



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN  
DENGAN *SELF CARE MANAGEMENT* PADA ASUHAN  
KEPERAWATAN PASIEN HIPERTENSI DI RSUD KUDUS**

**TESIS**

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

**ANDY SOFYAN PRASETYO**

1006800705

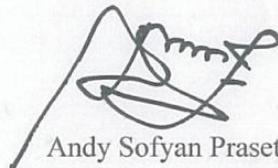
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
DEPOK, JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya

Depok, 12 Juli 2012



Andy Sofyan Prasetyo

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Andy Sofyan Prasetyo

NPM : 1006800705

Tanda tangan : 

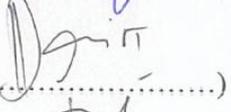
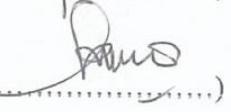
Tanggal : Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Andy Sofyan Prasetyo  
NPM : 1006800705  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus

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

## DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App., Sc (.....)   
Pembimbing : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes (.....)   
Penguji : Tuti Herawati, S.Kp., MN (.....)   
Penguji : Roswita Hasan, CVRN, SpKV., M.Kep (.....) 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK

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

Nama : Andy Sofyan Prasetyo  
NPM : 1006800705  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

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

Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari 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 : 12 Juli 2012

Yang Menyatakan



Andy Sofyan Prasetyo

## ABSTRAK

Nama : Andy Sofyan Prasetyo  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan  
Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Judul : Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus

Hipertensi merupakan penyebab penyakit kardiovaskular terbanyak. Hipertensi di RSUD Kudus menempati peringkat tiga besar berdasarkan kunjungan pasien. Tujuan penelitian ini mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada pasien hipertensi di RSUD Kudus. Desain menggunakan survey analitik pendekatan *cross sectional*, teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan jumlah sampel 157. Analisis statistik menggunakan chi square. Penelitian mendapatkan hasil bahwa efikasi diri, dukungan sosial, pendidikan dan komplikasi memiliki hubungan bermakna dengan *self care management*. Penelitian ini merekomendasikan untuk meningkatkan efikasi diri dengan memperhatikan pendidikan dan usia sehingga *self care management* menjadi lebih baik.

Kata kunci :  
Analisis faktor, Hipertensi, Self care management

## ABSTRACT

Name : Andy Sofyan Prasetyo  
The study program : Master of Nursing Specialization of Medical Surgical  
Nursing  
University of Indonesia  
Title : Factors analysis associated with self-care management  
in the nursing care of patient with hypertensive in  
RSUD Kudus

Hypertension is the most of caused cardiovascular disease in the world and Indonesia. Hypertension in RSUD Kudus had leather of third caued of visiting patient The aims of research was identified factors associated with self-care management in the patient with hypertension in RSUD Kudus. Design approach used analytic cross sectional survey, techniques of sampling used purposive sampling with 157 samples. Statistical analysis was used chi square. The result of research obtained that self-efficacy; social support, education and complications had significant relationships with self care management. The study recommended to increase self efficacy by focusing to education and aged so, the self care management by better.

Key words: Factor analysis, Hypertensive, Self care management



## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Tesis yang berjudul analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus ini disusun sebagai syarat dalam mencapai gelar Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

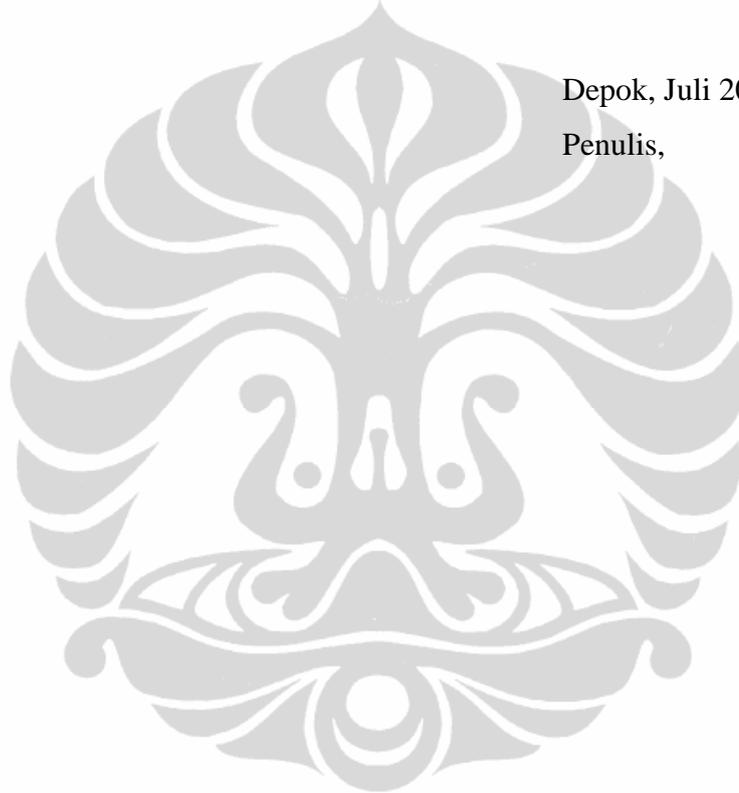
Dalam proses penyelesaian proposal ini penulis telah mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc., selaku pembimbing I yang dengan sabar telah membimbing dalam penyusunan proposal ini.
4. Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing II yang dengan sabar telah memberikan bimbingan sehingga proposal ini dapat selesai.
5. Mas'ut, SH, M.Hum, Kepala Badan Perencanaan Pengembangan Daerah Kudus
6. drg. Syakib Arsalan, M.Kes, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kudus.
7. Istriku Yulenda Firdarosa dan anakku Adhyasta Aqila Fyansa yang selalu menjadi motivasi peneliti untuk selalu semangat dalam menyelesaikan tesis ini
8. Orang tua peneliti, Bapak Karsono, Ibu Suwarsih, Bapak Ali Mu'id, Ibu Sri Rusmiyati yang selalu memberikan untaian doa restu serta semangat dalam proses pembuatan tesis ini.
9. Saudaraku Hayudinal Haqqi, Indra Bagus Setyawan, Galuh Refdy Biantara, dan sahabat-sahabatku yang selalu memberikan semangat

10. Rekan-rekan seperjuangan khususnya peminatan KMB angkatan 2010 yang selalu memberi semangat
  11. Rekan-rekan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cendekia Utama Kudus, khususnya Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memotivasi dalam pembuatan tesis ini.
  12. Semua pihak yang turut serta membantu menyelesaikan tesis ini.
- Saran yang membangun sangat penulis harapkan, sehingga penulis dapat melakukan perbaikan untuk kelanjutan penelitian.

Depok, Juli 2012

Penulis,



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR DIAGRAM.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Hipertensi.....	10
2.2 <i>Self Care Management</i> .....	35
2.3 Asuhan Keperawatan terkait <i>Self Care Management</i> .....	43
2.4 Kerangka Teori.....	47
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep.....	49
3.2 Hipotesis.....	49
3.3 Definisi Operasional.....	50
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Rancangan Penelitian.....	54
4.2 Populasi dan Sampel.....	55
4.3 Tempat Penelitian.....	57
4.4 Waktu Penelitian.....	58
4.5 Etika Penelitian.....	58
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	59
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	63
4.8 Rencana Analisis Data.....	64
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Analisa Univariat.....	70
5.2 Analisa Bivariat.....	73
5.3 Analisa Multivariat.....	77

<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	
6.1 Intepretasi dan Pembahasan Hasil Penelitian.....	81
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	91
6.3 Implikasi Hasil Penelitian.....	92
<b>BAB 7 SIMPULAN DA SARAN</b>	
7.1 Simpulan.....	94
7.2 Saran.....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



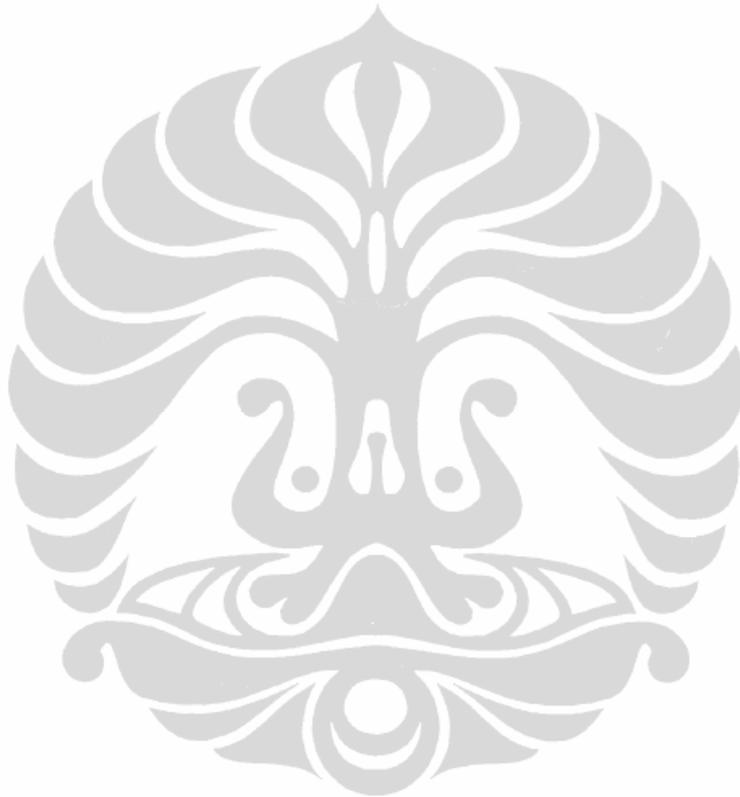
## DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Dietary Approach to Stop Hypertension	24
Tabel 2.2	Latihan untuk pasien hipertensi berdasarkan status kesehatan	27
Tabel 2.3	Generic program for individual with hipertension	28
Tabel 3.1	Definisi operasional variabel independen dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan self care management pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus	50
Tabel 3.2	Definisi operasional variabel <i>confounding</i> dalam penelitian analisis faktor-faktor yang mempengaruhi self care management pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus	52
Tabel 3.3	Definisi operasional variabel dependen dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan self care management pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus	53
Tabel 4.1	Analisis bivariat variabel independen dan dependen dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan <i>self care management</i> pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus	66
Tabel 4.2	Analisis bivariat variabel <i>confounding</i> dan dependen dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan <i>self care management</i> pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus	67
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan usia di RSUD Kudus tahun 2012	71
Tabel 5.2	Faktor-faktor yang berhubungan dengan <i>self care management</i> pasien hipertensi di RSUD Kudus tahun 2012	73

Tabel 5.3	Hubungan usia dengan self care management pasien hipertensi di RSUD Kudus	77
Tabel 5.4	Hasil seleksi bivariat variabel pengetahuan, nilai, efikasi dan dukungan social dengan <i>self care management</i> pasien hipertensi di RSUD Kudus tahun 2012	77
Tabel 5.5	Hasil pemodelan multivariat	78
Tabel 5.6	Perubahan nilai OR setelah variabel usia dikeluarkan	78
Tabel 5.7	Perubahan nilai OR setelah variabel pendidikan dikeluarkan	79
Tabel 5.8	Pemodelan terakhir analisa multivariat faktor-faktor yang mempengaruhi self care management pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus tahun 2012	79

## DAFTAR SKEMA

<b>Nomor</b>	<b>Judul Skema</b>	<b>Halaman</b>
Skema 2.1	Kerangka Teori	47
Skema 3.1	Krangka Konsep	49



## DAFTAR DIAGRAM

Nomor	Judul Diagram	Halaman
Diagram 5.1	Distribusi tingkat pendidikan, jenis kelamin, komplikasi pasien hipertensi di RSUD Kudus tahun 2012	70
Diagram 5.2	Distribusi tingkat pengetahuan, nilai, efikasi diri, dukungan social pasien hipertensi di RSUD Kudus tahun 2012	71
Diagram 5.3	Distribusi <i>self care management</i> pasien hipertensi di RSUD Kudus tahun 2012	72



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Keterangan lolos uji etik
- Lampiran 3 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 4 : Surat pernyataan kesediaan menjadi responden
- Lampiran 5 : Kuesioner penelitian







# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Hipertensi merupakan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih (Rosendorf et al, 2007 dalam Ignatavicius, 2010). Smeltzer dan Bare (2002) menjelaskan bahwa “hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan darah sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknya diatas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan diastolik 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke dan gagal ginjal .

Hipertensi merupakan faktor yang dalam perkembangannya paling banyak berkontribusi dalam tingkat kejadian penyakit kardiovaskular. Menurut Topp dan Frost (2006) di tahun 2030 diprediksikan penyakit kardiovaskular diprediksikan 41% menjadi penyebab kematian pada manusia usia produktif dalam perkembangan dunia. Tren dari industrilisasi, urbanisasi, peningkatan kekayaan, dan pertumbuhan populasi global adalah faktor yang berkontribusi dalam resiko tersebut. Prevalensi faktor resiko penyakit kardiovaskular seperti hipertensi dan obesitas lebih tinggi pada komunitas kota daripada desa. Carter, Einhorn, Brands, He, Culter dan Whelton (2008) dalam Rigsby (2011) menegaskan bahwa akibat hipertensi yang dialami oleh lebih 70 juta orang di Amerika Serikat adalah faktor resiko terjadinya penyakit kardiovaskular dan penyakit ginjal. Hipertensi merupakan masalah kesehatan umum pada masyarakat, hal ini memiliki angka resiko yang tinggi pada kejadian penyakit kardiovaskular dan ginjal (Karel et al, 2005 dalam Ho, 2009).

Angka kejadian hipertensi dan komplikasinya akan cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Whitworth (2003) dalam Ho (2009) memperkirakan pada tahun (2025), 29% dari populasi di dunia akan mengalami hipertensi, kecuali dengan tindakan pencegahan yang luas dan implementasi yang efektif. Penurunan tekanan darah berhubungan dengan penurunan angka kesakitan kardiovaskular dan ginjal serta kematian. Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2007 menunjukkan, prevalensi hipertensi di Indonesia (berdasarkan pengukuran tekanan darah) sangat tinggi, yaitu 31,7 % dari total penduduk dewasa. Prevalensi ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan Singapura 27,3 %, Thailand 22,7 %, dan Malaysia 20 %.

Tingkat prevalensi hipertensi di Kabupaten Kudus adalah tinggi hal ini dibuktikan dari data laporan program penyakit tidak menular di Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus pada tahun 2010 menunjukkan hipertensi sebanyak 38.275 kasus yang mana merupakan urutan pertama dari kasus penyakit tidak menular di Kabupaten Kudus. Jumlah kunjungan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus pada 2 tahun berturut-turut, hipertensi menduduki peringkat tiga besar dari total jumlah kunjungan. Pada tahun 2010 jumlah kunjungan pasien hipertensi sebanyak 5.339 pasien atau 19,86 % dari total kunjungan rawat jalan sedangkan pada tahun 2011 jumlah kunjungan pasien hipertensi mencapai 3.470 pasien atau 4,16% dari jumlah total kunjungan pasien rawat jalan.

Perlunya intervensi dalam rangka menurunkan tekanan darah dilakukan dengan cara farmakologis maupun non farmakologis. Manajemen hipertensi terdiri dari dua pendekatan utama yaitu modifikasi gaya hidup dan pengobatan farmakologi (ESH & ESC, 2007). Menurunkan tekanan darah pada nilai yang optimal dan pengendalian hipertensi merupakan prioritas utama dari pelayanan publik (Mancia, 2007 dalam Pinar, 2009). Hipertensi merupakan alasan yang paling sering dari kunjungan pasien, penyebab yang paling sering dari penyakit kardiovaskular dan stroke, dan penyakit ginjal. *Canadian Hypertension Education Program* (2005)

merekomendasikan beberapa penatalaksanaan hipertensi antara lain : “1) memodifikasi gaya hidup (didalamnya termasuk modifikasi diet, penurunan berat badan, dan aktivitas) merupakan strategi yang efektif untuk menurunkan tekanan darah dan menurunkan faktor resiko, 2) Penggunaan *statin dan acetylsalicylic acid (ASA)* merupakan bagian dari strategi perlindungan kardiovaskular pada pasien hipertensi, 3) *Angiotensin Converting Enzyme (ACE)* inhibitors untuk pasien dengan atherosclerosis, 4) *ACE inhibitor atau angiotensin II Receptor Blocker (ARB)* untuk klien dengan diabetes dan penyakit ginjal.”

*self care managemen* mengacu pada kemampuan individu untuk mempertahankan perilaku mereka yang efektif meliputi penggunaan obat yang diresepkan, mengikuti diet dan olahraga, pemantauan secara mandiri dan coping emosional dengan penyakit yang diderita (Lorig & Holman, 2003) dalam Zhong, Tanagasugarni, Fisher, Krudsood dan Nityasuddhi, 2011).

*Self care management* pasien hipertensi akan mempengaruhi tingkat kejadian komplikasi hipertensi yang mungkin terjadi. Hal serupa juga dijelaskan oleh Hayes (2010) dalam penelitiannya tentang pengaruh usia dan gaya hidup sehat pada resiko stroke, dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa perilaku yang dapat dirubah seperti kebiasaan merokok, kurangnya aktivitas fisik dan diet yang tidak adekuat memiliki hubungan yang penting dengan hipertensi yang berpotensi terjadinya resiko stroke melalui mekanisme peningkatan tekanan darah. Pada seseorang dengan hipertensi perubahan gaya hidup menjadi perilaku yang sehat dan medikasi adalah pendekatan yang efektif untuk managemen yang efektif untuk mengurangi stroke. Dari penelitian tersebut direkomendasikan untuk perlunya penelitian lain terkait faktor yang berhubungan penentu perilaku gaya hidup yang merupakan aspek dari *self care management* pada pasien hipertensi.

Menurut Eskridge (2010) *management* hipertensi dan CKD sangat tergantung pada kemampuan pasien sendiri untuk mengatur dan merubah atau mempertahankan perilaku yang sehat. Pengendalian berat badan, pembatasan natrium, pembatasan cairan, latihan, pembatasan asupan alkohol memberikan manfaat besar dalam mengurangi tingkat kejadian hipertensi. Mengurangi kejadian hipertensi dapat memperlambat perkembangan kerusakan pada ginjal (Gubgs & Sica, 2007 dalam Eskridge, 2010). Dari uraian tersebut maka *self care management* sangat perlu di lakukan dalam pengendalian hipertensi agar tidak terjadi komplikasi yang lebih parah.

Beberapa penelitian mengungkapkan tentang *self care management* yang dapat mempengaruhi tekanan darah terutama dari aspek nutrisi dan aktivitas. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Rigsby (2011) yang bertujuan untuk mengetahui efektivitas modifikasi gaya hidup yang sehat (pendidikan kesehatan, aktivitas, dan makanan sehat) dalam pengendalian hipertensi menunjukkan bahwa modifikasi gaya hidup yang merupakan aspek dari *self care management* pada hipertensi seperti makanan yang sehat dan peningkatan aktivitas fisik merupakan bagian integral yang termasuk usaha pengendalian tekanan darah. Hubungan aktivitas fisik dan hipertensi sangat erat, pada artikel yang dituliskan oleh Topp dan Frost (2006) menyatakan bahwa “akibat dari kurangnya aktivitas fisik menyebabkan meningkatnya resiko hipertensi”. Dari hasil penelitian yang dilakukan Guedes, Lopes, Moriera, Calvacante dan Araujo (2010) tentang prevalensi gaya hidup yang kurang aktivitas (menetap) pada individu dengan hipertensi menunjukkan hasil kurangnya aktivitas fisik sebagai karakteristik paling banyak pada individu dengan hipertensi. Pentingnya latihan aktivitas fisik dalam penatalaksanaan hipertensi di jelaskan oleh studi epidemiologi yang dilakukan oleh Lee dan Skerrett (2001) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan langsung antara keteraturan aktivitas fisik dengan penurunan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular, hal tersebut juga membatu dalam rehabilitasi penyakit jantung.

Asuhan keperawatan perlu dilakukan secara komprehensif pada pasien hipertensi dengan masalahnya. Menurut Bare dan Smelzer (2002), pengkajian menyeluruh perlu dilakukan sehingga dapat memberikan informasi yang berharga mengenai sejauh mana hipertensi telah mempengaruhi tubuh begitu juga setiap faktor yang berhubungan dengan penyakit ini dan keefektifan penatalaksanaannya. Masalah keperawatan yang muncul secara umum pada pasien hipertensi adalah kurangnya pengetahuan mengenai hubungan antara penanganan dengan kontrol proses penyakit, masalah lain adalah ketidak patuhan terhadap program perawatan diri. Intervensi keperawatan dilakukan dengan tujuan tercapainya pemahaman pasien tentang proses penyakit dengan penatalaksanaannya, kepatuhan dengan program perawatan diri, dan tidak adanya komplikasi. Intervensi secara umum yang diterapkan meliputi peningkatan pengetahuan tentang perawatan diri, kepatuhan dengan program dan pemantauan, penatalaksanaan komplikasi. Peningkatan pengetahuan tentang perawatan diri meliputi obat anti hipertensi, pembatasan natrium, dan lemak dalam diet, pengaturan berat badan, perubahan gaya hidup, program latihan dan tindak lanjut asuhan kesehatan dengan interval yang teratur.

Perlunya intervensi yang optimal agar pasien hipertensi mampu melakukan *self care management* dengan menjaga gaya hidup, diet dan aktivitasnya, dan minum obat yang diresepkan secara teratur. Bimbingan, penyuluhan dan dorongan secara terus menerus diperlukan agar pasien hipertensi mampu melaksanakan intervensi yang diterima untuk hidup dengan hipertensi dan mematuhi aturan terapinya. Gejala berkembangnya penyakit dan keterlibatan sistem tubuh lain harus dideteksi secara dini sehingga aturan terapi dapat dirubah sesuai kebutuhan Bare dan Smelzer (2002).

Fenomena yang ada di daerah Kudus pada pasien hipertensi, secara umum pasien hipertensi lebih mengutamakan upaya farmakologis kurang

diimbangi dengan upaya nonfarmakologis yaitu dengan memodifikasi gaya hidup yang meliputi modifikasi diet, pengendalian berat badan dan aktivitas fisik dalam *self care management* hipertensi yang dilakukan. Kunjungan pasien hipertensi ke pelayanan kesehatan secara umum disebabkan karena terjadinya gejala hipertensi yang dianggap sebagai gangguan oleh pasien. Dari fenomena tersebut maka dapat diasumsikan bahwa pelaksanaan *self care management* pada pasien hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus masih kurang efektif dibuktikan secara umum pasien hipertensi hanya menekankan pada salah satu aspek dari *self care management*, sedangkan kegiatan yang lain seperti olah raga, pengaturan diet, pemantau kesehatan mandiri dan koping emosional kurang mendapat perhatian.

Dari hasil survey pendahuluan didapatkan bahwa pemberian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus pada pasien hipertensi khususnya pasien yang melakukan rawat jalan kurang efektif, hal ini dikarenakan kurangnya pengkajian secara menyeluruh dimana pengkajian hanya dilakukan untuk memperoleh informasi tentang keluhan dan nilai tekanan darah pada pasien sedangkan bagaimana pasien menjalankan penatalaksanaan hipertensinya kurang diperhatikan. Sedikitnya informasi tentang penatalaksanaan hipertensi yang dilakukan oleh pasien berdampak pada intervensi dan implementasi, dalam kenyataannya intervensi yang diberikan sebatas pemberian informasi terkait kepatuhan terhadap terapi yang didapatkan saat pasien melakukan kunjungan rawat jalan. Faktor-faktor mendasar yang mempengaruhi pasien dalam melakukan *self care management* pada hipertensi perlu diperhatikan dan dikaji sehingga perawat akan mampu menentukan intervensi yang tepat.

Diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi *self care management* pada pasien hipertensi akan membantu perawat untuk menentukan intervensi dalam meningkatkan kemandirian pada pasien hipertensi sebagai aspek dari *self care management* dengan meningkatkan faktor-faktor

pendukung tersebut. Berdasarkan latar belakang tersebut, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus”.

## 1.2 Perumusan Masalah

Hipertensi merupakan penyakit yang paling banyak mendasari dalam perkembangan penyakit kardiovaskular dan penyakit ginjal. Angka kejadian hipertensi dan komplikasi yang disebabkan oleh hipertensi cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Di Indonesia angka kejadian hipertensi berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 sangat tinggi yaitu 31,7 % dari total penduduk, dan hal ini di kaitkan dengan faktor gaya hidup yang kurang aktifitas fisik, merokok, konsumsi alcohol dan stress yang merupakan gambaran dari *self care management* yang kurang baik pada pasien hipertensi. Tingkat kejadian hipertensi di kabupaten Kudus adalah tinggi hal ini dibuktikan dengan angka kejadian sebanyak 38.275 kasus di tahun 2010 dan merupakan urutan pertama dari daftar kasus penyakit yang tidak menular. Angka kunjungan pada rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus menunjukkan bahwa kasus hipertensi pada 2 tahun berturut-turut menduduki tiga peringkat besar dari total kunjungan pasien di rawat jalan.

Kurangnya perhatian terhadap *self care management* secara efektif oleh pasien hipertensi yang melakukan kunjungan di rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah Kudus merupakan faktor yang berakibat pada tingginya angka kunjungan berobat pasien hipertensi. Kurangnya pengkajian secara komperhensif pada pasien tentang faktor resiko yang mendasari kejadian hipertensi dan usaha modifikasi gaya hidup yang dilakukan pasien hipertensi berakibat pada intervensi yang diberikan sebatas pemberian informasi terkait kepatuhan dalam terapi yang didapatkan pasien saat pasien melakukan kunjungan rawat jalan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi *self care management* pada pasien hipertensi perlu diperhatikan oleh perawat, sehingga akan dapat ditentukan intervensi yang efektif pada pasien hipertensi agar mampu melakukan *self care management* dengan keadaan hipertensi yang di alaminya. Intervensi yang efektif dengan mendayagunakan pasien hipertensi dengan *self care management* hipertensi akan menurunkan angka komplikasi dan gejala yang dirasakan pasien hipertensi sebagai gangguan. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada pasien hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik pasien hipertensi meliputi pendidikan, usia, jenis kelamin dan komplikasi .

1.3.2.2 Mengidentifikasi hubungan pengetahuan dengan *self care management* pada pasien hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus

1.3.2.3 Mengidentifikasi hubungan nilai dengan *self care management* pada pasien hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus

1.3.2.4 Mengidentifikasi hubungan efikasi diri dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus

1.3.2.5 Mengidentifikasi hubungan dukungan sosial dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kudus

1.3.2.6 Mengidentifikasi faktor yang paling berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi setelah dikontrol variabel konfounding.

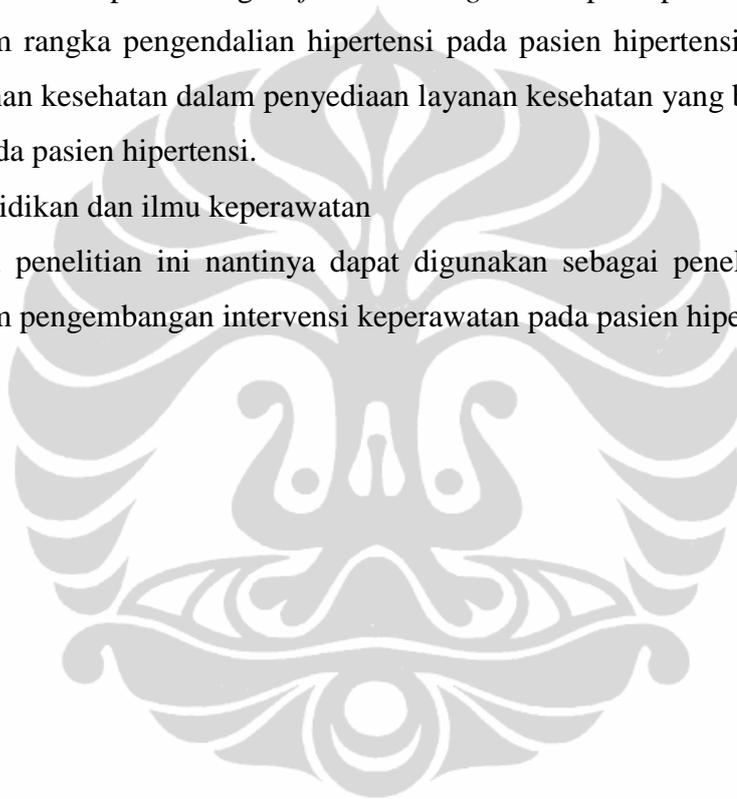
#### **1.4 Manfaat penelitian**

##### **1.4.1 Layanan dan masyarakat**

Hasil penelitian ini nantinya dapat digunakan untuk mengoptimalkan faktor-faktor pendukung *self care management* pada pasien hipertensi dalam rangka pengendalian hipertensi pada pasien hipertensi di tatanan layanan kesehatan dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas kepada pasien hipertensi.

##### **1.4.2 Pendidikan dan ilmu keperawatan**

Hasil penelitian ini nantinya dapat digunakan sebagai penelitian dasar dalam pengembangan intervensi keperawatan pada pasien hipertensi.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Hipertensi**

##### **2.1.1 Pengertian Hipertensi**

Hipertensi secara sederhana dapat dikatakan sebagai tekanan darah tinggi. Black dan Hawks (2009) mendefinisikan hipertensi sebagai peningkatan persisten dari tekanan darah sistolik (*SBP*) pada tingkat 140 mmHg atau lebih dan tekanan darah diastolik pada tingkat 90 mmHg atau lebih. Dewit (2009) menjelaskan bahwa hipertensi merupakan tekanan darah tinggi yang persisten. Pada dewasa, rata-rata tekanan sistoliknyanya sepadan atau lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastoliknyanya setara atau lebih dari 80 mmHg ketika diukur setidaknya dua kali dan rata-rata dalam 2 minggu.

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. tekanan darah normal bervariasi sesuai usia, sehingga setiap diagnosis hipertensi harus bersifat spesifik sesuai usia (Corwin, 2009). Price dan Wilson (1995) menjelaskan bahwa hipertensi didefinisikan sebagai suatu peningkatan tekanan darah sistolik dan/atau diastolik yang tidak normal. Batas yang tepat dari kelainan ini tidak pasti. Nilai yang dapat diterima berbeda sesuai dengan usia dan jenis kelamin. Namun umumnya, sistolik berkisar dari 140-160 mmHg dan diastolic antara 90-95 mmHg dianggap merupakan garis batas hipertensi. Diagnosis hipertensi sudah jelas pada kasus dimana tekanan darah sistolik di atas 160 mmHg dan tekanan darah diastolik melebihi 95 mmHg.

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan darah sistoliknyanya di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastoliknyanya di atas 90 mmHg. Pada populasi lanjut usia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik 160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90 mmHg.

### 2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Beberapa sumber mengklasifikasikan hipertensi berdasarkan nilai sistolik dan diastolik. *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* yang ke tujuh mempublikasikan revisi panduan nilai tekanan darah sistolik dan diastolik yang optimal dan hipertensif. Pada umumnya tekanan darah dianggap optimal adalah kurang dari 120 mmHg untuk tekanan sistolik dan 80 mmHg untuk tekanan diastolik, sementara tekanan darah dianggap hipertensif adalah lebih dari 140 mmHg untuk sistolik dan lebih dari 90 mmHg untuk diastolik. Istilah “pra hipertensi” adalah tekanan darah antara 120 dan 139 mmHg untuk sistolik dan 80 dan 89 mmHg untuk diastolik.

*World Health Organization-International Society of Hypertension* (2009), mengklasifikasikan hipertensi adalah sebagai berikut; tekanan darah optimal adalah tekanan darah dengan nilai sistolik <120 mmHg dan diastolik <80 mmHg, tekanan darah normal adalah tekanan darah dengan nilai sistolik <130 mmHg dan diastolik < 85 mmHg, normal-tinggi adalah tekanan darah dengan nilai sistolik 130-139 mmHg dan diastolik 90-99 mmHg, hipertensi *grade 1* dengan nilai sistolik 140-159 mmHg dan diastolinya 90-94 mmHg, hipertensi *grade 2* dengan nilai tekanan sistolik 160-179 mmHg dan diastolik 100-109 mmHg, hipertensi *grade 3* dengan nilai sistolik  $\geq 180$  mmHg dan diastolik  $\geq 100$  mmHg serta jenis hipertensi ISH (*isolated systolic hypertension*) yaitu tekanan darah dengan sistolik  $\geq 140$  mmHg dan diastolik < 90 mmHg. Dewit (2009) juga menjelaskan bahwa *isolated systolic hypertension* merupakan akibat dari peningkatan kardiak output atau perubahan pada aterosklerosis dalam pembuluh darah atau keduanya.

Berdasarkan klasifikasi lain yang di tuliskan oleh *The Nation Institutes of Health* (2003), hipertensi diklasifikasikan menjadi optimal, pre hipertensi, hipertensi tahap 1 dan hipertensi tahap 2. Disebut dengan nilai tekanan

darah optimal jika nilai tekanan sistoliknya adalah  $<120$  mmHg dan tekanan darah diastoliknya adalah  $< 80$  mmHg, pre hipertensi adalah tekanan darah dengan nilai tekanan sistolik 120 mmHg dan diastolik 80-89 mmHg. Dikatakan sebagai hipertensi jika tekanan sistolik adalah  $\geq 140$  mmHg dan diastoliknya  $\geq 90$  mmHg. Hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu hipertensi tahap 1 dengan nilai sistolik 140-159 mmHg dan diastolik 90-99 mmHg, hipertensi tahap 2 dengan nilai sistolik  $\geq 160$  mmHg dan diastolik  $\geq 100$  mmHg.

Terdapat dua tipe hipertensi secara umum yaitu hipertensi esensial (primer atau idiopati) dan Hipertensi sekunder. Menurut Gardner (2007) hipertensi primer adalah hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya, lebih dari 90% pasien termasuk jenis hipertensi primer, kebanyakan pasien hipertensi ini tidak menunjukkan keluhan atau gejala. Sebab-sebab yang mendasari hipertensi esensial masih belum diketahui. Namun sebagian besar disebabkan oleh ketidak normalan tertentu pada arteri, yakni mereka memiliki resistensi yang semakin tinggi (kekakuan atau kekurangan elastisitas) pada arteri-arteri yang kecil yang paling jauh dari jantung (arteri perifer atau arterioles), hal ini seringkali berkaitan dengan faktor-faktor genetik, obesitas, kurang olahraga, asupan garam berlebih, bertambahnya usia, dll. Sedangkan menurut Dewit (2009) jika terjadi gabungan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik maka seseorang didiagnosis dengan hipertensi primer atau dikenal dengan hipertensi esensial atau idiopati. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang diketahui penyebabnya. Menurut Dewit (2009) seseorang dikatakan mengalami hipertensi sekunder jika perkembangan hipertensi yang dialaminya dari penyebab yang diketahui, penyakit atau masalah khusus.

### 2.1.3 Etiologi Hipertensi

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi tekanan darah yaitu kecepatan denyut jantung (*HR*), volume sekuncup (*SV*) dan TPR. Corwin (2009) menjelaskan bahwa peningkatan salah satu dari tiga variabel yang

tidak dikompensasi dapat menyebabkan hipertensi. Peningkatan denyut jantung dapat terjadi akibat rangsangan saraf simpatis dan hormonal yang abnormal pada nodus SA. Peningkatan denyut jantung yang kronis seringkali menyertai kondisi hipertiroidisme. Akan tetapi, peningkatan denyut jantung biasanya dikompensasi dengan penurunan volume sekuncup atau TPR, sehingga tidak menyebabkan hipertensi.

Peningkatan volume sekuncup yang kronis dapat terjadi jika volume plasma meningkat dalam waktu yang lama, karena peningkatan volume plasma direfleksikan dengan peningkatan volume diastolik akhir sehingga volume sekuncup dan tekanan darah. Peningkatan volume diastolik akhir dihubungkan dengan peningkatan *preload* jantung. Peningkatan *preload* biasanya berhubungan dengan peningkatan hasil pengukuran tekanan darah sistolik. Peningkatan volume sekuncup yang berlangsung lama dapat terjadi akibat gangguan penanganan garam dan air oleh ginjal atau konsumsi garam yang berlebihan.

Peningkatan TPR yang kronis dapat terjadi pada peningkatan rangsang saraf simpatis dan hormon pada arteriol, atau responsifitas yang berlebihan pada arteriol terhadap rangsang yang normal. Kedua hal tersebut akan menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Pada peningkatan TPR, jantung harus memompa lebih kuat, dan dengan demikian menghasilkan tekanan yang lebih besar, untuk mendorong darah melintasi pembuluh darah yang menyempit. Menurut Dewit (2009), Hipertensi merupakan refleksi dari mekanisme homeostatik yaitu : 1) pengontrolan besar pembuluh darah sebagai respon terhadap rangsang, 2) pengaturan volume cairan di intravascular dan ekstrasvascular, 3) pengendalian cardiac output.

Dari beberapa pendapat dari berbagai referensi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa hipertensi disebabkan atau dipengaruhi oleh tiga aspek yaitu frekwensi denyut jantung (HR), volume sekuncup (SV) dan keadaan pembuluh darah atau besar pembuluh darah (TPR) dimana 3 aspek

tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

#### 2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Beberapa sumber menjelaskan tentang proses perjalanan penyakit hipertensi, Smeltzer dan Bare (2009) menjelaskan tentang hipertensi; mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari *kolumna medulla spinalis ganglia simpatis* di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat *vasomotor* dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, *neuron preganglion* melepaskan *asetilkolin*, yang akan merangsang serabut saraf *pasca ganglion* ke pembuluh darah dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

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

Untuk pertimbangan *gerontology*, perubahan structural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan gaya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer.

### **2.1.5 Faktor Resiko Hipertensi**

Faktor resiko hipertensi dapat dibagi menjadi faktor yang tidak dapat dimodifikasi atau tidak dapat diubah dan dapat dimodifikasi atau dapat diubah. Black dan Hawks (2009) menjelaskan tentang faktor-faktor tersebut :

#### **2.1.5.1 Faktor yang tidak dapat di ubah**

##### **2.1.5.1.1 Riwayat keluarga**

Beberapa genetik dari beberapa orang dan lingkungan dapat berpengaruh pada peningkatan tekanan darah. Genetik merupakan faktor predisposisi yang membuat keluarga tertentu lebih rentan terhadap hipertensi dan mungkin juga berhubungan dengan nilai natrium intraselular dan menurunkan rasio kalium dan natrium, hal ini lebih sering terjadi pada kelompok kulit hitam dari pada kelompok yang lain. Klien dengan orang tua yang memiliki hipertensi beresiko lebih besar terjadi hipertensi.

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga tersebut mempunyai resiko mengalami hipertensi. Individu dengan orang tua hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar

untuk mengalami hipertensi daripada individu yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi (Wulandari, 2011).

#### 2.1.5.1.2 Umur

Insiden hipertensi terjadi peningkatan seiring dengan pertambahan umur, 50% sampai dengan 60% dari klien yang lebih tua dari 60 tahun memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Perry dan Potter (2005) menjelaskan bahwa insiden hipertensi meningkat seiring bertambahnya umur, pada usia di atas 60 tahun, 50-60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya. Karena semakin meningkatnya usia akan terjadi penurunan elastisitas pembuluh darah. Proses degeneratif pada pembuluh darah yang dialami lansia berperan pada peningkatan TPR sebagai salah satu unsur peningkatan tekanan darah.

#### 2.1.5.1.3 Jenis Kelamin

Secara umum tingkat kejadian hipertensi lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan sampai dengan usia sekitar 55 tahun. Antara umur 55 tahun sampai dengan 77 tahun, resiko pada laki-laki dan perempuan adalah sama. Setelah 74 tahun, perempuan lebih beresiko.

#### 2.1.5.1.4 Etnik

Diindikasikan angka kematian karena hipertensi paling rendah pada perempuan kulit putih pada angka 4,7%; laki-laki kulit putih 6,3%, pada laki-laki kulit hitam 22,5% serta kematian rata-rata yang paling tinggi adalah pada perempuan kulit hitam pada angka 29,3%. Alasan dari meningkatnya angka kematian karena hipertensi pada kulit hitam belum diketahui, namun peningkatan tersebut dikaitkan dengan rendahnya renin, meningkatnya sensitivitas vasopresin, tingginya asupan garam dan tingginya stres lingkungan.

## 2.1.5.2 Faktor resiko yang dapat diubah

### 2.1.5.2.1 Diabetes

Hipertensi sering muncul pada klien yang mengalami diabetes, diabetes mengakibatkan aterosklerosis dan kemudian akan mengakibatkan hipertensi karena adanya banyak kerusakan pada pembuluh darah. Oleh karena itu akan sering mengiringi diabetes apabila diabetes tidak terkontrol (Dewit, 2009) .

### 2.1.5.2.2 Stress

Stres adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh transaksi antara individu dan lingkungan yang menimbulkan persepsi jarak antara tuntutan yang berasal dari situasi dengan sumber-sumber daya sistem biologis, psikologis dan sosial dari seseorang (Muhammadun, 2010). Menurut *National Safety Council* (1994) stres merupakan suatu keadaan ketidak mampuan mengatasi ancaman yang dihadapi oleh mental, fisik dan spiritual manusia, yang pada suatu saat dapat mempengaruhi kesehatan fisik pada manusia tersebut. Dari definisi-definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa stres merupakan ketidak mampuan seseorang dalam menghadapi ancaman dalam bentuk fisik maupun psikis yang berdampak pada terganggunya kesehatan pada orang tersebut.

Stres meningkatkan *resistan vascular perifer*, *cardiac output* dan aktivitas sistem saraf parasimpatis. Stress dalam jangka waktu lama mengakibatkan hipertensi dapat terjadi. Stresor dapat berbagai hal, kesibukan, infeksi, trauma, obesitas, usia tua, obat, penyakit, pembedahan dan terapi medis yang dapat mengakibatkan stres. Stress terjadi melalui aktifitas saraf simpatis (saraf yang bekerja pada saat kita beraktifitas). Peningkatan aktifitas saraf simpatis mengakibatkan meningkatnya tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Menurut para ahli, stress merupakan salah satu faktor penunjang

terjadinya hipertensi (Purwati, 2002). Ditegaskan oleh Muhammadun (2010) stres dapat merangsang kelenjar adrenal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat sehingga tekanan darah akan meningkat.

Stres berdampak pada perilaku seseorang yang berakibat pada peningkatan tekanan darah, hal ini diungkapkan oleh Webb (2002) yang dalam penelitiannya menjelaskan tentang hubungan stres dengan kejadian hipertensi dengan membandingkan antara kulit hitam dan kulit putih. Dalam penelitiannya kulit putih cenderung lebih terbuka dalam mengungkapkan stres dari pada kulit hitam sehingga hasil akhir yang ditemukan dari penelitian tersebut adalah pada kulit hitam yang hidup dalam tekanan stres memiliki angka tekanan darah lebih tinggi dibandingkan dengan kulit hitam dan kulit putih yang tidak mengalami ketegangan dan mampu mengungkapkan perasaan secara terbuka.

#### 2.1.5.2.3 Obesitas

Kombinasi dari obesitas dan dengan faktor lain sering disebut dengan metabolik sindroma yang mana akan selalu meningkatkan resiko hipertensi. Menurut (Wood, 2008) kelebihan berat badan atau obesitas merupakan predisposisi individu untuk diabetes tipe 2, hipertensi, penyakit jantung, stroke dan penyakit lainnya.

#### 2.1.5.2.4 Nutrisi

Konsumsi banyak natrium merupakan faktor penyebab yang penting dalam perkembangan hipertensi esensial. Dewit (2009) menjelaskan bahwa sedikitnya klien yang akhirnya mengalami hipertensi adalah mereka yang sensitiv dengan garam hal ini bisa merupakan sebagai faktor penyebab dari hipertensi yang dialami oleh individu.

Diet erat kaitannya dalam perkembangan penyakit hipertensi. Dalam penelitian Nkosi dan Wright (2010) tentang pengetahuan terkait nutrisi dan penatalaksanaan hipertensi didapatkan hasil bahwa pada orang memiliki tekanan darah yang tidak terkontrol terjadi pada individu yang kurang pengetahuan secara umum terkait diet yang sehat dan pilihan makanan yang sehat. Kurangnya pengetahuan tersebut tentunya akan berdampak pada pola pemilihan dan konsumsi makanan yang dilakukan.

#### 2.1.5.2.5 Penyalahgunaan zat

Dalam hal ini perilaku merokok, konsumsi alkohol dan penggunaan obat yang salah merupakan faktor resiko untuk terjadi hipertensi. Nikotin dari rokok dan obat seperti kokain sebagai penyebab dari peningkatan tekanan darah yang cepat yang tergantung dari dosis yang digunakan, namun kebiasaan penggunaan bahan tersebut telah terlibat dalam insiden peningkatan angka hipertensi dari waktu ke waktu (Black dan Hawks, 2009).

Tidak ada hubungan langsung antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi, namun kebiasaan merokok berkontribusi terhadap kejadian aterosklerosis yang berakibat pada peningkatan TPR, hal tersebut sesuai yang diungkapkan oleh Faxon *et al* (2004) dalam Grinspun dan Coote (2009) yang menyatakan bahwa merokok dan hipertensi adalah dua faktor yang independen, merokok mempercepat aterosklerosis dan meningkatkan resiko kerusakan pembuluh darah yang berakibat pada kerusakan organ berikutnya (jantung, otak, ginjal, mata dan anggota tubuh lain).

Kejadian hipertensi selalu tinggi pada orang yang minum lebih dari 3 ons etanol per hari. Muhammadun (2010) menjelaskan bahwa efek dari konsumsi alkohol dalam darah akan meningkatkan keasaman dalam darah yang berakibat viskositas darah meningkat, peningkatan viskositas darah tersebut berakibat pada peningkatan kerja jantung

yang berarti terjadi peningkatan tekanan darah. Akibat dari cafein masih kontroversi, di mana cafein akan meningkatkan tekanan darah secara akut namun tidak memiliki efek yang berkelanjutan (Black & Hawks, 2009).

### 2.1.6 Manifestasi Klinis

Individu yang mengalami hipertensi kadang tidak nampak gejala sampai bertahun-tahun. Menurut Smeltzer dan Bare (2002) pada hipertensi, gejala yang muncul biasanya menunjukkan adanya kerusakan vascular dengan manifestasi khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah yang bersangkutan. Penyakit arteri koroner dengan angina adalah gejala yang paling menyertai hipertensi. Hipertrofi ventrikel kiri terjadi sebagai respon peningkatan beban ventrikel saat berkontraksi melawan tekanan sistemik yang meningkat. Apabila jantung tidak mampu lagi menahan peningkatan beban kerja maka dapat terjadi gagal jantung kiri. Perubahan patologis ginjal dapat terjadi nokturia dan azotemia. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang termanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (*hemiplegia*) atau gangguan tajam penglihatan.

Panggabean (2009) dalam Sudoyo et al (2009) menjelaskan manifestasi yang terjadi pada hipertensi bisa bersifat simtomatik maupun asimtomatik. Pada hipertensi dengan gejala yang simtomatik biasanya disebabkan oleh 3 hal yaitu :

- 2.1.6.1 Peninggian tekanan darah itu sendiri seperti berdebar-debar, rasa melayang (*dizzi*) dan impoten.
- 2.1.6.2 Penyakit jantung/hipertensi vaskular seperti cepat capek, sesak nafas, sakit dada (iskemia miokard atau deseksi aorta) bengkak pada kaki atau perut. Gangguan vascular lainnya adalah epistaksis, hematuria, pandangan kabur karena perdarahan retina, transient cerebral ischemic.
- 2.1.6.3 Penyakit dasar seperti pada hipertensi sekunder : polidipsi, poliuria dan kelemahan otot pada aldosteronisme primer, peningkatan berat badan

dengan emosi yang labil pada *sindroma cushing*. *Feokromositoma* yang muncul dengan keluhan episode sakit kepala, palpitasi, banyak keringat dan rasa melayang saat berdiri (*postural dizzi*).

### 2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi merupakan bagian dari strateg umum resiko penyakit kardiovaskular. Pengendalian tekanan darah merupakan aspek yang penting dalam strategi anti sklerotik pada pasien yang mengalami hipertensi. *Canadian Hypertension Education Program* (2005) merekomendasikan beberapa penatalaksanaan hipertensi antara lain : “1) Memodifikasi gaya hidup (di dalamnya termasuk modifikasi diet, penurunan berat badan, dan aktivitas) merupakan strategi yang efektif untuk menurunkan tekanan darah dan menurunkan faktor resiko, 2) Penggunaan *statin dan acetylsalicylic acid (ASA)* merupakan bagian dari strategi perlindungan kardiovaskular pada pasien hipertensi, 3) *Angiotensin Converting Enzyme (ACE)* inhibitors untuk pasien dengan atherosklerosis, 4) *ACE inhibitor atau angiotensin II Receptor Blocker (ARB)* untuk klien dengan diabetes dan penyakit ginjal.”

Tujuan dari penatalaksanaan hipertensi adalah untuk mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas dari hipertensi. Black & Hawks (2009) menjelaskan tujuan dari penatalaksanaan hipertensi adalah menormalkan tekanan darah dan menurunkan faktor resiko dalam usaha pengendalian keparahan hipertensi. Tujuannya adalah untuk menurunkan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg (target  $\leq 120$  mmHg) dan tekanan diastolik di bawah 90 mmHg (target  $\leq 80$  mmHg) dengan memodifikasi dan mengendalikan faktor resiko. Penatalaksanaan hipertensi meliputi :

#### 2.1.7.1 Modifikasi gaya hidup

Modifikasi gaya hidup adalah landasan dari kedua antihipertensi dan terapi anti atherosclerotic saat ini. Kombinasi intervensi gaya hidup seringkali diperlukan untuk mencapai nilai tekanan darah yang optimal

untuk mengurangi resiko serangan jantung dan stroke. Efektivitas gaya hidup bersamaan dengan terapi farmakologis dalam pencegahan dan manajemen awal hipertensi telah didokumentasikan dalam literatur (CHEP, 2005; NIH, 2003; MASUK, 2001;. Williams et al, 2004). Diet, berat badan, olahraga, merokok, konsumsi alkohol dan stres merupakan faktor-faktor gaya hidup penting yang dapat berdampak pada tekanan darah dan kesehatan jantung. Penilaian dan modifikasi faktor risiko efektif dalam mengurangi hipertensi. Pada individu, beberapa intervensi gaya hidup memiliki potensi untuk mengurangi tingkat tekanan darah setara dengan setengah sampai satu dosis standar obat antihipertensi (CHEP, 2005; Grinspun & Coote, 2005). Pendekatan berbasis tim diperlukan untuk mempengaruhi dan memperkuat tujuan dan memastikan kepatuhan dari pasien hipertensi.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Rigsby (2011) tentang modifikasi gaya hidup pada pasien hipertensi menunjukkan bahwa secara umum pada pasien yang mengadopsi gaya hidup sehat memiliki peningkatan kemampuan dalam pengendalian tekanan darah. Modifikasi gaya hidup seperti makan-makanan sehat dan aktivitas fisik merupakan bagian dari peningkatan pengendalian tekanan darah.

#### 2.1.7.2 Penurunan berat badan

Peningkatan berat badan ditunjukkan dengan tingginya indeks masa tubuh dengan nilai 27 atau lebih hal ini memiliki hubungan dengan peningkatan tekanan darah (Black & Hawks, 2009). Di antara orang dewasa Kanada lebih muda dari 55 tahun, prevalensi hipertensi adalah 5 kali lipat lebih untuk mereka yang memiliki BMI lebih besar dari 30 kg/m<sup>2</sup> daripada mereka yang memiliki BMI kurang dari 20 kg/m<sup>2</sup>. Mempertahankan BMI tetap dalam rentang sehat (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>) dianjurkan untuk pasien hipertensi untuk menurunkan tekanan darah (CHEP, 2004). Menjaga lingkaran pinggang di bawah 102 cm untuk pria, dan 88 cm untuk

perempuan juga akan mengurangi kemungkinan menjadi hipertensi (CHEP 2005 dalam Grinspun & Coote, 2005).

Ridjab (2007) menjelaskan bahwa penurunan berat badan yang dianjurkan untuk tahap awal 10% dari berat badan awal. Jangka waktu untuk melakukan hal tersebut adalah 6 bulan, setelah 6 bulan biasanya berat badan menurun dan berat badan akan tetap berada pada garis datar karena rendahnya atau berkurangnya penggunaan energi pada berat badan yang lebih rendah. Tahap selanjutnya adalah usaha untuk menjaga kestabilan penurunan berat badan yang sudah dicapai sehingga tidak terjadi kenaikan berat badan kembali. Menurut Starnznicky, et al (2010) dalam Casey (2011) penurunan berat badan 10 kg dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5-20 mmHg, metode penurunan berat badan dapat dilakukan dengan modifikasi diet dan *Excercise*

#### 2.1.7.3 Modifikasi diet

Modifikasi diet dengan asupan rendah lemak, dengan menurunkan asupan lemak jenuh dan meningkatkan lemak tak jenuh memiliki sedikit pengaruh dalam penurunan tekanan darah tapi dapat menurunkan kadar kolesterol secara signifikan. Karena dislipidemia merupakan faktor resiko utama dalam kejadian aterosklerosis. Terapi diet bertujuan untuk mengurangi lemak adalah sangat penting ditambahkan dalam regimen diet. DASH (*dietary approaches to stop hypertension*) yang terdiri dari buah, sayuran, kacang-kacangan dan makanan rendah lemak bisa direkomendasikan untuk klien yang membutuhkan struktur diet lebih serta pembatasan lemak (Black & Hawks, 2009).

Penelitian telah menunjukkan bahwa pola makan yang menekankan buah-buahan, sayuran dan produk susu rendah lemak serta mengurangi lemak dan kolesterol (CHEP, 2004; Moore et al, 1999;. Pickering et al, 2005 dalam Grinspun dan Coote, 2005) dan mengurangi jumlah natrium yang dikonsumsi bisa menurunkan risiko kejadian hipertensi serta menurunkan

tekanan darah pada hipertensi (Conlin, 1999; Ketola, Sipila, Makela, 2000;. Moore et al, 1999 dalam Grinspun dan Coote, 2005). Penelitian tersebut menunjukkan diet DASH dengan pengurangan asupan natrium telah mengurangi tekanan darah sebesar 11.5/5.7 mmHg (sistolik / diastolik), yang setara dengan perubahan yang terlihat dengan obat antihipertensi.

Tabel 2. 1  
*Dietary Approaches to Stop Hypertension*

<b>Kelompok makanan</b>	<b>Harian Penyajian (dalam satu minggu)</b>	<b>Ukuran</b>	<b>Contoh</b>	<b>Signifikansi dari setiap kelompok makanan dengan rencana DASH</b>
Biji-bijian dan produk gandum	7-8	1 potong roti 1 ons sereal kering * ½ cangkir nasi, pasta atau sereal	Roti gandum, roti, sereal, bubur jagung, bubur gandum, biskuit, , popcorn	Sumber energi dan serat
sayur-sayuran	4-5	1 cangkir sayuran berdaun ½ cangkir sayuran yang dimasak 6 ons jus sayuran	Tomat, kentang, wortel, kacang hijau, labu, brokoli, lobak hijau, sawi, kangkung, bayam, kacang hijau, ubi jalar	Sumber kalium, magnesium dan serat
Buah-buahan	4-5	6 ons jus buah ¼ cangkir buah kering ½ cangkir	Pisang, kurma, anggur, jeruk, jus jeruk, jeruk,	Sumber kalium, magnesium dan serat

		buah segar, beku	mangga, melon, nanas, stroberi	
Rendah Lemak atau lemak susu bebas	2-3	8 ons susu 1 cangkir yoghurt 1 ½ ons keju	Susu rendah lemak atau bebas lemak, yogurt bebas lemak atau rendah lemak, keju rendah lemak atau bebas lemak	Sumber kalsium dan kalium
Daging, unggas, dan ikan	2 atau kurang	3 ons daging unggas atau ikan yang dimasak	Memilih daging yang dipanggang atau direbus, kurangi daging goreng, hilangkan kulit pada daging unggas	Sumber protein dan magnesium
Kacang-kacangan, biji-bijian, dan kacang-kacangan kering	4-5 per minggu	⅓ cangkir atau 1 ½ ons kacang 2 sdm atau ½ ons biji ½ cangkir biji kering / kacang polong yang telah dimasak	kacang tanah, biji bunga matahari, kacang merah	sumber energi, magnesium, protein, kalium, dan serat
Lemak dan minyak **	2-3	1 sdt margarin lembut 1 sdm mayones rendah lemak 1 sdt minyak sayur	Margarin lembut, mayones rendah lemak, salad rendah bumbu, minyak nabati (zaitun, jagung)	DASH memiliki 27 persen kalori sebagai lemak, termasuk lemak yang ditambahkan pada makanan

Manis- manisan	5 per minggu	1 sdm gula 1 sdm jelly atau selai ½ ons jelly kacang 8 ons limun	Gula, jelly, selai, agar- agar rasa buah, kacang jeli, permen, minuman buah.	Manis dapat menekan lemak
-------------------	-----------------	---	--	---------------------------------

Sumber : Grinspun dan Coote (2005)

#### 2.1.7.4 Exercise

Program latihan aerobik yang teratur cukup adekuat untuk mencapai kebugaran dan dapat membantu pasien hipertensi dalam menurunkan berat badan dan menurunkan resiko penyakit kardiovaskular. Topp & Forst (2006) menjelaskan bahwa aktivitas fisik yang teratur dengan intensitas sedang dapat mengurangi massa lemak tubuh dan meningkatkan fungsi sistem yang mempengaruhi tekanan darah. Aktivitas menurunkan tekanan darah yang berhubungan dengan indeks masa tubuh dan efek ini sama dengan monoterapi farmakologis. Sebuah metaanalisis dari 54 uji klinis menunjukkan bahwa latihan aerobik dikaitkan dengan pengurangan 4.9/3.7 mmHg dalam tekanan darah pada orang dewasa. Baster (2005) juga menjelaskan tentang alasan aktivitas fisik dapat menurunkan tekanan darah dari berbagai teori, aktivitas fisik meningkatkan fungsi endotel. Lapisan endotel dinding pembuluh darah mempertahankan tonus vasomotor normal, meningkatkan fluiditas darah, dan mengatur pembuluh darah (Sherman, 2000 dalam Baster 2005). Kelainan pada fungsi-fungsi ini berkontribusi terhadap proses penyakit, termasuk angina, infark miokard, vasospasme koroner, dan hipertensi.

Beberapa penelitian mendukung bahwa terdapat hubungan yang kuat antara perilaku yang kurang aktivitas dan hipertensi. *National Heart Foundation, World Health Organisation and International of Hypertension, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, dan American College of Sports Medicine (ACSM)* merekomendasikan

peningkatan aktifitas fisik sebagai intervensi garis pertama dalam pencegahan dan mengobati pasien dengan prehipertensi (tekanan darah sistolik 120-139 mmHg dan atau tekanan darah diastolik 80-89 mmHg). Rekomendasi tersebut juga berlaku pada pasien dengan hipertensi grade 1 (140-159/80-90 mmHg) atau grade 2 (160-179/100-109 mmHg). Baster (2005) menjelaskan bahwa aktivitas fisik memiliki manfaat dalam pencegahan pada penyakit kardiovaskular lainnya. Aktivitas fisik merupakan intervensi dengan biaya yang rendah dengan efek samping yang kecil jika dilakukan sesuai rekomendasi. *American College of Sport Medicine* (2000) dalam Baster (2005) menjelaskan tipe-tipe aktivitas latihan untuk pasien hipertensi termasuk intensitas serta durasinya.

Tabel 2.2  
Latihan untuk pasien hipertensi berdasarkan status kesehatan dan usia

<b>Kategori Pasien</b>	- Prehipertensi dengan tidak ada suspek CVD < 50 tahun - Hipertensi Grade 1 < 50 tahun	- Prehipertensi dengan suspek CVD - Prehipertensi >50 tahun dengan tidak ada suspek CVD - Hipertensi grade 2 dengan tidak adanya suspek CVD <50 tahun	- Hipertensi dengan tidak ada suspek CVD >50 tahun - Hipertensi dengan suspek CVD - Hipertensi dengan suspek CVD
<b>Test exercise</b>	Tidak perlu	Direkomendasikan	Direkomendasikan
<b>Tipe latihan</b>	Aktivitas aerobik : Aerobik kegiatan: jalan kaki, jogging, bersepeda, berenang, latihan tahanan kekuatan otot.  Pemantauan tidak diperlukan, tetapi disarankan untuk konsultasi ke ahli	Berjalan, bersepeda sampai dengan evaluasi medis  berkunjung ke fisioterapi untuk pengkondisian dan saran latihan aerobik  Pemantauan mungkin tidak diperlukan kecuali pasien merasa	Aktivitas ringan seperti jalan, bersepeda, berenang.  Berkunjung ke fisioterapi untuk pemantauan dan pengkondisian  Pemantauan secara berkala mungkin diperlukan

	untuk menentukan jenis latihan yang tepat	tidak nyaman dengan latihan yang dilakukan dalam waktu yang lama	
<b>Frekwensi</b>	6-7 hari/minggu	5-7 hari/minggu	5-7 hari/minggu
<b>Intensitas</b>	Mulai dengan 20-30 menit aktivitas aerobik secara berkesinambungan dengan dengan kecepatan yang nyaman (50-60%) dari HR maksimum selama 3-4 minggu untuk pengkondisian umum Kemudian latihan sampai dengan 85% HR maksimum	Melakukan pada intensitas ringan-sedang Melakukan program aerobik sampai dengan 85% dari HR maksimum	Ringan-sedang. Dengan intensitas lebih rendah bisa mulai dengan 20-30 menit / hari secara terus-menerus untuk kemudian meningkat menjadi 45-60 menit/hari
<b>Durasi</b>	Target 30-60 menit/hari (minimal 150 menit/ minggu melakukan aktivitas aerobik)	Dimulai dengan 20-30 menit/hari secara terus – menerus meningkat sampai dengan 30-60 menit/hari	Dimulai dengan 20-30 menit/hari secara terus – menerus meningkat sampai dengan 30-60 menit/hari (minimal 150 menit/minggu)

Sumber : *American College of Sport Medicine* (2000) dalam Baster (2005)

Selain rekomendasi tersebut *Canadian Hypertension Education Program (CHEP, 2004)* merekomendasikan tentang intensitas olahraga yang ringan dan dinamis untuk hipertensi yaitu jalan, jogging, bersepeda atau renang dan mencapai 60% sampai dengan 70% HR maksimum. Topp dan Frost (2006) merekomendasikan tipe latihan aktivitas fisik meliputi latihan aerobik dan latihan kekuatan dengan tahap-tahap dari pemanasan sampai dengan pendinginan.

Tabel 2.3  
*Generic program for individuals with hypertension*

Unsur	Teknik dan tingkat awal	Kemajuan dan tujuan
Pemanasan	Jalan lambat 3-5 menit	Meningkat 1 menit per minggu sampai 5 menit
Aerobik	Durasi : 5 menit	Durasi: meningkat 5 menit setiap minggu sampai 30-45 menit
	Frekwensi : 2-3 waktu per minggu	Frekwensi : ditingkatkan sesuai toleransi untuk 5-7 hari per minggu
	Tipe : berjalan, bersepeda, berenang, naik tangga	
Kekuatan	Intensitas : "ringan" kelelahan setelah 6	Intensitas: "moderat" kelelahan setelah 10-12
	Pengulangan: 6-8 repetisi	Pengulangan: satu set 12 repetisi
	Frekuensi: 2 hari per minggu	Frekuensi: peningkatan sesuai sampai 3 hari per minggu
	Tipe : menggunakan tahanan gravitasi, angkat tangan/kaki dalam intensitas ringan, dan lain-lain	
Pendinginan	Intensitas : ringan	Intensitas : sedang
	Perngulangan : 2 setiap latihan	Perngulangan : 5 setiap latihan
	Durasi : 30 detik	Durasi : 30 detik
	Frekwensi : 2-3 waktu per minggu	Frekwensi : meningkat sesuai toleransi sampai 5-7 waktu per minggu
	Jalan lambat 3-5 menit	Meningkat 1 menit per minggu sampai 5 menit
	Tipe : Menyentuh kaki dan lain-lain	Tipe : Menyentuh kaki dan lain-lain

Sumber : Topp dan Frost (2006)

#### 2.1.7.5 Pengurangan Alkohol dan kafein

Konsumsi lebih dari 1 ons alkohol per hari dan konsumsi kafein dalam waktu lama berhubungan dengan prevalensi yang lebih tinggi pada kejadian hipertensi, kurangnya kepatuhan pada terapi dan kadang-kadang pada hipertensi yang menetap. Berhati-hati dalam intake alkohol, anjurkan

klien untuk menghentikan kebiasaan konsumsi alkohol (Black dan Hawks, 2009).

Penerapan gaya hidup sehat yang di dalamnya termasuk pembatasan konsumsi alkohol merupakan faktor yang penting untuk mencegah hipertensi. *Institut of Clinical System Improvement*, (2004); NIH (2003) dalam Grinspun dan Coote (2005) menjelaskan bahwa dengan membatasi penggunaan alkohol seseorang dapat mencegah kejadian hipertensi dan menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 2-4 mmHg. Alkohol memiliki jumlah kalori tinggi tanpa nutrisi. Membatasi penggunaannya akan membantu dalam pengurangan berat badan, cara yang sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah, dan dapat menurunkan kadar trigliserida (ICSI, 2004 dalam Grinpun dan Coote, 2005). Dari beberapa rekomendasi tersebut maka dapat disimpulkan pengurangan konsumsi alkohol merupakan intervensi yang efektif dalam menurunkan tekanan darah dan mencegah hipertensi.

#### 2.1.7.6 Management Stress

Grinspun dan Coote (2005) merekomendasikan beberapa strategi coping yang positif meliputi melakukan olahraga, membicarakan masalah dengan orang yang dipercaya, tertawa, cukup istirahat, makan makanan sehat, menurunkan konsumsi cafein dan alkohol, belajar relaks terutama dengan melakukan sesuatu yang menyenangkan, dan berkonsultasi ke tenaga kesehatan. Berbagai macam teknik relaksasi yang masuk dalam penatalaksanaan hipertensi antara lain adalah yoga, biofeedback, relaksasi otot, fisioterapi dapat menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.

Menurut JNC –VI dan penelitian oleh Yucha dalam Webb (2005) tentang evaluasi biofeedbacck dan relaksasi menemukan bahwa terapi biofeedback dan terapi relaksasi dapat menurunkan tekanan darah sistolik (6,7 mmHg) dan tekanan darah diastolik (4,8 mmHg) secara signifikan bila dibandingkan tidak melakukan teknik tersebut. Selain penelitian tersebut,

penelitian lain di Afrika Amerika yaitu tentang efek dari meditasi dalam menurunkan tekanan darah dan memiliki hasil bahwa meditasi memiliki efek yang menguntungkan bagi penurunan tekanan darah. Patel (1997) dalam Webb (2005) mengevaluasi pelatihan teknik relaksasi dan manajemen stres, secara jangka panjang pada 20 tahun di Inggris. Prosedur yang dilakukan meliputi kognitif meditasi, relaksasi, konsep biofeedback, latihan nafas, mengidentifikasi stresor, penggunaan dukungan sosial dan pengendalian emosi. Dari hasil evaluasi tersebut didapatkan hasil bahwa terjadi pengendalian tekanan darah setelah 4 tahun dan terdapat penurunan angka morbiditas yang dikarenakan penyakit kardiovaskular.

Terdapat beberapa macam teknik relaksasi yang dapat digunakan dalam menangani stress. National Safety Council (2004) menjelaskan beberapa teknik relaksasi yang digolongkan menjadi dua yaitu teknik relaksasi fisik dan teknik relaksasi mental. Teknik relaksasi fisik terdiri dari pernafasan diafragma, *progressive muscular relaxation* (PMR) dan pelatihan otogenik. Teknik relaksasi mental yang mencakup meditasi dan imajinasi mental.

Pernafasan diafragma sampai saat ini masih menjadi metode relaksasi yang termudah. Metode ini mudah dilakukan karena pernafasan itu sendiri merupakan tindakan yang kita lakukan secara normal tanpa perlu berfikir atau merasa ragu. Dalam bentuk yang paling sederhana, pernafasan diafragma merupakan pernafasan yang pelan, sadar dan dalam. *Progressive muscular relaxation* (PMR) merupakan suatu teknik khusus yang digunakan untuk membantu meredakan beberapa gejala yang berkaitan dengan stress seperti insomnia, hipertensi, nyeri punggung bawah dan TMJ (*temporomandibular joint*). Cara terbaik untuk melakukan PMR adalah dengan mengencangkan dan merelaksasikan setiap kelompok otot di dalam tubuh secara bergantian. Teknik otogenik adalah teknik relaksasi dengan cara seseorang berusaha untuk mengendalikan beragam

fungsi tubuh seperti frekwensi jantung, tekanan darah dan aliran darah (National Safety Council, 2004).

Teknik relaksasi mental terdiri dari meditasi dan imajinasi mental. Meditasi merupakan suatu peningkatan konsentrasi dan kesadaran, suatu proses untuk menjernihkan pikiran dan hanyut dalam momen yang sedang berlangsung. Praktik meditasi merupakan teknik relaksasi teknik relaksasi tertua yang dikenal sepanjang peradaban manusia. Meditasi terbukti efektif dalam menurunkan frekwensi jantung, tekanan darah, ketegangan otot, dan fungsi metabolik lain. Imajinasi mental merupakan teknik untuk mengkaji kemampuan pikiran saat sadar maupun tidak sadar untuk dapat menciptakan bayangan gambar yang membawa ketenangan dan keheningan (National Safety Council, 2004).

#### 2.1.7.7 Penghentian merokok

Meskipun kebiasaan merokok belum teruji secara statistik berhubungan dengan peningkatan angka hipertensi, namun merokok dapat meningkatkan denyut jantung dan mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer, yang mana setelah ataupun waktu merokok tekanan darah dalam waktu pendek tidak mengalami peningkatan. Pemberhentian merokok banyak direkomendasikan untuk mencegah resiko kejadian kanker, penyakit paru dan penyakit kardiovaskular (Black & Hawks, 2009).

#### 2.1.7.8 Penatalaksanaan Farmakologis

Obat yang umum digunakan untuk pengobatan hipertensi digolongkan ke beberapa kelas yang berbeda, yang semuanya bekerja pada aspek regulasi pendek atau jangka panjang pada tekanan darah: aktivasi saraf simpatik, aktivasi RAAS, serta pada retensi natrium dan air. Casey (2011) menjelaskan terapi awal biasanya terdiri dari diuretik, atau memblokir angiotensin (*ACE-inhibitor* atau antagonis-AT1R), *calcium channel*

*blocker*. Kombinasi obat ini mungkin diperlukan sebagai langkah kedua dalam terapi.

#### 2.1.7.8.1 Diuretik

Diuretik mengobati hipertensi dengan meningkatkan ekskresi natrium dan air melalui ginjal. Hal ini mengurangi volume darah dan aliran balik vena, sehingga mengurangi curah jantung (Casey, 2011). Katzung (2011) menjelaskan diuretik menurunkan tekanan darah terutama dengan mendepleksi simpanan natrium tubuh, mula-mula diuretik menurunkan tekanan darah dengan mengurangi volume darah dan curah jantung, tahanan vascular perifer mungkin meningkat. Setelah 6-8 minggu, curah jantung kembali ke normal dan tahanan vascular perifer kembali menurun.

Diuretik efektif menurunkan tekanan darah sebesar 10-15 mmHg pada sebagian besar pasien dan diuretik sendiri sering memberikan hasil pengobatan yang memadai bagi hipertensi esensial ringan dan sedang (Katzung, 2012).

#### 2.1.7.8.2 RAAS inhibitor

Pada *ACE inhibitor* contohnya adalah enapril, captopril, lisinopril dan obat lain di golongan ini menurunkan pembentukan angiotensin II, hal ini dijelaskan oleh Casey (2011) hal yang mendasari adalah salah satu faktor yang berkontribusi terhadap hipertensi yaitu aktivasi dari RAAS. Dengan ekskresi *ACE inhibitor* akan mengurangi retensi natrium dan air, mengurangi volume darah, terjadi vasodilatasi terutama di otak, jantung dan ginjal serta menurunkan TPR.

*Antagonis reseptor angiotensin II*, losartan dan candesartan memiliki efek fisiologis mirip dengan *ACE inhibitor*, obat ini dibutuhkan karena *ACE inhibitor* tidak memblokir semua aktivitas angiotensin.

#### 2.1.7.8.3 *Calcium channel blocker*

Efek dari kalsium ekstra selular adalah pada kontraksi otot polos jantung dan pembuluh darah. Obat yang menghalangi masuknya kalsium ke dalam otot-otot polos akan mengurangi kontraksi dan juga sistem konduksi jantung. Obat calcium channel blocker adalah paling efektif dalam mengurangi variabilitas pada tekanan darah (NICE, 2011 dalam Casey, 2011). Menurut Rang (2007) dalam Cassey (2011), *calcium channel blocker* dapat dibagi menjadi 3 kelompok besar yaitu; bekerja terutama pada miokardium misalnya verapamil, bekerja pada otot polos pembuluh darah misalnya nifedipine, felodipine dan amlodipine, serta yang bekerja pada miokardium dan otot polos pembuluh darah misalnya diltiazem.

#### 2.1.7.8.4 *Beta blocker*

Beta bloker bertindak dengan menghalangi ikatan noradrenalin dengan reseptor pada sel, miokardium, saluran pernafasan dan pembuluh darah perifer. Efek pada jantung adalah mengurangi denyut jantung dan kontraktilitas terutama saat saraf simpatik terstimulasi seperti pada saat olahraga dan stres. Penurunan curah jantung mengakibatkan penurunan tekanan darah, selain itu obat ini juga mengurangi efek noradrenalin pada RAAS, mengurangi pelepasan renin dari ginjal, dan dapat menyebabkan vasodilatasi dari arteriol yang mengurangi TPR (Casey, 2011).

#### 2.1.7.8.5 *Alpha-1-Adrenergic blocker*

Stimulasi dari reseptor *alpha-1* oleh noradrenalin menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan saluran pernafasan, relaksasi pada saluran gastro-intestinal dan kontraksi sfingter kandung kemih. Dalam sirkulasi, *alpha-1* reseptor ditemukan terutama di kulit, otot rangka, ginjal dan saluran pencernaan. Obat-obatan seperti prazosin, dan terazosin doxazosin digunakan untuk mengobati hipertensi karena

mereka menginduksi vasodilatasi perifer, yang menyebabkan penurunan TPR. Efek samping dari obat jenis ini dapat menyebabkan hipotensi postural, impotensi, dan inkontinensia urin meningkat pada wanita (Casey, 2011).

## **2.2 Self Care Management**

### **2.2.1 Pengertian**

*Self care* menurut Orem (1991) dalam Tommey dan Alligood (2006) adalah suatu pelaksanaan kegiatan yang diprakarsai dan dilakukan oleh individu itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya sesuai keadaan, baik sehat maupun sakit. Henry & Holzemer (1997) dalam Turner & Battle (2010) menjelaskan bahwa *self care* sebagai kegiatan yang dilakukan individu, keluarga atau komunitas untuk mencapai, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan yang maksimal. Terdapat lima komponen dalam *self care* yaitu promosi kesehatan, perawatan kesehatan, pencegahan penyakit, deteksi penyakit dan penatalaksanaan penyakit.

Lee , Moser, Lennie, Tkacs, Margulies & Riegel (2011) menjelaskan bahwa *self care* melibatkan perilaku mencegah keparahan (*sel-care maintenance*) dan melibatkan proses pengambilan keputusan dimana pasien mampu mengevaluasi dan mengatasi gejala penyakit ketika terjadi (*self care management*). *Self care management* meliputi evaluasi gejala, penatalaksanaan gejala dan evaluasi perilaku penatalaksanaan.

*Self care management* yang efektif berarti bahwa individu memiliki rasa tanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri dan memiliki peran yang penting terhadap perawatan kesehatan mereka sendiri (Robert Wood Johnson Foundation, 2003 dalam Weinert, Cudney & Kinion, 2010). Nwinee (2011) menjelaskan bahwa *self care management* adalah segala sesuatu yang berkaitan dengan tanggung jawab klien dalam mengelola dirinya sendiri di rumah dengan baik ketika tidak ada dokter dan perawat.

Dalam penelitiannya, Nwinee (2011) menjelaskan tentang aktivitas *self care management* pada pasien meliputi kegiatan management pasien dengan obat yang didapat, pemantauan kesehatan, pengaturan makanan dan olahraga sesuai petunjuk serta kegiatan untuk mencegah komplikasi.

*Self care management* pada penyakit kronis juga di jelaskan oleh Lorig & Holman (2003) dalam Zhong, dkk (2011) yang menjelaskan bahwa *self care managemen* mengacu pada kemampuan individu untuk mempertahankan perilaku mereka yang efektif meliputi penggunaan obat yang diresepkan, mengikuti diet dan olahraga, pemantauan secara mandiri dan coping emosional dengan penyakit yang dialami.

Dari definisi tersebut maka dapat dikaitkan dengan kegiatan *self care management* pada pasien hipertensi merupakan segala sesuatu yang berkaitan dengan tanggung jawab pasien dalam mngelol adirinya sendiri dan mempertahankan perilaku yang efektif dalam menghadapi penyakit hipertensi yang dialami. Kegiatan dalam *self care management* hipertensi meliputi penggunaan obat anti hipertensi secara benar, kegiatan untuk memantau tekanan darah dan gejala yang muncul terkait penyakit hipertensi, pengaturan diet yaitu diet yang sesuai untuk penatalaksanaan hipertensi, melakukan olahraga sesuai petunjuk untuk menurunkan tekanan darah dan kegiatan untuk mencegah komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi.

### **2.2.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku dalam *Self Care Management***

*Self care management* yang merupakan bentuk perilaku pasien hipertensi dalam melakukan penatalaksanaan hipertensi dipengaruhi oleh faktor internal (dari diri pasien sendiri) dan faktor eksternal yaitu dari lingkungan dalam hal ini terkait dengan dukungan sosial yang diterima oleh pasien hipertensi dalam penatalaksanaan hipertensi.

### 2.2.2.1 Faktor Internal

Menurut Nwinee (2011) faktor internal atau yang berasal dari diri pasien dalam *self care management* terdiri dari keyakinan atau nilai terkait penyakit, efikasi diri dan pengetahuan.

#### 2.2.2.1.1 Nilai

Nilai menurut Ismani (2001) adalah hak-hak manusia dan pertimbangan etis yang mengatur perilaku seseorang. Selain definisi tersebut pengertian nilai juga diungkapkan oleh Simon (1973) dalam Ismani (2001) yang menyebutkan bahwa nilai merupakan seperangkat keyakinan dan sikap-sikap pribadi seseorang tentang kebenaran, keindahan dan penghargaan dari suatu pemikiran, objek atau perilaku yang berorientasi pada tindakan dan pemberian arah serta makna pada kehidupan seseorang. Pendapat yang serupa juga dikemukakan oleh Znowski (1974) dalam Ismani (2001) bahwa nilai merupakan keyakinan seseorang tentang sesuatu yang berharga, kebenaran atau keinginan mengenai ide-ide, obyek atau perilaku khusus. Dari beberapa definisi tersebut, maka secara umum nilai merupakan sesuatu yang diyakini seseorang sesuai dari suatu pemikiran dari obyek tertentu.

Kosa dan Robertson dalam Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan dan kurang mendasarkan pada pengetahuan biologi. Ciri-ciri nilai menurut Dewi (2008) mencakup 4 ciri yaitu nilai membentuk dasar perilaku seseorang, nilai nyata dari seseorang diperlihatkan melalui perilaku yang konsisten, nilai menjadi kontrol internal bagi perilaku seseorang dan nilai merupakan komponen intelektual dan emosional. Nilai pada pasien hipertensi dalam hal ini terkait dengan keyakinan tentang pentingnya keadaan hipertensi yang dialami untuk dilakukan penatalaksanaan sebaik mungkin.

Rosentock (1974) dalam Nwinee (2011) menjelaskan bahwa pasien akan melaksanakan kegiatan *self care management* didasarkan atas 4 keyakinan yaitu dirasakannya kerentanan terhadap komplikasi, keparahan dari penyakit, manfaat dari *self care management* serta hambatan untuk melakukan *self care management*. Terkait dengan keadaan hipertensi maka dapat di simpulkan bahwa *self care management* pada pasien hipertensi akan dipengaruhi nilai atau keyakinan terhadap komplikasi yang muncul dari penyakit hipertensi yang dialami, keparahan dari penyakit hipertensi yang dialami, adanya arti penting terkait pelaksanaan *self care management* yang harus dilakukan dan hambatan yang dihadapi pasien hipertensi dalam melakukan *self care management*.

Pentingnya nilai dalam *self care management* juga di jelaskan oleh Turner & Battle (2010) dalam penelitiannya tentang dampak nilai pada perawatan diri di antara orang tua pada kulit hitam, dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa nilai dalam kesehatan memiliki dampak yang besar pada kulit hitam dalam mengambil keputusan terkait management perawatan diri.

Menurut Notoatmodjo (2007) setiap individu memiliki cara yang berbeda dalam mengambil tindakan penyembuhan atau pencegahan terhadap suatu penyakit, meskipun gangguan kesehatannya sama tergantung dari nilai individu terhadap suatu penyakit. Proses penilaian terhadap suatu gangguan kesehatan mengikuti suatu kereraturan tertentu yang dapat diklasifikasikan menjadi 4 bagian yaitu:

- 2.2.2.1.1.1 Adanya suatu penilaian dari orang yang bersangkutan terhadap suatu gangguan atau ancaman kesehatan. Dalam hal ini persepsi seseorang yang bersangkutan atau orang lain terhadap gangguan tersebut. Selanjutnya gangguan dikomunikasikan kepada orang lain dan mereka diberi informasi.

2.2.2.1.1.2 Timbulnya kecemasan karena adanya persepsi terhadap gangguan tersebut. Disadari bahwa setiap gangguan kesehatan akan menimbulkan kecemasan baik bagi yang bersangkutan maupun bagi anggota keluarga lainnya. Dari ancaman ini akan timbul bermacam-macam perilaku.

2.2.2.1.1.3 Penerapan pengetahuan orang yang bersangkutan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan masalah kesehatan terutama mengenai gangguan yang dialami. Oleh karena itu ketika terjadi gangguan kesehatan, maka seseorang menghimpun berbagai pengetahuan tentang berbagai macam gangguan kesehatan yang mungkin terjadi. Dari sini mungkin seseorang sekaligus menghimpun berbagai cara mengatasi gangguan kesehatan yang terjadi baik cara tradisional maupun modern. Berbagai cara penerapan pengetahuan baik dalam menghimpun berbagai macam gangguan maupun cara mengatasinya tersebut merupakan pencerminan dari berbagai bentuk perilaku.

2.2.2.1.1.4 Dilakukannya tindakan *manipulative* untuk meniadakan atau menghilangkan kecemasan atau gangguan tersebut.

Dari 4 bagian proses dari penilaian seseorang terhadap suatu gangguan kesehatan tersebut maka nilai dari pasien hipertensi terhadap keadaan hipertensi dapat dilihat dari perspsi pentingnya perhatian terhadap penyakit hipertensi yang dialami, timbulnya kecemasan terhadap keparahan maupun komplikasi yang mungkin terjadi jika tidak diatasi, usaha untuk mencari sumber-sumber informasi oleh pasien hipertensi terkait penyakit dan penatalaksanaannya serta usaha menerapkan informasi yang didapatkan sebagai wujud dari perilaku untuk mengatasi masalah hipertensi.

#### 2.2.2.1.2 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang diperoleh seseorang setelah mengadakan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, pengetahuan

merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Dijelaskan juga bahwa pengetahuan dalam domain kognitif memiliki 6 tingkat yaitu tahu (*know*) yaitu dapat diartikan sebagai keadaan seseorang mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya, memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan kembali secara benar tentang obyek yang diketahui, aplikasi (*aplication*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya), analisis (*analisis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain, sintesis (*syntesis*) merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Dalam kaitan *self care management*, pengetahuan seseorang merupakan suatu dasar dari perilaku seseorang, tingkat pengetahuan akan berakibat pada hasil dari perilaku atau gaya hidup yang dilakukan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan dijelaskan oleh beberapa sumber yang meliputi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari pendidikan, pekerjaan, dan umur atau usia seseorang. Pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang termasuk juga perilaku seseorang terhadap pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap seseorang tersebut (Mantar dikutip Notoatmodjo, 2003 dalam Dewi & Wawan, 2010). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi. Faktor usia juga dapat berpengaruh pada pengetahuan seseorang. Menurut Huclok yang dikutip Dewi & Wawan (2010) menyatakan bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

Faktor eksternal yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah faktor lingkungan dan faktor budaya. Menurut Mariner yang dikutip Nursalam (2003) dalam Dewi & Wawan (2010) lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Sistem sosial budaya yang ada di masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

#### 2.2.2.1.3 Efikasi diri

Bandura (1997) menjelaskan bahwa efikasi diri merupakan keyakinan seseorang terhadap kemampuan untuk mengatur dan melaksanakan tindakan-tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Dapat disimpulkan bahwa efikasi diri merupakan keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk melakukan sesuatu dalam mencapai tujuan.

Maibach & Murphy (1995) menjelaskan bahwa efikasi diri merupakan predictor penting yang menentukan tingkat kepatuhan dalam melaksanakan *self care management*. Semakin tinggi efikasi diri, maka semakin baik hasil *self care management* dari pasien (Bandura, 1997).

Efikasi dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan dan pengalaman. Dari aspek jenis kelamin terkait dengan stereotipe dari gender dimana wanita cenderung memiliki efikasi diri lebih rendah daripada laki-laki. Dari aspek usia, efikasi diri dipengaruhi oleh pengalaman hidup, seseorang yang lebih tua akan lebih banyak pengalaman dalam menghadapi masalah sehingga akan mempengaruhi kepercayaan atau keyakinan pada dirinya dalam mengatasi masalah atau melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan tertentu. Tingkat pendidikan juga dapat mempengaruhi efikasi diri

seseorang, hal ini dikarenakan orang yang lebih banyak belajar dalam pendidikan formal sehingga akan memperkuat efikasi dirinya. Pengalaman, dalam hal ini efikasi diri dikarenakan efikasi diri terbentuk dari suatu proses adaptasi dan pembelajaran yang ada dalam kehidupan manusia.

#### 2.2.2.2 Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang berpengaruh pada *self care management* atau management hipertensi adalah dari faktor sosial, hal ini terkait dengan dukungan sosial. Dalam perubahan perilaku kearah *self care management*, dukungan sosial sangat berpengaruh dalam keefektifan kegiatan *self care management* tersebut, hal ini diungkapkan oleh Lewis dan Rook (1999) dalam Cornwel dan Waite (2009) yang menyatakan bahwa integrasi, dukungan dan kontrol sosial penting dalam membuat seseorang merubah perilaku. Anggota keluarga dapat membantu dalam mempersiapkan makanan yang sehat, atau mencegah penggunaan rokok dan alkohol. Adanya jaringan dan dukungan sosial juga mungkin sebagai sarana meningkatkan motivasi dan penyedia informasi tentang modifikasi gaya hidup bagi pasien hipertensi (DiMatteo, 2004 dalam Cornwel & Waite, 2009).

Orang yang tidak memiliki hubungan sosial atau hubungan sosial yang tidak memuaskan lebih mungkin akan terlibat pada perilaku yang tidak sehat dan lebih kecil kemungkinannya untuk berolahraga (Hawkley, Thisted, dan Cacioppo 2009 dalam Cornwel & Waite 2009). Penelitian tentang hubungan dukungan sosial dengan tekanan darah dilakukan oleh Waldron *et all* (1982) dalam Schnall (2005) menemukan bahwa pada masyarakat memiliki masalah dengan hubungan sosial dan kurangnya dukungan keluarga memiliki nilai tekanan darah lebih tinggi. Dari penelitian-penelitian tersebut maka dapat diambil kesimpulan bahwa kaitan antara *social support* dengan *self care management* pada hipertensi adalah dalam hal peningkatan motivasi, sumber informasi untuk

meningkatkan pengetahuan dan sebagai faktor pendukung secara langsung dalam perilaku pasien hipertensi untuk melaksanakan *self care management*.

## **2.3 Asuhan Keperawatan pada Hipertensi terkait *Self Care Management***

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan yang dilakukan meliputi riwayat, pemeriksaan fisik dan pengkajian psikososial. Dewith (2009) menjelaskan bahwa dalam pengkajian, pasien dikaji terkait dengan indikasi faktor yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi yang merupakan faktor resiko dari perkembangan penyakitnya. Pemeriksaan fisik selalu dibutuhkan, pengukuran tekanan darah dan didokumentasi keperawatan tentang tingkat tekanan darah dan resiko potensial adalah aspek yang sangat penting dalam perawatan. Ignatacius dan Workman (2010) menjelaskan tentang pengkajian pada hipertensi yang meliputi riwayat, pemeriksaan fisik, psikososial serta pemeriksaan diagnostik.

Pengkajian riwayat pasien meliputi pengkajian tentang faktor resiko yang terdapat pada pasien sehingga terjadi hipertensi. Pengumpulan data dari pasien meliputi umur, etnis atau ras, riwayat keluarga, rata-rata konsumsi kalori, natrium dan kalium dalam makanan dan alkohol, serta kebiasaan olahraga. Menilai riwayat masa lalu atau sekarang terkait dengan penyakit ginjal atau jantung dan penggunaan terapi obat atau obat-obatan terlarang (Ignatavicius & Workman, 2010).

Dalam pengkajian psikososial dilakukan pengkajian tentang stresor psikososial yang dapat memperburuk keadaan hipertensi dan efek dari kemampuan pasien dalam menjalankan kepatuhan terhadap terapi. Mengevaluasi hubungan pekerjaan, ekonomi dan stressor lain, dan juga respon pasien terhadap stressor. Beberapa pasien memiliki koping yang sulit dengan perubahan gaya hidup yang dibutuhkan dalam

mengontrol hypertension. Perlu juga untuk menilai kopping yang digunakan pada masa lalu (Ignatavicius & Workman, 2010).

### 2.3.2 Diagnosa

Ignatavicius dan Workman (2010) menjelaskan tentang prioritas diagnosa keperawatan pada hipertensi yaitu kurang pengetahuan berhubungan dengan kesalah pahaman dan ketidak pahaman dengan sumber daya informasi dan resiko ketidak efektifan regimen terapeutik berhubungan dengan ketidak patuhan terhadap terapi. Black dan Hawk (2009) menyebutkan ada tiga diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi yaitu ketidak efektifan regimen terapeutik, ketidak seimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan, dan resiko ketidak patuhan.

Dari beberapa referensi diatas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi terkait *self care management* adalah ketidak efektifan managemen kesehatan diri berhubungan dengan kurang pengetahuan. Dalam Nanda (2011) keadaan ketidak efektifan managemen kesehatan diri didefinisikan sebagai pola pengaturan dan pengitegrasian ke dalam kebiasaan kebiasaan sehari-hari untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik.

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan dairi intervensi keperawatan yang dilakukan terkait masalah *self care management* (NOC) adalah partisiasi dalam perawatan kesehatan. Partisipasi dalam perawatan kesehatan didefinisikan sebagai keadaan seseorang dalam hal ini pasien hipertensi inkut serta dalam memilih dan mengevaluasi perawatan kesehatan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Beberapa indikator terkait pencapaian tujuan yang ditentukan tersebut antara lain adalah pasien dapat menentukan tujuan kesehatan yang spesifik

serta dapat mengidentifikasi prioritas tujuan kesehatan yang ditentukan. Pasien dapat mengambil keputusan dan bertanggung jawab terkait perawatan kesehatan, pasien mampu mendemonstrasikan kemandirian dalam pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan. Dalam menghadapi masalah kesehatan, pasien mampu mencari informasi yang relevan terkait perawatan kesehatan dan Menentukan pilihan terkait perawatan kesehatan yang tersedia. Menggunakan teknik pemecahan masalah dalam pencapaian tujuan dan melakukan evaluasi terhadap usaha yang dilakukan meliputi evaluasi hambatan dan tujuan yang telah tercapai.

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah self care management pada hipertensi adalah (NIC) modifikasi gaya hidup, dalam intervensi ini pasien diharapkan mampu melakukan *self care management* dengan hipertensi yang dialami dengan memodifikasi gaya hidup atau mempertahankan perilaku yang efektif meliputi pengaturan diet, olahraga, pengurangan alkohol, management stress, penghentian merokok dan penguunaan obat anti hipertensi sesuai resep. Aktivitas keperawatan untuk intervensi modifikasi gaya hidup antara lain adalah sebagai berikut ; perawat perlu mengidentifikasi perilaku pasien hipertensi sehingga dapat diketahui perilaku yang akan dipertahankan dan perilaku yang akan dimodifikasi maupun diubah. Mengkaji motivasi pasien terkait perilaku untuk mempertahankan gaya hidup yang efektif untuk hipertensi, membantu pasien mengidentifikasi sumber pendukung. Keputusan pasien yang konstruktif merupakan sumber yang penting yang perlu didukung oleh perawat. Melibatkan sumber-sumber pendukung terhadap penerapan perilaku yang efektif dalam *self care management* antara lain dengan mendiskusikan modifikasi perilaku dengan pasien dan orang terdekat pasien dan perlunya keikut sertaan tenaga kesehatan yang lain dalam proses perubahan perilaku pasien. Pemberian reinforcement positif kepada pasien jika sudah terjadi peningkatan perilaku yang efektif dalam self care management sebagai penghargaan bagi pasien dan sebagai sumber motivasi pasien untuk mempertahankan perilaku gaya hidup yang efektif

tersebut. Bentuk evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat adalah dengan mengevaluasi perubahan perilaku dan melakukan follow up perilaku dalam jangka panjang.

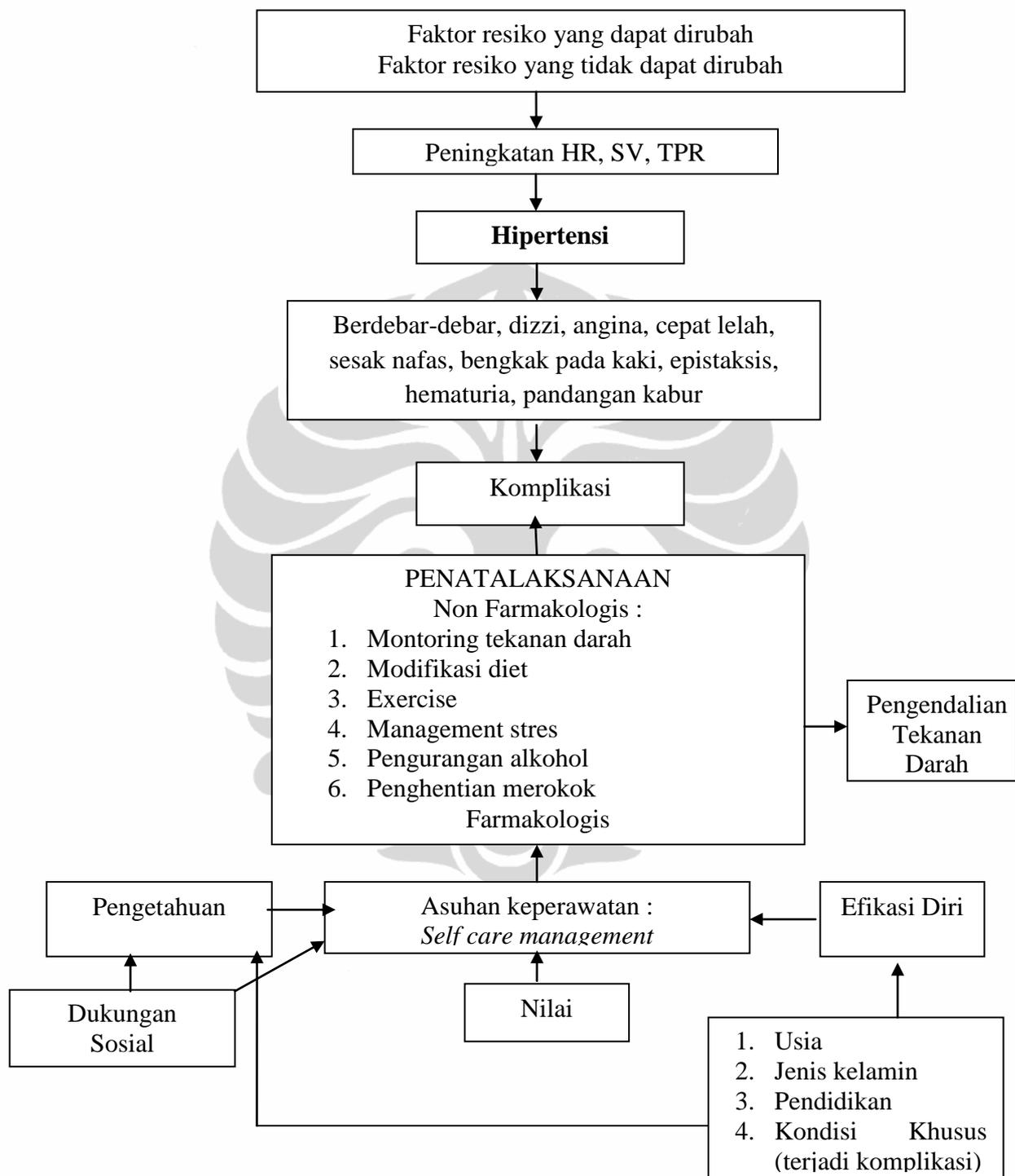
#### 2.3.4 Evaluasi

Evaluasi dari proses keperawatan yang dilakukan menurut Dewit (2009) yaitu tentang keefektifan terapi medis dan perubahan gaya hidup dari pasien hipertensi. Pemeliharaan yang konsisten dari tekanan darah dalam batas yang ditentukan adalah indikator utama dari efektivitas penatalaksanaan penyakit. Pengetahuan pasien tentang pengobatan, jenis obat, efek samping dan aturan pemakaian juga perlu dievaluasi. Pengetahuan tentang manajemen diet, aktivitas latihan, manajemen stress dan pemberhentian merokok harus dibahas waktu pasien melakukan periksa. Kepatuhan pasien dengan pengelolaan hipertensi sangat penting untuk mencegah atau meminimalkan komplikasi proses penyakit.

Black dan Hawk (2009) juga menyatakan hal serupa terkait dengan evaluasi dalam proses keperawatan pada pasien hipertensi yaitu tentang bagaimana manajemen stress, latihan, dan pemberhentian merokok. Diharapkan pasien dengan hipertensi mampu berusaha dalam mematuhi semua perubahan yang diperlukan dalam pengobatan dan atau gaya hidup. Menurut Ignatavicius dan Workman (2010) terdapat dua aspek yang perlu dievaluasi dari pasien hipertensi setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu pengetahuan khusus tentang regimen terapi dan tindakan pasien untuk meningkatkan kesehatan, pemulihan dan rehabilitasi berdasarkan saran profesional. Dari beberapa pendapat sumber tersebut maka dapat disimpulkan bahwa evaluasi pada proses keperawatan pada pasien hipertensi meliputi kemampuan pasien dalam mematuhi regimen terapi medis dan melaksanakan gaya hidup sehat dalam penatalaksanaan hipertensi.

## 2.4 Kerangka Teori

Skema 2.1 Kerangka Konsep



Sumber : Modifikasi dari *National Safety Council* (1994), Schnall (2005), Dewit (2009), Grinspun & Coote (2005), Black & Hawk (2009), Cornwel & Waite (2009), Ignatavicius & Workman (2010), Nwinee (2011)

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini akan diuraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

#### 3.1 Kerangka konsep

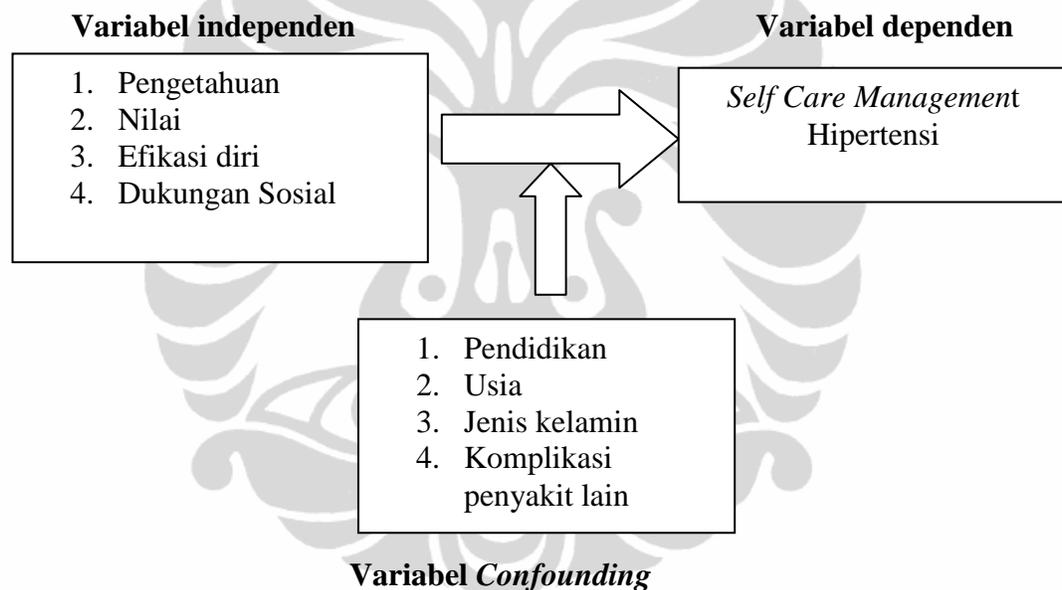
Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (independen), variabel terikat (dependen) dan variabel perancu (*confounding*).

Variabel independen (bebas) adalah suatu variabel yang variasinya mempengaruhi variabel lain. Menurut Hidayat (2007) variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat). Variabel independen biasanya dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan, nilai, motivasi, efikasi diri dan dukungan sosial pada pasien hipertensi terkait dengan kemampuan *self care management* pasien hipertensi.

Variabel dependen (terikat) merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel independen. Menurut Hidayat (2007) variabel dependen tergantung dari variabel independen terhadap perubahan. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah *self care management* pada pasien hipertensi.

Variabel *confounding* adalah variabel yang nilainya ikut menentukan variabel baik secara langsung maupun tidak langsung. Variabel *confounding* merupakan jenis variabel yang berhubungan dengan variabel independen dan variabel dependen tapi bukan merupakan antara (Nursalam, 2008). Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, lama sakit, pendidikan pasien hipertensi dan komplikasi penyakit lain.

Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian



### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis menyatakan jawaban sementara dari suatu penelitian. Hipotesis juga dinyatakan sebagai jawaban sementara penelitian, patokan duga atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Menurut Arikunto (2010) hipotesis dapat diartikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian sampai terbukti melalui data yang terkumpul. Hipotesis bivariat dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan pengetahuan dengan *self care management* pada pasien hipertensi
2. Ada hubungan nilai dengan *self care management* pada pasien hipertensi
3. Ada hubungan efikasi diri dengan *self care management* pada pasien hipertensi
4. Ada hubungan dukungan sosial dengan *self care management* pada pasien hipertensi

### 3.3 Definisi operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana cara menentukan variabel dan mengukur suatu variabel, sehingga definisi operasional ini merupakan suatu informasi ilmiah yang akan membantu peneliti lain yang ingin menggunakan variabel yang sama. Dalam definisi operasional dijelaskan semua variabel dan istilah yang perlu untuk dicantumkan untuk mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2007).

Tabel 3.1

Definisi operasional variabel independent dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Pengetahuan	Pengetahuan pasien hipertensi tentang penyakit hipertensi, dan penatalaksanaannya	Kuesioner tentang pengetahuan (Kuesioner B) terdiri dari 10 pertanyaan. Jika jawaban benar diberi nilai 1, jika jawaban salah diberi nilai 0	Hasil skor 0 = Kurang jika skor < 7 (<70%) 1 = Baik jika skor $\geq 7$ ( $\geq 70\%$ )	ordinal
2	Nilai	keyakinan dan sikap pribadi pasien yang berorientasi	Kuesioner tentang nilai keyakinan pasien hipertensi tentang	Hasil skor 0 = Kurang jika skor < 21 (<70%) 1 = Baik jika skor	ordinal

		pada tindakan terkait pentingnya <i>self care management</i> dalam penatalaksanaan hipertensi	pentingnya penatalaksanaan hipertensi (Kuesioner C) terdiri dari 7 pertanyaan. Nilai terendah 7 dan nilai tertinggi 28	$\geq 21$ ( $\geq 70\%$ )	
3	Efikasi diri	Keyakinan pasien hipertensi pada kemampuan dirinya dalam melakukan <i>self management</i> hipertensi	Kuesioner tentang <i>self efficacy</i> <i>General presieved self-efficacy scale</i> (kuesioner E) terdiri dari 10 pertanyaan nilai terendah 10 dan nilai tertinggi 30	Hasil skor 0 = Kurang jika skor < 24 (<70%) 1 = Baik jika skor $\geq 24$ ( $\geq 70\%$ )	ordinal
4	Dukungan sosial	Dukungan yang diberikan oleh lingkungan sosial seperti keluarga atau teman terhadap pasien hipertensi dalam melakukan <i>self care management</i>	Kuesioner <i>RAND Health</i> (Kuesioner F) Terdiri dari 5 pertanyaan Nilai terendah 5 dan nilai tertinggi 30	Hasil skor 0 = Kurang jika skor < 23 (<70%) 1 = Baik jika skor $\geq 23$ ( $\geq 70\%$ )	Ordinal

Tabel 3.2  
 Definisi operasional variabel *confounding* dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Pendidikan	Status pendidikan formal terakhir yang didapatkan oleh pasien hipertensi	Kuesioner A	Digolongkan 1 = Tidak sekolah 2 = SD 3 = SMP 4 = SMA 5 = diatas SMA	Ordinal
2	Usia	Lama hidup pasien hipertensi dihitung dari tanggal lahir sampai dengan saat ini dihitung dalam tahun	Kuesioner A	Dinyatakan dalam tahun	interval
3	Jenis kelamin	Jenis kelamin pasien hipertensi	Kuesioner A	Digolongkan : 0= Wanita 1=Laki-laki	Nominal
4	Komplikasi penyakit lain	Ada tidaknya komplikasi penyakit lain pada pasien hipertensi seperti diabetes militus, penyakit ginjal, stroke dan peyakit lain	Kuesioner A	Digolongkan 0 = tidak ada 1 = ada	Nominal

Tabel 3.3  
 Definisi operasional variabel dependen dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Self care management	Kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dalam melakukan penatalaksanaan hipertensi meliputi modifikasi diet, Pengendalian berat badan, exercise, manajemen stress, penghentian merokok, mengurangi konsumsi alkohol	Kuesioner tentang <i>self care management</i> (kuesioner G) terdiri dari 10 pertanyaan. Nilai maksimal 70, nilai minimal 10	Hasil skor 0 = Kurang jika skor < 49 (<70%) 1 = Baik jika skor $\geq 49$ ( $\geq 70\%$ )	Nominal

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Pada bab ini penulis menguraikan tentang rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisa data.

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian survey analitik atau observasional analitik (non eksperimental) dengan pendekatan *cross sectional*. Dalam penelitian *survey* tidak dilakukan intervensi atau perlakuan terhadap variabel, kemudian dilihat perubahan pada variabel yang lain, tetapi sekedar mengamati fenomena alam atau sosial yang terjadi atau mengamati hubungan fenomena tersebut dengan variabel-variabel yang lain. Pada jenis penelitian *survey* analitik, penelitan mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi (Notoatmodjo, 2010). Rancangan penelitian *survey cross setional* menurut Hidayat (2007) merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan (sekali waktu). Variabel sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur dan dikumpulkan secara simultan dalam satu kali waktu (dalam waktu yang bersamaan), pada studi ini tidak ada *follow up* (Setiadi, 2007).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor pengetahuan, nilai, dan efikasi diri pada serta variabel *confounding* pada pasien hipetensi dengan *self care management* pada pasien hipertensi. Variabel independen dan variabel dependen diukur dalam waktu yang sama

## 4.2 Populasi dan Sampel

### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Hidayat (2007) mendeskripsikan populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang diteliti. Bukan hanya objek atau subjek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki oleh subjek atau obyek tersebut. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien hipertensi yang melakukan berobat jalan di poli penyakit dalam RSUD Kudus.

### 4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinya (Setiadi, 2007). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi yang melakukan berobat jalan di poli penyakit dalam RSUD Kudus.

### 4.2.3 Teknik sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Pengambilan sampel dengan *purposive sampling* yaitu penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang dikehendaki peneliti (Setiadi, 2007). Dalam hal ini peneliti menentukan kriteria inklusi dan eksklusi sampel penelitian adalah sebagai berikut :

#### 4.2.3.1 Kriteria inklusi

4.2.3.1.1 Didiagnosa hipertensi (hipertensi esensial maupun hipertensi sekunder)

4.2.3.1.2 Bersedia menjadi responden

#### 4.2.3.2 Keriteria eksklusi

4.2.3.2.1 Pasien hipertensi yang mengalami komplikasi penyakit lain yang tidak memungkinkan untuk mengisi instrumen penelitian antara lain pasien hipertensi dengan stroke dengan gangguan neurologi yang berat, pasien hipertensi yang mengalami penurunan kesadaran dan gangguan kognitif.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini diambil dari pasien hipertensi yang melakukan berobat jalan di poli klinik penyakit dalam di RSUD Kudus dalam jangka waktu tiga minggu dalam penelitian.

Penentuan sampel dalam penelitian ini didasarkan atas analisis multivariat yang digunakan yaitu analisis multivariat dengan regresi logistik, maka penentuan jumlah sampel digunakan dengan 2 metode yaitu *rule of thumb* dan estimasi proporsi. Dharma (2011) merekomendasikan penghitungan jumlah sampel dengan *rule of thumb* minimal yang diperlukan berkisar antara 5-50 kali lebih banyak dari jumlah variabel independen, angka yang disarankan adalah 10 kali lebih banyak dari jumlah variabel independen. Dalam penelitian ini terdapat 4 variabel independen, 5 variabel *confounding*, dan 6 interaksi variabel independen yang di analisis multivariat dengan regresi logistik, maka besar sampel dalam penelitian ini adalah 75 sampai dengan 750 sampel. Diambil sampel sebanyak 10 kali variabel independen yaitu sebanyak 150 sampel.

Cara yang kedua adalah dengan cara estimasi proporsi dari suatu kejadian dengan persamaan sebagai berikut

$$n = \frac{Z_1^2 - \alpha/s P(1 - P)}{d^2}$$

Keterrangan :

$Z_{1-\alpha/s}$  : Standar normal deviasi untuk  $\alpha$  (dapat dilihat pada tabel distribusi Z)

P :Prediksi proporsi bersasarkan literatur atau hasil pilot studi

d :Deviasi dari prediksi proporsi atau presisi absolut

Dalam penghitungan sampel didalam penelitian ini prediksi proporsi diambil dari hasil penelitian Ismonah, dkk (2008) tentang *self care managemen* menunjukkan bahwa *self care management* pasien yang baik adalah 50% .

P = 0,50

d = 10 % (0,1)

$Z_{1-\alpha}^2 = 1,96$

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 - \alpha/s P(1 - P)}{d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 0,5 (1 - 0,5)}{0,1^2}$$

$$n = 95 \text{ sampel}$$

Dari dua metode tersebut diambil sampel terbanyak dengan jumlah sampel minimal adalah 150 sampel dalam penelitian. Dalam penelitian digunakan sampel sebanyak 157 sampel.

### 4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kudus dengan pertimbangan RSUD Kudus merupakan rumah sakit tipe B, terdapat poli klinik penyakit dalam dengan pelayanan 6 hari selama 1 minggu, jumlah kunjungan pasien dengan diagnosa hipertensi dalam 2 tahun terakhir termasuk tinggi (peringkat 3 besar dari jumlah kunjungan). Penelitian menggunakan poli klinik penyakit dalam di RSUD Kudus sebagai tempat yang dilakukan penelitian.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai pada minggu ke I Juni 2012 sampai dengan minggu ke III Juni 2012

#### 4.5 Etika Penelitian

Peneliti berupaya melindungi hak dan kewajiban responden sebagai sumber informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini, sehingga sebelum dilakukan penelitian ini dilakukan beberapa prosedur pengujian kelayakan penelitian, seperti proposal penelitian yang sudah memenuhi etika penelitian dengan uji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sebelum penelitian dilakukan, responden yang menjadi sampel penelitian mendapatkan informasi tentang tujuan penelitian. Setiap responden diberikan hak untuk menyetujui atau menolak keikutsertaan dalam kegiatan penelitian dengan menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi responden (*inform consent*) yang disiapkan oleh peneliti (lampiran 3).

Dalam penelitian, peneliti tidak menampilkan identitas responden (*anonymity*), hal ini digunakan kode responden pada lembar instrumen penelitian. Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan (*confidentiality*) hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya dengan cara menggunakan kode responden. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan disimpan peneliti pada file pribadi, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan dalam hasil penelitian. Setelah data tersebut dipergunakan, data dimusnahkan dengan cara dibakar. Prinsip keterbukaan dan keadilan (*justice*) dilaksanakan dengan cara menjelaskan prosedur penelitian dan senantiasa memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Prinsip berikutnya adalah memaksimalkan hasil agar dapat bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal yang merugikan (*maleficence*).

## 4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dengan menggunakan tensimeter untuk mengukur tekanan darah responden, timbangan berat badan untuk mengukur berat badan responden dan kuesioner untuk mengidentifikasi : data karakteristik responden (kuesioner A), pengukuran pengetahuan responden tentang hipertensi, regimen terapi, dan modifikasi gaya hidup (kuesioner B), pengukuran nilai pada pasien hipertensi terkait keyakinan terhadap pentingnya *self care management* hipertensi (kuesioner C), pengukuran efikasi diri untuk melakukan *self care management* pada pasien hipertensi dalam penatalaksanaan hipertensi (kuesioner D) serta pengukuran *self care management* hipertensi (kuesioner E).

### 4.6.1 Pengukuran variabel independen

4.6.1.1 Pengukuran pengetahuan pasien hipertensi tentang hipertensi dan *self care management* menggunakan kuesioner B. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dikembangkan peneliti dari teori. Terdiri dari 10 pertanyaan. *Cut of point* dari kategori pengetahuan didasarkan dari 70% nilai tertinggi.

4.6.1.2 Pengukuran nilai dan sikap pada pasien hipertensi terkait keyakinan terhadap pentingnya gaya hidup sehat dalam penatalaksanaan hipertensi menggunakan kuesioner C. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang dikembangkan peneliti dari teori. Kuesioner ini terdiri dari 7 pertanyaan terkait pentingnya penatalaksanaan hipertensi pada pasien hipertensi. *Cut of point* dari kategori nilai didasarkan dari 70% nilai tertinggi

4.6.1.3 Pengukuran efikasi diri pada pasien hipertensi untuk mengatasi masalah dalam penatalaksanaan hipertensi menggunakan kuesioner E. Kuesioner ini diadopsi dan dimodifikasi dari *General presieved self-efficacy scale* dari Scholz, Gutierrez, Sud, & Schwarzer. (2002) dalam Silvestri (2010) dan Ismonah, dkk (2008). Kuesioner ini terdiri dari 10 pernyataan terkait keyakinan diri seseorang dalam menyelesaikan masalah dengan pilihan

jawaban tidak mampu, kadang mampu, dan mampu. *Cut of point* dari kategori efikasi diri didasarkan dari 70% nilai tertinggi

4.6.1.4 Pengukuran dukungan sosial menggunakan kuesioner F, kuesioner ini dimodifikasi dan dikembangkan dari kuesioner *social support RAND Health* dalam penelitian Ismonah, dkk (2008) yang terdiri dari 5 pertanyaan. *Cut of point* dari kategori dukungan social didasarkan dari 70% nilai tertinggi

#### 4.6.2 Pengukuran variabel dependen

Pengukuran *self care management* pada pasien hipertensi dalam menggunakan kuesioner F. Kuesioner ini dikembangkan dari modifikasi *Measuring blood pressure knowledge and self-care behaviors of African Americans*. Peters dan Templin (2008). *Research in Nursing and Health*, 31, 543-552. Terdiri dari 10 pertanyaan. *Cut of point* dari kategori *self care management* didasarkan dari 70% nilai tertinggi

#### 4.6.3 Uji Coba Instrumen

##### 4.6.3.1 Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk menunjukkan bahwa instrumen atau alat ukur yang digunakan dalam penelitian benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2010). Nursalam (2008) menjelaskan bahwa validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam pengumpulan data. Menurut Dharma (2011) Secara umum terdapat 2 tipe validitas instrumen yaitu validitas berhubungan dengan teori (*teory related validity*) dan validitas berhubungan dengan kriteria (*criterion related validity*). Dalam penelitian ini menggunakan *teory related validity* yang merupakan keseluruhan dari validitas suatu instrumen yang membuktikan bahwa instrumen mengukur apa yang seharusnya diukur.

Dalam *teory related validity* terdapat 3 tipe yaitu 1) *Face validity* dimana validitas yang menunjukkan apakah instrumen peneliti dari segi rupanya nampak mengukur apa yang ingin diukur, sehingga umumnya ditentukan berdasarkan pendapat responden tentang item pertanyaan apakah sudah mengukur apa yang seharusnya diukur; 2) *Content Validity* yaitu dengan meminta pendapat pakar pada bidang yang sedang diteliti; 3) *Construct validity* dimana dalam *Construct validity* dapat dinilai dengan uji statistik yaitu dengan menguji apakah item-item pertanyaan yang mengukur hal yang sama berkorelasi tinggi dengan yang lainnya (Dharma, 2011).

Dalam penelitian ini dilakukan *face validity*, *content validity* dan *Construct validity*.

#### 4.6.3.1.1 *Face validity*

*Face validity* dilakukan pada semua instrumen. *Face validity* instrumen dilakukan pada pasien hipertensi yang melakukan berobat di poli klinik penyakit dalam RSUD RAA Soewondo Pati.

#### 4.6.3.1.2 *Content validity*

*Content validity* dilakukan dengan meminta pendapat pembimbing sebagai pakar penelitian terkait instrumen penelitian.

#### 4.6.3.1.3 *Construct validity*

*Construct validity* dilakukan dengan melakukan korelasi menggunakan uji korelasi *pearson product moment* setelah itu didiuji dengan menggunakan uji t dan lalu baru dilihat penafsiran dari indeks.

Jika nilai t hitung lebih besar dari t tabel maka instrumen dinyatakan valid, atau validitas instrumen bisa dilihat secara langsung melalui hasil korelasi *pearson product moment* dimana jika r hitung lebih besar dari r tabel maka variabel valid. Dalam penelitian ini validitas instrument

dilakukan pada 30 orang pasien hipertensi dengan karakteristik yang sama dengan karakteristik atau criteria inklusinya dengan sampel yang pakai dalam penelitian pada tempat yang berbeda yaitu di RSUD RAA Soewondo Pati. Pada pengujian validitas instrument digunakan korelasi *pearson product moment*, dengan tingkat signifikansi 5%

#### 4.6.3.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas (ajeg) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010). Reliabilitas merupakan kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini uji reliabilitas pada instrumen pengukuran dengan menggunakan uji consistensi interna dengan *Cronbach Alpha*.

Setiadi (2007) menjelaskan bahwa ukuran reliabilitas dari instrument meliputi  $< 0,59$  merupakan reliabilitas rendah,  $0,60-0,89$  merupakan reliabilitas sedang dan  $0,90-1,00$  merupakan reliabilitas tinggi. Hastono (2007) menjelaskan jika hasil *Cronbach Alfa*  $\geq 0.6$  variabel reliable dan jika *Cronbach Alfa*  $< 0.6$  maka instrument tidak reliabel.

Setelah dilakukan uji validitas didapatkan hasil sebagai berikut :

Hasil validitas dan reliabilitas instrumen pengukuran nilai didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,759, terdapat 1 pertanyaan pada instrumen pengukuran nilai yang tidak valid dan reliabel. Hasil validitas dan reliabilitas instrumen pengukuran efikasi diri didapatkan nilai

*Cronbach's Alpha* 0,780, semua item pertanyaan pengukuran efikasi diri valid dan reliabel. Hasil validitas dan reliabilitas instrumen pengukuran dukungan sosial didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,740, semua item pertanyaan pengukuran dukungan sosial valid dan reliabel. Hasil validitas dan reliabilitas instrumen pengukuran *self care management* didapatkan *Cronbach's Alpha* 0,807, terdapat 1 pertanyaan pada instrumen pengukuran *self care management* yang tidak valid dan reliabel. Dari item pertanyaan yang tidak valid dan reliabel kemudian dilakukan perbaikan dengan *content validity*.

#### **4.7 Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

##### **4.7.1 Tahap persiapan**

- 4.7.1.1 Setelah uji proposal, peneliti mengajukan uji lolos etik ke Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk mendapatkan surat keterangan lolos uji etik.
- 4.7.1.2 Peneliti mengajukan perijinan ke BAPEDA kabupaten Kudus dan RSUD Kudus dengan menyertakan proposal penelitian dan surat rekomendasi penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- 4.7.1.3 Peneliti melakukan *uji intereter* antara peneliti dengan asisten peneliti terkait persamaan persepsi tentang sample dan instrumen penelitian. Asisten peneliti dalam penelitian ini adalah mahasiswa keperawatan yang praktik di RSUD Kudus, dibutuhkan 3 asisten peneliti (1 asisten peneliti melakukan pengukuran tekanan darah, 1 asisten pengukuran berat badan dan 1 asisten peneliti untuk penjelasan mekanisme pengisian kuesioner).
- 4.7.1.4 Peneliti mengadakan pertemuan dengan kepala poli klinik penyakit dalam dan perawat poli klinik penyakit dalam untuk menjelaskan maksud dan tujuan mengadakan penelitian

#### 4.7.2 Tahap Pelaksanaan

- 4.7.2.1 Peneliti menentukan responden pasien hipertensi sesuai dengan kriteria inklusi dengan melihat catatan medis pasien
- 4.7.2.2 Peneliti menjelaskan tujuan, manfaat penelitian serta hak dan kewajiban sebagai responden
- 4.7.2.3 Jika responden menyetujui terlibat dalam penelitian, maka responden menanda tangani lembar persetujuan (*inform consent*)
- 4.7.2.4 Asisten peneliti melakukan pengukuran tekanan darah dan berat badan responden
- 4.7.2.5 Responden diperbolehkan melakukan pemeriksaan dan berobat terlebih dahulu di poli klinik penyakit dalam.
- 4.7.2.6 Setelah responden selesai melakukan pemeriksaan dan berobat, peneliti dan asisten peneliti memberikan kuesioner penelitian dan menjelaskan prosedur pengisian di ruangan khusus untuk diisi oleh responden.
- 4.7.2.7 Peneliti dan asisten peneliti mengucapkan terima kasih atas partisipasi responden

#### 4.8 Rencana Analisis Data

##### 4.8.1 Pengolahan Data

Menurut Setiadi (2007), ada beberapa kegiatan yang dilakukan oleh peneliti dalam pengolahan data, terdapat 6 tahapan yaitu :

###### 4.8.1.1 *Editing*

Adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data. Pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diselesaikan ini dilakukan terhadap :

- 4.8.1.1.1 Kelengkapan jawaban, apakah tiap pertanyaan sudah ada jawabannya, metulisan meskipun jawaban hanya berupa tidak tahu atau tidak mau menjawab

4.8.1.1.2 Keterbacaan tulisan, tulisan yang tidak terbaca akan mempersulit pengolahan data atau berakibat pengolah data salah membaca

4.8.1.1.3 Relevansi jawaban, bila ada jawaban yang kurang atau tidak relevan maka editor harus menolaknya.

#### 4.8.1.2 *Coding*

Adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori, dilakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Tanda-tanda kode ini dapat disesuaikan dengan pengertian yang lebih menguntungkan peneliti, jadi, tanda-tanda tersebut bisa dibuat oleh peneliti sendiri. Dalam penelitian ini kode jawaban di beri kode dalam bentuk angka.

#### 4.8.1.3 *Sorting*

Adalah memilih atau mengelompokkan data menurut jenis yang dikehendaki (klasifikasi data). Sorting dilakukan dengan bantuan komputer.

#### 4.8.1.4 *Entry data*

Jawaban-jawaban yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan dalam table dengan cara menghitung frekwensi data. Data yang sudah dikelompokkan dimasukkan ke komputer

#### 4.8.1.5 *Cleaning*

Pembersihan data, melihat variabel apakah data sudah benar atau belum. Setelah data didapat kemudian dilakukan pengecekan kembali apakah data ada yang salah atau tidak.

#### 4.8.1.6 Mengeluarkan informasi

Disesuaikan dengan tujuan penelitian, data setelah selesai diolah disajikan sesuai tujuan dari analisa univariat, bivariat dan multivariat.

### 4.8.2 Analisis Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2008). Dalam penelitian ini analisa univariat untuk didasarkan dari jenis data dari

masing-masing variabel dimana di kelompokkan menjadi data numerik yaitu usia dan data kategorik meliputi pengetahuan, nilai, efikasi diri, dukungan sosial, pendidikan, jenis kelamin, komplikasi penyakit lain dan *self care management*. Dalam analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan prosentase dari variabel pengetahuan, nilai, efikasi diri, dukungan sosial, pendidikan, jenis kelamin, komplikasi penyakit lain dan *self care management* pada pasien hipertensi. Pada data numerik yaitu, usia disajikan dalam bentuk mean, median dan standart deviasi.

### 4.8.3 Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang kemungkinan berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2008). Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui :

#### 4.8.3.1 Hubungan variabel independen dengan variabel dependen

- 4.8.3.1.1 Hubungan pengetahuan pasien hipertensi dengan *self care management* pada pasien hipertensi
- 4.8.3.1.2 Hubungan nilai pasien hipertensi dengan *self care management* pada pasien hipertensi
- 4.8.3.1.3 Hubungan efikasi diri pasien hipertensi dengan *self care management* pada pasien hipertensi
- 4.8.3.1.4 Hubungan dukungan sosial dengan *self care management* pada pasien hipertensi

Tabel 4.1

Analisis bivariat variabel independen dan dependen dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus

Variabel Independen	Variabel Dependen	Jenis Uji
Pengetahuan (kategorik)	<i>Self care management</i> (kategorik)	<i>Chi Square</i>
Nilai (kategorik)	<i>Self care management</i> (kategorik)	<i>Chi Square</i>
Efikasi diri (kategorik)	<i>Self care management</i> (kategorik)	<i>Chi Square</i>
Dukungan Sosial (kategorik)	<i>Self care management</i> (kategorik)	<i>Chi Square</i>

#### 4.8.3.2 Hubungan variabel *confounding* terhadap variabel dependen

- 4.8.3.2.1 Hubungan pendidikan pasien hipertensi dengan *self care management* pada pasien hipertensi
- 4.8.3.2.2 Hubungan usia pasien hipertensi dengan *self care management* pada pasien hipertensi
- 4.8.3.2.3 Hubungan jenis kelamin pasien hipertensi dengan *self care management* pada pasien hipertensi
- 4.8.3.2.4 Hubungan komplikasi penyakit lain dengan *self care management* pada pasien hipertensi

Tabel 4.2

Analisis bivariat variabel *confounding* dan dependen dalam penelitian analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus

Variabel Independen	Variabel Dependen	Jenis Uji
Pendidikan (kategorik)	<i>Self care management</i> (kategorik)	<i>Chi Square</i>
Usia (numerik)	<i>Self care management</i> (kategorik)	<i>t - independen</i>
Jenis kelamin (nominal)	<i>Self care management</i> (kategorik)	<i>Chi Square</i>
Komplikasi penyakit lain (kategorik)	<i>Self care management</i> (kategorik)	<i>Chi Square</i>

#### 4.8.4 Analisa Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini menggunakan regresi logistik ganda dikarenakan variabel dependennya berupa data kategorik. Berdasarkan kegunaannya analisis regresi logistic mencakup 2 model yaitu model prediksi dan model factor resiko. Model prediksi bertujuan untuk memperoleh beberapa model yang terdiri dari beberapa variable independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian dependen. Model factor resiko bertujuan mengestimasi secara valid hubungan satu variable utama dengan variable dependen dengan mengotrol beberapa variable *confounding* (Hastono, 2007).

Penelitian ini menganalisa tentang hubungan beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi *self care management* sebagai variabel dependen dan memprediksi hubungan variabel independen dengan *self care management* sebagai variabel dependen dengan mengontrol variabel *confounding*, maka dalam penelitian ini digunakan gabungan 2 model regresi logistic (prediktif dan faktor resiko).

Langkah-langkah regresi logistic dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 4.8.4.1 Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variable independen dengan variable dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$ , maka variable tersebut dapat masuk model multivariate. Namun bisa saja  $p > 0,25$  tetap diikuti ke multivariate jika substansi tersebut adalah substansi penting.
- 4.8.4.2 Memilih variable yang dianggap penting yang masuk model dengan cara mempertahankan variable yang mempunyai p value  $< 0,05$  dengan mengeluarkan variable yang p valuenya  $> 0,05$ , namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variable yang mempunyai p value terbesar.
- 4.8.4.3 Identifikasi linieritas variable numeric dengan tujuan untuk menentukan apakah variable numeric dijadikan variable kategorik atau tetap variable numeric. Caranya dengan mengelompokkan variable numeric ke dalam 4 kelompok berdasarkan nilai kuartilnya. Kemudian dilakukan analisis logistic dan hitung nilai OR nya. Bila nilai OR masing-masing kelompok menunjukkan bentuk garis lurus, maka variable numerik dapat dipertahankan. Namun bila hasilnya menunjukkan adanya patahan maka dapat dipertimbangkan dirubah dalam bentuk kategorik.
- 4.8.4.4 Setelah memperoleh model yang memuat variable penting, maka langkah selanjutnya adalah memeriksa kemungkinan interaksi variable ke dalam model. Penentuan variable interaksi sebaiknya

melalui pertimbangan logika substantif. Pengukuran interaksi dilihat melalui kemaknaan uji statistic. Bila variable mempunyai nilai bermakna maka variable interaksi penting dimasukkan dalam pemodelan

4.8.4.5 Lakukan penilaian confounding dengan cara mengeluarkan variabel confounding satu per satu dimulai dari yang memiliki nilai p Wald terbesar, bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel kovariat (X1) dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai konfounding dan tetap harus tetap pada pemodelan

Model logistic ganda :

$$F(z) = \frac{1}{1 + e^{(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4)}}$$

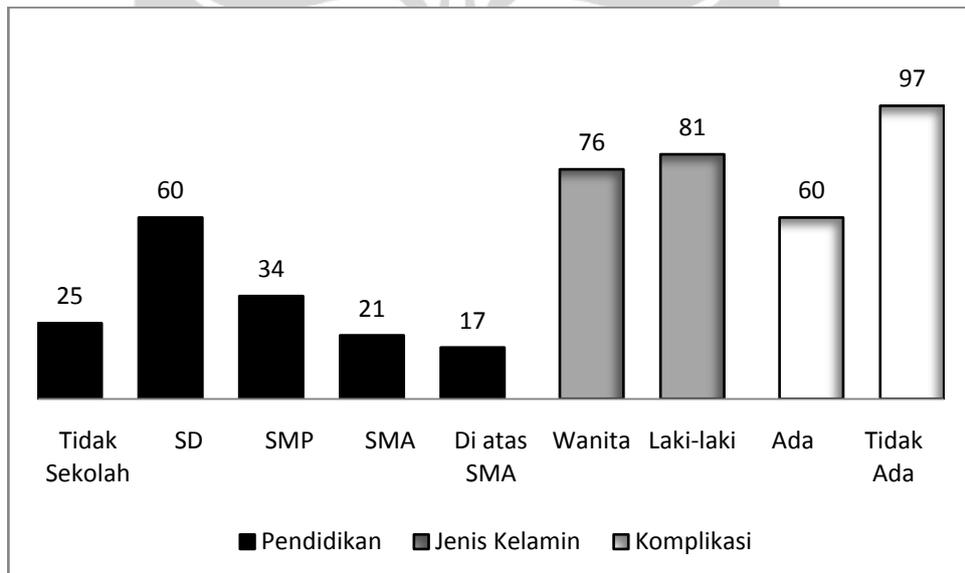
## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Analisa Univariat

##### 5.1.1 Distribusi berdasarkan karakteristik responden

Diagram 5.1  
Distribusi tingkat pendidikan, jenis kelamin, komplikasi pasien hipertensi  
di RSUD Kudus tahun 2012  
(n=157)



Pendidikan responden terbanyak adalah berpendidikan SD sebanyak 60 (38,2%) sedangkan yang lain adalah berpendidikan SMP sebanyak 34 (21,7%), berpendidikan SMA sebanyak 21 (13,4%), di atas SMA sebanyak 17 (10,8%) dan responden yang tidak sekolah sebanyak 25 (15,9%). Jenis kelamin responden terbanyak adalah laki-laki yaitu sebanyak 81 (51,6%), sedangkan responden wanita sebanyak 76 (48,4%). Responden yang mengalami komplikasi penyakit lain selain hipertensi sebanyak 60 (38,2%) sedangkan yang tidak mengalami komplikasi penyakit lain sebanyak 97 (61,8%).

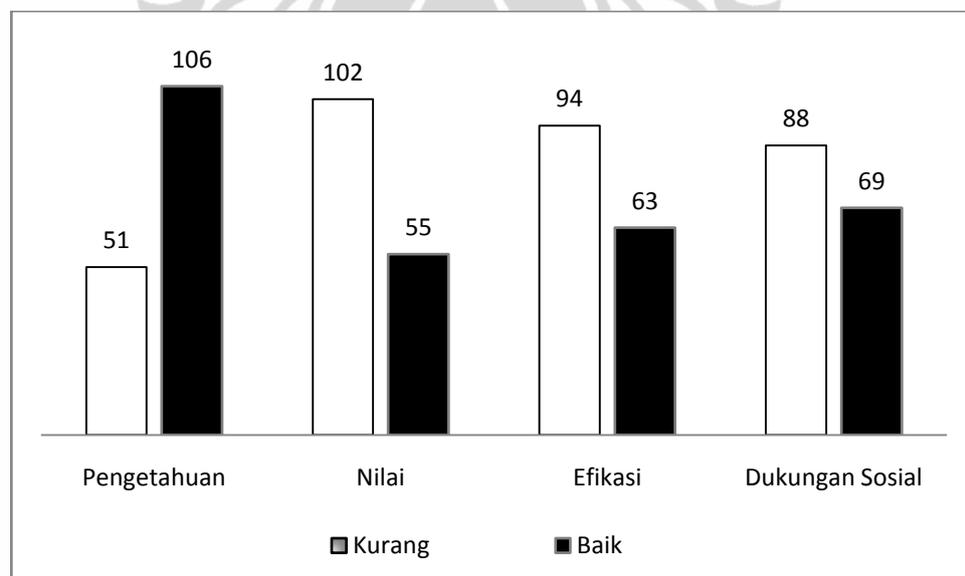
Tabel 5.1  
Distribusi responden berdasarkan usia di RSUD Kudus  
tahun 2012  
(n=157)

Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
53,79	52	10,10	30,00-84,00	52,20-55,38

Hasil analisis tabel 5.1 didapatkan bahwa rata-rata usia responden adalah 53,79 tahun (95% CI: 52,20-55,38) standar deviasi 10,10 dengan usia termuda 30 tahun dan usia tertua adalah 84 tahun. Dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata usia responden adalah diantara 52,20-55,38 tahun.

### 5.1.2 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan, nilai, efikasi dan dukungan sosial

Diagram 5.2  
Distribusi tingkat pengetahuan, nilai, efikasi diri, dukungan social pasien hipertensi di RSUD Kudus tahun 2012 (n=157)

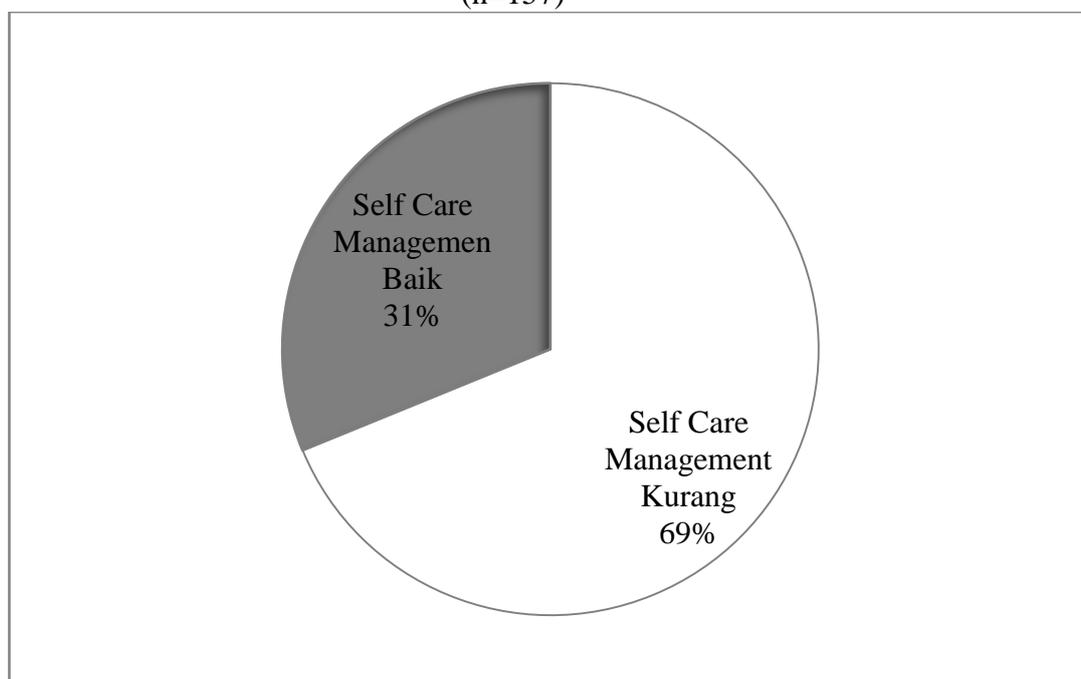


Dari analisis Diagram 5.2 didapatkan bahwa dari 157 responden yang berpengetahuan kurang tentang hipertensi dan penatalaksanaanya

sebanyak 51 (32,5%) dan yang berpengetahuan baik sebanyak 106 (67,5%). Responden yang memiliki nilai kurang terkait hipertensi sebanyak 102 (65%) dan yang memiliki nilai baik sebanyak 55 (35%). Responden yang memiliki efikasi diri kurang sebanyak 94 (59,9%) dan yang memiliki efikasi diri baik sebanyak 63 (40,1%). Responden yang kurang dukungan sosial sebanyak 88 (56,1%) sedangkan yang dukungan sosialnya baik sebanyak 69 (43,9%).

### 5.1.3 Distribusi responden berdasarkan *self care management*

Diagram 5.3  
Distribusi *self care management* pasien hipertensi di RSUD Kudus tahun 2012 (n=157)



Dari analisis tdiagram 5.3 diperoleh data bahwa terdapat reponden yang memiliki *self care management* yang kurang sebanyak 108 (68,8%) responden, sedangkan responden yang memiliki *self care management* yang baik sebanyak 49 (31,2%).

## 5.2 Analisis bivariat faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pasien hipertensi

Tabel 5.2  
Faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pasien hipertensi di RSUD Kudus Tahun 2012 (n=157)

No	Variabel	<i>Self care management</i>			X <sup>2</sup>	P value	OR 95%CI	
		Kurang n (%)	Baik n(%)	Total n(%)				
1	Pengetahuan				3,271	0,071	1 2,032 0,93;4,41	
	a.	Kurang	40 (78,4%)	11 (21,6%)				51 (100%)
	b.	Baik	68 (64,2%)	38 (35,8%)	106 (100%)			
2	Nilai				3,046	0,081	1 1,852 0,92 ; 0,71	
	a.	Kurang	75 (73,5%)	27 (26,5%)				102 (100%)
	b.	Baik	33 (60%)	22 (40%)	55 (100%)			
3	Efikasi diri				10,767	0,001*	1 3,156 1,568-6,353	
	a.	Kurang	74 (78,7%)	20 (21,3%)				94 (100%)
	b.	Baik	34 (54%)	29 (46%)	63 (100%)			
4	Dukungan sosial				2,179	0,025*	1 2,179 1,097-4,328	
	a.	Kurang	67 (76,1%)	21 (23,9%)				88 (100%)
	b.	Baik	41 (59,4%)	28 (40,6%)	69 (100%)			
5	Pendidikan				20,67	0,000*	1 3,833 0,80;18,22 4,792 0,95;24,27 12,650 2,35;67,85 21,083 3,64;121,83	
	a.	Tidak sekolah	23 (92%)	2 (8%)				25 (100%)
	b.	SD	45 (75%)	15 (25%)				60 (100%)
	c.	SMP	24 (70,6%)	10 (29,4%)				34 (100%)
	d.	SMA	10 (47,6%)	11 (52,4%)				21 (100%)
	e.	Diatas SMA	6 (35,3%)	11 (64,7%)	17 (100%)			
6	Jenis kelamin				1,562	0,200	1 1,562 0,788-3,093	
	a.	Wanita	56 (73,7%)	20 (26,3%)				76 (100%)
	b.	Laki-laki	52 (64,2%)	29 (35,8%)	81 (100%)			
7	Komplikasi penyakit lain				6,648	0,010*	1 2,460 1,231-4,918	
	a.	Tidak ada	74 (76,3%)	23 (23,7%)				97 (100%)
	b.	Ada	34 (56,7%)	26 (43,3%)	60 (100%)			

\*Bermakna pada  $\alpha$  0,05

Dari analisis bivariat antara tingkat pengetahuan dengan *self care management* pada pasien hipertensi diperoleh bahwa terdapat 11 (21,6%) responden yang berpengetahuan kurang memiliki *self care management* yang baik. Sedangkan diantara responden yang berpengetahuan baik terdapat 38 (35,8%) yang memiliki *self care management* yang baik. Maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi *self care management* antara responden yang berpengetahuan kurang dan berpengetahuan baik atau tidak ada hubungan antara pengetahuan dan *self care management* ( $p:0,071$ ,  $\alpha :0,05$ ).

Dari analisis bivariat antara nilai dan *self care management* pada pasien hipertensi diperoleh bahwa terdapat 27 (26,5%) responden yang memiliki nilai atau keyakinan terkait pentingnya *self care management* dalam penatalaksanaan hipertensi yang kurang dengan *self care management* yang baik. Pada responden yang memiliki nilai yang baik dengan *self care management* yang baik sebanyak 22 (40%) responden. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi *self care management* yang baik antara responden yang memiliki nilai yang kurang dan yang baik atau tidak ada hubungan antara nilai dengan *self care management* ( $p:0,081$ ,  $\alpha : 0,05$ ).

Dari analisis bivariat antara efikasi diri dan *self care management* diperoleh bahwa terdapat 20 (21,3%) responden yang memiliki efikasi diri yang kurang dengan *self care management* yang baik. Diantara responden yang memiliki efikasi diri yang baik terdapat 29 (46%) responden yang memiliki *self care management* yang baik. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan proporsi *self care management* yang baik pada responden yang memiliki efikasi diri yang baik dan efikasi diri yang kurang atau ada hubungan yang signifikan antara efikasi diri dengan *self care management* ( $p:0,001$ ,  $\alpha:0,005$ ). Dari analisis didapatkan OR 3,516, artinya responden dengan efikasi diri yang baik memiliki

peluang 3,5 kali untuk melakukan *self care management* yang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki efikasi diri yang kurang.

Dari analisis bivariat antara dukungan sosial dengan *self care management* diperoleh bahwa terdapat terdapat 21 (23,9%) responden dengan dukungan sosial yang kurang memiliki *self care management* yang baik. Diantara responden yang memiliki dukungan sosial yang baik terdapat 28 (40,6%) responden yang memiliki *self care mangement* yang baik. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan proporsi *self care management* yang baik antara responden yang memiliki dukungan sosial yang baik dan responden yang memiliki dukungan sosial yang kurang atau terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan *self care management* ( $p:0,025$ ,  $\alpha: 0,05$ ). Dari analisis diperoleh OR 2,179 artinya responden dengan dukungan sosial yang baik individu memiliki peluang 2 kali untuk melakukan *self care management* yang baik dibandingkan responden yang memiliki dukungan sosial yang kurang.

Dari analisis bivariat antara pendidikan dengan *self care management* diperoleh bahwa terdapat 2 (8 %) responden yang tidak sekolah memiliki *self care management* yang baik, 15 (2,5%) responden yang berpendidikan SD memiliki *self care managment* yang baik, 10 (29%) responden yang berpendidikan SMP memiliki *self care management* yang baik, 11 (52,4%) responden yang berpendidikan SMA memiliki *self care management* yang baik dan 11 (64%) responden yang berpendidikan diatas SMA memiliki *self care management* yang baik. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan proporsi *self care management* yang baik antara responden yang tidak sekolah, berpendidikan SD, SMP, SMA dan diatas SMA, dimana semakin tinggi pendidikan maka proporsi *self care management* semakin meningkat atau terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan *self care management* ( $p :0,000$ ,  $\alpha : 0,05$ ). Dari analisis didapatkan OR pendidikan SD : 3,833, OR pendidikan SMP : 4,792, OR pendidikan SMA : 12,65, OR pendidikan diatas SMA : 21,083.

Dapat diartikan bahwa responden yang berpendidikan SD memiliki peluang 3,8 kali melakukan *self care management* yang baik dibanding responden yang tidak sekolah, responden yang berpendidikan SMP memiliki peluang 4,7 kali melakukan *self care management* yang baik dibandingkan dengan responden yang tidak sekolah, responden yang berpendidikan SMA memiliki peluang 12,6 kali melakukan *self care management* yang baik dibandingkan responden yang tidak sekolah dan responden yang memiliki pendidikan diatas SMA memiliki peluang 21 kali melakukan *self care management* yang baik dibanding responden yang tidak sekolah.

Dari analisis bivariat antara jenis kelamin dan *self care management* diperoleh bahwa terdapat 20 (26,3%) responden wanita yang memiliki *self care management* yang baik. Diantara responden laki-laki terdapat 29 (35, 8%) responden yang memiliki *self care management* yang baik. Dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan *self care management* yang baik antara responden wanita dan laki-laki atau tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan *self care management* ( $p: 0,200, \alpha: 0,05$ ).

Dari analisis bivariat komplikasi penyakit lain dengan *self care management* diperoleh bahwa terdapat 23 (23,7%) responden yang tidak memiliki komplikasi penyakit lain yang memiliki *self care management* yang baik. Diantara responden yang memiliki komplikasi penyakit lain sebanyak 26 (43,3%) responden yang memiliki *self care management* yang baik. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan *self care management* yang baik antara responden yang memiliki komplikasi penyakit lain dengan yang tidak memiliki penyakit lain atau terdapat hubungan antar keadaan komplikasi penyakit lain dengan *self care management*. Dari analisis didapatkan OR 2,46, maka dapat diartikan bahwa responden yang memiliki komplikasi penyakit lain

memiliki peluang 2,4 kali melakukan *self care management* yang baik dibanding dengan responden yang tidak memiliki komplikasi.

Tabel 5.3  
Hubungan usia dengan *self care management* pasien hipertensi  
di RSUD Kudus  
Tahun 2012  
(n=157)

No	Variabel	Mean	SD	N	t	P Value	Mean diff (95%CI)
	Usia						
1	SCM Kurang	52,78	9,64	108	-1,889	0,061	-3,263 -6,67;0,14
	SCM Baik	56,04	10,82	49			

Dari analisis bivariat antara usia dengan *self care management* pada tabel 5.3 dapat diperoleh rata-rata usia responden yang memiliki *self care management* yang kurang adalah 52,78 tahun dengan standar deviasi 9,64 tahun. Sedangkan untuk responden yang memiliki *self care management* yang baik rata-rata usia responden adalah 56,04 tahun dengan standar deviasi 10,82 tahun. Tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata usia antara responden yang memiliki *self care management* yang kurang dan responden yang memiliki *self care management* yang baik atau tidak ada hubungan antara usia dan *self care management* (p:0,061,  $\alpha$  : 0,05).

### 5.3 Analisa Multivariat

#### 5.3.1 Seleksi bivariat

Tabel 5.4  
Hasil seleksi bivariat variabel pengetahuan, nilai, efikasi dan dukungan social dengan *self care management* pasien hipertensi di RSUD Kudus  
Tahun 2012  
(n=157)

Variabel	P value
Pengetahuan	0,071
Nilai	0,081
Efikasi	0,001
Dukungan social	0,025
Pendidikan	0,000
Jenis Kelamin	0,200
Komplikasi	0,010
Usia	0,061

Hasil analisis table 5.4, hasil seleksi bivariat semua variabel menghasilkan p value  $< 0,25$  sehingga semua variabel dapat masuk ke pemodelan selanjutnya

### 5.3.2 Pemodelan multivariate

Dalam tahap ini dilakukan pemilihan variabel yang masuk pada pemodelan multivariate dimana variabel yang memiliki p value  $> 0,05$  dikeluarkan secara berurutan dari yang terbesar sehingga didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 5. 5  
Hasil pemodelan Multivariat

No	Variabel	B	SE	Wald	P value
1	Efikasi	1,345	0.418	10.353	0,001
2	Pendidikan	0,708	0,176	16,209	0,000
3	Usia	0,068	0,021	10,273	0,001

Dari analisis tabel 5.5 diperoleh bahwa semua variabel memiliki p value kurang dari 0,05, maka ketiga variabel tersebut masuk pada pemodelan.

### 5.3.3 Uji Konfounding

Dari pemodelan terdapat dua variabel confounding yaitu pendidikan dan usia, kemudian dilakukan uji confounding dengan mengeluarkan satu-persatu dan melihat perubahan OR, jika perubahan OR  $> 10\%$  maka variabel tersebut tetap menjadi konfounding. Dari hasil uji confounding didapatkan hasil :

Tabel 5.6  
Perubahan nilai OR setelah variabel usia dikeluarkan

Variabel	OR variabel nilai ada	OR variabel Nilai dikeluarkan	$\Delta$ OR
Efikasi	3,837	2,606	32%

Dari tabel 5.6 diketahui bahwa setelah usia dikeluarkan dari pemodelan didapatkan perubahan pada OR covariat  $> 10\%$  maka usia tetap menjadi variabel konfounding

Tabel 5.7  
Perubahan nilai OR setelah variabel pendidikan dikeluarkan

Variabel	OR variabel pendidikan ada	OR variabel pendidikan dikeluarkan	Δ OR
Efikasi	3,837	4,302	12%

Dari tabel 5.7 diketahui bahwa setelah usia dikeluarkan dari pemodelan didapatkan perubahan OR pada covariat > 10% maka pendidikan tetap menjadi variabel konfounding

### 5.3.4 Model terakhir

Tabel 5.8  
Pemodelan terakhir analisa multivariat faktor-faktor yang mempengaruhi *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus Tahun 2012

No	Variabel	B	SE	Wald	P value	OR (95%CI)
1	Efikasi					1
	a. Kurang					4,2 (1,8;9,8)
	b. Baik	1,433	0,434	10,904	0,001	
2	Pendidikan					1
	a. Tidak Sekolah					
	b. SD	1,712	0,854	4,018	0,002	5,543 (1,0;29,6)
	c. SMP	2,091	0,899	5,415		8,095 (1,4;47,1)
	d. SMA	3,269	0,980	11,124		26,27(3,8;179,3)
e. Diatas SMA	3,263	0,972	11,267	26,12 (3,9;175,6)		
3	Usia	0,076	0,023	10,855	0,001	1,079 (1,0;1,1)

Dari model di atas maka dapat dijelaskan bahwa individu yang memiliki efikasi diri baik berpeluang 4,2 kali melakukan *self care management* yang baik dibandingkan reponden yang memiliki efikasi diri yang kurang setelah dikontrol variabel pendidikan dan usia (95% CI OR).

Individu yang berpendidikan SD memiliki peluang melakukan *self care management* yang baik 5,5 kali dibanding dengan individu yang tidak sekolah. Pada individu yang berpendidikan SMP berpeluang melakukan *self care management* baik 8 kali dibanding individu yang tidak sekolah. Individu yang berpendidikan SMA berpeluang melakukan *self care*

*management* yang baik 26,2 kali dibanding individu yang tidak sekolah. Individu yang berpendidikan diatas SMA berpeluang melakukan *self care management* yang baik 26,1 kali dibandingkan responden yang tidak sekolah setelah dikontrol variabel efikasi diri dan usia

Usia mempengaruhi *self care managemen* dimana diketahui OR 1,07 artinya bahwa usia akan mempengaruhi 1,07 kali dalam *peningkatan self care management* yang baik. Setiap kenaikan usia 5 tahun maka peluang dalam melakukan *self care management* yang baik sebesar 1,5 kali setelah dikontrol variabel efikasi diri dan pendidikan.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini akan menguraikan pembahasan hasil penelitian tentang karakteristik responden, hubungan factor pengetahuan, nilai, efikasi diri, dan dukungan keluarga dengan *self care management* pada pasien hipertensi di RSUD Kudus serta akan dibahas tentang keterbatasan penelitian dan implikasi keperawatan.

#### **6.1 Intepretasi dan pembahasan hasil penelitian**

##### **6.1.1 Hubungan antara pengetahuan dengan *self care management* pasien hipertensi.**

Dari hasil penelitian, proporsi pasien hipertensi yang berpengetahuan kurang dan memiliki *self care management* baik adalah 21,6% sedangkan proporsi pasien hipertensi yang berpengetahuan baik dan memiliki *self care management* baik adalah 38,8%. Dari analisis proporsi tersebut, maka dapat disimpulkan semakin tinggi pengetahuan individu maka semakin baik *self care management* yang dilakukan.

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang diperoleh seseorang setelah mengadakan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Dijelaskan juga bahwa pengetahuan dalam domain kognitif memiliki 6 tingkat yaitu tahu (*know*) yaitu dapat diartikan sebagai keadaan seseorang mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya, memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan kembali secara benar tentang obyek yang diketahui, aplikasi (*aplication*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya), analisis (*analisis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu

sama lain, sintesis (*syntesis*) merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Dalam kaitan *self care management*, pengetahuan seseorang merupakan suatu dasar dari perilaku seseorang, tingkat pengetahuan akan berakibat pada hasil dari perilaku atau gaya hidup yang dilakukan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nkoksi (2010) tentang hubungan pengetahuan dengan praktik management nutrisi dan hipertensi di klinik Ga-Rankuwa Afrika selatan dengan menggunakan 101 sample. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sampel kurang pengetahuan tentang nutrisi dan *management* hipertensi sebagai akibatnya adalah tidak terkontrolnya hipertensi ditunjukkan proporsi sampel yang memiliki hipertensi yang tidak terkontrol adalah tinggi mencapai 58,6%, tidak patuh terhadap pengobatan sebesar 58,1%. Pada penelitian yang dilakukan oleh Nkoksi (2010) tersebut, kelompok yang memiliki tekanan darah yang tidak terkontrol memiliki pengetahuan yang kurang terkait komplikasi penyakit stroke (28,7%) dibandingkan pada kelompok yang memiliki tekanan darah yang normal.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Ismonah, dkk (2008) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pasien diabetes melitus di RS Panti Wilasa Citarum Semarang didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata pengetahuan antara responden yang memiliki *self care management* DM yang baik dengan yang kurang baik ( $p:0,000$ ,  $\alpha 0,05$ ).

Dalam penelitian didapatkan proporsi pengetahuan responden yang baik mencapai 67,5% sedangkan proporsi responden yang memiliki *self care management* yang baik adalah 31,2%. Dalam hal ini dapat disimpulkan

bahwa pasien hipertensi memiliki tingkat pengetahuan *comprehension* yaitu memahami suatu konsep tentang hipertensi dan penatalaksanaannya, pengetahuan pasien perlu ditingkatkan sehingga pasien hipertensi mampu melakukan aplikasi pengetahuan yang dimiliki kearah perilaku *self care management*. Intervensi yang dilakukan adalah pemberian edukasi yang akan meningkatkan pengetahuan pasien hipertensi.

Menurut Pender, Murdaugh & Parsons (2002) dalam Nkosi (2010) tujuan promosi kesehatan adalah kearah peningkatan kesehatan pribadi dan kesejahteraan yang terdiri dari 7 persepsi kognitif dan 5 faktor yang mempengaruhi atau memprediksi perilaku kesehatan. Faktor persepsi kognitif meliputi pengendalian kesehatan yang dirasakan oleh pasien, definisi kesehatan, status kesehatan yang dirasakan, efikasi diri, manfaat yang dirasakan dari perilaku sehat, dan hambatan yang dialami dalam melakukan perilaku sehat. Faktor yang mempengaruhi meliputi karakteristik biologi dan demografi, pengaruh interpersonal, pengaruh situasi, dan pengaruh dari perilaku. Strategi dari pemberian edukasi kesehatan dapat dirumuskan dan diimplementasikan jika keyakinan terkait kesehatan dan pengetahuan diketahui. Pengetahuan pasien hipertensi tentang nutrisi dan faktor resiko yang terkait dengan berbagai jenis nutrisi sangat penting dalam pemberian edukasi kesehatan. Tanpa pengetahuan biasanya pasien akan menghentikan management nutrisinya sehingga sulit untuk mengontrol dan mengelola penyakit, sebagai akibatnya terjadi peningkatan kejadian komplikasi dan peningkatan angka kematian (Peltzer, 2002)

### **6.1.2 Hubungan antara nilai dengan *self care management* pada pasien hipertensi**

Dari hasil penelitian menunjukkan proporsi pasien hipertensi yang memiliki nilai kurang dan memiliki *self care management* yang baik adalah 26,5%, sedangkan pasien hipertensi yang memiliki nilai baik dan *self care management* yang baik adalah 40%. Dari analisis tersebut, maka

dapat disimpulkan bahwa semakin baik nilai individu terkait masalah hipertensi dan penatalaksanaannya maka semakin baik *self care managementnya*. Nilai merupakan reperangkat keyakinan dan sikap-sikap pribadi seseorang tentang kebenaran, keindahan dan penghargaan dari suatu pemikiran, objek atau perilaku yang berorientasi pada tindakan dan pemberian arah serta makna pada kehidupan seseorang (Ismani, 2001). Adanya keyakinan terhadap pentingnya suatu hal akan berakibat pada kualitas dari sebuah perilaku yang dilakukan seseorang.

Kesimpulan tersebut di atas sesuai dengan penelitian Turner & Battle (2010) yang menunjukkan nilai memiliki pengaruh yang besar pada perawatan diri seseorang. Tingginya proporsi nilai yang kurang terkait hipertensi pada pasien di RSUD Kudus dimungkinkan dikarenakan oleh beberapa faktor antara lain belum terjadinya komplikasi dari hipertensi yang dialami serta kurangnya kesadaran terkait dengan pelaksanaan *self care management* untuk pasien hipertensi. Rosentock (1974) dalam Nwinee (2011) menjelaskan bahwa pasien akan melaksanakan kegiatan *self care management* didasarkan atas 4 keyakinan yaitu dirasakannya kerentanan terhadap komplikasi, keparahan dari penyakit, manfaat dari *self care management* serta hambatan untuk melakukan *self care management*. Terkait dengan keadaan hipertensi maka dapat di simpulkan bahwa *self care management* pada pasien hipertensi akan dipengaruhi nilai atau keyakinan terhadap komplikasi yang muncul dari penyakit hipertensi yang dialami, keparahan dari penyakit hipertensi yang dialami, adanya arti penting terkait pelaksanaan *self care management* yang harus dilakukan dan hambatan yang dihadapi pasien hipertensi dalam melakukan *self care management*. Menurut model kepercayaan kesehatan, keyakinan tentang kerentanan diri terhadap penyakit dan keparahan penyakit akan menghasilkan tingkat persepsi individu tentang ancaman yang buruk dari penyakit tersebut (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002 dalam Nkosi, 2010)

Penelitian terkait nilai juga dilakukan oleh Turner dan Battle tentang pengaruh nilai kesehatan terhadap perawatan diri pada kulit hitam. Penelitian ini menggunakan sampel 1009 orang kulit hitam yang berusia lebih dari 69 tahun, analisis menggunakan regresi. Hasil penelitian tersebut adalah nilai tentang kesehatan memiliki pengaruh pada orang kulit hitam dalam mengambil keputusan terkait praktik perawatan diri.

Dalam penelitian ini maka nilai bukan merupakan factor yang dominan dalam *self care management* pada pasien hipertensi di RSUD Kudus, namun perlu adanya peningkatan nilai terkait pentingnya *self care management* pada pasien hipertensi.

### **6.1.3 Hubungan antara efikasi diri dengan *self care management* pada pasien hipertensi**

Analisis univariat menunjukkan bahwa Responden yang memiliki efikasi diri kurang sebanyak 94 (59,9%) dan yang memiliki efikasi diri baik sebanyak 63 (40,1%). Bandura (1997) menjelaskan bahwa efikasi diri merupakan keyakinan seseorang terhadap kemampuan untuk mengatur dan melaksanakan tindakan-tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

Analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara efikasi diri dengan *self care management* pasien hipertensi di RSUD Kudus ( $p$  value 0,001,  $\alpha$  : 0,05). Maibach & Murphy (1995) menjelaskan bahwa efikasi diri merupakan prediktor penting yang menentukan tingkat kepatuhan dalam melaksanakan *self care management*. Semakin tinggi efikasi diri, maka semakin baik hasil *self care management* dari pasien (Bandura, 1997).

Hasil analisa multivariat diperoleh kesimpulan bahwa efikasi diri merupakan faktor yang paling berpengaruh pada *self care management* pasien hipertensi di RSUD Kudus setelah dikontrol oleh variabel pendidikan dan usia. Nilai OR (95% CI) adalah 4,2 (1,8;9,8) dapat

diartikan bahwa individu yang memiliki efikasi diri yang baik perpeluang 4,2 kali melakukan *self care management* yang baik setelah dikontrol variabel pendidikan dan umur.

Hasil penelitian serupa juga dikemukakan oleh Oldridge & Rogowi (1990) yang melakukan penelitian tentang tentang efikasi diri pada rehabilitasi pasien jantung yang dilakukan pada pasien yang telah pulang dari unit perawatan intensif coroner yang tidak memiliki kontra indikasi dalam melakukan ambulasi dini (n=26) dan pasien pada pusat program rehabilitasi (n=25) yang diberi perlakuan yang sama yaitu pemberian pendidikan kesehatan. Setelah 28 hari terjadi peningkatan skor efikasi diri pada kedua kelompok, kedua kelompok mampu melakukan kegiatan fisik dan kegiatan kehidupan sehari-hari secara efektif setelah kembali ke rumah seiring dengan peningkatan skor efikasi diri. Penelitian yang dilakukan Ismonah, dkk (2008) tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan self care management pasien diabetes militus di RS Panti Wilasa Citarum Semarang pada pasien hipertensi (n=135) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara keyakinan tentang kemampuan diri dengan *self care management* (p: 0,000,  $\alpha$  : 0,05).

Penelitian yang dilakukan oleh Lee, Ahn dan Kim (2009) tentang *self care* dan efikasi diri pada pengendalian kadar gula darah menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara efikasi diri dengan *self care*. Penelitian ini menggunakan 175 sampel dengan analisis menggunakan chisquare dan t-test, hasil penelitian menunjukkan kelompok yang memiliki efikasi diri yang tinggi juga memiliki nilai *self care* yang tinggi yang dibuktikan dengan nilai pengendalian gula darah yang baik.

Seseorang yang memiliki efikasi diri yang tinggi akan melakukan *self care* dengan baik. Efikasi diri dalam melakukan aktivitas dipengaruhi oleh pengetahuan dan keyakinan. Keyakinan mempengaruhi hubungan antara kemampuan diri dalam melakukan aktifitas dalam melakukan *self care*

*management*. Hubungan pengetahuan, dukungan sosial, kemampuan diri dalam melakukan aktivitas dan keyakinan memiliki pengaruh secara positif terhadap *self care management*. Meningkatkan pengetahuan, nilai atau keyakinan, dukungan sosial dan efikasi diri merupakan suatu strategi dalam meningkatkan *self care management* (Souza et all, 2004 dalam Ismonah, 2008).

Melihat hasil analisa univariat diperoleh kesimpulan bahwa efikasi diri pada pasien hipertensi di RSUD Kudus masih kurang. Dari analisis bivariat dan penelitian-penelitian yang lain didapatkan kesimpulan bahwa efikasi diri memiliki hubungan dengan *self care management*. Perlu adanya intervensi untuk meningkatkan efikasi diri pada pasien hipertensi dalam melakukan *self care management*. Dalam usaha peningkatan efikasi diri perlu diperhatikan faktor yang memungkinkan mempengaruhi efikasi diri tersebut yaitu tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga (Lee, *et all*, 2009), usia dan jenis kelamin (Bandura, 1997).

Teori *self-efficacy* Bandura diakui sebagai kerangka kerja untuk intervensi keperawatan untuk pasien dengan penyakit kronis. Dengan meningkatkan tingkat efikasi diri, pasien dapat meningkatkan aktivitas perawatan diri dan perilaku kesehatan (McAuley, 1992; Perkins & Jenkins, 1998; Oldridge & Rogowski, 1990; Gillis et al., 1993).

#### **6.1.4 Hubungan antara dukungan sosial dengan *self care management* pasien hipertensi**

Analisis univariat menunjukkan responden yang kurang dukungan social sebanyak 88 (56,1%) sedangkan yang dukungannya baik sebanyak 69 (43,9%). Dukungan sosial sangat berpengaruh dalam keefektifan kegiatan *self care management* tersebut, hal ini diungkapkan oleh Lewis dan Rook (1999) .

Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan social dengan *self care management* pasien hipertensi di RSUD Kudus (p value 0,025,  $\alpha$  : 0,05). Responden dengan dukungan sosial yang baik memiliki peluang 2 kali untuk *melakukan self care management* yang baik dibandingkan responden yang memiliki dukungan sosial yang kurang. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Waldron *et all* (1982) dalam Schnall (2005) yang menyatakan bahwa masyarakat yang memiliki masalah dengan hubungan sosial dan kurangnya dukungan keluarga memiliki nilai tekanan darah lebih tinggi.

Hasil serupa juga didapatkan dari penelitian yang dilakukan Ismonah dkk (2008) diperoleh hasil bahwa terdapat 48 (67,6%) responden yang mendapatkan dukungan baik melakukan *self care management* baik dan 19 (29,7%) responden yang mendapat dukungan kurang melakukan *self care managemen* yang baik. Dari analisis bivariat didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan *self care management* pada pasien DM (p:0,000,  $\alpha$ : 0,05). Penelitian tentang hubungan dukungan sosial dengan tekanan darah dilakukan oleh Waldron *et all* (1982) dalam Schnall (2005) menemukan bahwa pada masyarakat memiliki masalah dengan hubungan sosial dan kurangnya dukungan keluarga memiliki nilai tekanan darah lebih tinggi.

Lewis dan Rook (1999) dalam Cornwel dan Waite (2009) yang menyatakan bahwa integrasi, dukungan dan kontrol sosial penting dalam membuat seseorang merubah perilaku. Anggota keluarga dapat membantu dalam mempersiapkan makanan yang sehat, atau mencegah penggunaan rokok dan alkohol. Adanya jaringan dan dukungan sosial juga mungkin sebagai sarana meningkatkan motivasi dan penyedia informasi tentang modifikasi gaya hidup bagi pasien hipertensi (DiMatteo, 2004 dalam Cornwel & Waite, 2009).

Cornwel & Waite (2009) dari hasil penelitiannya tentang hubungan dan dukungan sosial pada management penyakit hipertensi pada usia dewasa mengemukakan bahwa hipertensi yang tidak terkontrol memungkinkan akan meningkat pada individu yang memiliki hubungan sosial seperti keluarga namun tidak pernah berkomunikasi secara terbuka tentang masalah kesehatan atau penyakit yang dialami. Hipertensi yang terkontrol memungkinkan terjadi pada individu yang memiliki hubungan sosial dan mau secara terbuka menyampaikan tentang penyakitnya pada kelompok sosialnya. Dari hasil penelitian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa komunikasi merupakan faktor penting dalam dukungan sosial untuk pasien hipertensi dalam melakukan *self care management*.

Dari penelitian-penelitian tersebut maka dapat diambil kesimpulan bahwa kaitan antara *social support* dengan *self care management* pada hipertensi adalah dalam hal peningkatan motivasi, sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan sebagai faktor pendukung secara langsung dalam perilaku pasien hipertensi untuk melaksanakan *self care management*. Dari hasil analisis bivariat dalam penelitian ini didapatkan bahwa dukungan social pada pasien hipertensi di RSUD Kudus dalam melakukan *self care management* masih kurang sedangkan dari analisis bivariat didapatkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan social dengan *self care management*. Perlu adanya keterlibatan orang sekitar pasien hipertensi dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien hipertensi di RSUD Kudus.

#### **6.1.5 Hubungan karakteristik responden dengan *self care management***

Analisis Univariat diperoleh Pendidikan responden terbanyak adalah berpendidikan SD sebanyak 60 (38,2%) sedangkan yang lain adalah berpendidikan SMP sebanyak 34 (21,7%), berpendidikan SMA sebanyak 21 (13,4%), di atas SMA sebanyak 17 (10,8%) dan responden yang tidak sekolah sebanyak 25 (15,9%). Jenis kelamin responden terbanyak adalah laki-laki yaitu sebanyak 81 (51,6%) sedangkan responden wanita

sebanyak 76 (48,4%). Responden yang mengalami komplikasi penyakit lain selain hipertensi sebanyak 60 (38,2%) sedangkan yang tidak mengalami komplikasi penyakit lain sebanyak 97 (61,8%).

Dari karakteristik responden yang meliputi pendidikan, jenis kelamin, usia, dan komplikasi penyakit lain setelah dianalisis dengan menggunakan analisa bivariat yang memiliki hubungan signifikan dengan *self care management* pada pasien hipertensi di RSUD Kudus adalah pendidikan (p value : 0,000) dan komplikasi penyakit lain (p value : 0,010). Karakteristik responden yang tidak memiliki hubungan yang signifikan yaitu jenis kelamin (p value : 0,200) dan usia (p value : 0,061).

Pendidikan merupakan bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut Notoatmodjo (2003) pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilaku seseorang akan pola hidup. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah menerima informasi.

Dalam penelitian Zhong, Tanasugarn, Fisher, Krudsood dan Nityasudhi (2011) tentang praktik *self management* dan faktor yang mempengaruhi pada pasien DM tipe 2 pada masyarakat kota di Provinsi Anhui Cina menunjukkan faktor yang signifikan mempengaruhi *self care management* adalah pengetahuan. Faktor yang memungkinkan juga mempengaruhi yang merupakan karakteristik responden adalah usia, pendapatan, pendidikan, lamanya sakit dan komplikasi. Penelitian tersebut menggunakan sedikitnya 349 pasien DM sebagai sample. Faktor yang berhubungan pengetahuan sebagai faktor yang secara signifikan mempengaruhi pelaksanaan *self care management* pasien DM adalah tingkat pendidikan (OR: 2,096,

95%CI 1,578 ; 2,784), dan lamanya sakit (OR : 1,307, 95% CI 1,016; 1,681). Pengetahuan secara langsung terdapat berhubungan yang signifikan *self care management* (OR: 2,057, 95% CI 1,228; 3,445), efikasi diri yang kuat terkait *self managemet* pada DM (OR 1,899, CI : 1,253 ; 2,878) dan pendapatan (OR 0,537, 95% CI 0,419 ; 0,689).

Dalam penelitian Zhong, dkk (2011) tingkat pendidikan, lamanya penyakit memiliki hubungan yang signifikan dengan pengetahuan seseorang, individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi dan hidup dengan penyakit dalam waktu yang panjang akan lebih memperhatikan *self management* terhadap penyakitnya, pendapat serupa juga dibuktikan oleh penelitian sebelumnya (Mao *et al*, 2006; Zheng *et al*, 2006, Shi, 2007). Chan *et al* (1999) dalam Zhong (2011) menemukan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mengerti dan memiliki kepatuhan yang lebih baik terhadap *self care management*. Zheng *et al* (2006) dan Shi (2007) dalam Zhong *et al* (2011) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan usia, pendapatan, okupasi dan kormobiditas.

Dalam analisa multivariat didapatkan bahwa faktor yang paling signifikan berhubungan dengan *self care management* pasien hipertensi di RSUD Kudus adalah efikasi diri yang setelah dikontrol variabel pendidikan dan usia (OR 4,2 , 95% CI 1,8;9,8). Dalam penelitian ini pengetahuan bukan merupakan variabel yang paling signifikan berhubungan dengan *self care management* seperti pada penelitian-penelitian lain, namun pada analisa univariat diketahui bahwa sebagian besar responden berpengetahuan baik yaitu 67,5%.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini memiliki keterbatasan selama penelitian berlangsung. Keterbatasan penelitian ini antara lain:

### **6.2.1 Keterbatasan Pengambilan Sampel**

Keterbatasan dalam pengambilan sample. Sampel dalam penelitian ini diambil dari pasien hipertensi yang berkunjung di poli klinik penyakit dalam RSUD Kudus. Mobilisasi pasien di poli penyakit dalam sangat tinggi sehingga hal tersebut menjadi keterbatasan dalam penelitian, walaupun sampel sudah ditempatkan di ruangan khusus untuk mengisi kuesioner setelah melakukan berobat dipoli klinik penyakit dalam namun keadaan stress terkait lamanya menunggu pelayanan kesehatan memengaruhi kualitas pengisian kuesioner

### **6.2.2 Keterbatasan Instrumen**

Keterbatasan intrumen pada penelitian ini adalah pada instrumen penelitian yang digunakan untuk mengukur nilai, efikasi diri da *self care management* dimana intrumen-intrumen tersebut hampir memiliki arti yang sama sehingga resiko yang terjadi pada pengisian kuesioner tersebut adalah responden berasumsi tiga intrumen tersebut mengukur hal yang sama.

## **6.3 Implikasi Hasil Penelitian**

### **6.3.1 Pelayanan Keperawatan**

Diperolehnya hasil penelitian tentang factor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus ini dimana didapatkan sebagian besar responden masig memiliki *self care management* hipertensi merupakan suatu masalah yang perlu adanya intervensi. Disisi lain dari hasil penelitian pengetahuan responden sebagian besar sudah baik sehingga perlu adanya intervensi untuk meningkatkan faktor lain yaitu efikasi diri dan dukungan sosial yang diharapkan pasien hipertensi memiliki keyakinan terhadap kemampuan diri untuk melakukan *self care management* hipertensi. Pemberian implementasi tersebut harus memperhatikan tingkat pendidikan dan usia dari pasien.

Kegiatan yang bisa dilakukan oleh pelayanan keperawatan adalah meningkatkan efikasi diri dengan cara memberikan contoh keberhasilan yang dialami diri sendiri maupun dengan pengalaman keberhasilan orang lain dalam melakukan *self care management* serta manfaat dari *self care management* yang dilakukan.

### **6.3.2 Untuk Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya untuk tema penelitian yang sama. Kurangnya *self care management* pada pasien hipertensi merupakan masalah yang perlu diatasi oleh perawat dengan memandikikan pasien untuk melakukan *self care management* dengan baik mengingat hipertensi merupakan penyakit kronik.

Pengembangan penelitian dalam jenis eksperimen juga perlu dilakukan untuk menganalisis jenis intervensi yang perlu dilakukan dan efektif sebagai intervensi keperawatan dalam meningkatkan efikasi diri pada pasien hipertensi untuk melakukan *self care management*.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus yang dilaksanakan pada bulan Juni 2012 dapat diambil simpulan sebagai berikut :

- 7.1.1 Karakteristik pasien hipertensi di RSUD Kudus yaitu tingkat pendidikan responden terbanyak adalah berpendidikan SD, jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, sebagian besar penderita hipertensi di RSUD Kudus tidak mengalami komplikasi, dan usia rata-rata pasien hipertensi adalah umur 53,79 tahun.
- 7.1.2 Pengetahuan pasien hipertensi di RSUD Kudus sebagian besar adalah baik, dan sebagian besar pasien hipertensi di RSUD Kudus memiliki *self care management* hipertensi yang kurang. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus.
- 7.1.3 Sebagian besar pasien hipertensi di RSUD Kudus memiliki nilai tentang pentingnya *self care management* hipertensi yang kurang dan sebagian besar pasien hipertensi di RSUD Kudus memiliki *self care management* hipertensi yang kurang. Tidak ada hubungan antara nilai dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus.
- 7.1.4 Sebagian besar pasien hipertensi di RSUD Kudus memiliki efikasi diri yang kurang dan sebagian besar pasien hipertensi di RSUD Kudus memiliki *self care management* hipertensi yang kurang. Terdapat hubungan efikasi diri dengan *self care management* pada asuhan

keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus. Pasien dengan efikasi diri yang baik memiliki peluang 3,5 kali untuk melakukan *self care management* yang baik dibandingkan dengan pasien yang memiliki efikasi diri yang kurang.

7.1.5 Sebagian besar pasien hipertensi di RSUD Kudus memiliki dukungan sosial yang kurang dalam melakukan *self care management* dan sebagian besar pasien hipertensi di RSUD Kudus memiliki *self care management* hipertensi yang kurang. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus. Pasien dengan dukungan sosial yang baik memiliki peluang 2 kali untuk melakukan *self care management* yang baik dibandingkan pasien yang memiliki dukungan sosial yang kurang.

7.1.6 Efikasi diri merupakan faktor yang paling signifikan berhubungan dengan *self care management* pada asuhan keperawatan pasien hipertensi setelah dikontrol dengan variabel pendidikan dan usia.

## 7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, beberapa rekomendasi yang dijabarkan sebagai berikut :

### 7.2.1 Pelayanan keperawatan

*Self care management* merupakan hal yang penting yang perlu dilakukan pasien hipertensi untuk mencegah komplikasi dan keparahan keadaan hipertensi yang dialami. Terkait hal tersebut, maka dalam pemberian asuhan keperawatan pada penyakit kronis khususnya pada pasien hipertensi yaitu dengan meningkatkan faktor-faktor pendukung *self care management* pada pasien terutama adalah peningkatan efikasi diri dengan cara :

- 7.2.1.1 Menggunakan keberhasilan pasien hipertensi lain dalam melakukan *self care management* dalam intervensi untuk meningkatkan efikasi diri pasien hipertensi.
- 7.2.1.2 Mengkaji hambatan pasien dalam melakukan *self care management* dan potensi yang dimiliki oleh pasien hipertensi untuk melakukan *self care management* sehingga perawat akan mengetahui aspek potensi pada pasien yang perlu dikuatkan sebagai bentuk efikasi diri pasien dalam melakukan *self care management*
- 7.2.1.3 Perawat dalam meningkatkan efikasi diri pada pasien menggunakan komunikasi dan media yang sesuai dengan tingkatan pendidikan dan usia pasien hipertensi.
- 7.2.1.4 Perlu adanya program edukasi umum secara rutin untuk meningkatkan efikasi diri pada pasien hipertensi, pada hal ini dapat melibatkan kelompok pasien hipertensi yang memiliki efikasi diri yang baik dengan *self care management* yang baik sebagai *role model* bagi pasien lain dalam program edukasi tersebut.

## 7.2.2 Ilmu Keperawatan

Untuk perkembangan ilmu keperawatan, terkait hasil penelitian ini maka peneliti memberikan beberapa saran antara lain:

- 7.2.2.1 Perlu adanya penelitian yang menganalisis faktor-faktor yang belum diteliti dalam penelitian ini yang menggunakan metode misal dengan wawancara mendalam agar didapatkan data yang lebih baik.
- 7.2.2.2 Perlu adanya studi intervensi untuk membuktikan peningkatan efikasi diri akan meningkatkan *self care management* dengan melihat pendidikan dan usia.
- 7.2.2.3 Pada penelitian selanjutnya, perlu adanya analisa metode edukasi yang efektif untuk meningkatkan *self care management*. Misalnya membandingkan antara edukasi dengan

media lifleat dengan edukasi audiovisual pada saat discard planning pasien hipertensi.

- 7.2.2.4 Pada penelitian selanjutnya perlu adanya penelitian terkait efikasi diri dan *self care management* pada pasien hipertensi yang mengalami komplikasi yang sedang dirawat di ruang rawat
- 7.2.2.5 Penelitian selanjutnya diharapkan ada pengembangan instrument penelitian yang lebih baik terutama pada instrument yang mengukur nilai, efikasi diri dan *self care management*.
- 7.2.2.6 Perlu adanya penelitian untuk menyelidiki perbedaan self care management antara pasien hipertensi primer dan pasien hipertensi sekunder
- 7.2.2.7 Perlu adanya sub materi pada pendidikan keperawatan tentang intervensi yang ditujukan untuk meningkatkan efikasi diri

## DAFTAR PUSTAKA

- Black, J. M., & Hawks. J. H., (2009) *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes*(8<sup>th</sup> ED). Elsevier (Singapore) PTE LTD
- Bandura, A., (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. W.H. Freeman
- Casey, G., (2011). Blood and hypertension : the damage of too much pressure. *CPD+nurses* Kai Tiaki New Zealand
- Christensen, P. J & Kenney, J. W., (2009). *Proses keperawatan: aplikasi model konsep*. (Y. Yuniningsih, Asih. Y, Trans). Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Cornwell, E.Y. & Waite, L.J., (2009). *Networks and Support in Disease Management: social an Examination of hypertension among older adults*. Cornell University
- Corwin. E. J., (2009). *Handbook of pathophysiology* (3<sup>rd</sup> ED) (N.B. Subekti, Trans). Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran
- Dahlan, M.S., (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : Sagung Seto.
- Dahlan, M.S., (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Dewi, A. I., (2008). *Etika dan hukum kesehatan*. Yogyakarta : Pustaka book publisher
- Dewit, S. C., (2009). *Medical surgical nursing concepts & practice*. Missouri ; Saunders Elsevier.
- Dharma, K. K., (2011). *Metodologi penelitian keperawatan pedoman melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: Trans Info Media
- Escridge, M. S., (2005) Hypertension and cronic kidney diseases: the role of lifestyle modification and medication management. *Nephrologi Nursing Journal*. 37, 39-45
- Gaffar, L. O. J., (1999). *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

- Guedes. N. G., Lopes, M. V. O., Moreira, R. P., Cavalcante, T. F., Arraujo, T. L., (2010). Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 21,
- Grinspun, D., & Coote, T., (2005). *Nursing best practice guideline nursing management of hypertension*. Registered Nurses Assotiation of Ontario
- Hall, E. M., (2011). *Social ecology of adherence to hypertension treatmen in latino migrant and seasonal farmworkers*. Nursing Desertation. Georgia State University
- Hastono, S.P., (2007). *Basic data analisis for health research training analisis data kesehatan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Hayes, M. K., (2010). Influence of age and health behaviors on stroke risk; Lesson from Longitudinal studies. *Journal Compilation The American Geriatrics Society*, 6, 12-19
- Hidayat, A.A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Ho, T.M (2009). Hypertension management: lifestyle intervention in a trasultural context. *European Dialysis and Transplant Nurse Asociation/ European Renal Care Association Journal of Renal Care*, 35, 176-184
- Ignatavicius.D. D., & Workman, M. L., (2010). *Medical surgical nursing patient-centered collaborative care*. St Louis Missouri : Westline Industrial Drive
- Ismani, N., (2001). *Etika keperawatan*. Jakarta : Widya Medika
- Ismonah., Sitorus. R, & Gayari. D., (2008) *Analisis factor yang berhubungan dengan self care managemen pasien diabetes militus dalam konteks asuhan keperawatan di RS Pati Wiloso Citarum Semarang*, Thesis
- Katzung, B. G., (2011). *Basic & clinical pharmacology (10<sup>th</sup> ED)*. (Nugroho, A. W., Rendy, L., & Dwijayanthi, L. Trans). Jakarta : Penerbit Buku Kedoktera EGC
- Lee, C.S., Moser, K.M, Lennie, T.A., Tkacs, N.C., Margulies, K.B., & Riegel, B. (2011). Biomarkers of myocardial stress and systemic inflammation in patients who engage in heart failure self-care management. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 26, 23-37
- Lee, H., Ahn, S., Kim, Y., (2009). Self care, self efficacy and glikemic control of corean with diabetes militus. *Asian Nursing Research*, 3, 139-146

- McAuley, E. (1992). *The Role of Efficacy Recognition in the Prediction of Exercise Behavior in Middle-aged Adults*. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(1), 65-88.
- Moulton, S.A., (2009). *Hypertension in african American and its related chronic diseases*. *Journal of Cultural Diversity*. 16, 24-30
- Muhammadun, A. S., (2010). *Hidup bersama hipertensi*. Jogjakarta : In-Books
- National Safety Council. (1994). *Stress management*. (Widiyastuti, P. Trans). Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Neil, N., (2002). *Health psikology : an introduction for nurses and onther health care professioanls (2<sup>nd</sup> ED)*. (Waluyo, A., Trans). Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Nkosi, N.G., (2010). Knowledge related to nutrition and hypertension management practice adult in Ga-Rankuwa dat Clinics. *Reseach article,1*, 33-39
- Notoadmojo. S., (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., (2007). *Kesehatan masyarakat ilmu dan seni*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S., (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam, (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nwinee, J.P., (2011). Nwinee socio-behavioural self-care management nursing model. *West African Journal of Nursing*, 22, 91-98
- Oldridge, N. B., Rogowski, B. L. (1990). Self-efficacy and In-patient /cardiac Rehabilitation. *American Journal of Cardiology*, 66, 362-365.
- Perkins, S., Jenkins, L. S. (1998). Self-efficacy Expectation, Behavior Performance, and Mood Status in Early Recovery from Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. *Heart & Lung*, 27, 37-46
- Pinar, R., Ataalkin, S., Watson, R. (2009). The effect of crossing legs on blood pressure in hypertensive patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1284–1288
- Peltzer, K., (2001). *Health behaviour Health behavior among black and white South Africans*. *Royal Society for the Promotion of Health*. 122:187-193
- Price, S. A. & Wilson, L. M. (1995). *Pathophysiology clinical concepts of deseases processes (P. Anugerah, Trans.)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Ridjab, D. A. (2007). *Modifikasi gaya hidup dan tekanan darah*. Majalah Kedokteran Indonesia Vol 57
- Rigsby, B. D. (2011). Hypertension Improvement through healthy lifestyle modifications. *Asociation Black Nursing Faculty ABNF Journal*, 1, 41-43
- Schnall, E., (2005). Social Support: A role for social work in the treatment and prevention of hypertension. Bronx, New York : Ferkauf Graduate School of *Psychology Albert Einstein College of Medicine*, 21, 50-56
- Setiadi. (2007). *Konsep dan penulisan riset keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Silvestri, L. A., (2010). *Self-efficacy and the predictors for NCLEX-RN seccues for baccalaureate nursing student*. University of Nevada Las Vegas
- Sudoyo. A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., Setiati, S. (2009). *Buku ajar ilmu penyakit dalam (5<sup>th</sup> ED)*. Jakarta : Internal Publishing Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam.
- Topp, R., & Frost, K. L (2006). *Exercise for the inactife hypertensive patient*. *School of Nursing University of Louisville. Ethnicity & Disease*, 16, 27-34
- Turner, C. B., & Battle, J., (2010). Old enough to know : the impact of health values on self-care among elderly black men and women. *Wester Journal of Black Study*. 34, 1-12
- Wawan. A, & Dewi, M. (2010). *Teori dan pengukuran sikap dan perilaku manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Webb, M. S. (2002). Stress management strategies in hypertension control. University of Shouth Florida College of Nursing Tampa Florida, *Ethicity & Disease* 12, 95-100
- Weinert, C., Cudney, S., Kinion, E., (2010). Development my health companion to enhance self care management of chronic healyh condition in rural dwellers. *Public Health Nursing* 27, 263-269
- Zhong, X., Tanasugarn, C., Fisher, E. B., Krudsood, S., Nityasuddhi, D. (2011). Awarnes and practice of self management and influence factor among individuals with type 2 diabetes in urban community setting in Anhui province, China. Xuefeng Zhong, Institute of Health Education, Anhui *Provincial Center for Disease Control and Prevention (AHCDC)*, 42, 184-196



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

---

Nomor : 2352/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 16 Mei 2012  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Yth. Kepala Bappeda  
Kabupaten Kudus  
Jawa Tengah

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah atas nama:

**Sdr. Andy Sofyan Prasetyo**  
**NPM 1006800705**

akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan *Self Care Management* pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi di RSUD Kudus**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD Kudus.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Direktur RSUD Kudus
3. Kabid Keperawatan RSUD Kudus
4. Ka. Instalasi Diklat RSUD Kudus
5. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
6. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
7. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
8. Peringgal



PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS  
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH  
Jl. Simpang Tujuh No.1 Kudus ☎ (0291) 430080 Fax. 445324  
KUDUS 59312

**SURAT REKOMENDASI RESEARCH / SURVEY**  
Nomor : 072/158/IS/2012

- I. DASAR :
- 1 Surat Menteri Dalam Negeri Nomor 070 / 225 Tanggal 18 Juni 1981, Perihal Surat Keputusan Direktorat Jenderal Sosial Politik Nomor 14 / 1981 Tentang **Surat Pemberitahuan Penelitian**.
  - 2 Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 15 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Satuan Polisi Pamong Praja dan Kantor Pelayanan Perijinan Terpadu Kabupaten Kudus.
- II. Menunjuk Surat :
- 1 Surat BAPPEDA Propinsi Jawa Tengah Nomor :
  - 2 Surat dari Universitas Indonesia  
Tanggal : 16 Mei 2012 Nomor : 2352/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
  - 3 Legalisasi Surat Kepala Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Kudus  
Tanggal : 5 Juni 2012 Nomor : 070/157/20.02/2012
- III. Yang bertandatangan di bawah ini, Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Kudus bertindak atas nama Bupati Kudus, bahwa pada prinsipnya menyatakan **tidak keberatan / dapat mengizinkan atas pelaksanaan Research / Survey** dalam Wilayah Kabupaten Kudus yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : **ANDY SOFYAN PRASETYO**
  2. Pekerjaan : Mahasiswa
  3. Satuan Kerja : Universitas Indonesia
  4. Penanggung Jawab : Dewi Irawaty, MA, PhD
  5. Maksud Tujuan : Mengadakan penelitian dengan judul  
**"ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SELF CARE MANAGEMENT PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN HIPERTENSI DI RSUD KUDUS"**
  6. Lokasi : RSUD Kabupaten Kudus
- dengan ketentuan sebagai berikut :
- a. Pelaksanaan **Research / Survey** tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah.
  - b. Sebelum melaksanakan **Research / Survey** langsung kepada responden harus terlebih dahulu melaporkan kepada pimpinan wilayah setempat.
  - c. Setelah **Research / Survey** selesai, supaya melaporkan dan menyerahkan hasilnya ke Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Kudus.
- IV. Surat Rekomendasi ini berlaku dari tanggal 5 Juni 2012 sampai dengan tanggal 5 September 2012

Dikeluarkan di Kudus  
Pada tanggal : 5 Juni 2012

KEPALA BAPPEDA  
  
MAS'UT SH. M.Hum  
Pembina Tk. I  
NIP. 19640520 198903 1 018

TEMBUSAN Yth. :

1. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Kudus.
2. Kepala Dinas / Instansi terkait.



**PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Dr Lukmonohadi No 19 Telp. 0291 444001 Fax. 0291438195  
KUDUS 59348

Nomor : 420/1352/23 dt.01/2012  
Sifat :  
Lampiran :  
Perihal : Ijin Penelitian.

Kudus, 6 Juni 2012.

Kepada :  
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
di  
JAKARTA

Menunjuk surat Saudara tanggal 16 Mei 2012, nomor :  
2352/H2.F12.D/PDP.04.00/2012, perihal Permohonan Ijin Penelitian

Sehubungan dengan hal tersebut kami beritahukan bahwa  
pada prinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa Saudara :

N a m a : Andy Sofyan Prasetyo  
N P M : 1006800705  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia

melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten  
Kudus dalam rangka pembuatan Tesis dengan judul "Analisis  
Faktor-faktor yang berhubungan dengan Self Care Management  
pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Umum  
Daerah Kabupaten Kudus", sepanjang tidak mengganggu tugas-  
tugas kedinasan, mentaati segala ketentuan dan peraturan yang  
berlaku serta bermanfaat bagi kedua belah pihak.

Demikian kami beritahukan untuk menjadikan maklum dan atas  
kerjasamanya diucapkan terima kasih.

  
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
RSUD  
Kab. Kudus  
drg. SYAKIB ARSALAN, M.Kes.  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19570324 198311 1 001

Tembusan :

1. Kabid Pelayanan RSUD Kab. Kudus.
2. Ka SMF Penyakit Dalam RSUD Kab. Kudus



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Self Care Management pada Asuhan Keperawatan Pasien Hipertensi di RSUD Kudus.**

Nama peneliti utama : **Andy Sofyan Prasetyo**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 21 Mei 2012

Dekan,

**Dewi Irawaty, MA, PhD**  
NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

**Yeni Rustina, PhD**  
NIP. 19550207 198003 2 001

Lampiran 3

### PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

**Nama** : **Andy Sofyan Prasetyo**

**Status** : **Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

**NPM** : **1006800705**

Bermaksud mengadakan penelitian tentang **"Faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management* / perawatan diri pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus"**. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan *self care management*/ perawatan diri pada asuhan keperawatan pasien hipertensi di RSUD Kudus. Manfaat penelitian ini secara garis besar akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan medikal bedah khususnya pada asuhan keperawatan pasien hipertensi terkait perawatan mandiri.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif atau pengaruh yang merugikan bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara:

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Depok, Mei 2012

Andy Sofyan Prasetyo

NPM 1006800705

Lampiran 4

### **LEMBAR PERSETUJUAN**

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan dari peneliti, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini yang nantinya berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan medikal bedah khususnya pada asuhan keperawatan pasien hipertensi terkait perawatan mandiri, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini berarti saya telah menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Kudus, .....2012

.....

Paraf/Tanda tangan

**INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA**

No Responden (diisi oleh peneliti) :

**KUESIONER A**

**Petunjuk**

1. Isi semua pertanyaan sesuai dengan keadaan diri anda
2. Silahkan mengisi pada tempat yang sesuai dan yang telah disediakan.
3. Khusus untuk pertanyaan pilihan Pengisian dengan Chek List (✓) pada kotak pilihan yang telah di sediakan.

1. Umur (dalam tahun) : .....

2. Pendidikan :  Tidak sekolah  
 SD  
 SMP  
 SMA/SMK  
 Di atas SMA/SMK

3. Jenis kelamin :  Laki-laki  
 Perempuan

4. Apakah anda mengalami komplikasi penyakit lain selain hipertensi?

- Ya  
 Tidak

Jika ya sebutkan

- Diabetes militus  
 Stroke  
 Penyakit ginjal

.....(sebutkan jika ada penyakit lain)

.....(sebutkan jika ada penyakit lain)

5. Berat Badan :..... Kg (diisi peneneliti)
6. Tinggi Badan :.....cm (diisi peneliti)
7. Tekanan Darah : Sistolik.....mmHg (diisi peneliti)  
Diastolic.....mmHg (diisi peneliti)

## KUESIONER : B

### PENGETAHUAN PASIEN HIPERTENSI

#### Petunjuk

1. Berikut ini adalah pernyataan yang berkaitan dengan hipertensi dan penatalaksanaan hipertensi. Bacalah pernyataan dengan cermat sebelum menjawab.
2. Jika pernyataan tersebut anda rasa benar maka beri tanda cek list (√) pada kolom benar. Jika pernyataan tersebut anda rasa salah maka beri tanda cek list (√) pada kolom salah.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Hipertensi adalah tekanan darah tinggi dimana nilai sistoliknya adalah diatas 140 mmHg dan diastoliknya diatas 90 mmHg		
2	Seseorang dengan tingkat stress yang sering lebih beresiko terjadi hipertensi daripada seseorang yang jarang mengalami stress		
3	Kegemukan merupakan salah satu factor yang dapat menyebabkan hipertensi		
4	Minum minuman beralkohol (seperti bir, minuman keras) tidak berpengaruh pada peningkatan tekanan darah		
5	Sakit kepala, pandangan kabur, sesak nafas merupakan gejala yang paling sering dialami pasien hipertensi		
6	Terapi dengan obat merupakan terapi utama dalam menurunkan tekanan darah tanpa perlu diikuti dengan usaha terapi tanpa obat		
7	Olahraga secara teratur merupakan usaha untuk mengendalikan tekanan darah agar tetap dalam batas normal		
8	Buah-buahan, sayuran, kacang-kacangan dan makanan rendah lemak dan rendah natrium (garam) merupakan makanan yang baik dikonsumsi pasien hipertensi		
9	Orang yang jarang mengungkapkan masalah (bersifat tertutup) cenderung beresiko menderita hipertensi		
10	Menghindari penggunaan tembakau (seperti merokok) merupakan salah satu bentuk usaha menurunkan tekanan darah yang efektif bagi pasien hipertensi		

**KUESIONER : C**  
**NILAI DAN SIKAP PADA PASIEN HIPERTENSI**

**Petunjuk**

1. Berikut ini adalah pernyataan tentang keyakinan pasien terhadap arti pentingnya masalah hipertensi dalam terkait penyakit hipertensi dan penatalaksanaannya
2. Pilihlah salah satu jawaban sesuai dengan yang anda yakini dengan memberikan tanda schek list (√) pada salah satu jawaban.

No	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Kurang setuju	Setuju	Sangat setuju
1	Ketika saya didiagnosa oleh dokter menderita hipertensi saya merasa cemas dengan penyakit yang saya derita tersebut	1	2	3	4
2	Saya beranggapan bahwa penyakit hipertensi yang saya derita dapat semakin parah dan menimbulkan komplikasi penyakit lain yang dapat mematikan	1	2	3	4
3	Saya berhak tahu tentang resiko atau akibat yang ditimbulkan penyakit hipertensi yang saya derita dari informasi yang diberikan dokter selain informasi tentang pengobatan yang saya dapatkan	1	2	3	4
4	Setelah saya tahu saya menderita hipertensi maka saya perlu mencari informasi tentang apa itu hipertensi selain informasi yang diberikan dokter dari sumber informasi yang lain	1	2	3	4
5	Saya percaya sepenuhnya terhadap pengobatan yang diberikan oleh dokter akan menyembuhkan penyakit saya sehingga saya tidak perlu usaha lain dalam mengatasi penyakit hipertensi saya	1	2	3	4
6	Saya berusaha mencari tahu tentang perawatan hipertensi secara dari berbagai sumber informasi untuk mengatasi masalah hipertensi yang saya derita	1	2	3	4
7	Saya perlu menerapkan informasi yang saya dapatkan dari berbagai sumber tentang perawatan hipertensi untuk kesembuhan saya	1	2	3	4

**KUESIONER : D**  
**EFIKASI DIRI PADA PASIEN HIPERTENSI**

**Petunjuk**

1. Pilih sampai sejauh mana keyakinan dan kemampuan anda, bahwa anda mampu melaksanakan aktivitas di bawah ini
2. Beri tanda cek list (√) pada angka di kolom yang sesuai :
  - TM : rentang 0-3 adalah kelompok untuk tidak melakukan aktivitas, jika anda **merasa tidak mampu melakukan** aktivitas tersebut
  - KM : rentang 4-6 adalah kelompok untuk ragu-ragu atau **kadang mampu melakukan kadang tidak mampu melakukan** aktivitas tersebut
  - MM : rentang 7-10, adalah kelompok pasti mampu melakukan, jika anda merasa **yakin sekali mampu melakukan** aktivitas tersebut pilihlah 10
3. Silahkan cermati pernyataan yang ada kemudian sesuaikan dengan keyakinan diri anda terkait pernyataan tersebut dengan memberi cek list (√) pada salah satu pilihan jawaban yang disediakan

No	PERNYATAAN	Jawaban		
		TM	KM	MM
		(1)	(2)	(3)
1	Saya mampu mengukur tekanan darah dengan alat pengukur tekanan darah digital			
2	Saya mampu memelihara berat badan sehingga tidak mengalami kegemukan			
3	Saya mampu memilih makanan yang sesuai untuk pasien hipertensi (seperti rendah garam, rendah lemak, buah, sayur)			
4	Saya mampu melakukan olahraga minimal 30 menit setiap hari atau sesuai saran dari tenaga kesehatan			
5	Saya mampu menghindari minum minuman keras			
6	Saya mampu untuk mengurangi konsumsi kafein seperti kopi			
7	Saya mampu mengatasi stress ketika saya menghadapi masalah			
8	Saya mampu untuk tidak merokok			
9	Saya mampu menghindari orang lain yang sedang merokok			
10	Saya mampu untuk menggunakan obat sesuai aturan ketika saya mendapat obat dari dokter			

Modifikasi instrumen dari *General presieved self-efficacy scale* (Silvestri, 2010) dan (Ismonah, dkk., 2008)

**KUESIONER : E**  
**DUKUNGAN SOSIAL**

**Petunjuk**

Pernyataan di bawah ini adalah menggambarkan seberapa besar dukungan sosial (seperti keluarga, teman atau orang sekitar) pada diri anda saat ini (Dalam hal melakukan perawatan hipertensi)

Berilah tanda chek list (√) pada kolom yang sesuai, dengan pilihan jawab sebagai berikut :

TP : Tidak pernah mendapat dukungan

JR : jarang mendapat dukungan keluarga (sebulan sekali)

KD: kadang-kadang mendapatkan dukungan, kadang-kadang tidak (satu kali dalam seminggu)

SR : sering mendapat (dua kali dalam seminggu)

HS : Hampir selalu mendapat dukungan (satu kali sehari)

SS : Setiap saat mendapatkan dukungan (lebih dari satu kali sehari)

No	Pernyataan	Jawaban					
		TP	JR	KD	SR	HS	SS
1	Seberapa sering orang di sekitar anda mendorong anda untuk makan-makanan yang dianjurkan untuk pasien hipertensi?	1	2	3	4	5	6
2	Seberapa sering anggota keluarga anda memasak makanan yang cocok dengan rencana makan anda?	1	2	3	4	5	6
3	Saat ini ada seseorang yang bisa memberi saran bila anda dalam masalah terkait dengan penyakit hipertensi	1	2	3	4	5	6
4	Saat ini ada seseorang yang bisa mengantar anda ketika pergi ke dokter untuk melakukan periksa	1	2	3	4	5	6
5	Saat ini ada seseorang yang mengerti masalah anda, ketika anda membutuhkan	1	2	3	4	5	6

Modifikasi Kuesioner *RAND Health* dalam Ismonah dkk (2008)

**KUESIONER F**  
**SELF CARE MANAGEMENT PASIEN HIPERTENSI**

**Petunjuk**

1. Berikut ini adalah pernyataan yang berkaitan penatalaksanaan hipertensi. Bacalah pernyataan dengan cermat sebelum menjawab.
2. Seberapa sering yang anda terkait pernyataan berikut? Gunakan skala yang tersedia sesuai dengan jawaban anda dengan memberikan tanda cek list (√) pada skala yang tersedia!

No	Pernyataan	Tidak pernah						Selalu
1	Saya makan makanan rendah lemak setiap hari	1	2	3	4	5	6	7
2	Saya makan makanan rendah garam setiap hari	1	2	3	4	5	6	7
3	Saya makan sedikitnya lima buah-buahan dan sayuran setiap hari	1	2	3	4	5	6	7
4	Saya berolahraga sedikitnya 30 menit setiap hari	1	2	3	4	5	6	7
5	Saya berusaha menjaga diri saya tetap tenang ketika ada masalah	1	2	3	4	5	6	7
6	Saya selalu berusaha menjaga berat badan saya tetap normal, dan tidak mengalami kegemukan	1	2	3	4	5	6	7
7	Saya minum alkohol (seperti bir, minuman keras) setiap hari	7	6	5	4	3	2	1
8	Saya merokok	7	6	5	4	3	2	1
9	Saya periksa kedokter sesuai anjuran dokter	1	2	3	4	5	6	7
10	Saya minum obat penurun tekanan darah sesuai dosis	1	2	3	4	5	6	7

Modifikasi dari *Measuring blood pressure knowledge and self-care behaviors of African Americans*. Peters, R. and Templin, T. (2008). *Research in Nursing and Health*, 31, 543-552 dalam Hall (2011)

Validasi perawatan diri

1. Saya lebih memilih makanan yang dimasak dengan cara direbus dari pada digoreng
  - a. Ya
  - b. Tidak
  
2. Saya lebih suka makan daging ikan dan unggas dari pada daging sapi, kerbau atau kambing
  - a. Ya
  - b. Tidak
  
3. Dalam menu makanan saya selalu terdapat buah dan sayur dalam penyajiannya
  - a. Ya
  - b. Tidak
  
4. Dalam penyajian, makanan yang saya makan selalu disajikan khusus daripada anggota keluarga yang lain yaitu makanan yang tidak terlalu asin
  - a. Ya
  - b. Tidak
  
5. Bentuk olah raga yang saya lakukan adalah....
  - Jalan santai
  - Lari
  - Olahraga lain (sebutkan).....
  
6. Di Rumah ada timbangan berat badan?
  - Ya
  - b. Tidak
  
7. Apakah anda minum minuman keras?
  - a. Ya
  - b. Tidak

Jika Ya, seberapa sering anda minum?

  - a. Sebulan sekali
  - b. Empat kali atau lebih dalam seminggu
  
8. Apakah anda merokok?
  - a. Ya
  - b. Tidak

Jika Ya, seberapa banyak anda merokok dalam sehari?

  - a. Kurang dari 1 bungkus
  - b. 1 bungkus
  - c. Lebih dari 1 bungkus
  
9. Apakah layanan kesehatan (untuk berobat atau periksa kesehatan) dapat anda jangkau dengan mudah?
  - a. Ya
  - b. Tidak
  
10. Saya tidak teratur dalam minum obat yang diberikan dokter
  - a. Ya
  - b. Tidak
  
11. Ketika gejala hipertensi sudah hilang maka saya menghentikan minum obat
  - a. Ya
  - b. Tidak