu 76,3% dewasa hipertensi. Penelitian lain dilakukan di Iran oleh Mohsenipouya et al (2016) juga menyimpulkan bahwa 75,5% dewasa hipertensi mempunyai tingkat pendidikan rendah. Hasil yang sama juga ditunjukkan dalam penelitian Herlinah (2011) dan Yenni (2011) bahwa lansia hipertensi memiliki tingkat pendidikan rendah.

Hal ini sesuai dengan asumsi Lee dan Back (2010) bahwa pendidikan mempunyai pengaruh besar pada kesehatan seseorang. Pendidikan rendah juga menjadi sumber kerentanan bagi dewasa dengan hipertensi. Hal ini berkaitan dengan kurangnya kemampuan mengakses informasi kesehatan. Keterbatasan pengetahuan yang dimiliki akan berdampak pada pengetahuan dalam menjalankan program pengobatan (Parr et al., 2011). Pengetahuan juga sangat penting dalam pelaksanaan program pencegahan hipertensi untuk mengurangi kecacatan dan komplikasi penyakit seperti gangguan bicara, kelemahan bahkan kematian (Persson et al., 2015).

Hasil berbeda ditemukan dari hasil penelitian Agyei et al (2014) bahwa 52,5% dewasa hipertensi di Amsterdam memiliki pendidikan menengah. Responden penelitian merupakan kelompok imigran China yang bekerja di Amsterdam. Kelompok imigran mempunyai syarat pendidikan menengah saat akan bekerja sehingga hasil penelitian menunjukkan distribusi pendidikan lebih banyak pada tingkat pendidikan menengah.

#### 6.1.4 Penghasilan.

Sebagian besar responden bekerja sebagai petani. Responden menghitung penghasilan dari pemasukan hasil panen ataupun sawah juga hasil kebun, berternak sehingga banyak responden mengisi penghasilan kurang dari UMR Kabupaten Pringsewu, Lampung. Hasil distribusi penghasilan di Kabupaten Pringsewu diperoleh data bahwa mayoritas dewasa hipertensi mempunyai penghasilan kurang dari UMR Kabupaten Pringsewu

(Rp. 2.074.673), yaitu 84,6%. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Xu et al (2016) yang menemukan bahwa penghasilan dewasa hipertensi di China, yaitu 52,7% mempunyai penghasilan kurang dari UMR. Hasil yang sama juga diungkapkan oleh Netismar (2011) bahwa 74% dewasa yang mengalami penyakit diabetes melitus mempunyai penghasilan yang lebih kecil dari UMR Jakarta.

Hal ini sesuai dengan hasil survey lembaga dunia bahwa hipertensi lebih banyak terjadi pada negara dengan penghasilan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpenghasilan tinggi (WHO, 2015). Angka kemiskinan di Provinsi Lampung mencapai 13,53% (BPS Provinsi Lampung, 2015). Kemiskinan lebih banyak terjadi di pedesaan (15,05%) dibandingkan di perkotaan (9,25%). Kabupaten Pringsewu merupakan daerah pedesaan dengan mayoritas masyarakat bekerja sebagai petani.

#### 6.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit kronis merupakan penyakit turunan yang dibawa secara genetik (Yu et al., 2016). Seseorang dengan riwayat penyakit dalam keluarga mempunyai risiko lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mempunyai riwayat penyakit dalam keluarga. Deteksi dini merupakan upaya pencegahan sekunder dengan mengetahui riwayat penyakit dalam keluarga. Pemerintah juga melakukan program *screening* kesehatan yang dilakukan dalam kegiatan Posbindu PTM maupun Keluarga Sehat (KS).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 75,3% dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu mempunyai riwayat penyakit jantung/stroke/ginjal maupun hipertensi dalam keluarga. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Linden et al (2000) bahwa 44% penderita hipertensi di Colombia mempunyai riwayat penyakit darah tinggi, 41% mempunyai riwayat penyakit jantung. Penelitian lain dilakukan di Kanada juga mendapatkan hasil bahwa 60% mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan 23% mempunyai riwayat penyakit jantung dalam keluarga (Lamb & Hamarneh, 2018). Persamaan hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Perry dan Potter (2009) bahwa perkembangan penyakit hipertensi merupakan hasil turunan gen pembawa.

## 6.2 Dukungan Keluarga yang Dirasakan Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung

Hasil distribusi responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia dewasa menengah dengan tingkat pendidikan dasar, penghasilan yang kurang dari UMR serta memiliki riwayat penyakit dalam keluarga, menjadikan dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung merupakan populasi rentan. Kerentanan yang dimiliki dewasa hipertensi menimbulkan adanya keterbatasan dan berubahnya peran dalam kehidupan sehari-hari (WHO, 2012). Hasil survey lembaga Amerika (2011) menyebutkan bahwa kerentanan akibat penyakit hipertensi menyebabkan gangguan fungsi dan kemampuan dalam aktivitas sehari-hari. Adanya gangguan fungsi yang ditimbulkan menyebabkan dewasa hipertensi memerlukan bantuan dari orang lain dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

### 6.2.1 Dukungan Instrumental Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung

Hasil distribusi menunjukkan bahwa persepsi responden mendapatkan dukungan instrumental dari keluarga di Kabupaten Pringsewu mempunyai rerata 18,61 setara dengan skala 2,66 dari skala 4. Hal ini menunjukkan bahwa persepsi responden mendapatkan dukungan instrumental cukup baik dari rentang 17,90-19,32. Hasil penelitian mempunyai kesamaan dengan hasil penelitian Herlinah (2011) bahwa 60% lansia mendapatkan dukungan berkualitas. Hal yang sama juga ditunjukkan dari hasil penelitian Solikhah (2017), dukungan instrumental baik (53%) dirasakan klien Tb Paru. Hasil penelitian Netismar (2017) juga menyebutkan bahwa diabetesi di kecamatan Jagakarta mendapatkan dukungan instrumental baik (52,7%). Penelitian lain dilakukan terhadap imigran China di Newyork, persepsi dukungan instrumental dikategorikan cukup baik (Lee, 2011). Hal yang sama juga didapatkan dari hasil penelitian Semmer et al (2008) bahwa 51,7% responden mendapatkan dukungan instrumental yang cukup.

Persepsi dukungan instrumental dewasa hipertensi cukup baik dengan nilai lebih dari dari skala 2, yang artinya responden menerima dukungan instrumental cukup baik dalam bentuk penyediaan waktu untuk memeriksakan kesehatan, bercerita tentang perasaan yang dialami, penyediaan dana kesehatan dan transportasi serta pembatasan garam dalam makanan yang disajikan. Keluarga tidak menemani berolahraga

merupakan bentuk dukungan yang kurang dirasakan oleh responden di Kabupaten Pringsewu, Lampung. Dukungan instrumental baik dirasakan responden dengan penyediaan suasana nyaman dan tenang untuk beristirahat oleh keluarga.

Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart (2009) bahwa keluarga berkomitmen dalam meningkatkan kesehatan fisik dan kondisi emosional anggota keluarga dengan memberikan waktu, sarana dan dana. Hipertensi menyebabkan gangguan fisik mencapai 56,1% dan masalah ekonomi (52,7%) (Agyei et al., 2014). Selain itu, hipertensi juga menimbulkan gangguan spiritual yang berdampak pada gangguan fisik, sosial dan mental seseorang (Xu et al, 2016). Gangguan fisik yang sering dirasakan adalah nyeri kepala, nyeri badan, kaki terasa berat dan gangguan tidur (Sumeru, Novieastari & Masfuri, 2014). Gangguan yang ditimbulkan menyebabkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga membutuhkan dukungan dari keluarga dalam bentuk waktu dan penyediaan sarana untuk menunjang kesehatannya.

Selain itu, dukungan instrumental diberikan dalam bentuk penyediaan finansial, sarana penunjang pengobatan yang sangat diperlukan seseorang dengan penyakit hipertensi. Hasil survey BPJS (2014) menunjukkan bahwa 23,9% dana BPJS dihabiskan untuk pelayanan penyakit hipertensi dan komplikasinya. Hal ini sesuai dengan pendapat Kricke (2017) bahwa program pengobatan hipertensi diperlukan seumur hidup dan memerlukan dana yang cukup besar. Program pengobatan dengan dana yang cukup besar memerlukan sumber finansial dalam keluarga sebagai pemberi dukungan instrumental.

Keluarga memberikan dukungan instrumental dengan tersedianya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Cakupan jaminan kesehatan di Provinsi Lampung mencapai 4.490.367 jiwa (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2015). Hasil analisis pertanyaan terkait dana kesehatan menunjukkan bahwa penyediaan dana kesehatan cukup baik disediakan keluarga untuk memelihara kesehatan responden dengan adanya JKN. Hal inilah yang menjadi salah satu faktor dukungan instrumental yang dirasakan dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu cukup baik meskipun penghasilan keluarga kurang dari UMR. Selain itu, pelayanan Puskesmas cukup terjangkau dan tidak berbayar dalam penyediaan

obat hipertensi yang menjadi sumber dukungan instrumental bagi dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

#### 6.2.2 Dukungan Informasi Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung

Pemberian informasi kesehatan merupakan bentuk dukungan keluarga yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kesehatan anggota keluarganya (Gorman & Porter, 2011). Informasi yang diberikan menjadi salah satu dukungan dalam merawat dan mengontrol perilaku anggota keluarganya. Penelitian ini memperoleh hasil distribusi persepsi dukungan informasi dewasa hipertensi dengan rerata 19,70 setara dengan 2,82 dari skala 4. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan informasi yang diperoleh dewasa hipertensi baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Yuslina (2011) bahwa 60,4% dewasa paska stroke di Bukit Tinggi menerima dukungan informasi baik. Hal yang sama juga diperoleh dalam penelitian Georgopoulou et al (2017) menyebutkan bahwa 65,7% responden mempunyai dukungan informasi baik. Penelitian dilakukan Bowen et al (2014) juga menyebutkan bahwa persepsi dukungan informasi diperoleh masyarakat Birmingham dalam kategori cukup baik.

Persepsi dukungan informasi mempunyai nilai lebih mendekati tiga menunjukkan dukungan yang diperoleh dewasa hipertensi baik. Hasil analisis pertanyaan diketahui bahwa tidak ada dukungan informasi yang diperoleh kurang. Dukungan informasi diperoleh sangat baik oleh responden dalam pemberian informasi yang membuat masalah menjadi lebih jelas dan mudah dipahami. Dukungan informasi lain dirasakan baik dalam hal pemberian saran, tindakan, penjelasan terhadap kondisi dan permasalahan yang sedang dihadapi serta rekomendasi seseorang yang harus dihubungi dalam membantu mengatasi masalah. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart (2009) bahwa keluarga merupakan sumber kekuatan dalam pemecahan masalah ketika adanya tekanan yang dirasakan oleh anggota keluarga lainnya. Ketersediaan dukungan sosial yang dirasakan dalam memberikan informasi ataupun nasihat yang bermanfaat merupakan sumber daya pendukung yang diperlukan dalam penyelesaian masalah kesehatan (Bowen et al., 2014).

Informasi kesehatan berperan sangat penting dalam mempromosikan kesehatan dan mentransformasi perilaku hidup seseorang (Gale et al., 2018). Penyediaan informasi merupakan umpan balik positif terhadap kesehatan dan dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang hingga enam kali. Hal ini sesuai dengan asumsi Gorman dan Porter (2011) bahwa penyediaan informasi sangat penting dalam meningkatkan kesehatan anggota keluarga. Keluarga memberikan dukungan informasi dengan memberikan saran, pendapat dan informasi kesehatan (Kaakinen, Gedaly\_Duff, Coehlo & Hanson, 2010). Informasi kesehatan diperlukan dewasa hipertensi seiring dengan berkembangnya penyakit yang dimilikinya.

6.2.3 Dukungan Emosional Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung  
Kondisi emosional dewasa hipertensi sangat berhubungan dengan beban psikososial yang dialami dalam kehidupan sehari-hari (Agyei, et al., 2014). Faktor psikososial terbukti mempunyai pengaruh yang kuat dalam perkembangan hipertensi (Darviri et al., 2015). Dampak yang terjadi apabila tidak dikelola dengan baik dapat menimbulkan gangguan fisik, sosial dan mental seseorang (Xu et al., 2016).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi dukungan emosional yang diperoleh dari keluarga mempunyai rerata 36,14 setara dengan 3,01 dari skala 4. Hal ini menunjukkan bahwa dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu memiliki dukungan emosional baik. Hasil yang sama ditunjukkan dalam penelitian Solikhah (2017) bahwa 59,6% klien Tb Paru di Jagakarsa mendapatkan dukungan emosional baik. Penelitian Cornwell dan Waite (2012) juga memperoleh rerata dukungan emosional 0,86 dari total nilai 1. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa hipertensi di Amerika mendapatkan dukungan emosional cukup baik dari keluarga. Hasil penelitian Lee (2011) juga menunjukkan bahwa persepsi dukungan emosional diperoleh imigran China dalam kategori cukup baik.

Persepsi dukungan emosional responden mempunyai nilai lebih dari skala tiga, menunjukkan bahwa persepsi dukungan emosional baik diperoleh dewasa hipertensi. Menurut Stuart (2009) kematangan emosional dapat dicapai oleh anggota keluarga melalui pemberian dukungan keluarga. Dukungan yang berfokus pada kondisi

emosional membantu dalam penyelesaian masalah dan mengontrol kondisi emosional seseorang (Lee, 2011). Dukungan emosional dapat mengurangi stres psikososial yang dirasakan oleh dewasa hipertensi (Annesi, 2013). Stressor psikososial seperti stres akibat pekerjaan, kesehatan jiwa, masalah dalam keluarga yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari merupakan komponen penting yang mempengaruhi peningkatan tekanan darah. Dukungan emosional yang baik berdampak pada penurunan stres psikososial yang dihadapi dewasa hipertensi dalam kehidupan sehari-hari.

Dukungan emosional dilakukan melalui pemberian kasih sayang, perhatian dan rasa aman (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010). Hasil analisis pernyataan terhadap persepsi dukungan emosional diperoleh bahwa dari 12 pernyataan dukungan emosional semuanya mempunyai nilai baik dengan rentang nilai 2,57- 3,43 dari skala 4. Dukungan emosional tertinggi dengan nilai mendekati 4 diperoleh dewasa hipertensi dalam bentuk responden sering berbincang-bincang dengan keluarga, keluarga mengatakan peduli terhadap kesehatan responden, keluarga mengatakan bahwa responden akan baik-baik saja dan ungkapan sayang dari keluarga. Dukungan emosional baik diperoleh responden dalam bentuk pendampingan yang dirasakan responden saat menghadapi situasi yang penuh tekanan, menghibur dengan menunjukkan kasih sayang, mendengarkan saat bercerita tentang perasaan pribadi, menemani saat responden menemui seseorang yang telah membantu menyelesaikan masalah, mengatakan akan merahasiakan perbincangan tentang masalah pribadi, membantu mengalihkan beberapa hal yang mengganggu dengan beraktivitas bersama, memberikan gambaran ketika keluarga menghadapi masalah yang sama dan pengertian terhadap apa yang responden sedang alami.

#### 6.2.4 Dukungan Penghargaan Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu

Dukungan penghargaan merupakan bentuk fungsi afektif yang dapat meningkatkan status psikososial seseorang (Friedman, Bowden & Jones, 2013). Respon positif yang diberikan keluarga dapat meningkatkan perasaan dihargai dan dihormati berpengaruh pada kesehatan dan kondisi psikososial. Hasil penelitian diperoleh data bahwa rerata dukungan penghargaan yang dirasakan dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu 24,62. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan penghargaan cukup baik dari rentang 8-

32. Hasil penelitian ini mempunyai kesamaan dengan hasil penelitian Yenni (2011) bahwa dukungan penghargaan diperoleh lansia hipertensi yang mengalami stroke 54,5% dalam kategori baik. Hasil yang sama juga ditunjukkan dari hasil penelitian Hu et al (2015) bahwa persepsi dukungan penghargaan keluarga di China dalam kategori baik.

Dukungan penghargaan dirasakan dewasa hipertensi meliputi perasaan dihargai dan dihormati dalam penyampaian pendapat dan saran bagi anggota keluarga yang lain (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2013). Perasaan ini merupakan sifat alamiah manusia yang sangat berpengaruh pada kondisi psikologis dan meningkatkan status kesehatan seseorang. Respon positif terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri merupakan salah satu bentuk dukungan penghargaan keluarga yang sangat berperan dalam melakukan manajemen penyakit hipertensi (Efendi & Larasati, 2017).

Menurut Stuart (2009) bahwa keluarga berperan besar dalam menjalin hubungan kepedulian antara anggota keluarga. Dukungan penghargaan yang diperoleh responden baik dengan rentang nilai 2,5-2,9 dari skala 4, meliputi perasaan didengarkan saat bercerita masalah pribadi, dipedulikan kesehatannya dengan adanya pengaturan makanan di rumah maupun diingatkan untuk meminum obat, dirahasiakan hal-hal yang sudah dibicarakan, menemani disaat sulit dan penuh tekanan, mendukung berbagai hal positif dan menghargai berbagai hal yang mampu dilakukan.

#### 6.2.5 Dukungan Keluarga Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung

Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial, model hubungan sosial yang menggambarkan bantuan keluarga bagi seorang individu dalam menjaga kesehatan atau beradaptasi dengan adanya perubahan dalam status kesehatannya (Krasuse & Marides, 1990). Banyak peneliti berasumsi bahwa dukungan keluarga memiliki efek positif bagi yang menerimanya. Bentuk dukungan keluarga terdiri dari empat dukungan yaitu instrumental, informasi, emosional dan penghargaan (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010; Friedman, Bowden & Jones, 2013). Dukungan keluarga dalam penelitian ini merupakan nilai komposit dari keempat komponen dukungan keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu mempunyai rerata dukungan keluarga 99,06 setara dengan 2,9 dari skala 4. Hal ini menunjukkan bahwa persepsi dukungan keluarga dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung baik. Penelitian Netismar (2017) memperoleh hasil dukungan keluarga yang dirasakan diabetesi di Jakarta Selatan baik yaitu 50,9%. Distribusi dukungan keluarga baik juga dirasakan oleh klien Tb Paru dengan nilai 52,5% (Solikhah, 2017). Penelitian lain dilakukan oleh Cornwell dan Waite (2012) bahwa dukungan keluarga yang dirasakan dewasa hipertensi di Amerika mempunyai rerata 4,19 dengan variasi 1,5 menunjukkan dukungan yang baik. Hasil yang sama juga diungkapkan Li et al (2013) bahwa dukungan keluarga yang dirasakan dewasa hipertensi di China 62% dalam kategori baik.

Dukungan keluarga mengukur dukungan yang ditunjukkan dari persepsi yang diterima oleh dewasa hipertensi, meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan. Hasil statistik dukungan keluarga cenderung kekanan dengan nilai hampir mendekati tiga dari skala empat yang menunjukkan bahwa persepsi dukungan keluarga dewasa hipertensi baik. Dukungan keluarga menjadi komponen penting dalam bagian perawatan kesehatan anggota keluarga dengan masalah kesehatan. Menurut Cristiane et al (2017) dukungan keluarga sangat bermanfaat dalam program pengendalian dan perawatan penyakit kronis, khususnya hipertensi. Dukungan sosial dengan penyediaan finansial, perawatan dan pemenuhan kebutuhan hidup sangat diperlukan oleh seseorang yang mengalami penyakit kronis seperti hipertensi (Bell & Laveist, 2010). Pemberian informasi, kasih sayang dan penghargaan merupakan bentuk dukungan keluarga yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kesehatan anggota keluarga (Gorman & Porter, 2011). Keluarga berperan dalam memberikan dukungan melalui pengaturan pola makan, penjadwalan aktivitas fisik, pengobatan yang teratur untuk mencegah terjadinya keparahan (Camoos et al., 2010). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Schwappach et al (2014) bahwa keluarga merupakan sumber dukungan yang mampu meningkatkan kesehatan anggota keluarga dalam melakukan manajemen diri.

Dewasa hipertensi yang tinggal dengan keluarga menjadi salah satu kriteria penelitian, menjadi sumber dukungan utama. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di China bahwa

31,32% keluarga berfungsi sebagai pemberi dukungan bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, meliputi orang tua, pasangan hidup dan anak-anak (Hu et al, 2015). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa dukungan yang berasal dari suami, keluarga dan anak menjadi sumber kekuatan pasien diabetes melitus dalam menjalani pengobatan yang dilakukan (Astuti, 2013).

### 6.3 Manajemen Stres Dewasa Hipertensi di Kabupaten Pringsewu

Respon adaptif terhadap stres dilakukan melalui mekanisme koping, kemampuan mengelola stres menjadi bagian penting dalam manajemen diri hipertensi (Peters, 2006). Manajemen stres merupakan pengelolaan stres dengan pendekatan yang menyeluruh secara psikologi, psikososial maupun psikoreligi (Hawari, 2011). Pengukuran manajemen stres dalam penelitian ini meliputi kemampuan kognitif, penggunaan bantuan keluarga, teknik relaksasi, mengontrol emosi dan perubahan tubuh yang dirasakan.

Hasil penelitian distribusi kemampuan manajemen stres hipertensi pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu menunjukkan nilai rerata 63,41 setara dengan 3,52 dari skala 5. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan melakukan manajemen stres dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu mampu. Kemampuan manajemen stres yang dimiliki dewasa hipertensi meliputi: mampu mengenali, mengungkapkan dan mengatasi kemarahan; menyadari dan merasakan ketegangan dalam tubuh; mampu meminta dan mendapatkan bantuan dari keluarga. Kemampuan yang sedikit dimiliki dewasa hipertensi dalam penggunaan teknik relaksasi dan imajinasi terbimbing untuk mengurangi ketegangan yang dirasakan.

Relaksasi merupakan teknik yang dapat digunakan semua orang untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan yang dirasakan. Relaksasi dilakukan untuk meningkatkan kenyamanan, sehingga dapat dilakukan dengan cara yang berbeda-beda pada setiap orang. Teknik nafas dalam, mengendurkan dan mengencangkan otot-otot, pengalihan dan *massase* merupakan beberapa contoh dari teknik relaksasi. Saat pengumpulan data diketahui bahwa masyarakat Kabupaten Pringsewu sudah melakukan teknik relaksasi dalam bentuk membayangkan tempat, kenangan yang indah ataupun menarik nafas dan

meregangkan otot-otot. Menurut analisis peneliti kemampuan yang sedikit pada penggunaan teknik relaksasi dan imajinasi terbimbing berhubungan dengan penggunaan istilah yang kurang dipahami oleh masyarakat Kabupaten Pringsewu, Lampung.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Laws (2016) yang menemukan bahwa manajemen stres pada dewasa hipertensi di Afrika mempunyai nilai rerata 33,82 yang menunjukkan kemampuan cukup baik dari rentang 15-65. Hasil yang sama juga ditemukan oleh Linden et al (2000) bahwa manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kanada cukup baik (87,5%). Manajemen stres merupakan bagian dari manajemen diri penyakit dalam pengelolaan penyakit hipertensi.

Distribusi usia responden dalam penelitian merupakan dewasa menengah menunjukkan kemampuan dalam melakukan manajemen stres yang mampu. Menurut analisis peneliti hal ini berkaitan dengan fungsi kognitif dewasa menengah yang cukup baik. Kemampuan berfikir kritis pada usia dewasa meningkat secara teratur selama usia dewasa awal dan menengah (Potter & Perry, 2010). Dewasa menengah mempunyai pengalaman hidup yang berharga dalam mengelola kondisi emosional. Selain itu, dewasa menengah juga merupakan masa penuh krisis, terhadap perubahan dalam kehidupan sehari-hari yang merupakan sumber stres psikososial lebih besar terjadi pada masa ini. Menurut Agyei et al (2014), usia dewasa mempunyai hubungan erat dengan stres psikososial akibat adanya gangguan dalam pekerjaan, hubungan sosial dan kondisi emosional. Perubahan sosial ekonomi, stres dilingkungan pekerjaan dan kehidupan sehari-hari menjadi pengalaman berharga bagi dewasa menengah dalam mengelola stres dan menyelesaikan masalahnya.

#### 6.4 Hubungan Dukungan Instrumental dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi

Menurut Semmer et al (2008) dukungan instrumental mempunyai fungsi penting dalam perawatan pada seseorang dengan penyakit kronis. Pemberian dukungan keluarga dapat menurunkan stres psikologis yang dialami oleh individu dengan hipertensi (Cruza-Guet et al., 2008). Pemberian dukungan instrumental dapat meningkatkan perilaku suportif pada kondisi emosional seseorang. Dukungan yang baik mampu mengelola periode

krisis terkait stres terhadap penyakit hipertensi yang dimilikinya (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson 2010).

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara persepsi dukungan instrumental dengan kemampuan manajemen stres hipertensi (*p value* 0,023; *r* 0,178). Hubungan keduanya berarah positif, setiap peningkatan persepsi dukungan instrumental berupa penyediaan waktu, dana dan sarana dapat meningkatkan kemampuan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

Penelitian Georgopoulou et al (2017) mengidentifikasi adanya hubungan antara dukungan instrumental dengan kualitas hidup pada pasien *antiphospholipid syndrome* ( $\beta=4,73$ , *p value*=0,03). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa persepsi dukungan instrumental yang baik berpeluang lima kali dalam meningkatkan kualitas hidup. Hasil yang sama juga digambarkan dari penelitian yang dilakukan oleh Herlinah (2015), dari hasil penelitian tersebut diketahui nilai *p value* 0,001 menunjukkan adanya hubungan antara dukungan instrumental dengan perilaku pengendalian hipertensi. Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa lansia hipertensi yang mendapatkan dukungan instrumental baik berpeluang empat kali berperilaku mengendalikan hipertensi. Penelitian Solikhah (2017) juga menunjukkan ada hubungan antara dukungan instrumental dengan *self efficacy* pada klien Tb Paru dengan nilai *p value* 0,026. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa klien Tb Paru dengan dukungan instrumental baik mempunyai peluang tiga kali mempunyai *self efficacy* yang baik.

Dukungan instrumental merupakan fungsi perawatan keluarga yang diberikan secara nyata seperti bantuan tenaga, dana, pemenuhan kebutuhan dalam pengendalian penyakit dan waktu. Penelitian Semmer et al (2008) menyimpulkan bahwa bantuan keluarga yang mendukung secara instrumental dapat mendukung secara emosional. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa 70% dari dukungan instrumental memberikan makna emosional dengan terpenuhinya kebutuhan dan berdampak pada perilaku suportif yang diinginkan. Hal tersebut menunjukkan bahwa saat keluarga mampu memenuhi penyediaan waktu, dana dan sarana bagi dewasa hipertensi akan berdampak pada

kondisi emosional dan psikologis dengan munculnya kemampuan manajemen stres hipertensi.

Penilaian dukungan instrumental dalam penelitian ini menggunakan tujuh pernyataan yang berfokus pada penyediaan waktu, sarana dan dana kesehatan oleh keluarga. Hasil analisis menunjukkan bahwa responden mendapatkan dukungan instrumental cukup baik, namun apabila dilihat dari setiap item pernyataan terdapat kecenderungan dukungan kurang dalam penyediaan waktu yaitu keluarga tidak menemani untuk memeriksakan kesehatan dan berolahraga. Menurut Stuart (2009), penyediaan waktu, dana dan sarana merupakan komponen penting dari dukungan instrumental yang harus terpenuhi dalam perawatan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

Keluarga menjadi salah satu faktor penting dalam manajemen stres (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Dukungan yang keluarga berikan menjadi strategi koping anggota keluarga dalam meningkatkan kesehatan. Penelitian Linden (2000) menunjukkan bahwa individu yang mendapatkan dukungan dari keluarga mempunyai kemampuan mengelola stres yang baik. Hasil analisis pernyataan manajemen stres menunjukkan terdapat beberapa item yang berhubungan dengan penyediaan waktu oleh keluarga. Item pernyataan tersebut meliputi anggota keluarga mampu mengungkapkan kebutuhan, mengungkapkan kemarahan, mengekspresikan kemarahan dan meminta bantuan kapan pun kepada seseorang yang ada. Pernyataan tersebut menunjukkan pentingnya keluarga dalam menyediakan waktu untuk berada disamping anggota keluarga dan menemaninya disaat yang dibutuhkan. Hal ini menggambarkan bahwa penyediaan waktu yang kurang oleh keluarga membuat kemampuan manajemen stres dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu dalam mengungkapkan dan mengekspresikan kemarahan serta meminta bantuan sebagai salah satu bagian kemampuan manajemen stres hipertensi menjadi tidak optimal.

Selain penyediaan waktu, dukungan instrumental juga mencakup penyediaan sarana yang dapat menunjang pengendalian penyakit hipertensi. Item pernyataan penyediaan sarana dari keluarga yang berhubungan dengan manajemen stres tergambar dari item pernyataan di manajemen stres yaitu kemampuan responden dalam berkonsentrasi saat

melakukan hal-hal yang baru. Hal ini menunjukkan bahwa saat anggota keluarga ingin berkonsentrasi dalam melakukan hal yang baru, keluarga perlu memberikan lingkungan nyaman dan suasana tenang. Pernyataan ini juga terdapat dalam item pernyataan dukungan instrumental dalam penyediaan sarana. Kondisi tersebut menggambarkan bahwa keluarga di Kabupaten Pringsewu sudah memberikan sarana dalam menunjang kemampuan manajemen stres dewasa hipertensi dengan penyediaan suasana nyaman dan tenang agar dewasa hipertensi mampu berkonsentrasi saat melakukan sesuatu hal yang baru.

Bentuk dukungan instrumental yang lain adalah penyediaan dana kesehatan. Ketersediaan dana sangat penting dalam pengelolaan penyakit hipertensi yang merupakan penyakit dengan pengobatan cukup mahal dan menghabiskan dana kesehatan (WHO, 2014). Item pernyataan untuk mengetahui sumber pendanaan yang dilakukan keluarga tergambar dari pernyataan keluarga menyediakan dana kesehatan (JKN) untuk memelihara kesehatan. Hal ini menggambarkan bahwa penyediaan dana kesehatan sudah dapat dipenuhi oleh keluarga dengan adanya JKN. Cakupan JKN Kabupaten Pringsewu mencapai 48,49% dan merupakan jenis jaminan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan PBI APBD (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, Lampung, 2016). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat menggunakan jaminan kesehatan tidak membayar dalam mengelola kesehatannya.

Manajemen stres juga merupakan suatu kemampuan seseorang dalam berespon terhadap rangsangan yang berasal dari internal dan external. Kondisi ekonomi dalam keluarga merupakan salah satu sumber stres yang sering terjadi pada usia dewasa (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015; Potter & Perry, 2010). Hasil distribusi demografi responden menunjukkan bahwa sebagian besar dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu mempunyai penghasilan keluarga kurang dari UMR (84,6%). Menurut peneliti penghasilan keluarga diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dalam mengakses tempat pelayanan kesehatan, membeli obat yang tidak tercover oleh BPJS, membeli nutrisi untuk menunjang diet hipertensi serta biaya penunggu saat harus rawat inap. Hal inilah yang menjadi salah satu asumsi lemahnya hubungan instrumental dengan

manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu selain juga penyediaan waktu yang kurang.

6.5 Hubungan Dukungan Informasi dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi  
Penyediaan informasi menjadi umpan balik positif bagi kualitas hidup seseorang karena adanya peningkatan kondisi fisik dan emosional yang lebih baik. Dukungan informasi yang baik mampu meningkatkan kualitas hidup (Georgopoulou et al., 2017) serta mampu meningkatkan status kesehatan seseorang (Shea et al., 2017). Ketersediaan informasi, saran yang bermanfaat menjadi sumber koping dalam menurunkan stres dalam kehidupan sehari-hari pada penderita hipertensi di Amerika (Bowen et al., 2014).

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara persepsi dukungan informasi dan kemampuan manajemen stres yang dibuktikan dengan nilai *p value* 0,012 dan *r* 0,198. Hubungan antara dukungan informasi dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi mempunyai arah yang positif, yaitu setiap peningkatan dukungan informasi yang diterima dapat meningkatkan kemampuan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu. Hasil statistik menunjukkan bahwa dukungan informasi mempunyai kekuatan hubungan yang sedikit lebih besar dibandingkan dengan dukungan instrumental.

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Bowen et al (2014), ada hubungan antara dukungan informasi dengan kemampuan pengelolaan stres dengan *p value* 0,04. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa ada hubungan antara dukungan informasi dengan kemampuan merawat diri pada pasien hipertensi kronis dibuktikan dengan nilai *p value* 0,001 (Ivarson et al., 2017). Hasil penelitian serupa juga dilakukan oleh Netismar (2017) bahwa terdapat hubungan antara dukungan informasi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan *p value* 0,001. Hasil serupa digambarkan dari penelitian Herlinah (2011), ada hubungan dukungan informasi dengan perilaku pengendalian hipertensi dengan *p value* 0,001. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa dukungan informasi yang baik dapat meningkatkan tujuh kali perilaku pengendalian hipertensi.

Hasil penelitian mempunyai kesamaan dengan hasil penelitian sebelumnya dengan nilai  $p \text{ value} < 0,05$  menunjukkan adanya hubungan yang bermakna. Pemberian informasi merupakan salah satu bentuk dukungan keluarga dalam merawat dan mengontrol perilaku anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Informasi menjadi dasar pembelajaran dan penilaian dalam proses coping sebagai kemampuan seseorang beradaptasi dengan kondisi yang sedang dialami (Roy & Corlis, 1993). Informasi kesehatan menjadi bagian penting dalam pengelolaan dan pengendalian hipertensi.

Penelitian Ivarson et al (2017) menyimpulkan bahwa pemberian informasi kesehatan sesuai dengan situasi dan kebutuhan khusus klien dapat meningkatkan coping dalam kemampuan untuk merawat dan mengendalikan penyakitnya. Pernyataan penyediaan informasi tergambarkan dalam item pernyataan keluarga memberikan informasi yang membuat situasi sulit menjadi lebih jelas dan mudah untuk dipahami serta keluarga menjelaskan siapa yang sebaiknya dihubungi untuk mengatasi masalah. Selain informasi, dukungan ini juga diberikan dalam bentuk pemberian saran dan tindakan. Hal ini digambarkan dalam pernyataan keluarga memberikan saran mengenai apa yang dilakukan saat mengalami stres, keluarga mengusulkan beberapa tindakan yang harus dilakukan untuk menghadapi masalah, keluarga membantu mengerti mengapa tidak berhasil dalam melakukan sesuatu dengan baik dan keluarga mengomentari bagaimana menghadapi masalah. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga sebagai penyedia informasi tentang manajemen stres hipertensi belum secara spesifik memberikan informasi bagi anggota keluarganya.

Menurut Wirtz et al (2013), kemampuan kognitif untuk mengenal adanya perubahan dalam tubuh serta mengontrol marah merupakan salah satu kemampuan dari manajemen stres. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Linden (2000) bahwa salah satu kemampuan yang harus dimiliki dalam manajemen stres adalah meningkatkan kesadaran akan stresor, kemampuan memecahkan masalah serta manajemen emosi. Kemampuan kognitif dalam hal ini meliputi pengetahuan, pemahaman dan keterampilan dalam melakukan manajemen stres, sehingga kemampuan kognitif manajemen stres meliputi pengetahuan, pemahaman tentang sumber stresor dan bagaimana cara mengatasinya

serta keterampilan dalam menggunakan strategi pemecahan masalah. Kemampuan kognitif inilah yang seharusnya disediakan keluarga melalui dukungan informasi.

Keluarga sebagai pemberi dukungan informasi dalam memberikan informasi berfokus pada kemampuan mengenal sumber stresor, manajemen emosi serta strategi pemecahan masalah yang merupakan bagian dari kemampuan manajemen stres. Informasi dan pemahaman yang diberikan meliputi kemampuan mengenali situasi yang membuat stres dan cemas, kemampuan menyadari pikiran yang dapat membuat merasa tertekan dan mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah. Keluarga juga perlu meningkatkan keterampilan manajemen stres yang meliputi kemampuan melakukan relaksasi untuk mengurangi ketegangan, kemampuan mengungkapkan kemarahan secara terbuka dan tidak berlebihan serta mengekspresikan kemarahan dengan seimbang dan masuk akal.

Keluarga sebagai penyedia informasi, saran dan tindakan dalam memberikan informasi berlandaskan pengetahuan yang dimilikinya. Informasi kesehatan dapat diperoleh dari berbagai sumber, salah satunya adalah layanan kesehatan Puskesmas. Namun hasil analisis menunjukkan bahwa kunjungan dewasa hipertensi ke pelayanan kesehatan lebih sering dilakukan sendiri yang tergambarkan dari pernyataan dukungan instrumental kurangnya penyediaan waktu keluarga untuk menemani ke pelayanan kesehatan. Hal ini menyebabkan kurang adekuatnya keluarga dalam mendapatkan informasi mengenai manajemen stres sebagai bentuk pengendalian dan perawatan hipertensi. Meskipun tidak menutup kemungkinan keluarga mendapatkan informasi dari sumber media lain.

Puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan promotif di masyarakat menyediakan upaya kesehatan baik individu, keluarga dan masyarakat (Permenkes no 75 tahun 2014). Permenkes tersebut menjelaskan bahwa upaya kesehatan masyarakat dilakukan secara inovatif disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan khususnya dalam wilayah kerjanya. Program Puskesmas yang ada di Kabupaten Pringsewu sudah melaksanakan upaya promotif melalui program promosi kesehatan, namun penyuluhan kesehatan belum secara spesifik ditujukan pada manajemen stres hipertensi. Program Puskesmas lain seperti Posbindu PTM dan Posyandu masih terbatas pada pemeriksaan fisik dan pengobatan.

Kualifikasi tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan di Puskesmas Kabupaten Pringsewu, Lampung sebagian besar adalah berpendidikan Diploma Keperawatan yaitu 72% perawat Ahli Madya (Data Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, Lampung, 2016). Menurut Standar Kompetensi Perawat Indonesia (2012), promosi kesehatan merupakan pemberian asuhan langsung dengan merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi promosi kesehatan dengan sesama perawat, profesional lain serta kelompok masyarakat untuk meningkatkan gaya hidup dan lingkungan yang sehat dan menjadi kompetensi perawat Ners. Sumber tenaga perawat Ners yang sedikit menyebabkan kecenderungan promosi kesehatan di Puskesmas Kabupaten Pringsewu dilakukan oleh perawat Ahli Madya dan belum dilakukan secara sistematis. Program edukasi kesehatan yang dilakukan hanya sekedar memberikan informasi tanpa pengukuran kognitif dari individu, keluarga dan masyarakat. Hal ini mengakibatkan minimnya pengetahuan keluarga yang merupakan sumber dukungan informasi bagi anggota keluarganya dalam memberikan informasi, saran dan tindakan yang diperlukan untuk manajemen stres.

Dukungan yang kuat dengan meningkatkan komunikasi dan informasi dapat meningkatkan kesehatan seseorang (Shea et al, 2017). Menurut Cresci (1997), dukungan informasi berkontribusi positif dalam meningkatkan status fungsional pada klien dengan masalah kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa dalam pemberian dukungan informasi sangat diperlukan komunikasi dan kejelasan informasi agar manfaat yang diperoleh dapat maksimal yaitu tercapainya kesehatan seseorang.

#### 6.6 Hubungan Dukungan Emosional dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi

Dukungan emosional mempunyai hubungan yang positif dengan manajemen diri penderita hipertensi (Cornwell & Waite, 2012). Dukungan emosional merupakan persepsi terhadap perilaku pribadi seseorang yang mendukung melalui sikap empati, perhatian, cinta dan kepercayaan (Krause & Markides, 1990). Adanya dukungan emosional dapat menurunkan stres yang timbul dalam kehidupan sehari-hari.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara persepsi dukungan emosional dengan kemampuan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu (*p value* 0,005; *r* 0,219). Hubungan yang dimiliki keduanya cukup kuat apabila dibandingkan dengan hubungan antara komponen dukungan keluarga yang lain. Arah hubungan antara dukungan emosional dan manajemen stres adalah positif, setiap kenaikan dukungan emosional yang dirasakan oleh dewasa hipertensi dapat meningkatkan kemampuan manajemen stres.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil pengamatan Lee (2011) bahwa dukungan emosional yang dirasakan mempunyai hubungan lebih kuat dalam mengatasi stres akibat penyakit kardiovaskuler di kalangan imigran China dengan nilai *p value* 0,04. Penelitian Cornwell dan Waite (2012) juga menyimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan emosional dengan terkontrolnya tekanan darah seseorang dibuktikan dengan *p value* 0,05. Hasil yang sama juga ditunjukkan dalam penelitian Netismar (2013) bahwa terdapat hubungan antara dukungan emosional dengan kemampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan pada dewasa hipertensi dengan *p value* 0,001.

Dukungan menjadi lebih efektif ketika seseorang merasa puas dengan dukungan yang diberikan. Menurut Semmer et al (2009) bahwa kepuasan dukungan sangat ditentukan dari makna emosional dukungan yang diberikan. Seluruh item pernyataan dukungan emosional mempunyai nilai baik dirasakan oleh responden dewasa hipertensi, hal ini menunjukkan bahwa dewasa hipertensi mendapatkan kasih sayang dalam bentuk keluarga menghibur, memeluk, mendengarkan saat mengungkapkan perasaannya. Selain itu, dewasa hipertensi juga merasakan perhatian dengan bentuk keluarga peduli akan kondisi kesehatannya, menemani disaat membutuhkan serta rasa aman untuk bercerita tentang masalah pribadi kepada keluarga. Efek positif muncul disaat seseorang sudah merasa terpenuhi kebutuhannya, diterima dan dirawat oleh keluarga. Dukungan emosional merupakan bentuk dari fungsi keluarga, yaitu fungsi afektif (Friedman, Bowden & Jones, 2013).

Penggunaan dukungan sosial menjadi salah satu bagian dari kemampuan manajemen stres (Wirtz et al., 2013) yang tergambarkan dalam pernyataan bahwa responden mampu

mengungkapkan kebutuhan kepada orang terdekat responden, hal yang mudah bagi responden untuk mendapatkan dukungan saat dibutuhkan dan responden mampu meminta bantuan kapan pun membutuhkan kepada orang terdekat. Pernyataan kemampuan manajemen stres tersebut sangat sejalan dengan pernyataan yang ada dalam dukungan emosional. Pernyataan dalam dukungan emosional meliputi keluarga sering bercakap-cakap, mendengarkan saat bercerita tentang perasaan responden, keluarga mengalihkan dari beberapa hal yang mengganggu pikiran dan keluarga berada disamping responden saat situasi yang sulit. Pemenuhan dukungan emosional terdiri dari 12 item pernyataan sudah memenuhi dukungan yang merupakan bagian dalam kemampuan manajemen stres hipertensi. Hal inilah menyebabkan adanya hubungan cukup kuat antara dukungan emosional dengan manajemen stres disebabkan sudah terpenuhinya kebutuhan perawatan, perhatian dan kasih sayang yang diberikan oleh keluarga.

#### 6.7 Hubungan Dukungan Penghargaan dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi

Dukungan penghargaan merupakan respon positif yang di tunjukkan oleh keluarga terhadap kemampuan yang dimiliki oleh anggota keluarganya. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan manajemen stres dibuktikan dengan *p value* 0,010 dan *r* 0,201. Hubungan ini juga memiliki arah yang positif seperti komponen dukungan keluarga yang lain. Hal ini menggambarkan bahwa setiap peningkatan dukungan penghargaan yang diterima dapat meningkatkan kemampuan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

Hasil penelitian ini mempunyai kesamaan dengan hasil penelitian Yuslina (2011), adanya hubungan antara dukungan penghargaan dengan kemampuan perawatan dirumah. Hasil penelitian lain juga menyimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus dengan *p value* 0,001 (Netismar, 2017). Penelitian Herlinah (2011) juga menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan penghargaan dengan perilaku pengendalian hipertensi dengan nilai *p value* 0,001. Penelitian tersebut juga

menjelaskan bahwa dukungan penghargaan berpeluang lima kali dalam meningkatkan perilaku pengendalian hipertensi.

Pemberian dukungan dengan bentuk penghargaan terhadap kemampuan anggota keluarga dapat menurunkan stres psikologis (Cruza-Guet et al., 2008). Pernyataan dukungan penghargaan dalam penelitian ini terdiri dari delapan item, meliputi keluarga menghargai pendapat yang diberikan, merahasiakan beberapa hal yang dibicarakan, keluarga mendukung berbagai hal positif yang mampu dilakukan responden dan keluarga menghargai berbagai hal yang responden mampu lakukan dalam aktivitas sehari-hari. Uraian pernyataan dukungan penghargaan tersebut belum secara spesifik ditujukan sebagai bentuk dukungan penghargaan dalam kemampuan manajemen stres hipertensi. Hal ini menyebabkan hubungan yang ditimbulkan antara keduanya juga lemah karena kurang spesifiknya penilaian dukungan penghargaan dalam manajemen stres hipertensi.

Pengakuan dari keluarga terhadap kemampuan yang dimiliki sangat berarti dalam menurunkan stres yang dirasakan oleh dewasa hipertensi. Bentuk dukungan penghargaan yang diberikan merupakan bentuk pengakuan atas kemampuan dalam melakukan manajemen stres seperti yang tergambar dalam pernyataan pengukuran manajemen stres yaitu penggunaan teknik relaksasi, kemampuan mengungkapkan kemarahan secara terbuka dan tidak berlebihan serta mengekspresikan kemarahan dengan seimbang dan masuk akal. Saat anggota keluarga mampu melakukan kemampuan manajemen stres hipertensi seperti yang diuraikan diatas, keluarga perlu memberikan penghargaan yang merupakan bentuk dari dukungan.

6.8 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Manajemen Stres pada Dewasa Hipertensi  
Dukungan keluarga merupakan bagian dari fungsi keluarga dalam bentuk instrumental, informasi, emosional dan penghargaan (House, 1981 dalam Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010). Keluarga sangat berperan dalam melakukan manajemen penyakit hipertensi bagi anggota keluarganya melalui dukungan yang diberikan (Efendi & Larasati, 2017). Dukungan juga mampu meningkatkan status fungsional pada seseorang yang mengalami gangguan kesehatan (Cresci, 1997).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan persepsi dukungan keluarga dengan kemampuan manajemen stres dibuktikan dengan nilai *p value* 0,003 dan *r* 0,236. Persepsi dukungan keluarga diperoleh dengan melakukan penggabungan komponen dukungan keluarga, yaitu instrumental, informasi, emosional dan penghargaan. Hubungan keduanya mempunyai arah positif, setiap peningkatan persepsi dukungan keluarga yang dirasakan dapat meningkatkan kemampuan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

Penelitian Ojo et al., (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat antara dukungan keluarga dengan pengelolaan jangka panjang hipertensi di Nigeria dengan *p value* 0,001. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa peningkatan dukungan keluarga berpeluang lima kali dalam pengelolaan hipertensi. Penelitian lain oleh Schwappach et al (2014) juga menyebutkan bahwa dukungan sosial dari keluarga merupakan elemen penting dalam manajemen hipertensi. Hasil penelitian Cristiane et al (2017), menyimpulkan pentingnya dukungan keluarga dalam perawatan diabetes melitus. Hasil yang sama juga diperoleh dalam penelitian Tamrin (2017) bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup dengan *p value* 0,001. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa dukungan keluarga meningkatkan peluang enam kali kualitas hidup yang baik pada diabetes melitus.

Dukungan keluarga merupakan nilai yang penting diantara orang-orang Asia (Lee, 2011). Indonesia merupakan bagian dari wilayah Asia yang juga menjunjung tinggi nilai-nilai budaya seperti menghormati orang lebih tua. Selain itu, manfaat yang timbul dari pemberian dukungan keluarga juga menjadi alasan adanya hubungan yang ditimbulkan. Hal ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian yang menyebutkan bahwa dukungan keluarga mampu memberikan ketenangan dan mengurangi kecemasan (Indrayanti, 2006); meningkatkan kinerja seseorang (Soelistyowati, 2009); meningkatkan makna hidup (Komalasari, 1999); sumber finansial, perawatan dan koping bagi penderita penyakit kronis (Bell & Laveist, 2010) dan sumber kekuatan dalam menjalani program pengobatan yang lama (Astuti, 2013).

Dukungan dapat diperoleh melalui suami, orang tua maupun kerabat. Menurut Indrayanti (2006) dukungan berasal dari suami, orang tua, teman serta tenaga kesehatan mampu memberikan ketenangan dan menurunkan kecemasan. Responden dalam penelitian ini adalah usia dewasa menengah sehingga kemungkinan besar sumber dukungan berasal dari pasangan hidup. Distribusi responden juga menunjukkan bahwa sebagian besar adalah perempuan sehingga dapat disimpulkan bahwa sumber dukungan keluarga dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu diperoleh dari suami.

Pendekatan keluarga menjadi program dalam mencapai Indonesia sehat yang tertuang dalam Permenkes nomor 39 tahun 2016. Salah satu area prioritasnya adalah penanggulangan penyakit tidak menular dimana hipertensi merupakan penyakit tidak menular utama selain diabetes melitus, kanker dan penyakit paru obstruktif yang mengancam usia dewasa (Kemenkes, 2016). Permenkes tersebut juga menjelaskan bahwa Puskesmas menjadi tempat penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga melalui kunjungan rumah dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan melalui promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu, Lampung melalui 12 Puskesmas yang ada sudah melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Kunjungan rumah dilakukan untuk inisiasi permasalahan secara mendalam dan melihat langsung kondisi kesehatan keluarga dengan penyakit hipertensi. Hasil wawancara dengan penanggung jawab program diketahui bahwa kunjungan rumah yang dilakukan baru sebatas pendataan kesehatan seluruh anggota keluarga. Promosi kesehatan terutama dalam manajemen stres hipertensi belum dapat dilakukan terkait dengan keterbatasan tenaga kesehatan khususnya perawat yang ada. Pemberian informasi kesehatan penting dilakukan dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami hipertensi.

#### 6.9 Dukungan Yang Paling Berhubungan dengan Manajemen Stres Setelah Dikontrol Variabel *Confounding*

Hasil analisis multivariat menunjukkan terdapat tujuh faktor yang berhubungan dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung meliputi

usia, pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan. Faktor yang paling berhubungan dengan manajemen stres adalah penghasilan keluarga, dibuktikan dengan nilai beta tertinggi yang dimiliki yaitu 4,47, menunjukkan bahwa setiap peningkatan penghasilan keluarga dapat meningkatkan manajemen stres dewasa hipertensi 4,47 kali. Hal ini mengindikasikan bahwa manajemen stres dewasa hipertensi sangat berhubungan dengan kondisi sosial ekonomi dalam keluarga yaitu penghasilan keluarga.

Penghasilan keluarga menjadi sumber stresor berkaitan dengan banyaknya kebutuhan yang diperlukan dalam pengelolaan hipertensi. Distribusi responden dalam penelitian menunjukkan bahwa penghasilan keluarga dewasa hipertensi sebagian besar kurang dari UMR (84,6%) mengindikasikan bahwa penghasilan keluarga yang kurang menjadi sumber stresor dan berhubungan dengan kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan untuk merawat anggota keluarga yang mengalami hipertensi selain dari pengobatan yang sudah tercover dari JKN. Keluarga dengan penghasilan yang rendah mempunyai keterbatasan dalam penyediaan sumber makanan sebagai upaya meningkatkan diet sehat hipertensi, penyediaan obat-obatan yang tidak disediakan oleh BPJS, keterjangkauan untuk mencapai pelayanan kesehatan serta biaya penunggu ketika diperlukan rawat inap.

Faktor lain yang juga berhubungan dengan manajemen stres adalah empat komponen dukungan keluarga. Hasil analisis menunjukkan bahwa dukungan emosional mempunyai hubungan yang lebih besar dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu dibandingkan komponen dukungan keluarga yang lain dengan nilai beta 0,192. Setiap peningkatan dukungan emosional yang dirasakan dewasa hipertensi berpeluang meningkatkan manajemen stres 19,2% setelah dikontrol usia, pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan instrumental, informasi dan penghargaan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Georgopoulou et al (2017) bahwa dukungan emosional yang dirasakan lebih tinggi menyebabkan status kesehatan mental lebih baik. Menurut Steptoe et al (2003) dukungan emosional pada dewasa lanjut dapat memberikan manfaat secara fisiologis dalam mekanisme koping terhadap stres. Penelitian Cornwell dan Waite (2012) juga menyimpulkan bahwa penyediaan dukungan

emosional merupakan bagian dari dukungan keluarga yang dapat meningkatkan kemampuan dari pengelolaan penyakit hipertensi.

Hasil analisis multivariat juga menunjukkan bahwa terdapat nilai negatif pada hubungan antara dukungan penghargaan dengan manajemen stres. Setiap peningkatan satu poin persepsi dukungan penghargaan berpotensi menurunkan kemampuan manajemen stres 13,7%. Hal ini sesuai dengan pendapat Cresci (1997) bahwa dukungan sosial mempunyai efek yang positif, namun kualitas perilaku yang diharapkan dapat menjadi positif dan negatif. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa efek negatif muncul akibat adanya konflik, kewajiban, harapan, perasaan marah, merasa terlalu dilindungi (*overprotective*), merasa tidak bebas dan adanya perlakuan yang istimewa (Krause & Markides, 1990).

Responden dalam penelitian merupakan dewasa hipertensi dengan suku Jawa. Menurut Darmoko (2011), masyarakat Jawa mempunyai kearifan lokal budaya yang menyangkut berbagai aspek kehidupan seperti sikap saling menghormati, menghargai, mawas diri, kepemimpinan, toleransi, keadilan, kejujuran dan kebenaran. Sifat - sifat ini membawa kehidupan harmonis saat masyarakat Jawa harus tinggal di daerah lain bersama dengan suku lain, seperti halnya di Lampung. Hal berbeda dimiliki masyarakat Lampung, dimana harga diri (*Piil Pesenggiri*) menjadi identitas dalam kehidupannya (Irianto & Margaretha, 2011). Adanya akulturasi budaya Lampung pada masyarakat Jawa sehingga mempersepsikan makna menghargai tidak seintensif seperti di lingkungan Jawa. Hal inilah yang menjadikan salah satu alasan munculnya efek negatif dari persepsi dukungan penghargaan keluarga.

#### 6.10 Hubungan Konsep Model Adaptasi Roy

Kerangka konsep Model Adaptasi Roy digunakan dalam penelitian ini. Roy dan Corliss (1993) mendefinisikan manusia sebagai sistem adaptif yang holistik, berinteraksi dengan lingkungan dan perubahan yang ada dalam lingkungan mempengaruhi manusia tersebut. Proses adaptasi terhadap lingkungan dapat diamati dari empat model adaptif, yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Penelitian ini menguji asumsi Model Adaptasi Roy dengan melihat dampak yang ditimbulkan dari stimulus fokal pada model adaptasi. Peneliti mengidentifikasi dukungan keluarga, yang meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan sebagai stimulus fokal. Model adaptasi dalam penelitian ini teridentifikasi sebagai model adaptasi fungsi peran yaitu kemampuan manajemen stres. Hasil analisis bivariat penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan berhubungan signifikan dengan manajemen stres. Hal ini menjawab hipotesis penelitian bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga; instrumental; informasi; emosional dan penghargaan dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi. Hasil ini juga sesuai dengan harapan penelitian bahwa adaptasi efektif dapat muncul dari stimulus fokal yang diberikan. Kemampuan manajemen stres hipertensi merupakan respon adaptif dari adanya pemberian dukungan oleh keluarga. Hasil penelitian ini mendukung asumsi Roy dan Andrews (1999) bahwa karakteristik stimulus yang berasal dari internal ataupun eksternal mempengaruhi respon adaptasi seseorang.

Penelitian Grant (2013), melakukan pengujian terhadap asumsi Model Adaptasi Roy dalam membuktikan hubungan stimulus fokal dan kontekstual dengan perilaku kepatuhan dalam pengobatan. Penelitian tersebut mengidentifikasi stimulus fokal meliputi pengetahuan hipertensi, harapan terhadap perawatan, dan dukungan sosial dengan perilaku kepatuhan dalam pengobatan. Hasil analisis penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan hanya harapan terhadap perawatan dan dukungan sosial. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa karakteristik rangsangan fokal dan kontekstual mempunyai kekuatan yang bervariasi dan signifikansi yang berbeda-beda terhadap efek yang ditimbulkan dalam beradaptasi. Hal ini sesuai dengan hasil pada penelitian ini bahwa tidak semua variabel dalam stimulus kontekstual berhubungan dengan manajemen stres. Manajemen stres mempunyai hubungan bermakna dengan usia, pendidikan dan penghasilan keluarga, namun tidak berhubungan dengan jenis kelamin dan riwayat penyakit dalam keluarga.

Selain itu, penelitian juga mengidentifikasi secara bersama-sama hubungan stimulus fokal dan kontekstual dengan model adaptasi. Hasil analisis multivariat menunjukkan

adanya keterkaitan antara masing-masing variabel untuk berespon secara bersama-sama dalam memprediksi kemampuan manajemen stres, meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional, penghargaan, usia, pendidikan dan penghasilan keluarga. Hal ini sesuai dengan asumsi Roy dan Andrews (1999) bahwa adanya keterkaitan antara respon yang diberikan dalam proses adaptasi.

Demografi responden (penghasilan, usia dan pendidikan), sebagai stimulus kontekstual, memberikan kontribusi yang jauh lebih besar terhadap kemampuan manajemen stres dibandingkan dukungan keluarga (instrumental, informasi, emosional dan penghargaan) yang merupakan stimulus fokal. Demografi responden memberikan kontribusi lebih baik dalam meningkatkan kemampuan beradaptasi seseorang dibandingkan dengan persepsi dukungan keluarga. Sehingga dapat digambarkan bahwa ketika seorang dewasa hipertensi memiliki penghasilan keluarga baik maka kemampuan melakukan manajemen stres juga akan semakin lebih baik.

Salah satu alasan yang memungkinkan hal ini terjadi adalah bahwa penelitian ini hanya melihat dari satu model adaptasi yaitu fungsi peran yang dinilai melalui kemampuan manajemen stres. Model adaptasi lain meliputi fungsi fisiologis, konsep diri dan interdependensi dari pemberian dukungan keluarga tidak peneliti observasi. Penelitian Alkrisat (2011) menyimpulkan bahwa semua reaksi manusia dapat menjadi bentuk penilaian dalam kemampuan mengatasi ataupun berespon terhadap stimulus yang ada. Penelitian Black (2004), mengidentifikasi adanya adaptasi yang tidak efektif dari empat model adaptasi ketika stimulus fokal meningkat. Hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa kombinasi dari empat model adaptasi yang terdiri dari gejala fisik (fungsi fisiologis), perasaan sejahtera (konsep diri), *self efficacy* untuk memantau diri (fungsi peran) dan dukungan keluarga (interdependensi) dapat memprediksi stimulus fokal, yaitu kondisi hipertensi pada ibu hamil.

Roy dan Corlis (1993) menjelaskan bahwa mekanisme coping diperoleh manusia dari pengalaman dan proses belajar yang terdiri dari regulator dan kognator. Subsistem regulator diperoleh seseorang dari indera yang dimiliki sedangkan subsistem kognator merupakan proses persepsi dan informasi dalam pembelajaran, penilaian dan emosi.

Manifestasi mekanisme koping membentuk perilaku dapat diamati dalam empat model adaptasi. Selain itu Roy dan Corlis (1993) juga menjelaskan bahwa proses adaptasi juga dipengaruhi oleh waktu. Penelitian ini hanya menggunakan desain *cross sectional* yang tidak melakukan observasi dan pengamatan lebih dalam terhadap adaptasi stres pada dewasa hipertensi.

### 6.11 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian menggunakan instrumen baku untuk mengukur persepsi dukungan keluarga dan kemampuan manajemen stres. Proses alih bahasa, uji coba instrumen, uji keterbacaan hingga uji keterpakaian menunjukkan bahwa instrumen valid sebagai alat pengumpul data penelitian.

Cresci (1997) menggunakan instrumen dukungan keluarga untuk melakukan penilaian pada masyarakat terhadap persepsi dukungan keluarga pada perawatan anggota keluarga yang mengalami *fracture*. Instrumen tersebut sudah mengalami pengembangan dari instrumen awal dan disesuaikan dengan kebutuhan dukungan pada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan *fracture*. Penelitian tersebut mengidentifikasi adanya gangguan mobilitas, ketakutan, cemas dan nyeri yang dirasakan oleh seseorang dalam fase perawatan *fracture* dan menjadi situasi yang memicu terjadinya stres. Pengembangan instrumen menghasilkan jumlah komponen berbeda-beda pada setiap dukungan, dukungan instrumental tujuh pernyataan, dukungan informasi tujuh pernyataan, dukungan emosional 12 pernyataan dan dukungan penghargaan delapan pernyataan.

Pernyataan dukungan instrumental pada instrumen pengukuran dukungan keluarga perawatan *fracture* berisi tujuh pernyataan, penyediaan dana satu pernyataan, penyediaan waktu tiga pernyataan dan penyediaan sarana juga tiga pernyataan. Penyediaan waktu meliputi keluarga mengantar memeriksakan kesehatan, keluarga meluangkan waktu untuk bercerita tentang perasaan yang dialami dan menemani untuk berolahraga. Penyediaan sarana meliputi penyediaan transportasi untuk memfasilitasi pelayanan kesehatan, membatasi penggunaan garam dan suasana yang nyaman dan tenang untuk beristirahat. Penyediaan dana oleh keluarga dengan keluarga menyediakan

dana kesehatan (asuransi kesehatan/uang) untuk memelihara kesehatan. Secara keseluruhan instrumen sudah berisi tentang tiga komponen penting dukungan instrumental dengan hasil pengukuran menunjukkan bahwa persepsi dukungan instrumental dewasa hipertensi cukup baik. Menurut peneliti, pembatasan garam bukanlah termasuk bantuan nyata namun lebih kedalam pemberian perhatian kepada dewasa hipertensi untuk melakukan pembatasan garam sebagai upaya pengendalian hipertensi. Sehingga pernyataan pembatasan garam lebih tepat masuk dalam penilaian persepsi dukungan emosional.

Dukungan informasi terdiri dari tujuh pernyataan yang merupakan bentuk penyediaan informasi, saran dan tindakan. Pernyataan yang menunjukkan penyediaan informasi dari keluarga adalah keluarga memberikan informasi yang membuat situasi sulit menjadi lebih jelas dan mudah dipahami dan keluarga menjelaskan seseorang yang sebaiknya dihubungi untuk mendapatkan bantuan dalam mengatasi masalah. Pernyataan yang menjelaskan penyediaan saran tergambar dari keluarga memberikan saran mengenai apa yang dilakukan saat mengalami stres yang dirasakan dan keluarga mengomentari bagaimana menghadapi masalah. Penyediaan bantuan tindakan terdapat dalam tiga pernyataan, meliputi keluarga mengusulkan beberapa tindakan yang harus dilakukan untuk menghadapi masalah yang sedang dialami, keluarga membantu mengerti mengapa tidak berhasil melakukan sesuatu dengan baik dan keluarga memeriksa kembali untuk melihat apakah sudah mengikuti saran yang diberikan untuk menghadapi masalah. Penyediaan dukungan dalam bentuk informasi, saran dan tindakan belum secara spesifik ditujukan untuk kemampuan manajemen stres hipertensi.

Dukungan emosional berisi 12 pernyataan yang dilakukan melalui pemberian kasih sayang, perhatian dan rasa aman (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo & Hanson, 2010). Secara keseluruhan pernyataan sudah mewakili dari komponen dukungan emosional. Bentuk kasih sayang tergambar dari pernyataan keluarga menghibur dengan menunjukkan kasih sayang dan keluarga mengatakan bahwa sangat menyayangi. Bentuk perhatian terdapat dalam pernyataan keluarga mendengarkan saat bercerita tentang perasaan pribadi, keluarga sering berbincang-bincang, keluarga mengatakan peduli terhadap kesehatan, keluarga menemani menemui seseorang yang telah

membantu mengatasi masalah, keluarga membantu mengalihkan dari beberapa hal yang mengganggu pikiran dan keluarga memberitahu bagaimana perasaan mereka dalam menghadapi situasi sulit. Bentuk rasa aman dinilai dari pernyataan keluarga berada disamping responden selama menghadapi masalah, keluarga menemani untuk menemui seseorang yang telah membantu mengatasi situasi yang penuh tekanan, keluarga mengatakan bahwa akan baik-baik saja dan keluarga mengatakan akan merahasiakan beberapa hal yang telah dibicarakan. Menurut peneliti pernyataan dukungan emosional sudah cukup mewakili dalam menggambarkan persepsi dukungan emosional dalam kemampuan manajemen stres hipertensi.

Dukungan penghargaan mempunyai delapan pernyataan yang menunjukkan perasaan dihargai dan dihormati. Perasaan dihargai saat responden menyampaikan pendapat, nasehat, didengarkan saat bercerita dan diakui atas kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan. Perasaan dihormati terdapat dalam pernyataan keluarga merahasiakan hal-hal pribadi yang dibicarakan dan mempedulikan kesehatan. Pernyataan persepsi dukungan penghargaan belum menunjukkan penghargaan terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan manajemen stres seperti kemampuan mengungkapkan kemarahan secara terbuka dan tidak berlebihan, kemampuan dalam melakukan kegiatan yang mampu membuat responden lebih tenang untuk mengurangi tekanan ataupun meluapkan kemarahan secara seimbang dan masuk akal.

Penilaian dukungan keluarga diperoleh dari menggabungkan keempat penilaian dukungan meliputi instrumental, informasi, emosional dan penghargaan. Beberapa pernyataan dukungan instrumental, informasi dan penghargaan tidak disesuaikan dengan konteks kemampuan manajemen stres dalam mengelola hipertensi sehingga berkontribusi pada kemampuan instrumen mengukur hubungan persepsi dukungan keluarga dengan kemampuan manajemen stres tidak optimal. Hal ini dibuktikan dengan hubungan antara keduanya lemah.

Instrumen manajemen stres berisi 18 pernyataan yang menunjukkan kemampuan dalam mengenali, mengungkapkan dan mengatasi kemarahan, menyadari dan merasakan ketegangan tubuh serta kemampuan meminta bantuan (Wirtz et al., 2013). Instrumen

manajemen stres cukup mampu dalam menilai kemampuan dewasa hipertensi dalam melakukan manajemen stres. Hal ini disebabkan instrumen manajemen stres merupakan instrumen yang dikembangkan untuk menilai kemampuan manajemen stres pada penderita kanker (Antoni et al., 2006). Kanker merupakan penyakit kronis yang menimbulkan berbagai komplikasi serta memerlukan pengobatan dan perawatan cukup lama dan mahal seperti halnya penyakit hipertensi.

## 6.12 Implikasi Hasil penelitian

### 6.12.1 Bagi Keluarga dan Dewasa Hipertensi

Hasil data demografi memberikan gambaran bahwa dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu dapat dikategorikan sebagai populasi dengan kerentanan tinggi karena disamping memiliki penyakit kronis, dewasa perempuan tersebut memiliki pendidikan dasar, penghasilan keluarga kurang dari UMR dan memiliki riwayat keluarga dengan penyakit kronis. Dewasa hipertensi perlu mengoptimalkan kemampuan dalam mempertahankan kesehatan dengan melakukan manajemen stres sebagai upaya manajemen diri hipertensi. Selain itu, dewasa hipertensi juga perlu memanfaatkan sumber dukungan yang ada dalam keluarga dengan mengetahui bentuk dukungan keluarga yang diperlukan untuk manajemen stres hipertensi.

Dukungan keluarga berhubungan dengan kemampuan manajemen stres. Keluarga sebagai sumber dukungan dewasa hipertensi berperan penting dalam memfasilitasi kemampuan manajemen stres anggota keluarga melalui bentuk dukungan bersifat instrumental, informasi, emosional dan penghargaan. Diperlukan upaya keluarga untuk memahami kebutuhan dukungan yang diperlukan oleh anggota keluarga. Hal ini sesuai dengan pendapat Videbeck (2008) bahwa pemberian dukungan keluarga dilakukan sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh anggota keluarga.

Keluarga perlu menyediakan waktu, dana dan sarana yang dapat mendukung anggota keluarga dalam melakukan manajemen stres. Informasi tentang manajemen stres juga diperlukan sehingga keluarga mampu memberikan informasi, saran dan tindakan manajemen stres kepada anggota keluarga. Penyediaan kasih sayang, kepedulian dan rasa aman juga merupakan sumber dukungan yang penting dalam meningkatkan

manajemen stres. Selain itu penghargaan atas kemampuan anggota keluarga mengenali sumber stresor, mengungkapkan kemarahan dengan terbuka, tidak berlebihan dan seimbang serta penggunaan teknik relaksasi menjadi sumber dukungan yang sangat penting dalam manajemen stres hipertensi.

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang mempunyai hubungan lebih kuat dengan manajemen stres hipertensi dibandingkan komponen dukungan keluarga yang lain. Hal ini menunjukkan bahwa dewasa hipertensi sangat membutuhkan kasih sayang, perhatian dan kepedulian dari keluarga dalam mengoptimalkan kemampuannya dalam mengelola kesehatan terutama manajemen stres hipertensi. Keluarga sebagai sumber dukungan perlu mengoptimalkan dukungan emosional yang merupakan bentuk dukungan tidak nyata dalam meningkatkan kemampuan manajemen stres hipertensi.

#### 6.12.2 Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dewasa hipertensi masuk dalam kelompok rentan. Kerentanan yang dimiliki dapat menjadi penghambat bagi dewasa hipertensi dalam mencapai status kesehatan sehingga sangat diperlukan upaya pencegahan dan pengendalian hipertensi. Pengendalian hipertensi yang ada di fasilitas kesehatan dasar yaitu Puskesmas dilakukan melalui upaya promotif dan preventif.

Kegiatan dalam gedung dilakukan dalam bentuk pengobatan dan pemeriksaan kesehatan oleh tenaga medis serta penyediaan obat hipertensi. Kegiatan luar gedung dilakukan dengan adanya Posyandu Lansia, Posbindu PTM dan Perkesmas. Kegiatan Posyandu Lansia dan Posbindu PTM masih difokuskan pada pemeriksaan fisik, tekanan darah dan gula darah. Perkesmas merupakan kegiatan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat yang dilakukan dengan kunjungan rumah, namun belum menjadi program esensial Puskesmas sehingga tidak memiliki dana khusus dan sumber daya pengelola Perkesmas pada umumnya perawat Ahli Madya. Kegiatan luar gedung yang lain adalah Prolanis, merupakan program yang ditujukan untuk masyarakat penderita penyakit kronis dengan kegiatan yang dilakukan meliputi senam, pemeriksaan dan pengobatan serta penyuluhan kesehatan. Namun, kegiatan ini lebih diprioritaskan pada masyarakat yang terdaftar BPJS sehingga belum mampu menjangkau seluruh masyarakat yang

mengalami hipertensi yang tidak memiliki kartu BPJS. Dari uraian tersebut diketahui bahwa kegiatan yang ada di Puskesmas masih sangat terbatas sehingga sangat diperlukan intervensi yang dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang mengalami hipertensi.

Berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu (2015) jumlah tenaga perawat di setiap Puskesmas berkisar 2 hingga 11 perawat dengan pendidikan beragam, mulai dari Ahli Madya hingga Ners dengan jumlah dominan perawat Ahli Madya yaitu 75%. Menurut Permenpan nomor 18 tahun 2017, jabatan pengelola keperawatan dapat dilakukan dengan kualifikasi pendidikan minimal Diploma. Namun, kewenangan perawat Ahli Madya hanya melakukan asuhan keperawatan langsung dan tidak langsung kepada klien (Standar Kompetensi Perawat Indonesia, 2012). Kegiatan asuhan keperawatan mandiri melalui proses keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan yang bermutu merupakan kompetensi yang dimiliki perawat Ners. Berdasarkan hal tersebut sangat diperlukan kualifikasi perawat Ners di Puskesmas Kabupaten Pringsewu untuk melakukan asuhan keperawatan pada keluarga dengan anggota keluarga hipertensi. Selain itu, proses sertifikasi juga diperlukan perawat Ahli Madya yang ada di Puskesmas untuk dapat memenuhi syarat kualifikasi dalam melaksanakan intervensi tersebut.

Pelayanan berbasis masyarakat melalui kegiatan Posyandu dan Posbindu PTM juga dapat memberikan dukungan dalam bentuk instrumental sarana kesehatan yang dapat menunjang pengendalian hipertensi, dukungan informasi dengan pemberian informasi kesehatan, dukungan penghargaan dan juga dukungan emosional dengan pemberian rasa aman dan kasih sayang. Selain itu, pengelolaan dana kesehatan JKN juga perlu diberdayakan tidak hanya pada pengobatan dan perawatan saja. Dana kesehatan JKN merupakan sumber dukungan finansial yang berasal dari Pemerintah. Pengelolaan dana JKN dapat digunakan untuk mendukung finansial keluarga dalam memenuhi kebutuhan perawatan anggota keluarganya dengan meningkatkan sarana dan prasarana bagi penderita hipertensi.

Pelayanan kesehatan masyarakat terutama hipertensi tidak lepas dari peran kader kesehatan terutama kader PTM. Kader PTM perlu mempunyai pengetahuan tentang faktor risiko hipertensi dan dukungan keluarga dalam manajemen stres hipertensi serta keterampilan dalam menggunakan tensimeter. Hal ini dimaksudkan agar kader PTM dapat melakukan deteksi dini faktor risiko hipertensi di masyarakat, memberikan informasi bentuk dukungan keluarga dalam manajemen stres hipertensi dan juga melakukan pemeriksaan tekanan darah segera ketika dewasa hipertensi merasa adanya peningkatan tekanan darah. Kabupaten

Pengelolaan kesehatan di masyarakat sangat berdekatan dengan peran perawat sebagai pemberi layanan langsung. Perawat perlu mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan keluarga dewasa hipertensi yang merupakan kelompok rentan melalui pengkajian yang komprehensif termasuk macam-macam bentuk dukungan keluarga yang dibutuhkan. Hasil pengkajian dan masalah yang teridentifikasi menjadi dasar perawat dalam menentukan perencanaan dan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan klien dan keluarga. Peran konsultan muncul saat perawat membantu dewasa hipertensi mengidentifikasi kebutuhan yang diperlukan untuk melakukan manajemen stres dan saat keluarga mengidentifikasi bentuk dukungan keluarga yang diperlukan oleh anggota keluarga dalam melakukan manajemen stres. Peran pendidik juga menjadi sangat penting dalam meningkatkan pengetahuan individu, keluarga dan masyarakat. Hal ini semua merupakan peran perawat sebagai manajer kasus, yang merupakan fungsi dasar perawat dalam mengelola kesehatan individu dan keluarga dalam mencapai kesejahteraan.

### 6.12.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan manajemen stres. Hal ini berdampak pada institusi pendidikan sebagai penyedia tenaga perawat dalam membedakan antara lulusan vokasi dan profesi. Institusi pendidikan sebagai pelaksana kurikulum perlu perhatian dalam mata ajar keperawatan keluarga dan praktek keperawatan keluarga untuk memperkuat intervensi keperawatan dalam keterampilan dukungan keluarga dan manajemen stres hipertensi.

#### 6.12.4 Bagi Penelitian

Hasil penelitian menggambarkan persepsi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan, merupakan persepsi dukungan keluarga yang diukur dari dewasa hipertensi. Hal ini memungkinkan suatu gambaran dukungan keluarga yang tidak real karena dipersepsikan oleh penerima dukungan. Hubungan lemah antara persepsi dukungan keluarga dengan manajemen stres dimungkinkan karena konteks instrumen penelitian yang kurang sesuai untuk mengukur persepsi dukungan keluarga dengan kemampuan manajemen stres hipertensi serta penggunaan istilah teknik relaksasi dan imajinasi terbimbing kurang dipahami oleh masyarakat Kabupaten Pringsewu. Selain itu penelitian ini belum mengidentifikasi sumber dukungan keluarga mana (pasangan hidup, anak ataupun orang tua) yang berkontribusi dalam manajemen stres hipertensi.

Penelitian juga memberikan gambaran proses adaptasi yang dilihat dari salah satu model adaptasi fungsi peran yaitu kemampuan manajemen stres yang berasal dari stimulus fokal yaitu dukungan keluarga ataupun stimulus kontekstual yaitu demografi responden terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan keluarga dan riwayat penyakit dalam keluarga. Desain deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* yang digunakan dalam penelitian ini memungkinkan pengumpulan data dalam satu waktu sehingga tidak mampu mengobservasi proses adaptasi manajemen stres hipertensi yang membutuhkan waktu lama. Selain itu, instrumen dalam pengumpulan data menggunakan instrumen baku dengan konteks yang kurang sesuai dalam mengukur dukungan keluarga manajemen stres hipertensi menyebabkan hubungan yang ditimbulkan antara keduanya lemah.



*Halaman ini sengaja dikosongkan*

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian hubungan antara dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung dapat disimpulkan bahwa:

- 7.1.1 Demografi dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu termasuk dalam kategori dewasa menengah, berjenis kelamin perempuan, berpendidikan dasar dengan tingkat penghasilan keluarga kurang dari UMR Kabupaten Pringsewu dan memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, jantung, stroke dan diabetes melitus dalam keluarga.
- 7.1.2 Gambaran persepsi dukungan keluarga dewasa hipertensi baik meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan.
- 7.1.3 Dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu mampu dalam manajemen stres hipertensi meliputi kemampuan kognitif, penggunaan dukungan sosial, teknik relaksasi, mengontrol marah dan merasakan adanya perubahan dalam tubuh.
- 7.1.4 Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.
- 7.1.5 Terdapat hubungan antara dukungan instrumental, informasi, emosional dan penghargaan dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi di Kabupaten Pringsewu, Lampung.
- 7.1.6 Dukungan emosional mempunyai hubungan paling besar dengan manajemen stres setelah dikontrol variabel *confounding*

#### 7.2 Saran

##### 7.2.1 Bagi Keluarga dan Dewasa Hipertensi

1. Dewasa hipertensi perlu mengoptimalkan kemampuan mengenali sumber – sumber stresor yang berasal dari dalam maupun luar yang berpotensi menyebabkan munculnya tekanan mengatasi kemarahan ataupun emosi dengan cara-cara yang asertif yaitu mengungkapkan kemarahan secara terbuka, tidak berlebihan, seimbang dan juga masuk akal serta penggunaan

kemampuan nafas dalam, membayangkan hal yang berkesan ataupun suasana yang nyaman untuk mengurangi tekanan yang dirasakan.

2. Dewasa hipertensi harus mempunyai keberanian untuk mengkomunikasikan ketika dirasakan ada yang mengganggu pikiran, mengungkapkan kebutuhan dan meminta bantuan kepada orang terdekat ataupun keluarga.
3. Keluarga diharapkan dapat menemani saat kontrol kesehatan, meluangkan waktu untuk mendengarkan ketika anggota keluarga bercerita tentang perasaan yang dialami, menemani melakukan aktivitas seperti berolahraga, menyediakan transportasi yang digunakan untuk melakukan pelayanan kesehatan, memberikan suasana nyaman dan tenang untuk beristirahat, menggantikan peran ketika diperlukan serta menyediakan dana kesehatan yang digunakan untuk memelihara kesehatan seperti kontrol ke pelayanan kesehatan, ketersediaan suplemen tambahan serta biaya rawat inap ketika diperlukan.
4. Keluarga dapat memberikan informasi tentang bagaimana mengenal sumber stresor, cara mengatasi kemarahan dan penggunaan kegiatan yang mampu membuat anggota keluarga merasa lebih tenang.
5. Penyampaian informasi dilakukan dengan cara yang baik agar dapat lebih mudah diterima oleh dewasa hipertensi tanpa adanya perasaan tidak bebas ataupun *overprotective* yang dapat berdampak negatif dari kualitas pemberian dukungan tersebut.
6. Keluarga menemani di masa-masa sulit, menghibur dan menunjukkan kepedulian terhadap kesehatan anggota keluarga.
7. Keluarga menghargai saran dan pendapat yang disampaikan dewasa hipertensi, mendukung berbagai hal positif yang telah mampu dilakukan seperti mampu mengenali stresor yang muncul dalam dirinya, mengungkapkan kebutuhan kepada keluarga, mengungkapkan kemarahan dengan wajar, masuk akal dan tidak berlebihan, menggunakan nafas dalam, membayangkan, meregangkan otot-otot saat tekanan dirasakan, membatasi garam dalam makanan, berolahraga ataupun mengontrol tekanan darah dan minum obat hipertensi secara teratur.

8. Pelatihan Kader kesehatan PTM tentang faktor risiko hipertensi dan bentuk dukungan keluarga dalam manajemen stres hipertensi serta keterampilan dalam pengukuran tekanan darah.

#### 7.2.2 Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan

1. Promosi kesehatan dengan fokus bentuk dukungan yang dapat diberikan keluarga dalam mengelola kesehatan anggota keluarga dengan hipertensi dan manajemen stres perlu dilakukan secara individu saat pelayanan di BP Puskesmas ataupun saat kunjungan rumah melalui Perkesmas dan secara kelompok dalam program Posbindu PTM maupun Posyandu Lansia dengan target perubahan pengetahuan, pemahaman dan keterampilan yang harus dicapai oleh dewasa hipertensi dan keluarga
2. Puskesmas perlu mengajukan pemenuhan kebutuhan tenaga perawat Ners kepada Dinas Kesehatan dan Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Pringsewu untuk dapat memenuhi kompetensi sebagai pemberi asuhan keperawatan mandiri.
3. Selama fase transisi terpenuhinya kebutuhan Ners yang direncanakan tercukupi dalam tiga tahun kedepan ini penting dilakukan peningkatan pendidikan Diploma pada perawat yang bekerja di Puskesmas untuk dapat meningkatkan kompetensi keperawatannya serta sertifikasi untuk memenuhi syarat kualifikasi melakukan kompetensi asuhan keperawatan keluarga.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu perlu menyelenggarakan kegiatan dalam bentuk diklat, *workshop* maupun *inhouse training* tentang Perkesmas maupun manajemen stres hipertensi kepada perawat Ahli Madya yang ada di Puskesmas.
5. Posbindu PTM dan Posyandu Lansia dapat melakukan penjadwalan olahraga bersama maupun pembentukan kelompok hipertensi yang dapat menjadi sumber dukungan kelompok.
6. Ketersediaan perawat spesialis komunitas dalam melakukan salah satu kompetensi intervensi spesialisasi yaitu pembentukan dukungan kelompok hipertensi serta menjadi analisis kebutuhan pemenuhan perawat spesialis komunitas di Kabupaten Pringsewu, Lampung.

7. Pengelolaan dana JKN dalam mendukung penyediaan sarana seperti penyediaan mobil *ambulance* di setiap Puskesmas dalam upaya memfasilitasi klien hipertensi menjangkau fasilitas kesehatan ataupun dipergunakan dalam kondisi darurat ketika diperlukan rawat inap ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.
8. Pembangunan sarana yang mendukung manajemen stres hipertensi di Puskesmas seperti penyediaan ruang tunggu yang lebih layak dengan kursi bersandar dan tersedianya kipas angin sehingga kunjungan kesehatan dapat lebih nyaman ataupun ruang edukasi yang dapat dimanfaatkan untuk mendapatkan informasi kesehatan
9. Pencegahan sekunder menjadi prioritas dengan meningkatkan *screening* faktor risiko hipertensi dan penyakit tidak menular di masyarakat dan promosi kesehatan tentang perilaku hidup sehat dan faktor risiko yang ditujukan pada masyarakat berisiko dan promosi kesehatan tentang pembatasan garam, pola hidup sehat serta manajemen hipertensi untuk masyarakat yang sudah terdiagnosis hipertensi.

#### 7.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

1. Institusi pendidikan mengenalkan mahasiswa perawat Ners dengan beberapa keterampilan dukungan keluarga seperti peningkatan coping, dukungan pengambilan keputusan, dukungan emosional, dukungan keluarga, kemampuan untuk mendengarkan, bimbingan antisipatif dan pendidikan kesehatan.
2. Institusi pendidikan memperkuat intervensi keperawatan dalam manajemen stres hipertensi seperti latihan *autogenic*, peningkatan latihan peregangan, imajinasi terbimbing dan terapi relaksasi.

#### 7.2.4 Bagi Penelitian

1. Penggunaan instrumen baku perlu diperhatikan dalam kesesuaian konteks dari tujuan penelitian
2. Penggunaan kalimat maupun istilah teknik relaksasi dapat diganti menggunakan kegiatan yang membuat responden merasa lebih tenang

sehingga mudah dipahami dan dapat meningkatkan kemampuan instrumen dalam mengukur.

3. Dukungan keluarga perlu diidentifikasi langsung kepada pemberi dukungan, yaitu keluarga sehingga dapat diperoleh gambaran nyata dukungan keluarga yang sudah diberikan dalam pengelolaan dan perawatan anggota keluarga dengan penyakit hipertensi ataupun penyakit kronis
4. Sumber dukungan yang paling berkontribusi dalam pengelolaan kesehatan anggota keluarga juga perlu diidentifikasi.
5. Pengembangan Model Adaptasi Roy dengan mengidentifikasi stimulus lain dalam proses adaptasi manajemen stres, yaitu stimulus fokal, kontekstual maupun residual ataupun dengan menambahkan model adaptasi yang muncul dengan adanya pemberian dukungan keluarga yang dilihat dari empat model adaptasi yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi
6. Pengembangan metodologi penelitian lain baik desain, jumlah sampel maupun tempat penelitian dilakukan untuk mendapatkan hasil hubungan yang lebih kuat



*Halaman ini sengaja dikosongkan*

## DAFTAR PUSTAKA

- Abel, N., Contino, K., Jain, N., Grewal, N., Grand, E., Hagens, I., ... Roy, S. (2015). Eighth Joint National Committee (JNC-8) Guidelines and the Outpatient Management of Hypertension in the African-American Population. *North American Journal of Medical Sciences*, 7(10), 438–445. <http://doi.org/10.4103/1947-2714.168669>
- Adelman-Mullally, T., Mulder, C. K., McCarter-Spalding, D., Hagler, D. A., Gaberson, K. B., Hanner, M. B., . . . Young, P. K. (2013). The clinical nurse educator as leader. *Nurse Education in Practice*, 13(1), 29-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.006>
- Afidah, E. N., & Sulisno, M. (2013). Rumah Sakit Negeri Di Kabupaten Semarang, 1(2), 124–130.
- Agnes. D. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia Hipertensi. Unpublished master's thesis, FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia
- Agyei, B., Nicolaou, M., Boateng, L., Dijkshoorn, H., van den Born, B., & Agyemang, C. (2014). Relationship between psychosocial stress and hypertension among Ghanaians in Amsterdam, the Netherlands--the GHAIA study. *BMC Public Health*, 14692. doi:10.1186/1471-2458-14-692
- Aisyiyah, F. N. (2009). Faktor risiko Hipertensi pada Empat Kabupaten / Kota dengan Prevalensi Hipertensi Tertinggi di Jawa dan Sumatera. Institut Pertanian Bogor : Bogor
- Alberts, C. V. AE. J. L. (2005). Age-related changes in grasping force modulation, 61–70. <https://doi.org/10.1007/s00221-005-2342-6>
- Alkrisat, M. (2011). *The impact of workplace stress and stress of conscience on the moral distress of nurses in acute care settings* (Order No. 3459283). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (873950981). Retrieved from <https://remote-lib.ui.ac.id:2063/docview/873950981?accountid=17242>
- Allender, J.A., Rector, C & Wanter, KD (2010). Community & public health nursing : Promoting the public's health. 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia:lippincot
- Alligood, M. Raile. (2014). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka, 8<sup>th</sup> Indonesia Edition*. Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3287–3298. <https://doi.org/10.3390/ijerph8083287>

- Andrews, H., & Roy, c. (1991). *Essentials of The Roy Adaptation Model*. Norwalk: Appleton & Lange
- Andria, K., (2013). Hubungan Antara Perilaku Olahraga, Stres dan Pola Makan Dengan Tingkat Hipertensi Pada Lanjut Usia Di Posyandu Lansia Kelurahan Gebang PutihKecamatan Sukolilo Kota Surabaya. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga : Surabaya
- Annesi, J. J. (2013). Association of Multimodal Treatment-Induced Improvements in Stress , Exercise Volume , Nutrition , and Weight with Improved Blood Pressure in Severely Obese Women, 397–402. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9240-7>
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Phillips, K., Gluck, S., & Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1143-1152.
- Astuti, Tri. (2013). Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Dengan Tugas Kesehatan Keluarga Dalam Merawat Lansia Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Temon I Kulon Progo. PSIK STIKes A. Yani : Yogyakarta
- Avers, M. B. (2011). *A pre-experimental study on the impact of faith community nurses on hypertension* (Order No. 1502483). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (910321576). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/910321576?accountid=17242>
- Ayalon, L., Gross, R., Tabenkin, H., Porath, A. V. I., Heymann, A., & Porter, B. (2006). Correlates Of Quality Of Life In Primary Care Patients With Hypertension, 36(4), 483–497.
- Barrera, M., Jr., & Baca, L.M. (1990). Recipient reactions to social support: Contributions of enacted support, conflicted support and network orientation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 541-551
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed., pp. 38-39). New York, NY: Oxford University Press.
- Bell, C. N., Thorpe,Roland J.,,Jr, & Laveist, T. A. (2010). Race/Ethnicity and hypertension: The Role Of Social Support. *American Journal Of Hypertension*, 23(5), 534-40. <http://dx.doi.org/10.1038/ajh.2010.28>
- Bell, K., Twiggs, J., & Olin, B. R. (2015). Hypertension : The Silent Killer : Updated JNC-8 Guideline Recommendations. *Alabama Pharmacy Association*, 1–8. <https://doi.org/0178-0000-15-104-H01-P>
- Black, K. D. (2004). *Physiologic responses, sense of well-being, self-efficacy for self-monitoring role, perceived availability of social support, and perceived stress in women with pregnancy -induced hypertension* (Order No. 3129453). Available

from Nursing & Allied Health Database; ProQuest Dissertations & Theses Global. (305057397). Retrieved from <https://remote-lib.ui.ac.id:2063/docview/305057397?accountid=17242>

- Blom, K., Baker, B., How, M., Dai, M., Irvine, J., Abbey, S., . . . Tobe, S. W. (2014). Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: Results from the harmony randomized controlled trial. *American Journal of Hypertension*, 27(1), 122-129. <http://dx.doi.org/10.1093/ajh/hpt134> Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1611603374?accountid=17242>
- Bowen, K. S., Uchino, B. N., Birmingham, W., Carlisle, M., Smith, T. W., & Light, K. C. (2014). The Stress-Buffering Effects Of Functional Social Support On Ambulatory Blood Pressure. *Health Psychology*, 33(11), 1440-1443. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000005>
- Bulechek G. Butcher H. Dochterman J. & Wgner C. 2016. *Terjemahan Nursing Interventions Cassification (NIC)* edisi ke-6. Jakarta : Elsevier.
- Butts, J. B., & Rich, K. L. (2008). *Nursing ethics across the curriculum and into practice* (2nd ed., p. 48). Sunbury, MA: Jones and Bartlett.
- Buyuksahin, A., Onur, S., & Fatma, S. (2011). A Comparison of Workers Employed in Hazardous Jobs in Terms of Job Satisfaction , Perceived Job Risk and Stress : Turkish Jean Sandblasting Workers , Dock Workers , Factory Workers and Miners, 265–273. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9679-3>
- Camões, M., Oliveira, A., Pereira, M., Severo, M., & Lopes, C. (2010). Role of physical activity and diet in incidence of hypertension: A population-based study in portuguese adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(12), 1441-9. <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2010.170> Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/815292152?accountid=17242>
- Chan, Y. Y., Teh, C. H., Lim, K. K., Lim, K. H., Yeo, P. S., Kee, C. C., ... Ahmad, N. A. (2015). Lifestyle, chronic diseases and self-rated health among Malaysian adults: results from the 2011 National Health and Morbidity Survey (NHMS). *BMC Public Health*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2080-z>
- Charlemagne-badal, S., & Lee, J. W. (2016). Religious Social Support And Hypertension Among Older North American Seventh-Day Adventists. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 709-728. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-015-0104-8> Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1772053124?accountid=17242>
- Chung-ngok, L. M. W. (2011). Validation of the psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile in a sample of Taiwanese women, 523–528. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9790-6>
- Cohen, S. & Williamson, G. (1988).pdf. (n.d.).

- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2012). Social Network Resources and Management of Hypertension. <https://doi.org/10.1177/0022146512446832>
- Corvol, A., Moutel, G., Gagnon, D., Nogue, M., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2013). Ethical issues in the introduction of case management for elderly people. *Nursing Ethics*, 20(1), 83-95. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012452685>
- Cresci, M., (1997). Social Integrity and Level of Health in Women 65 Years of Age and Older Recovering From Hip Surgery. Wayne State of University : Detroit Michigan
- Cristiane, L., Claudia, A., Coelho, M., Gomides, S., Foss-freitas, M. C., César, M., & Emilia, A. (2017). Contribution Of Family Social Support To The Metabolic Control Of People With Diabetes Mellitus : A Randomized Controlled Clinical Trial. *Applied Nursing Research*, 36, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.009>
- Cruza-Guet, M., Spokane, A., Caskie, G., (2008). The Relationship Between Social Support and Psychological Distress Among Hispanic Elders in Miami.
- Crump, C., Sundquist, J., Winkleby, M. A., & Sundquist, K. (2016). Low Stress Resilience In Late Adolescence And Risk Of Hypertension In Adulthood. *Heart*, 102(7), 541. [Http://Dx.Doi.Org/10.1136/Heartjnl-2015-308597](http://Dx.Doi.Org/10.1136/Heartjnl-2015-308597)
- Cuffee, Y., Ogedegbe, C., & Schoenthaler, A. (2014). Psychosocial Risk Factors for Hypertension : an Update of the Literature. <https://doi.org/10.1007/s11906-014-0483-3>
- Czaja-Mitura, I., Merecz-Kot, D., Szymczak, W., & Bortkiewicz, A. (2013). Cardiovascular Risk Factors And Life And Occupational Stress Among Policemen. *Medycyna Pracy*, 64(3), 335-348.
- Dahlan. M., S. (2011). Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan : Deskriptif, Bivariat dan Multivariat. Salemba Medika : Jakarta
- Darmoko. (2011). Budaya Jawa Dalam Diaspora: Tinjauan pada Masyarakat Jawa di Suriname. Universitas Indonesia: Depok
- Darviri, C., Artemiadis, A. K., Protogerou, A., Soldatos, P., Kranioutou, C., Vasdekis, S., . . . Chrousos, G. P. (2016). A HEALth promotion and STRESS management program (HEAL-STRESS study) for prehypertensive and hypertensive patients: A quasi-experimental study in greece. *Journal of Human Hypertension*, 30(6), 397-403. <http://dx.doi.org/10.1038/jhh.2015.99>
- Davies, G., Caputi, P., Skarvelis, M., & Ronan, N. (2015). The Depression Anxiety And Stress Scales : Reference Data From A Large Psychiatric Outpatient Sample, 97–104. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12069>

- Dharma, K., K. (2011). Metodologi Penelitian Keperawatan Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian. CV Trans Info Media : Jakarta Timur
- Diaz, K. M., & Shimbo, D. (2013). Physical Activity and the Prevention of Hypertension, 659–668. <https://doi.org/10.1007/s11906-013-0386-8>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pringsewu. (2015). Profil Kesehatan Kabupaten Pringsewu. Diakses melalui [dinkespringsewu.blogspot.com/](http://dinkespringsewu.blogspot.com/)
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2009). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Provinsi Lampung. Diakses melalui [terbitan.litbang.depkes.go.id/penerbitan/download/63/.../232-1](http://terbitan.litbang.depkes.go.id/penerbitan/download/63/.../232-1)
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2015). Profil Kesehatan Provinsi Lampung. Diakses melalui [www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_2015.pdf)
- Efendi, H., Larasati, T. A., Ilmu, B., Komunitas, K., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2017). Dukungan keluarga dalam manajemen penyakit hipertensi family support in hypertension disease 's management, 6, 34–40.
- Erol, R. Y., & Ozo, Ö. B. (2012). Original Article Adaptation , Reliability And Validity Study Of The Inventory Of Socially Supportive Behaviors, 210–215.
- Ezzati, A., Jiang, J., Katz, M. J., Sliwinski, M. J., Zimmerman, M. E., & Lipton, R. B. (2014). Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 645–652. <https://doi.org/10.1002/gps.4049>
- Friedman, M., M. (2013). Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, teori & Praktik. EGC : Jakarta
- Gale, N. K., Kenyon, S., Macarthur, C., Jolly, K., & Hope, L. (2018). Social Science & Medicine Synthetic Social Support : Theorizing Lay Health Worker Interventions. *Social Science & Medicine*, 196(June 2016), 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.012>
- Georgopoulou, S., Efraimidou, S., Maclennan, S. J., Ibrahim, F., Cox, T., Georgopoulou, S., ... Maclennan, S. J. (2017). The Relationship Between Social Support And Health-Related Quality Of Life In Patients With Antiphospholipid ( Hughes ) Syndrome, 7595(May). <https://doi.org/10.1080/14397595.2017.1317319>
- Gestinarwati, A., Ilyas, H., Manurung, I., (2016). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kunjungan Lansia Ke Posyandu. Jurnal Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang : Bandar Lampung, Indonesia
- Giles, M., Parker, V., & Mitchell, R. (2014). Recognising the differences in the nurse consultant role across context: A study protocol. *BMC Nursing*, 13, 30. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-30>

- Gorman, B. K., & Porter, J. R. (2011). Social Networks and Support , Gender , Among Older Adults, 885–911. <https://doi.org/10.1007/s11113-011-9215-4>
- Grant, A., (2013). Hypertension Knowledge, Expectation of Care, Social Support And Adherence To Prescribed Medications Of African Americans With Hypertension Framed By The Roy Adaptation Model. The City University of New York
- Hastono, Sutanto P., (2016) Analisis Data pada Bidang Kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers
- Hawari, D., 2011. Manajemen Stres Cemas Dan Depresi. Jakarta: FKUI.
- Hawkins, M. (2010). The Relationship Between Physical Activity And Kidney Function/Chronic Kidney Disease (Order No. 3447283). Available from Health & Medical Collection; ProQuest Dissertations & Theses Global. (858224995). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/858224995?accountid=17242>
- Herlinah, L., (2011) Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi di Jakarta Utara. Unpublished master's thesis, FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia
- Himmelfarb, C. R. D., Commodore-mensah, Y., & Hill, M. N. (2016). Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Annals of Global Health*, 82(2), 243–253. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003>
- Hoek, R. J. A., Havermans, B. M., Houtman, I. L. D., Brouwers, E. P. M., Heerkens, Y. F., Zijlstra-vlasveld, M. C., ... Boot, C. R. L. (2018). Stress Prevention Work : A Study Protocol For The Evaluation Of A Multifaceted Integral Stress Prevention Strategy To Prevent Employee Stress In A Healthcare Organization : A Cluster Controlled Trial, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4585-0>
- Hu, H. H., Li, G., & Arao, T. (2015). The Association Of Family Social Support , Depression , Anxiety And Self-Efficacy With Specific Hypertension Self-Care Behaviours In Chinese Local Community, (March 2014), 198–203. <https://doi.org/10.1038/jhh.2014.58>
- Indrayanti, S., (2006). Gambaran Kedukaan, Coping, Dan Dukungan Sosial Pada Perempuan Yang Mengalami Stillbirth Pada Periode Sebelum, Saat Dan Setelah Melahirkan. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Depok Indonesia
- Irianto, S., Margaretha, R., (2011) *Piil Pesenggiri* : Modal Budaya dan Strategi Identitas Ulun Lampung. Departemen Antropologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia : Depok
- Isfandari, S., Siahaan, S., Pangaribuan, L. (2015). Kontribusi Penggunaan Kontrasepsi Hormonal terhadap Perbedaan Prevalensi Hipertensi Perempuan dan Lelaki di Indonesia : Perspektif Jender Riskesdas 2013. Puslitbang Upaya kesehatan Masyarakat : Surabaya

- Ivarsson, B., Rådegran, G., Hesselstrand, R., & Kjellström, B. (2017). Patient Education And Counseling Information , Social Support And Coping In Patients With Pulmonary Arterial Hypertension Or Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension — A Nationwide Population-Based Study. *Patient Education and Counseling*, 100(5), 936–942. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.021>
- Johnston, M., (2004). Age, SES And Race / Ethnic Differences in Biological Risk : Allostatic Load and Metabolic Syndrome. Faculty of The Graduate School : University of Southern California
- Kaakinen, J., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D., Hanson, S., (2010). Family Health Care Nursing ; Theory, Practice and Reseach. 4<sup>th</sup> edition. F.A. Davies Company : Philadelphia
- Kamali, Aram Salih Mohammed Amin, M.P.H., Sadeghi, R., PhD., Tol, A., PhD., & Yaseri, M., PhD. (2016). Reliability And Validity Of Kurdish Language Version Of Health Promoting Lifestyle Profile II Among Kurdish Healthcare Providers Kurdish Version Of HPLP-II. *Archives of Iranian Medicine*, 19(12), 824-831. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1855038453?accountid=17242>
- Karmacharya, B. M. (2015). © Copyright 2015 Biraj Man Karmacharya.
- Kausar, H., Ambhore, B., N, D. D., & Ubaid-ur-rahman, M. (2013). A Retrospective Study Of Association Hypertension And Socio Economic Status Of, 5(May 2011), 218–220.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). Penyakit Tidak Menular. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan : Jakarta
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)*. Diakses melalui [www.depkes.go.id/resources/download/Riskesdas2013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/Riskesdas2013.pdf)
- Kendrick, J., Nuccio, E., Leiferman, J. A., & Sauaia, A. (2015). Primary Care Providers Perceptions of Racial / Ethnic and Socioeconomic Disparities in Hypertension Control, 28(September), 1091–1098. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpu294>
- Khang, Y., & Lynch, J. W. (2011). Epidemiology and Prevention Exploring Determinants of Secular Decreases in Childhood Blood Pressure and Hypertension. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.014399>
- Komalasari, G., (1999). Kecemasan Menghadapi Pensiun (Studi Mengenai Hubungan Antara Makna Hidup, Dukungan Sosial dan Sikap Dengan Kecemasan Menghadapi Pensiun Pada Pegawai Negeri Sipil Di Jakarta). Program Pascasarjana Universitas Indonesia : Depok, Indonesia
- Krause, N. & Markides, K. (1990). Measuring Social Support Among Older Adults. *International Journal O F Aging And Human Development* 310.37-53

- Kricke, G. (2017). The Association Between Multiple Chronic Conditions, Domains Of End-Of-Life Care Quality, Care Coordination, And The Perception Of High Quality End-Of-Life Care For Older Adults (Order No. 10263538). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1910887872). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1910887872?accountid=17242>
- Lamb, S. A., & Hamarneh, Y. N. (2018). Hypertension Canada ' s 2017 guidelines for diagnosis , risk assessment , prevention and treatment of hypertension in adults for pharmacists : An update, *151*(1), 33–42. <https://doi.org/10.1177/1715163517743525>
- Laws, M. (2016). *Examining the effects of psychosocial stress on african american women's hypertension self-management behaviors* (Order No. 10244502). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1861970542). Retrieved from <https://remote-lib.ui.ac.id:2063/docview/1861970542?accountid=17242>
- Lee, Y. S. C. (2011). *Social support and cardiovascular responses to stress among chinese immigrants* (Order No. 3484660). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (904107085). Retrieved from <https://remote-lib.ui.ac.id:2063/docview/904107085?accountid=17242>
- Lee, Y., & Back, H. (2010). Multiple Socioeconomic Risks, 523–529. <https://doi.org/10.1159/000315507>
- Lestari, I., Wagiyo, Elisa. (2013) Hubungan Antara Lama Penggunaan Metode Kontrasepsi Hormonal dengan Kejadian Hipertensi: semarang
- Li, G., Hu, H., Dong, Z., & Arao, T. (2013). Development of the Chinese Family Support Scale in a Sample of Chinese Patients with Hypertension, (December 2014). <https://doi:10.1371/journal.pone.0085682>
- Linden, W., Spence, J. D., Barnett, P. A., Ramsden, V., & Taenzer, P. (2000). Recommendations on stress management lifestyle modifications to prevent and control hypertension supplement. *Canadian Medical Association.Journal*, *160*(9), S46-50. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/204804054?accountid=17242>
- Loustalot, F. (2006). *Race, religion, and blood pressure* (Order No. 3228241). Available from Nursing & Allied Health Database; ProQuest Dissertations & Theses Global. (304933476). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/304933476?accountid=17242>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Von Kruse, W. R., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the lubben social network scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, *46*(4), 503–513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>

- Lung diseases and conditions - pulmonary hypertension; investigators at department of pulmonary research target pulmonary hypertension (exercise tolerance improves after pulmonary rehabilitation in pulmonary hypertension patients). (2017, Jun 01). *Politics & Government Week* Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1902171864?accountid=17242>
- Mafutha, G. N., & Wright, S. C. D. (2013). Compliance or non-compliance of hypertensive adults to hypertension management at three primary healthcare day clinics in tshwane. *Curationis*, 36(1), 1-6. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1737514633?accountid=17242>
- Matheny, K. B., Aycock, D. W., Curlette, W. L., & Junker, G. N. (2003). The Coping Resources Inventory for Stress: A measure of perceived resourcefulness Originally published in Volume 49, Number 6, 1993, pages 815–830. *Journal Of Clinical Psychology*, 59(12), 1261-1277.
- Maulina. (2013). Hubungan Karakteristik dan Fungsi Keluarga dengan Pengendalian Hipertensi pada Lanjut Usia di Kelurahan Cisalak Pasar Cimanggis Kota Depok. Unpublished master's thesis, FIK UI : Depok Indonesia
- McLean, D., (2012) Awareness, Measurement, Treatment and Control of Hypertension. Faculty of Nursing University of Alberta : Canada
- Mendes, M. A., da Cruz, D. A., & Angelo, M. (2015). Clinical role of the nurse: Concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 318-331. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12545>
- Mohamadian, H., Ghannaei, M., Kortdzanganeh, J., & Meihan, L. (2013). Reliability and Construct Validity of the Iranian Version of Health - promoting Lifestyle Profile in a Female Adolescent Population, 4(1).
- Mohsenipouya, H., Majlessi, F., Shojaeizadeh, D., Foroushani, A. R., Habibi, V., Makrani, A. S., ... Hospital, F. (2016). *Electronic Physician* ( ISSN : 2008-5842 ), (April), 2274–2280.
- Mulyati, L., Yetti, K., Sukmarini, L., Tinggi, S., Kesehatan, I., Keperawatan, F. I., & Indonesia, U. (n.d.). Analisis Faktor yang Memengaruhi Self Management Behaviour pada Pasien Hipertensi.
- Mushtaq, M., & Najam, N. (2014). Depression, anxiety, stress and demographic determinants of hypertension disease. *Pakistan Journal of Medical Sciences Quarterly*, 30(6), 1293-1298. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1636192219?accountid=17242>
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10 2015-2017*. Jakarta : EGC
- Netismar. (2017). Hubungan Karakteristik, Dukungan Keluarga dan Motivasi Diabetes

Tipe II dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Kecamatan Jagakarsa Jakarta Selatan. Unpublished master's thesis FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia

- Nies, M. A., & McEwen, M. (2001). Community health nursing: promoting the health of populations.
- Nordin, M., & Nordin, S. (2013). Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 54(6), 502-507. doi:10.1111/sjop.12071
- Nuwaha, F., & Musinguzi, G. (2013). Pre-Hypertension In Uganda : A Cross-Sectional Study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-13-101>
- Nygaard, E., & Heir, T. (2012). World Assumptions , Posttraumatic Stress And Quality Of Life After A Natural Disaster : A Longitudinal Study. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-76>
- Ojo, O. S., Malomo, S. O., & Sogunle, P. T. (2016). Blood Pressure ( BP ) Control And Perceived Family Support In Patients With Essential Hypertension Seen At A Primary Care Clinic In Western Nigeria, 569–576. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.197284>
- Oliveira, A., Pereira, M., Severo, M., & Lopes, C. (2010). Role Of Physical Activity And Diet In Incidence Of Hypertension : A Population-Based Study In Portuguese Adults, 1441–1449. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2010.170>
- Park, J. E., Jung, H., & Lee, J. E. (2013). Dietary Pattern And Hypertension In Korean Adults, 17(3), 597–606. <https://doi.org/10.1017/S1368980013000219>
- Parr, J. D., Lindeboom, W., Khanam, M. A., & Pérez Koehlmoos, T.,L. (2011). Diagnosis Of Chronic Conditions With Modifiable Lifestyle Risk Factors In Selected Urban And Rural Areas Of Bangladesh And Sociodemographic Variability Therein. *BMC Health Services Research*, 11, 309. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-309>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M., (2015) Health Promotion in Nursing Practice. 7<sup>th</sup> edition. United State of America
- Pereira, D., & Elfering, A. (2014). Social Stressors At Work And Sleep During Weekends : The Mediating Role Of Psychological Detachment, 19(1), 85–95. <https://doi.org/10.1037/a0034928>
- Persson, C. U., Danielsson, A., Sunnerhagen, K. S., Grimby-Ekman, A., & Hansson, P. (2014). Timed up & go as a measure for longitudinal change in mobility after stroke - postural stroke study in gothenburg (POSTGOT). *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation*, 11, 83. <http://dx.doi.org/10.1186/1743-0003-11-83>

- Persson, L., Lingfors, H., Nilsson, M., & Mölsted, S. (2015). The Possibility Of Lifestyle And Biological Risk Markers To Predict Morbidity And Mortality In A Cohort Of Young Men After 26 Years Follow-Up, 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006798>
- Peters, R. M. (2006), The Relationship of Racism, Chronic Stress Emotions, and Blood Pressure. *Journal of Nursing Scholarship*, 38: 234–240. doi:10.1111/j.1547-5069.2006.00108.x
- Petkeviciene, J., Klumbiene, J., Simonyte, S., Ceponiene, I., Jureniene, K., Kriaucioniene, V., . . . Lesauskaite, V. (2014). Physical, behavioural and genetic predictors of adult hypertension: The findings of the kaunas cardiovascular risk cohort study. *PLoS One*, 9(10), e109974. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0109974>
- Polit, D.F & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research : methods, appraisal and utilization*. Philadelphia Lippincot William & Walkin
- Potter, P., Perry, A., (2010). *Fundamental of Nursing*. Elsevier : Singapore
- Prasetya, (2014). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi di Puskesmas Bernung Kabupaten Pesawaran. STIKes Aisyiyah Pringsewu : Pringsewu, Lampung
- Prasetyani, R., (2015). Hubungan Dukungan Keluarga, Interaksi Sosial dan Fungsi Kognitif dengan Depresi pada Lanjut Usia di Kecamatan Rajabasa Bandar Lampung. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung : Bandar Lampung Indonesia
- Pratiwi, I., Laksmiwati, H., (2012). Pengaruh Dukungan Emosional, Dukungan Penghargaan, Dukungan Instrumental dan Dukungan Informatif Terhadap Stres Pada Remaja di Yayasan Panti Asuhan Putra Harapan Asrori Malang. Fakultas Ilmu Pendidikan Jurusan Psikologi UNS : Surabaya
- Putri, A., (2014). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Pada Lansia di Posyandu Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton. Universitas Lampung : Bandar Lampung, Indonesia
- Qaddumi, J., Holm, M., Alkhaldeh, A., Albashtawy, M., AL Omari, O., Batiha, A.-M., ... Da'she, A. (2016). Prevalence Of Hypertension And Pre-Hypertension Among Secondary School Students. *International Journal Of Advanced Nursing Studies*, 5(2), 240. <https://doi.org/10.14419/ijans.v5i2.6878>
- Rasdiyannah (2017). Pengaruh Pendidikan Menggunakan Media *Booklet* Dan *Diary* Terhadap Efikasi Diri Dan Motivasi Pada Ibu Rumah Tangga Dengan Hipertensi di Kota Depok. Kesehatan. Unpublished master's thesis, FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia
- Rohmah, S., (2014). Gambaran Dukungan Keluarga yang Dirasakan Lansia Hipertensi

di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok. FIK Universitas Indonesia : Depok

- Roy, s. c., & Corliss, C. P. (1993). *The Roy Adaptation Model : theoretical update and Knowledge for Practice*. New York : National League for Nursing
- Safitri, U., (2016). *Hubungan Perilaku Manajemen Stres Terhadap Tekanan Darah Ibu Rumah Tangga Penderita Hipertensi Di Salamrejo*.PSIK FK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta: Yogyakarta.
- Saleh & Huriani. (2014). Hubungan Tingkat Stres dengan Derajat Hipertensi pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang Tahun 2014. *Ners Jurnal Keperawatan*, 10(1), 166–175.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S., (2014). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Sagung Seto : Jakarta
- Saunders, M., (2006). *Influence of Heart Failure Caregiving on Caregiver Burden, Careiver Health-Related Quality of Life And Patient Hospitalization*. Wayne State University : Detroit, Michigan
- Schwappach, A., Pearce, G., Parke, H., Epiphaniou, E., Pinnock, H., & Taylor, S. J. C. (2014). Supporting self-management for people with hypertension: A meta-review of quantitative and qualitative systematic reviews. *The Lancet*, 384 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62194-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62194-2)
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social Support And Health: A Theoretical And Empirical Overview. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 8, 99–127.
- Semmer, N. K., Elfering, A., Jacobshagen, N., Perrot, T., & Beehr, T. A. (2008). The Emotional Meaning of Instrumental Social Support, 15(3), 235–251. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.15.3.235>
- Senk, P. A. (2011). *A nursing domain model: Prevention of pressure ulcers* (Order No. 3462814). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (879084410). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/879084410?accountid=17242>
- Shea, E. O., Timmons, S., Shea, E. O., Fox, S., & Irving, K. (2017). Key Stakeholders ' Experiences Of Respite Services For People With Dementia And Their Perspectives On Respite Service Development : A Qualitative Systematic Review, 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0676-0>
- Sheppard, J. P., Schwartz, C. L., Tucker, K. L., & Mcmanus, R. J. (2016). Modern Management and Diagnosis of Hypertension in the United Kingdom : Home Care and Self-care. *Annals of Global Health*, 82(2), 274–287. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.005>
- Siceloff, Wilson, Horn, L. & Van. (2014). A Longitudinal Study of the Effects of

Instrumental and Emotional Social Support on Physical Activity in Underserved Adolescents in the ACT Trial, 71–79. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9571-x>

- Sigarlaki, H., (2006). Karakteristik dan Faktor Berhubungan dengan Hipertensi di Desa Bocor, Kecamatan Bulus Pesantren, Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah. Ilmu Kesehatan Masyarakat UKI : Jakarta
- Singarimbun, M., & Effendi S., (1995). Metode Penelitian Survey. LP3ES : Jakarta
- Singh, K., Kondal, D., Shivashankar, R., Ali, M. K., Pradeepa, R., Ajay, V. S., Tandon, N. (2017). Health-related quality of life variations by sociodemographic factors and chronic conditions in three metropolitan cities of South Asia: the CARRS study. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018424>
- So, W., & Choi, D. (2010). The Association of Life Style with Hypertension in Korean Women, *39*(3), 37–44.
- Soejono, C., (2009). Hipertensi Sistolik Terisolasi di Indonesia, Prevalensi dan Faktor Risiko. Program Studi Epidemiologi FKM Universitas Indonesia : Depok
- Soelistyowati, T., (2009). Peranan Kepuasan Kerja Dan Dukungan Sosial Terhadap Kesejahteraan Psikologi Pada Penerbang TNI Angkatan Udara. Itas IndonesFakultas Psikologi Universitas Indonesia : Depok Indonesia
- Solikhah, M. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Efikasi Diri Klien Tb Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Jagakarsa Jakarta Selatan. Unpublished master's thesis FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia
- Souza, D., Maria, T., Moreira, M., Souza, E., Menezes, B. De, Maria, A., ... Mattos, M. (2016). Effectiveness of Educational Technology in Promoting Quality of Life and Treatment Adherence in Hypertensive People, 1–11.
- Stanhope, M., Lancaster, J., (2014). Public Health Nursing : Population Centered Health care In The Community. 9<sup>th</sup> edition. United state of America
- Stephoe, Andrew, Natalie Owen, Sabine R. Kunz- Ebrecht, and Lena Brydon. 2003. "Loneliness and Neuroendocrine, Cardiovascular, and Inflammatory Stress Responses in Middle-Aged Men and Women." *Psychoneuroendocrinology* 29(5):593–611
- Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review, 769–781. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>
- Stuart, G., W., (2009) Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10<sup>th</sup> edition. Mosby
- Suardana, I., (2011). Hubungan Faktor Sosiodemografi, Dukungan Sosial dan Status

Kesehatan Dengan Tingkat Depresi pada Agregat Dewasa di Kecamatan Karangasem Kabupaten Karangasem, Bali. FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia

- Sugiharto, A., (2008). Faktor-Faktor Risiko Hipertensi Grade II Pada Masyarakat (Studi Kasus di Kabupaten Karanganyar). Universitas Diponegoro : Semarang, Indonesia
- Sumeru, Novieastari & Masfuri (2014). Studi Fenomenologi : Perilaku Kesehatan Masyarakat Tengger yang Mengalami Hipertensi. FIK Universitas Indonesia. Depok Indonesia
- Survey In Guilin, China. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0358-4>
- Tamrin. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Diabetesi di Kota Semarang. Unpublished master's thesis, FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia
- Thayer, J. F., Yamamoto, S. S., & Brosschot, J. F. (2010). The Relationship Of Autonomic Imbalance , Heart Rate Variability And Cardiovascular Disease Risk Factors. *International Journal of Cardiology*, 141(2), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2009.09.543>
- Tsai, P., (1998). Development of A Middle-Range Theory of Caregiver Stress From The Roy Adaptation Model. Wayne State University : Detroit Michigan
- Tucker, M., (2011). Family Functioning and Social Isolatic as Moderators Between Stress and Child AbusePotential. Faculty of Graduate School : University of North Carolina at Greensboro
- Videbeck, S. L. (2008). Psychiatric Mental Health Nursing.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- Wei, Q., Sun, J., Huang, J., Zhou, H. Y., Ding, Y. M., Tao, Y. C., Niu, J. Q. (2015). Prevalence Of Hypertension And Associated Risk Factors In Dehui City Of Jilin Province In China. *Journal of Human Hypertension*, 29(1), 64–8. <https://doi.org/10.1038/jhh.2014.32>
- Weinert, C., Cudney, S., & Spring, A. (2008). Evolution of a conceptual model for adaptation to chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 364-72. Retrieved from <https://remote-lib.ui.ac.id:2063/docview/236376322?accountid=17242>
- Wirtz, P. H., Thomas, L., Domes, G., Penedo, F. J., Ehlert, U., & Nussbeck, F. W. (2013). Psychoendocrine validation of a short measure for assessment of perceived

stress management skills in different non-clinical populations. *Psychoneuroendocrinology*, 38(4), 572–586. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.07.017>

Wright, J. T., Whelton, P. K., & Cg, M. S. (2018). Potential U.S. Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline, 71(2). <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.10.073>

Xu, X., Rao, Y., Shi, Z., Liu, L., Chen, C., & Zhao, Y. (2016). Hypertension Impact on Health-Related Quality of Life : A Cross-Sectional Survey among Middle-Aged Adults in Chongqing , China, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/7404957>

Yenni. (2011) Hubungan Dukungan dan Karakteristik Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukit Tinggi. FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia

Yu, J., Zou, D., Xie, M., Ye, Y., Zheng, T., Zhou, S., Glushakova, O. (2016). The interaction effects of risk factors for hypertension in adults: a cross-sectional survey in Guilin, China. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0358-4>

Yuslina. (2011) Hubungan Karakteristik Klien dan Dukungan Keluarga dengan Program Pemulangan dari Rumah Sakit dan Perawatan di Rumah pada Agregat Dewasa Pasca Stroke di Kota Bukit Tinggi. FIK Universitas Indonesia : Depok Indonesia.

Zurmeli, Bayhakki, Utami, G., (2012). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien gagal Ginjal Kronis yang Menjalankan Terapi Haemodialisa di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Departemen Keperawatan Komunitas Universitas Riau.

## **PENJELASAN PENELITIAN**

Saya Dian Asih Rianty (NPM 1606859310), adalah mahasiswa Program Magister Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, saya bermaksud melakukan penelitian di Kabupaten Pringsewu untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan manajemen stres pada dewasa hipertensi.

Melalui penjelasan berikut, peneliti bermaksud meminta Bapak/Ibu untuk menjadi peserta dalam penelitian ini. Bapak/Ibu sama sekali tidak dipaksa untuk mengikuti penelitian, peneliti menghormati keputusan Bapak/Ibu untuk tidak menjadi peserta penelitian maupun tidak bersedia memberikan informasi selama penelitian dilaksanakan tanpa adanya sanksi apapun. Bapak/Ibu yang bersedia menjadi peserta penelitian akan mengisi kuesioner tentang data demografi, dukungan keluarga dan manajemen stres selama  $\pm$  45 menit. Selain itu, peneliti menjamin kerahasiaan data serta informasi yang Bapak/Ibu berikan dengan cara menggunakan inisial pada lembar kuesioner dan saat melakukan pengolahan data. Berkas penelitian akan disimpan sebagai dokumen yang hanya akan digunakan untuk proses pendidikan dan akan dihancurkan setelah lima tahun.

Penelitian bebas dari ketidaknyamanan dengan mempersilahkan Bapak / Ibu mengisi kuesioner sendiri tanpa dibantu keluarga maupun petugas kesehatan yang ada dan bertanya apabila terdapat pertanyaan yang kurang dimengerti oleh Bapak/Ibu. Peneliti melakukan kontrak ulang apabila saat pengisian kuesioner Bapak/Ibu merasa lelah ataupun ada aktivitas lain.

Melalui penjelasan ini peneliti sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu ikut secara aktif sebagai peserta penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya, peneliti ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Dian Asih Rianty

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI  
PESERTA PENELITIAN (RESPONDEN)  
(*Informed Consent*)**

Saya memahami bahwa penelitian ini memberikan manfaat, merahasiakan data, identitas dan informasi yang saya berikan, menjamin tidak terjadi ketidaknyamanan, tidak ada sanksi apabila saya tidak bersedia memberikan informasi dan tidak ada tuntutan atas informasi yang saya berikan dikemudian hari.

Saya menyatakan **bersedia/tidak bersedia\*** untuk berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun.

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pringsewu, Maret 2018

Peneliti,

Yang Membuat Pernyataan

Dian Asih Rianty

( )

Keterangan \*: Coret yang tidak perlu



**KUESIONER PENELITIAN  
DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MANAJEMEN STRES PADA  
DEWASA HIPERTENSI DI KABUPATEN PRINGSEWU**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
UNIVERSITAS INDONESIA**

---

**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

1. Bacalah kuesioner dengan seksama
2. Bapak / Ibu akan mendapatkan pertanyaan tentang identitas diri Bapak / Ibu serta hal-hal yang dilakukan / dirasakan selama mengalami hipertensi
3. Jawablah setiap pertanyaan dengan mengisi pada lembar yang disediakan dengan memberi tBapak / Ibu **check list** (✓) sesuai kondisi Bapak / Ibu
4. Bila Bapak / Ibu ingin mengganti jawaban, coret tBapak / Ibu **check list** (✓) dengan tBapak / Ibu sama dengan (≠) kemudian beri tBapak / Ibu **check list** (✓) pada jawaban yang baru.
5. Tidak ada jawaban yang benar dan salah, sehingga di mohon untuk mengisi dengan benar dan jujur sesuai kondisi yang ada.

- SELAMAT MENGERJAKAN -

Kode responden (diisi oleh peneliti)

**Data Diri Peserta Penelitian**

1. Inisial :
2. Usia : tahun
3. Jenis Kelamin :
  1.  Laki-laki
  2.  Perempuan
4. Pendidikan
  1.  SD / MI
  2.  SMP / MTs
  3.  SMA / MAN
  4.  Diploma
  5.  Sarjana
  6.  S2
5. Penghasilan
  1.  < Rp. 2.074.673
  2.  ≥ Rp. 2.074.673
6. Riwayat hipertensi / jantung / stroke / ginjal / kencing manis
  1.  Ada riwayat keluarga
  2.  Tidak ada riwayat

Kami ingin mengetahui, seberapa sering keluarga telah membantu Bapak/Ibu dengan cara memilih jawaban dari setiap pernyataan.

1. Tidak pernah: Jika Bapak/Ibu sama sekali tidak memperoleh bantuan
2. Kadang-kadang: Jika Bapak/Ibu pernah mendapatkan bantuan sesuai kebutuhan
3. Cukup baik: Jika Bapak/Ibu sering mendapatkan bantuan sesuai kebutuhan
4. Baik : Jika Bapak/Ibu selalu mendapatkan bantuan sesuai kebutuhan

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Cukup Baik	Baik
1	Keluarga mengantar Bapak/Ibu untuk memeriksakan kesehatan				
2	Keluarga meluangkan waktu untuk Bapak/Ibu bercerita tentang perasaan yang dialami				
3	Keluarga menyediakan dana kesehatan (uang/asuransi kesehatan) untuk memelihara kesehatan Bapak/Ibu				
4	Keluarga menyediakan transportasi untuk memfasilitasi Bapak/Ibu ke pelayanan kesehatan				
5	Keluarga menemani Bapak / Ibu untuk berolahraga				
6	Keluarga menyediakan makanan rendah garam dalam sajian makanan Bapak/ Ibu				
7	Keluarga memberikan suasana nyaman dan tenang saat Bapak/Ibu beristirahat				
8	Keluarga memberikan saran kepada Bapak/Ibu mengenai apa yang dilakukan saat mengalami stres seperti yang Bapak/Ibu rasakan				
9	Keluarga mengusulkan beberapa tindakan yang harus dilakukan untuk menghadapi masalah yang sedang Bapak / Ibu alami				
10	Keluarga memberikan informasi yang membuat situasi sulit menjadi lebih jelas dan mudah untuk dipahami				
11	Keluarga membantu Bapak/Ibu mengerti mengapa Bapak/Ibu tidak berhasil melakukan sesuatu dengan baik				
12	Keluarga menjelaskan siapa yang sebaiknya Bapak/Ibu hubungi untuk mendapatkan bantuan untuk mengatasi masalah yang sedang dialami				
13	Keluarga mengomentari bagaimana Bapak/Ibu menghadapi masalah tanpa mengatakan apakah itu baik atau buruk				
14	Keluarga memeriksa kembali dengan Bapak/Ibu untuk melihat apakah Bapak/Ibu mengikuti saran yang diberikan tentang bagaimana menghadapi masalah				
15	Keluarga berada disamping Bapak/Ibu (menemani) selama Bapak/Ibu menghadapi situasi yang penuh tekanan				
16	Keluarga mengatakan bahwa Bapak/Ibu akan baik-baik saja				
17	Keluarga menghibur dengan menunjukkan kasih sayang kepada Bapak/Ibu seperti memeluk				
18	Keluarga mendengarkan Bapak/Ibu bercerita tentang perasaan pribadi Bapak/Ibu				
19	Keluarga mengatakan bahwa mereka sangat menyayangi Bapak/Ibu				
20	Keluarga dan Bapak/Ibu sering bercakap-cakap				

	(berkomunikasi) untuk menjalin keakraban				
21	Keluarga menyatakan minat dan kepedulian pada kesehatan Bapak/Ibu				
22	Keluarga menemani Bapak/Ibu menemui seseorang yang telah membantu Bapak/Ibu mengatasi masalah seperti menemani kontrol ke dokter, kerabat maupun teman				
23	Keluarga mengatakan kepada Bapak/Ibu bahwa akan merahasiakan beberapa hal yang Bapak/Ibu bicarakan secara pribadi				
24	Keluarga membantu Bapak / Ibu mengalihkan dari beberapa hal yang mengganggu pikiran Bapak/Ibu dengan melakukan beberapa aktivitas Bersama				
25	Keluarga memberi tahu Bapak / Ibu bagaimana perasaan mereka dalam menghadapi situasi serupa				
26	Keluarga membuat Bapak / Ibu merasa bahwa keluarga mengerti tentang apa yang Bapak / Ibu sedang alami				
27	Keluarga mendengarkan nasehat dan bimbingan dari Bapak / Ibu				
28	Keluarga menghargai pendapat yang Bapak / Ibu berikan				
29	Keluarga mendengarkan saat Bapak / Ibu berbicara tentang perasaan pribadi Bapak / Ibu				
30	Keluarga mempedulikan kesehatan Bapak / Ibu dengan mengatur pola makan atau melakukan olahraga bersama atau mengingatkan untuk minum obat				
31	Keluarga merahasiakan hal-hal yang Bapak / Ibu bicarakan, terutama masalah pribadi				
32	Keluarga bersama Bapak / Ibu disaat Bapak / Ibu dalam masa sulit dan penuh tekanan				
33	Keluarga mendukung berbagai hal positif yang telah Bapak/Ibu lakukan untuk menjaga kesehatan seperti makan sehat atau melakukan olahraga ataupun mengontrol tekanan darah				
34	Keluarga menghargai berbagai hal yang Bapak/Ibu lakukan seperti mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan				

Lanjutan Lampiran 3

Jawablah pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda **check** (✓) pada salah satu PILIHAN yang Bapak/Ibu mampu lakukan.

1. Bapak / Ibu sama sekali tidak mampu melakukan ini
2. Bapak / Ibu bisa melakukan ini hanya sedikit
3. Bapak / Ibu bisa melakukan ini dengan jumlah sedang
4. Bapak / Ibu bisa melakukan ini dengan cukup mampu
5. Bapak / Ibu bisa melakukan ini dengan sangat mampu

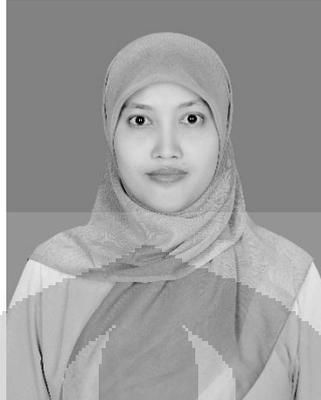
No	Pernyataan	Tidak mampu	Sedikit mampu	Cukup mampu	mampu	Sangat mampu
1	Bapak/Ibu mampu menggunakan teknik mengencangkan, mengendurkan otot-otot seluruh badan untuk mengurangi tekanan yang dialami					
2	Bapak/Ibu menyadari saat ada tekanan seperti marah					
3	Bapak/Ibu mampu mengungkapkan kebutuhan kepada orang terdekat Bapak / Ibu					
4	Bapak/Ibu dapat berkonsentrasi saat melakukan hal yang baru					
5	Bapak/Ibu mampu memutuskan dengan mudah dalam mengatasi masalah yang muncul					
6	Bapak/Ibu dapat dengan mudah mengenali situasi yang membuat Bapak / Ibu merasa stres atau kecewa					
7	Jika Bapak/Ibu marah, Bapak/Ibu mampu mengungkapkan kemarahan secara terbuka					
8	Jika Bapak/Ibu marah, Bapak/Ibu mampu mengungkapkan kemarahan secara tidak berlebihan					
9	Saat ada masalah, Bapak/Ibu tahu bagaimana cara mengatasinya					
10	Bapak/Ibu dapat merasakan ketegangan pada tubuh Bapak / Ibu					
11	Hal yang mudah bagi Bapak/Ibu untuk mendapatkan pertolongan ataupun dukungan saat dibutuhkan					
12	Bapak/Ibu menyadari berbagai pikiran yang dapat membuat Bapak/Ibu merasa tertekan dan menimbulkan stres					
13	Bapak/Ibu mampu membela hak Bapak/Ibu tanpa melanggar hak orang lain					
14	Bapak/Ibu mampu menggunakan teknik imajinasi terbimbing (membayangkan) untuk mengurangi ketegangan yang Bapak/Ibu alami					
15	Bapak/Ibu mampu mengekspresikan (meluapkan) kemarahan dengan seimbang dan masuk akal					
16	Bapak/Ibu mampu memilih pilihan terbaik untuk mengatasi masalah yang sulit					
17	Bapak/Ibu mampu menemukan pemikiran yang seimbang meski di masa - masa sulit					
18	Bapak/Ibu dapat meminta bantuan kapan pun Bapak/Ibu membutuhkan kepada orang- orang yang ada					

==TERIMAKASIH ATAS PARTISIPASI BAPAK/IBU==

### Jadwal Kegiatan Penelitian

No	Uraian kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni		Juli
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	4	1
1	Konsultasi judul penelitian	■																		
2	Penyusunan dan konsultasi BAB I – 4	■	■	■	■															
3	Ujian proposal					■														
4	Ujian etik dan proses pengajuan ijin penelitian						■	■	■											
5	Pengambilan data penelitian								■	■	■									
6	Pengolahan data									■	■	■								
7	Penyusunan dan konsultasi BAB 5										■	■	■							
8	Penyusunan dan konsultasi BAB 6-7											■	■	■	■					
9	Pelaksanaan seminar hasil																■	■		
10	Pelaksanaan sidang tesis																		■	
11	Revisi																			■

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENELITI



### A. Biodata

Nama : Dian Asih Rianty  
Tempat Tanggal Lahir : Pringsewu, 17 Juni 1984  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat Rumah : Sidodadi Rt 04 Rw 03 Pekon Wates Kecamatan  
Gadingrejo Kabupaten Pringsewu, Lampung  
Email : [dianasihrianty@gmail.com](mailto:dianasihrianty@gmail.com)

### B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 4 Wates Kec. Gadingrejo, Kab. Pringsewu, Lampung. Lulus tahun 1996
2. SMPN 1 Gadingrejo Kab. Pringsewu, Lampung. Lulus tahun 1999
3. SMAN 1 Pringsewu Kab. Pringsewu, Lampung. Lulus tahun 2002
4. PSIK FK UNSRI Palembang. Lulus tahun 2007
5. Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2016-sekarang)

### C. Riwayat Pekerjaan

1. Perawat pelaksana RSUD Bob Bazar Kalianda Kab. Lampung Selatan (2008-2012)
2. Perawat Pelaksana RSUD Pringsewu Kab. Pringsewu (2013-2015)
3. Perawat Pelaksana UPT Puskesmas Wates Kab. Pringsewu (2016-sekarang)