

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Luas wilayah Kecamatan Mepanga adalah 207,10 km². Batas wilayah Kecamatan Mepanga yaitu: sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Toli-toli, sebelah selatan berbatasan dengan Teluk Tomini, sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Tomini, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Ongka Malino. Tahun 2016 kecamatan Mepanga terdiri dari 18 desa definitif yang secara umum semua desa di wilayah kerja Puskesmas Mepanga namun beberapa dusun yang sulit di jangkau di pegunungan, yaitu Dusun 3 Desa Bugis Utara dan Dusun 3 desa Ogobayas sehingga dalam pelayanan kesehatan mengalami sedikit hambatan.

Desa kelolaan Puskemas Mepanga meliputi Desa Maranti, Kayu Agung, Sumber Agung, Kotaraya, Kotaraya Timur, Kotaraya Barat, Kotaraya Tenggara, Kotaraya Selatan, Moubang, Mensung, Ogomolos, Ogotion, Malalan,

Mepanga, Bugis, Bugis Utara, Ogobayas, Gurinda (BPS Kabupaten Parigi Moutong).

1. Visi

Kesehatan merupakan hak azasi manusia dan merupakan karunia Tuhan yang Maha Kuasa yang harus dijaga dan dipelihara. Oleh karena itu pemerintah memiliki kewajiban untuk menjamin ketersediaan pelayanan bagi masyarakat. Disamping itu kesehatan juga dipandang sebagai sebuah investasi yang sangat penting, karena sangat berperan dalam pembangunan manusia yang sangat berkualitas.

Visi pembangunan kesehatan daerah Parigi Moutong adalah “Mewujudkan Derajat Kesehatan Masyarakat Yang Optimal Menuju Parigi Moutong Sehat”. Sehubungan dengan hal tersebut, Puskesmas Mepanga telah mempertimbangkan dan menyepakati Visi yang ini dicapai **“Menjadikan Puskesmas Mepanga Unggul Dalam Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Parigi Moutong”**

2. Misi

Untuk dapat mewujudkan visi tersebut di atas telah ditetapkan lima (5) misi sebagai berikut:

- a. Mengembangkan partisipasi dan kemandirian masyarakat dalam mewujudkan lingkungan sehat.
- b. Mendorong kemandirian masyarakat dalam berperilaku hidup bersih dan sehat
- c. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada masyarakat secara menyeluruh, adil dan merata.
- d. Mengembangkan sistem pencegahan terhadap kejadian penyakit dan tanggap dalam berbagai masalah.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 4.1. Menampilkan identitas pribadi responden penelitian yang meliputi jenis kelamin, usia, status pernikahan, pekerjaan, pendidikan terakhir, durasi hipertensi, dan keluarga yang ditunjuk.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian Berdasarkan Jenis kelamin, Usia, Status pernikahan, Pekerjaan, Pendidikan terakhir, Durasi hipertensi, Hubungan keluarga yang ditunjuk (n=155)

Karakteristik Responden	Kelompok				<i>p value</i>
	Intervensi (n=78)		Kontrol (n=77)		
	n	%	n	%	
Jenis Kelamin					
Laki-laki	43	55.1	40	51.9	0.473
Perempuan	35	44.9	37	48.1	
Usia					
26-35 Tahun	29	37.2	25	32.5	0.225
36-45 Tahun	49	62.8	52	67.5	
Status Pernikahan					
Menikah	66	84.6	70	90.9	0.181
Belum Menikah	12	15.4	7	9.1	
Pekerjaan					
PNS	3	3.8	2	2.6	0.185
Petani	47	60.3	45	58.4	
Nelayan	9	11.5	7	9.1	
Buruh	12	15.4	12	15.6	
Lainnya	7	9.0	11	14.3	
Pendidikan Terakhir					
SD	6	7.7	3	3.9	0.254
SMP	34	43.6	35	45.5	
SMA	29	37.2	33	42.9	
Perguruan Tinggi	5	6.4	3	3.9	
Tidak Sekolah	4	5.1	3	3.9	
Lama Menderita Hipertensi					
Kurang dari 1 Tahun	48	61.5	52	67.5	0.153
1 sampai 3 tahun	25	32.1	22	28.6	
Lebih dari 3 Tahun	5	6.4	3	3.9	
Hubungan keluarga yang ditunjuk					
Ibu	28	35.9	29	37.7	0.949
Ayah	7	9.0	6	7.8	
Istri	15	19.2	16	20.8	
Suami	6	7.7	6	7.8	
Anak	18	23.1	14	18.2	
Kakak Ibu	4	5.1	6	7.8	

Berdasarkan Tabel 4.1 dapat dilihat bahwa karakteristik responden homogen dengan nilai yang ditunjukkan *p value* > 0,05 yang berarti tidak ada perbedaan karakteristik antara kedua kelompok. Kelompok intervensi dapat dilihat bahwa lebih banyak jumlah jenis kelamin laki-laki dengan persentase 55,1% dengan usia terbanyak pada rentang 36-45 tahun 62,8% dan status pernikahan yang terbanyak adalah yang telah menikah dengan persentase (84,6%).

Pekerjaan responden penelitian pada kelompok intervensi paling banyak adalah petani 60,3% yang rata-rata penghasilan perbulannya berkisar 1-2 juta. Pendidikan terakhir paling banyak pada kelompok intervensi berjumlah 43.6% tingkat SMP. Lama menderita hipertensi mayoritas <1 tahun dengan jumlah persentase 61,5 persen. Keluarga yang ditunjuk oleh klien hipertensi untuk melakukan perawatan dirinya terkait diet hipertensi, aktivitas fisik, manajemen stres, kepatuhan minum obat lebih banyak pada ibu klien dengan persentase (35,9%).

Kelompok kontrol memiliki jumlah paling banyak berjenis kelamin perempuan dengan persentase 62,3% yang mayoritas usia terbanyak dalam rentang 36-45 tahun 67,5% dan status pernikahan mayoritas yang sudah menikah berjumlah 90,9 persen. Kelompok ini memiliki pekerjaan terbanyak adalah petani berjumlah 58,4% dan pendidikan terakhir dengan jumlah persentase 45,5% ditingkat SMP.

Durasi hipertensi pada kelompok ini, yang terbanyak <1 tahun berjumlah 67,5 persen. Keluarga yang ditunjuk untuk memberi perawatan berjumlah 37,7% adalah ibu dari klien hipertensi. Hubungan keluarga yang ditunjuk klien untuk membantu memberikan perawatan memiliki distribusi frekuensi 29 (37,7%) orang ibu, 6 (7,8%) orang ayah, istri 16 orang (20,8%), suami 6 orang (7,8%), anak 14 orang (18,2%) dan lainnya 6 orang (7,8%).

2. Perbedaan Perawatan Diri Responden terkait Diet Hipertensi, Aktivitas Fisik, Stres, Kepatuhan Minum Obat pada Kedua Kelompok Sebelum (*Pre*) dan Setelah (*Post*) Perlakuan

Hasil pengukuran perawatan diri sebelum dan sesudah intervensi pada klien hipertensi dapat dilihat pada Tabel 4.2. Intervensi yang diberikan tentang pendidikan perawatan diri pada keluarga terkait diet hipertensi, aktivitas fisik, manajemen stres, kepatuhan minum obat yang dilakukan dalam 4 sesi pertemuan dan 45 menit pengajaran pada masing-masing jenis perawatan diri yang diberikan pada kelompok intervensi. Kelompok kontrol menerima perawatan konvensional seperti pada umumnya yang dilakukan oleh klien dan keluarga.

Tabel 4.2 Perbedaan Perawatan Diri Responden Penelitian terkait Diet Hipertensi, Aktivitas Fisik, Stres, Kepatuhan Minum Obat Sebelum dan Setelah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=155)

Aspek Penilaian	Kelompok	Perawatan Diri						P value
		Rendah		Sedang		Tinggi		
		F	%	F	%	F	%	
Diet Hipertensi	Intervensi (n=78)							
	Pre-Test	2	2.6	76	97.4	0	0	
	Post-Test 1 Bulan	0	0	3	3.8	75	96.2	0.000
	Post-Test 3 Bulan	5	6.4	63	80.8	10	12.8	0.274
	Kontrol (n=77)							
	Pre-Test	1	1.3	73	94.8	3	3.9	
	Post-Test 1 Bulan	2	2.6	72	93.5	3	3.9	0.157
	Post-Test 3 Bulan	2	2.6	72	93.5	3	3.9	0.083
	Aktivitas Fisik	Intervensi (n=78)						
Pre-Test		9	11.5	59	75.6	10	12.8	
Post-Test 1 Bulan		2	2.6	47	60.3	29	37.2	0.000
Post-Test 3 Bulan		6	7.7	56	71.8	16	20.5	0.157
Kontrol (n=77)								
Pre-Test		22	28.6	41	53.2	14	18.2	
Post-Test 1 Bulan		23	29.9	41	53.2	13	16.9	0.083
Post-Test 3 Bulan		24	31.2	40	51.9	13	16.9	0.083
Stres		Intervensi (n=78)						
	Pre-Test	18	23.1	59	75.6	1	1.3	
	Post-Test 1 Bulan	34	43.6	44	56.4	0	0	0.000
	Post-Test 3 Bulan	25	32.1	50	64.1	3	3.8	0.225
	Kontrol (n=77)							
	Pre-Test	22	28.6	53	68.8	2	2.6	
	Post-Test 1 Bulan	22	28.6	52	67.5	3	3.9	0.317
	Post-Test 3 Bulan	20	26.0	55	71.4	2	2.6	0.157
	Kepatuhan Minum Obat	Intervensi (n=78)						
Pre-Test		33	42.3	28	35.9	17	21.8	
Post-Test 1 Bulan		16	20.5	42	53.8	20	25.6	0.000
Post-Test 3 Bulan		33	42.3	25	32.1	20	25.6	0.257
Kontrol (n=77)								
Pre-Test		24	31.2	41	53.2	12	15.6	
Post-Test 1 Bulan		24	31.2	41	53.2	12	15.6	1.000
Post-Test 3 Bulan		25	32.5	40	51.9	12	15.6	0.317

*p value <0,05 based on Wilcoxon test

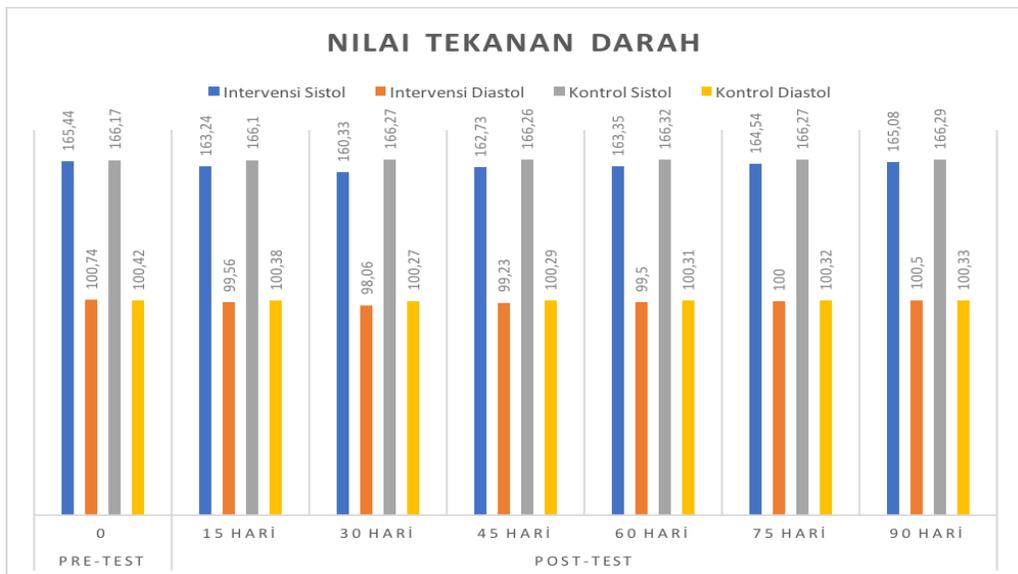
Hasil analisis *Wilcoxon Test* yang dapat dilihat pada Tabel 4.2 menunjukkan bahwa adanya peningkatan perawatan diri yang meliputi diet hipertensi, aktivitas fisik, stres, kepatuhan minum obat pada kelompok yang diberikan pendidikan perawatan diri dengan nilai *p value* ($<0,05$) pada pengukuran 1 bulan setelah intervensi, sedangkan pengukuran 3 bulan setelah intervensi tidak ada pengaruh *p value* ($>0,05$). Kelompok kontrol tidak ada pengaruh terkait peningkatan perawatan selama penelitian namun terjadi perubahan perilaku berdasarkan nilai statistik pada masing-masing perawatan diri.

3. Perbedaan Tekanan Darah Responden Penelitian pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum (*Pre*) dan Setelah (*Post*) Perlakuan

Hasil pengukuran tekanan darah sebelum dan sesudah intervensi dapat dilihat pada Grafik 4.1. Hasil penilaian tekanan darah responden penelitian pada pengukuran setelah intervensi dilakukan 2 kali pengukuran yaitu pengukuran yang dilakukan 1 bulan setelah intervensi dan

pengukuran akhir penelitian yaitu 3 bulan setelah intervensi pada kedua kelompok penelitian.

Grafik 4.1 Perbedaan Tekanan Darah Responden Penelitian Sebelum dan Setelah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=155)



*Wilcoxon test, **p* value satu bulan setelah intervensi SBP dan DBP (0,000), tiga bulan setelah intervensi SBP 0,190 dan DBP 0,089 pada kelompok intervensi. **p* value satu bulan setelah intervensi 0,122 SBP dan 0,347 DBP, tiga bulan setelah intervensi 0,211 SBP dan 0,388 DBP pada kelompok kontrol. *Keterangan: SBP: Systole Blood Pressure, DBP: Diastole Blood Pressure.

Berdasarkan Grafik 4.1 dapat dilihat bahwa responden penelitian yang berjumlah 155 orang (78 orang kelompok intervensi dan 77 orang kelompok kontrol) didapatkan hasil pengukuran 1 bulan setelah pemberian perlakuan kelompok intervensi terjadi penurunan tekanan

darah dengan nilai statistik *p value* ($<0,05$) *Wilcoxon test*.

Kelompok intervensi sebelum diberikan perlakuan didapatkan nilai tekanan darah rata-rata 165,44 mmHg sistolik dan 100,74 mmHg diastolik.

Setelah 1 bulan diberikan perlakuan didapatkan nilai rata-rata 160,33 mmHg sistolik dan 98,06 mmHg diastolik dengan nilai signifikansi *p value* (0,000) pada tekanan darah sistolik dan diastolik. Pengukuran akhir pada kelompok ini, mengalami peningkatan tekanan darah dengan nilai rata-rata 165,08 mmHg sistolik dan 100,50 mmHg diastolik dengan *p value* $>0,05$ *Wilcoxon test*.

4. Perbandingan Perawatan Diri Responden Penelitian terkait Diet Hipertensi, Aktivitas Fisik, Stres, Kepatuhan Minum Obat pada Kedua Kelompok Sebelum (*Pre*) dan Setelah (*Post*) Penelitian

Hasil perbandingan perawatan diri pada kedua kelompok sebelum dan sesudah diberikan perlakuan pada dengan jumlah 155 responden penelitian yang dapat dilihat pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Perbandingan Perawatan Diri Responden Penelitian terkait Diet Hipertensi, Aktivitas Fisik, Stres, Kepatuhan Minum Obat Sebelum dan Setelah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=155)

Aspek Penilaian		Kelompok	Δ Mean \pm SD	95%CI	<i>p</i>
Diet Hipertensi	Sebelum	Intervensi	43.72 \pm 3.98	0.216-0.232	0.104
		Kontrol	45.25 \pm 3.92		
	1 Bulan Sesudah Intervensi	Intervensi	61.49 \pm 3.31		
		Kontrol	45.82 \pm 3.40		
	3 Bulan Sesudah Intervensi	Intervensi	43.19 \pm 9.53	0.074-0.085	0.081
		Kontrol	45.62 \pm 4.00		
Aktivitas Fisik	Sebelum	Intervensi	906.58 \pm 315.85	0.167-0.182	0.181
		Kontrol	909.16 \pm 406.81		
	1 Bulan Sesudah Intervensi	Intervensi	1180.64 \pm 377.19		
		Kontrol	871.21 \pm 392.52		
	3 Bulan Sesudah Intervensi	Intervensi	996.60 \pm 398.57	0.003-0.006	0.004
		Kontrol	878.67 \pm 401.41		
Stres	Sebelum	Intervensi	15.60 \pm 4.36	0.550-0.570	0.542
		Kontrol	15.70 \pm 3.12		
	1 Bulan Sesudah Intervensi	Intervensi	12.99 \pm 3.60		
		Kontrol	15.57 \pm 3.34		
	3 Bulan Sesudah Intervensi	Intervensi	15.15 \pm 3.97	0.541-0.561	0.510
		Kontrol	16.26 \pm 2.41		
Kepatuhan Minum Obat	Sebelum	Intervensi	5.67 \pm 1.93	0.552-0.572	0.551
		Kontrol	6.12 \pm 1.74		
	1 Bulan Sesudah Intervensi	Intervensi	6.55 \pm 1.25		
		Kontrol	6.13 \pm 1.32		
	3 Bulan Sesudah Intervensi	Intervensi	5.96 \pm 1.54	0.856-0.870	0.861
		Kontrol	6.20 \pm 1.30		

**p* value <0,05 based on Mann Whitney test

a. Diet Hipertensi

Kelompok intervensi dan kontrol memiliki kesamaan pada saat dilakukan *pre test* dengan *p value* 0,104 yang berarti tidak ada perbedaan pada kedua kelompok sebelum diberikan pendidikan perawatan diri dan terapi *Relaxation Liquid Spray* (RLS). Setelah diberikan intervensi kemudian dilakukan pengukuran awal (*post test* 1 bulan) didapatkan hasil *p value* 0,000. Namun pada akhir pengukuran (*post test* 3 bulan) tidak terdapat perbedaan pada kedua kelompok dengan *p value* 0,081.

b. Aktivitas Fisik

Kedua kelompok tidak terdapat perbedaan saat dilakukan pengukuran awal *p value* 0,181. Setelah diberikan perlakuan selama 1 bulan, didapatkan *p value* 0,000 yang berarti adanya perbedaan antara kedua kelompok. Namun hasil pengukuran 3 bulan setelah intervensi, didapatkan mengalami perubahan dengan *p-value* 0,004. Berdasarkan standar nilai statistik yang

berarti ada perbedaan pada kedua kelompok saat 3 bulan setelah intervensi.

c. Stres

Kedua kelompok yang diukur sebelum diberikan perlakuan tidak ada perbedaan dengan *p value* (0,542), sedangkan pada pengukuran *post test* 1 bulan atau 1 bulan setelah diberikan perlakuan, didapatkan *p value* (0,029) yang artinya terdapat perbedaan setelah kelompok intervensi diberikan perlakuan. Hasil akhir pengukuran pada responden penelitian tidak memiliki perbedaan pada kedua kelompok yang ditandai dengan *p value* (0,510).

d. Kepatuhan Minum Obat

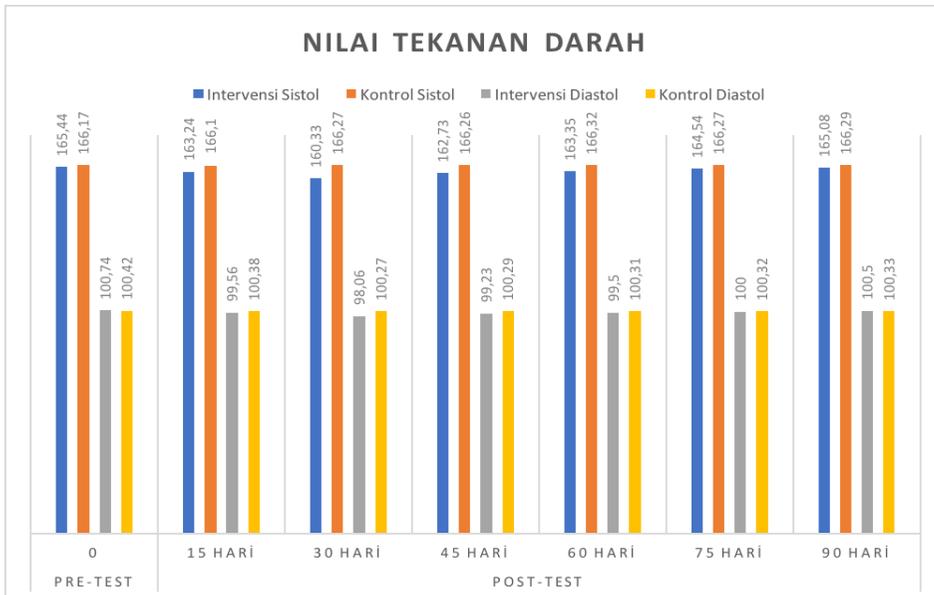
Kepatuhan pengobatan pada kedua kelompok tidak memiliki perbedaan (*p value* 0,551) saat dilakukan pengukuran awal. Bulan pertama sesudah perlakuan pada kelompok intervensi didapatkan *p value* (0,047). Namun diakhir penelitian dilakukan pengukuran (*post*

test 3 bulan), tidak ada perbedaan pada kedua kelompok dengan nilai signifikansi *p value* 0,861.

5. Perbandingan Tekanan Darah Responden Penelitian Sebelum (*Pre*) dan Setelah (*Post*) Intervensi pada Kedua Kelompok Penelitian

Hasil pengukuran perbandingan tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan menggunakan uji *Mann Whitney* untuk membandingkan nilai signifikansi tekanan darah pada kedua kelompok sebelum dan setelah diberikan intervensi dengan 2 kali hasil pengukuran yang dapat dilihat pada Grafik 4.2. Tekanan darah dilakukan pengukuran 1 dan 3 bulan setelah intervensi. Masing-masing pengukuran memiliki perbedaan baik sebelum maupun sesudah intervensi.

Grafik 4.2 Perbandingan Tekanan Darah Responden Penelitian Sebelum dan Setelah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (n=155)



**Mann Whitney test*, *95%CI, **p value*: sebelum intervensi *SBP* (0.827) dan *DBP* (0.976), satu bulan setelah intervensi *SBP* (0.007) dan *DBP* (0.023), tiga bulan setelah intervensi *SBP* (0.603) dan *DBP* (0.847).

Kelompok intervensi dan kontrol berjumlah 155 responden yang masuk dalam tahap *pre test*, hasil pengukuran didapatkan *p value* 0,827 sistol dan 0,974 diastol yang berarti tidak ada perbedaan pada kedua kelompok saat dilakukan pengukuran awal. Tahap *post test* atau pengukuran 1 bulan setelah diberikan perlakuan, didapatkan perubahan nilai pada kedua kelompok dengan *p value* 0,007 sistol dan 0,023 diastol. Terdapat

perbedaan pada kedua kelompok saat dilakukan hasil pengukuran 1 bulan setelah perlakuan. Kemudian dilakukan pengukuran 3 bulan setelah intervensi pada kedua kelompok, didapatkan *p value* 0,603 sistol dan 0,847 diastol. Hasil ini menyatakan bahwa tidak ada perbedaan tekanan darah pada kedua kelompok, baik sistol maupun diastol yang diukur 3 bulan setelah diberikan perlakuan berupa pendidikan perawatan diri keluarga dan terapi RLS.

C. Pembahasan Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

a. Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipertensi lebih banyak jenis kelamin laki-laki daripada perempuan. Berdasarkan hasil tersebut, asumsi peneliti tingginya angka kejadian hipertensi pada jenis kelamin perempuan daripada laki-laki dikaitkan dengan kurangnya pengetahuan tentang perawatan diri yang meliputi diet hipertensi, aktivitas fisik, manajemen

stres, dan kepatuhan pengobatan sehingga mengakibatkan pada jenis kelamin laki-laki lebih banyak berstatus hipertensi daripada perempuan. Hal ini merupakan salah satu faktor pencetus tingginya angka kejadian hipertensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Everett and Zajacova, (2015) yang mengamati 14.497 responden dengan pembagian jenis kelamin perempuan berjumlah 7.697 dan laki-laki berjumlah 6.800 menemukan bahwa peluang kemungkinan status hipertensi sangat kecil pada wanita dibandingkan pria pada usia dua puluhan dengan perbedaan (15%). Dengan demikian, perbedaan jenis kelamin bukan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk mengetahui status hipertensi.

Tingkat kesadaran sangat mempengaruhi status hipertensi yaitu pada wanita hanya 32% yang berstatus hipertensi dan pada pria sangat rendah 25 persen. Disparitas jenis kelamin tidak secara aktual

menentukan status hipertensi dikarenakan faktor pemanfaatan pelayanan kesehatan sangat rendah dan penting untuk meningkatkan kesadaran hipertensi pada orang dewasa. Jenis kelamin laki-laki lebih banyak berstatus hipertensi daripada perempuan, namun hal ini diakibatkan oleh beberapa faktor yang meliputi peningkatan usia, pendidikan rendah, status ekonomi rendah, dan berat badan pada perempuan lebih banyak yang normal (IMT) daripada laki-laki (Choi, Kim, & Kang, 2017).

Pendapat yang berbeda pada hasil penelitian Gillis dan Sullivan, (2016) menemukan bahwa insidensi hipertensi lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan dikarenakan adanya sistem imun yang lebih banyak bertindak sebagai antiinflamasi pada perempuan sehingga terjadinya mekanisme kompensasi dalam mencegah dan mengontrol peningkatan tekanan darah dibandingkan dengan laki-laki yang lebih lemah dalam proses antiinflamasi.

Sistem renin angiotensin (RAS) pada laki-laki mempunyai stimulus fisiologis dalam mengaktivasi RAS klasik yang meliputi angiotensin II (reseptor AT_1) dan angiotensin konverting enzim, sedangkan pada perempuan terjadi aktivasi RAS non-klasik yang meliputi angiotensin I-VII, reseptor angiotensin tipe 2 (AT_2) dan angiotensin konverting enzim yang berperan dalam kontrol tekanan darah (Gillis & Sullivan, 2016).

b. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak klien yang berstatus hipertensi pada rentang usia 36-45 tahun dengan jumlah persentase 62,8% pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol (67,5%). Asumsi peneliti bahwa peningkatan hipertensi pada usia dewasa akhir (36-45) dikarenakan adanya proses penuaan dan penurunan tingkat kontrol di pelayanan kesehatan yang menyebabkan penurunan motivasi dalam perawatan terkait manajemen hipertensi mengalami kegagalan. Akibat dari kesadaran yang

menurun terkait pengelolaan hipertensi pada usia tersebut menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan yang tidak terkontrol.

Hasil penelitian Olack *et al.*, (2015) menemukan bahwa faktor-faktor resiko hipertensi yang terjadi pada usia 35-64 tahun meliputi kelebihan berat badan, status ekonomi, aktivitas fisik, merokok, konsumsi alkohol dan tingkat kontrol hipertensi sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan prevalensi hipertensi pada usia tersebut. Pendapat yang sama ditemukan oleh Daugherty *et al.*, (2012) yang menemukan pada usia 18-49 tahun tekanan darah lebih rendah daripada usia >64 tahun yang memiliki perbedaan persentase yang berjumlah 5 persen. Hal ini disebabkan karena pada usia yang lebih muda memiliki tingkat kontrol hipertensi lebih tinggi daripada usia tua.

Pendapat lain juga mengemukakan bahwa pengaruh bertambahnya usia pada klien dengan hipertensi primer akan terjadi peningkatan tekanan

darah sistolik dan diastolik namun pada usia > 60 tahun, tekanan darah diastolik akan mengalami penurunan. Kemungkinan salah satu penyebabnya adalah bertambahnya usia klien hipertensi primer, renin plasma semakin menurun, sedangkan norepinefrin plasma yang mengalami rangsangan akan terjadi peningkatan seiring bertambahnya usia (Gunnar, 1999).

c. Status Pernikahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu pada kelompok intervensi yang telah menikah lebih tinggi prevalensi kejadian hipertensi daripada yang belum menikah, dengan masing-masing nilai pada individu yang telah menikah memiliki nilai persentase 84,6% kejadian hipertensi, sedangkan pada individu yang belum memiliki pasangan lebih rendah kejadian hipertensi dengan persentase 15,4%, sedangkan pada kelompok kontrol memiliki hasil yang sama dengan nilai persentase 90,9% responden yang memiliki

hipertensi pada individu yang menikah dan nilai persentase 9,1% yang berstatus hipertensi pada individu yang belum menikah.

Asumsi peneliti, status pernikahan sebagian besar memiliki dampak pada perilaku kesehatan seperti individu yang berstatus lajang, memiliki kebebasan karena belum merasa mempunyai tanggungjawab (misalnya: tanggungjawab suami sebagai pencari nafkah) sehingga kurang untuk melakukan aktivitas fisik atau olahraga. Faktor lain, individu yang berstatus lajang, tidak memperhatikan penyajian makanannya, sedangkan yang sudah menikah, istri sebagai penyaji makanan akan membantu menyajikan makanan diet hipertensi.

Penemuan berbanding terbalik yang dilakukan oleh Schwandt, Coresh, and Hindin, (2010) yang menemukan bahwa individu yang belum menikah merupakan faktor risiko penyakit kardiovaskuler, selanjutnya dijelaskan bahwa pentingnya perubahan

status pernikahan (menikah) untuk mendapatkan dukungan dan pengembangan pola hidup sehat. Status pernikahan adalah salah satu faktor risiko independen terjadinya peningkatan tekanan darah pada perempuan yang menikah, sedangkan pada laki-laki tidak memiliki pengaruh terkait peningkatan tekanan darah baik sudah menikah ataupun belum menikah Tuoyire & Yetey, (2018).

Prediktator dalam penelitian ini meliputi adanya perbedaan usia, IMT, dan status ekonomi. Pria usia dewasa yang berstatus belum menikah memiliki faktor risiko penting terhadap kejadian hipertensi dibandingkan pada perempuan usia dewasa yang belum menikah memiliki hasil yang lebih rendah berstatus hipertensi (Ramezankhani, Azizi, & Hadaegh, 2019).

Peningkatan prevalensi hipertensi lebih cenderung pada pria yang belum menikah daripada wanita. Kemungkinan terjadi karena pada individu yang sudah menikah terdapat hubungan dengan pasangannya

memiliki gaya hidup sehat, kepatuhan dalam pengobatan dan mengikuti skrining hipertensi. Status menikah juga berhubungan dengan faktor perilaku, biologis dan psikologis (Manfredini *et al.*, 2017).

Individu yang memiliki pasangan dapat memberi motivasi atau dukungan pada pasangannya untuk melakukan pengobatan dan perawatan diri. Motivasi atau dukungan diberikan kepada suami atau istri yang berstatus hipertensi. Berbagai faktor yang mendukung rendahnya hipertensi yang dihubungkan dengan status pernikahan meliputi makanan yang disediakan lebih sehat, tidur lebih baik dari sebelumnya, stres berkurang, pemanfaatan keungan daripada yang belum menikah (Manfredini *et al.*, 2017).

d. Pekerjaan

Data yang didapatkan bahwa lebih banyak klien hipertensi dengan pekerjaan sebagai petani dengan persentase 60,3% pada kelompok hipertensi dan pada kelompok kontrol 58,4% adalah petani. Peneliti

berpendapat kemungkinan penyebabnya adalah pekerjaan petani yang memiliki durasi pekerjaan dalam rentang 6-8 jam kerja dan termasuk jenis pekerjaan yang sangat berat sehingga pada malam hari memiliki efek sakit otot dan menyebabkan susah tidur. Pendapat berbeda yang berfokus pada durasi kerja dengan hasil yang didapatkan yaitu individu yang bekerja lembur atau menambah waktu jam kerja berlebihan memiliki hipertensi lebih tinggi berdasarkan pelaporan. Selanjutnya dijelaskan bahwa akibat dari penambahan waktu kerja sehingga durasi istirahat tidur sedikit (Ceide *et al.*, 2015).

Berbanding terbalik dengan temuan yang didapatkan oleh Landsbergis *et al.*, (2015) yang menemukan bahwa klien yang lebih banyak bekerja memiliki prevalensi hipertensi terendah daripada yang hanya sedikit kerja. Namun perlu diperhatikan bahwa jenis pekerjaan juga harus dilakukan tindak lanjut. Hasil yang sama dalam penelitian (Clougherty, Slade,

& Cullen, 2009) yang mendapatkan bahwa perlindungan kekebalan tubuh pada klien hipertensi lebih sedikit terjadi pada kerja yang lebih tinggi.

e. Pendidikan Terakhir

Hasil menunjukkan data pendidikan yang tertinggi adalah klien berpendidikan sekolah menengah pertama (SMP) baik pada kelompok intervensi dan kontrol (43,6% dan 45,5%). Kemungkinan ini disebabkan karena penyebaran dan keakuratan informasi yang diterima belum memadai sehingga manajemen hipertensi belum sepenuhnya diterapkan. Klien dan keluarga belum memahami praktik perawatan diri dengan benar, sehingga rasa tidak percaya terhadap kesembuhan mulai menurun. Hal ini berdampak pada penurunan perawatan diri.

Liu *et al.*, (2011) menemukan bahwa individu yang memiliki hipertensi lebih tinggi yaitu pada individu dengan gelar *high school* (HS), sedangkan prevalensi hipertensi lebih rendah pada gelar sarjana. Selanjutnya

dijelaskan bahwa individu yang memiliki hipertensi tertinggi pada individu lulusan sekolah menengah dikarenakan pengabaian status kesehatan pada salah satu faktor risiko hipertensi. Tingkat pendidikan memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan terkait risiko hipertensi yang terbagi menjadi 2 fokus pengobatan yaitu medis (pengobatan) dan non-medis yang meliputi pilihan aktivitas fisik, diet garam dan kalori, teknik relaksasi untuk penurunan stres dan kepatuhan pengobatan serta kontrol pelayanan kesehatan (Samal, Greisenegger, Auff, Lang, & Lalouschek, 2007).

f. Durasi Hipertensi

Durasi Hipertensi pada kedua kelompok yang tertinggi yaitu pada hipertensi <1 tahun (intervensi 61,5% dan kontrol 67,5%). Pendapat peneliti kemungkinan adalah peneliti yang mengambil kriteria responden pada individu dengan hipertensi esensial atau HTN primer sehingga kebanyakan responden

penelitian yang dilakukan skrinning, baru menyadari dirinya berstatus hipertensi. Pengabaian klien terhadap kesehatannya dan kurangnya kontrol pelayanan kesehatan berdampak pada ketidaktahuan status hipertensi. Pernyataan ini didukung Gauer, Army, Bragg, and Carolina, (2017) menemukan bahwa masyarakat yang tidak mengetahui kondisi atau gejala hipertensi dan jadwal kontrol yang seharusnya. Penelitian ini menekankan pentingnya manajemen pelayanan kesehatan.

Penemuan dan pengkajian individu yang belum dilakukan skrinning serta pembuatan kebijakan agar dapat meningkatkan sistem pelayanan yang memadai dengan tujuan peningkatan perawatan hipertensi. Hambatan terkait pelayanan dalam pengobatan juga memiliki peran penting dalam durasi pengobatan klien hipertensi. Pelayanan yang buruk dapat berakibat pada kurang pengetahuan dan praktik perawatan diri dan perlunya peningkatan pelayanan kesehatan terkait

penemuan lebih awal kasus hipertensi yang ada di masyarakat (Sabouhi, Babae, Naji, & Zadeh, 2011; Raji, Abiona, & Gureje, 2017).

g. Hubungan keluarga yang ditunjuk

Perawatan yang diberikan keluarga paling tinggi adalah perawatan yang diberikan oleh ibu berjumlah 28 orang (35%) intervensi dan 29 orang (37,7%) kontrol. Asumsi peneliti, keterlibatan keluarga untuk bertanggungjawab dalam melakukan perawatan diri dan terapi RLS pada klien hipertensi berperan penting dalam proses peningkatan perawatan diri. Keluarga dapat membantu klien menyediakan fasilitas terkait perawatan diri.

Hasil penelitian yang sama dilakukan oleh (Barreto & Marcon, 2014) menemukan bahwa proses perawatan diri dapat meningkat bila keluarga terlibat untuk membantu dan memotivasi klien untuk melakukan perawatan diri klien hipertensi. Keluarga sebagai faktor pemenuhan kebutuhan dalam perawatan diri. Motivasi

yang diberikan keluarga dapat berupa penyajian diet hipertensi.

2. Perbedaan Perawatan Diri Responden terkait Diet Hipertensi, Aktivitas Fisik, Stres, dan Kepatuhan Minum Obat pada Kedua Kelompok Sebelum (*Pre*) dan Setelah (*Post*) Perlakuan

a. Tingkat Perawatan Diri

1) Sebelum (*Pre Test*)

a) Diet Hipertensi

Diet Hipertensi merupakan salah satu dari perawatan diri klien hipertensi, diet yang didapatkan tahap pengukuran awal pada kedua kelompok responden penelitian sebelum diberikan pendidikan perawatan diri pada keluarga sangat rendah. Disitribusi frekuensi pada tahap pengukuran awal didapatkan kelompok intervensi memiliki diet rendah 2 orang (2,6%), sedang 76 orang (97,4%) dan diet tinggi tidak ada pada kelompok ini, sedangkan

kelompok kontrol yang memiliki diet rendah 1 orang (1,3%), sedang 73 orang (94,8%) dan tinggi 3 orang (3,9%). Banyaknya responden penelitian yang belum memahami pentingnya diet hipertensi dikarenakan kurangnya pengetahuan terkait perawatan diri klien hipertensi serta keterlibatan dan pengetahuan keluarga yang memberikan perawatan (Gebrezgi, Trepka, & Kidane, 2017)

Rendahnya tingkat perawatan diri klien hipertensi dikaitkan dengan kurang pengetahuan pada keluarga. Keterlibatan keluarga untuk memberikan dukungan dan perawatan diri pada klien hipertensi sangat rendah. Penyajian makanan sehari-hari biasanya di masak oleh istri atau ibu sehingga untuk pengaturan diet makanan harus diketahui oleh keluarga yang menyediakan atau memasak makanan untuk klien hipertensi (Barreto & Marcon, 2014).

b) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik merupakan faktor penting untuk menurunkan tekanan darah klien hipertensi. Aktivitas yang dilakukan klien hipertensi sebelum diberikan intervensi berdistribusi rendah 9 orang (11,5%), sedang 59 orang (75,6%), tinggi 10 orang (12,8%) pada kelompok intervensi. Kelompok kontrol memiliki aktivitas fisik rendah 22 orang (28,6%), sedang 41 orang (53,2%), dan tinggi 14 orang (18,2%).

Aktivitas fisik yang belum masuk dalam kategori tinggi dikarenakan ketidakmampuan dan pengetahuan klien hipertensi tentang jenis aktivitas yang dapat membantu serta sebagai petunjuk untuk melakukan aktivitas fisik (Gebrezgi *et al.*, 2017). Waktu luang dapat dimanfaatkan untuk melakukan aktivitas fisik dengan adanya dorongan keluarga pada individu

akan membantu dan meningkatkan jadwal dalam melakukan aktivitas fisik (Wang *et al.*, 2015).

Dukungan keluarga untuk mengingatkan klien agar melakukan aktivitas termasuk hal penting untuk menambah motivasi dalam melakukan aktivitas pada klien hipertensi (Gebrezgi *et al.*, 2017). Keluarga sebagai salah satu fasilitator dalam menentukan jadwal, jenis aktivitas dan yang melengkapi kebutuhan klien dalam melakukan aktivitas fisik (Yuan, Weng, Chou, Tang, & Lee, 2011). Aktivitas fisik paling banyak pada kategori sedang karena responden terbanyak yang mengikuti penelitian berstatus pekerjaan sebagai petani (Biernat, Piątkowska, & Mynarski, 2018).

c) Stres

Stres adalah salah satu penyebab kejadian hipertensi. Pada pengukuran awal didapatkan stres rendah 18 orang (23,1%), sedang 59 orang

(75,6%), dan tinggi 1 orang (1,3%) pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol memiliki stres rendah 22 orang (28,6%), sedang 53 orang (68,8%) dan tinggi 2 orang (2,6%). Stres seringkali dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah pada individu yang lebih cenderung mengalami stres (Liu *et al.*, 2017). Stres akan muncul diakibatkan dari berbagai faktor penyebab stres, misalnya stres yang didapatkan di tempat individu itu bekerja dan stres hubungan antara sesama individu (Clemow *et al.*, 2018).

Individu yang mengalami stres akan mencari cara untuk menurunkan tingkat stres. Keluarga merupakan faktor penting yang berperan untuk menurunkan tingkat stres yang dialami klien hipertensi. Bantuan keluarga dalam menurunkan stres berupa rasa empati, mendengarkan keluhan, mencari solusi, melakukan pemecahan masalah

dalam mengatasi stres yang dihadapi klien tersebut (Gebrezgi *et al.*, 2017). Pengetahuan keluarga akan membantu dalam hal pemecahan masalah terkait stres yang dihadapi klien sehingga perlunya meningkatkan pengetahuan keluarga untuk menangani stres yang dirasakan klien hipertensi (Swartzman, 2017).

d) Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan minum obat untuk klien hipertensi adalah faktor utama menurunkan tekanan darah. Kepatuhan minum obat salah satu perawatan diri yang memiliki efek penting dalam menormalkan tekanan darah klien hipertensi. Awal pengukuran kepatuhan minum obat didapatkan kepatuhan rendah 33 orang (42,3%), sedang 28 orang (35,9%), tinggi 17 orang (21,8%) pada kelompok intervensi dan kepatuhan minum obat pada kelompok kontrol memiliki kategori rendah 24 orang (31,2%), sedang 41

orang (53,2%) dan tinggi 12 orang (15,6%). Hal ini disebabkan karena lingkungan tantangan hidup, kurang kecocokan dalam pelayanan kepada pasien, lupa jadwal rutin minum obat, dan rekomendasi serta perawatan yang diberikan keluarga tidak tepat (Najimi, Mostafavi, Sharifirad, & Golshiri, 2018).

Rendahnya pantauan dari keluarga untuk mengingatkan jadwal minum obat pada klien hipertensi. Keluarga termasuk pendamping klien dalam melakukan kontrol serta pengambilan obat hipertensi di pelayanan kesehatan yang merupakan faktor hambatan dalam pengobatan (Novello *et al.*, 2016). Pendampingan keluarga klien hipertensi akan membantu peningkatan kepatuhan minum obat yang mana fungsi keluarga didalamnya sebagai pemberi dukungan, pelengkap kekurangan seperti melakukan pengambilan obat untuk memastikan

ketersediaan obat di dalam rumah, memastikan klien minum obat sesuai jadwal dan dosis yang telah ditentukan (Gebrezgi *et al.*, 2017; Najimi *et al.*, 2018).

2) Sesudah

a) Diet Hipertensi

Bulan pertama (*post test* 1 bulan) sesudah diberikan pendidikan tentang diet hipertensi, didapatkan peningkatan diet hipertensi dengan *p value* 0,000 yang berarti terjadi peningkatan diet hipertensi. Distribusi frekuensi yang didapatkan pada kelompok intervensi meliputi diet rendah tidak ada, sedang 3 orang (3,8%) dan tinggi 75 orang (96,2%), sedangkan pada kelompok kontrol terjadi penurunan diet hipertensi dengan *p value* 0,157. Distribusi frekuensi diet dalam kategori rendah 2 orang (2,6%) sedang 72 orang (93,5%), tinggi 3 orang (3,9%).

Penyebab dari perbedaan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan pada kelompok intervensi dikarenakan keluarga kelompok intervensi mendapatkan pendidikan diet hipertensi dalam 1 kali pertemuan selama 45 menit pengajaran tentang makanan dan tata cara diet hipertensi. Pemberian pendidikan perawatan diri kepada keluarga yang ditunjuk oleh klien hipertensi untuk memberikan perawatan memiliki dampak terkait peningkatan perawatan diri klien hipertensi (Ademe, Aga, & Gela, 2019).

Keterlibatan keluarga yang memiliki pengetahuan terkait diet hipertensi dapat memberikan fasilitas perawatan diri seperti penyediaan makanan khusus hipertensi yang meliputi kepatuhan untuk mengurangi konsumsi natrium, kopi, makanan yang berminyak, dan lainnya berdasarkan panduan *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) yang

diberikan pada klien hipertensi (Maslampak, Rezaei, & Parizad, 2018).

Bulan ke 3 (*post-test* 3 bulan) pada akhir penelitian didapatkan kelompok intervensi mengalami penurunan diet hipertensi dengan *p value* 0,274 yang memiliki diet kategori rendah 5 orang (6,4%), sedang 63 orang (80,8%) dan tinggi 10 orang (12,8%). Kelompok kontrol dengan distribusi frekuensi dalam kategori rendah 2 orang (2,6%), sedang 72 orang (93,5%) dan tinggi 3 orang (3,9%) dengan *p value* (0,083).

Penurunan keterlibatan keluarga dalam penyediaan makanan untuk diet hipertensi. Keluarga klien hipertensi mengatakan kesulitan untuk melakukan praktik diet hipertensi seperti penyediaan makanan secara terus menerus dapat mengakibatkan kurangnya nafsu makan pada klien sehingga motivasi keluarga untuk

memenuhi fasilitas diet hipertensi menurun. Adanya penolakan klien untuk tetap mematuhi diet sangat sulit diterima jika itu dilakukan seumur hidupnya (Jebraeily, Rahimi, Makhdoomi, & Khorami, 2016).

b) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik responden penelitian pada kelompok intervensi yang diberikan perlakuan 1 kali pertemuan yang memakan waktu 45 menit terkait pengajaran aktivitas fisik mengalami peningkatan pada pengukuran 1 bulan setelah intervensi. Distribusi aktivitas fisik responden penelitian pada kelompok intervensi memiliki kategori rendah 2 orang (2,6%), sedang 47 orang (60,3%), dan tinggi 29 orang (37,2%) dengan *p value* (0,000), sedangkan pada kelompok kontrol memiliki aktivitas rendah 23 orang (29,9%), sedang 41 orang (53,2%) dan tinggi 13 orang (16,9%) dengan *p value* (0,083).

Perubahan positif pada kelompok intervensi disebabkan karena peningkatan pengetahuan tentang aktivitas fisik pada keluarga yang diberikan pendidikan perawatan diri terkait aktivitas fisik untuk klien hipertensi. Kerjasama keluarga untuk melakukan dan memberikan perawatan diri klien hipertensi dapat mempengaruhi motivasi untuk melakukan aktivitas fisik.

Klien dengan penyakit kronis bergantung pada tingkat dukungan anggota keluarga. Peningkatan dukungan anggota keluarga untuk melakukan aktivitas fisik pada klien hipertensi dapat menambah tingkat aktivitas yang dilakukan oleh klien tersebut (Yuan *et al.*, 2011). Hubungan baik antara klien hipertensi dengan anggota keluarga memiliki kontribusi terhadap peningkatan aktivitas sehari-hari (ADL), status

mental dan kondisi fisik (Huang, Yang, Wang, Qiu, & Lai, 2015).

Bulan ke 3 setelah dilakukan intervensi, didapatkan nilai tingkat aktivitas fisik klien mengalami penurunan yang meliputi kategori rendah 6 orang (7,7%) , sedang 56 orang (71,8%) dan tinggi 16 orang (20,5%) pada kelompok intervensi dengan *p value* (0,157), sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan kategori rendah 24 orang (31,2%), sedang 40 orang (51,9%) dan tinggi 13 orang (16,9%). Asumsi peneliti, kemungkinan aktivitas fisik menurun karena minat klien hipertensi mulai menurun sehingga perawatan diri terkait aktivitas fisik tidak dilanjutkan

Keluarga sebagai fasilitator untuk memberikan perawatan memiliki hambatan untuk memastikan bahwa klien melakukan aktivitas fisik. Kesibukan keluarga dan waktu luang untuk

membantu dan memfasilitasi klien agar tetap melakukan aktivitas (Flynn *et al.*, 2013). Ketersediaan fasilitas olahraga mempengaruhi minat klien untuk melakukan aktivitas fisik.

c) Stres

Stres yang didapatkan saat pengukuran hasil penelitian 1 bulan setelah intervensi dengan kategori rendah 34 orang (43,6%), sedang 44 orang (56,4%) dan stres dalam kategori tinggi tidak ada dengan *p value* (0,000) yang berarti ada pengaruh pemberian perlakuan saat pengukuran 1 bulan setelah intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol pada tahap pengukuran kedua (*post test* 1 bulan) nilai tingkat stres rendah 22 orang (28,6%), sedang 52 orang (67,5%) dan tinggi 3 orang (3,9%) dengan *p value* (0,317).

Stres yang dialami klien hipertensi memiliki dampak pada tekanan darah terkait terjadinya peningkatan tekanan darah pada klien hipertensi.

Stres ini muncul dari berbagai faktor termasuk hubungan klien dengan keluarga (Dye, Williams, & Evatt, 2015). Namun keluarga juga bisa sebagai pembantu menurunkan stres yang dihadapi klien dengan pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga. Bantuan keluarga dalam menurunkan stres meliputi rasa empati yang diberikan oleh keluarga, bersedia mendengarkan keluhan, dan ikut serta dalam melakukan pemecahan masalah terhadap stres yang dihadapi klien hipertensi (Clemow *et al.*, 2018).

Keluarga yang memiliki pengetahuan dalam menurunkan stres berdampak positif terkait stres yang dihadapi klien hipertensi (M. Liu *et al.*, 2017). Akhir penelitian (*post test* 3 bulan) didapatkan hasil yang berbeda dengan pengukuran kedua. Kategori tingkat stres rendah 25 orang (31,1%), sedang 50 orang (64,1%) dan tinggi 3 orang (3,8%) dengan *p value* (0,225),

sedangkan pada kelompok kontrol nilai tingkat stres rendah 20 orang (26%), sedang 55 orang (71,4%) dan tinggi 2 orang (2,6%) dengan *p value* (0,157).

Asumsi peneliti, penolakan klien terkait perawatan yang diberikan namun keluarga memaksa untuk tetap melakukan sehingga terjadi perselisihan antara klien dan keluarga yang mengakibatkan klien mengalami stres. Sebagaimana stres yang dirasakan klien berakibat pada penurunan nafsu makan dan susah tidur. Stres psikologis klien hipertensi yang muncul kembali karena faktor penekanan terhadap perawatan diri oleh keluarga berdampak pada perilaku penolakan perawatan diri klien hipertensi (Khatib *et al.*, 2014).

d) Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan minum obat pada pengukuran 1 bulan setelah intervensi didapatkan nilai kategori

stres rendah 16 orang (20,5%), sedang 42 orang (53,8%) dan tinggi 20 orang (25,6%) dengan *p value* 0,000 pada kelompok intervensi, sedangkan kelompok kontrol memiliki kategori stres rendah 24 orang (31,2%), sedang 41 orang (53,2%) dan tinggi 12 orang (15,6%) dengan *p value* (1,000). Pengawasan berbasis anggota keluarga pada pengobatan klien hipertensi dapat meningkatkan kepatuhan minum obat dan frekuensi pengukuran tekanan darah (Osamor, 2015).

Anggota keluarga yang memberikan pengawasan dan tanggungjawab untuk mengingatkan jadwal minum obat anti hipertensi, melakukan kunjungan di pelayanan kesehatan untuk pengambilan obat. Keluarga dapat mengingatkan untuk menyediakan serta memastikan tersedianya obat di rumah, dan membantu melakukan pengecekan tekanan darah

(Shen *et al.*, 2017). Akhir penelitian didapatkan nilai berbeda terhadap kepatuhan klien hipertensi.

Kepatuhan pada klien hipertensi mengalami penurunan yang ditandai dengan distribusi frekuensi klien dalam kategori kepatuhan rendah 33 orang (42,3%), sedang 25 orang (32,1%) dan tinggi 20 orang (25,6%) dengan *p value* (0,257). Kelompok kontrol memiliki tingkat kepatuhan rendah 25 orang (32,5%), sedang 40 orang (51,9%), dan tinggi 12 orang (15,6%) dengan *p value* (0,317).

Asumsi peneliti, Kepatuhan minum obat dalam waktu jangka panjang mempengaruhi psikologis klien, sehingga berakibat pada timbulnya depresi klien hipertensi. Niat untuk melanjutkan konsumsi obat sesuai dosis mulai menurun. Sejalan dengan penelitian Hennein *et al.*, (2019) gejala depresi merupakan penghalang

terhadap kepatuhan pengobatan serta memperburuk tekanan darah dan komplikasi.

3. Perbedaan Tekanan Darah Responden Penelitian pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum (*Pre*) dan Sesudah (*Post*) Perlakuan

Tekanan darah pada awal pengukuran didapatkan nilai rata-rata tekanan darah sistolik 165 mmHg dan diastolik 100 mmHg pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol memiliki nilai rata-rata tekanan darah sistolik 166 mmHg dan diastolik 100 mmHg. Pengukuran kedua atau pengukuran hasil 1 bulan setelah diberikan perlakuan, didapatkan pada kelompok intervensi nilai rata-rata tekanan sistolik 160 mmHg dan diastolik 98 mmHg. Kelompok kontrol tidak mengalami perubahan nilai rata-rata sebelumnya.

Asumsi peneliti, tekanan darah menurun pada kelompok intervensi karena pengetahuan keluarga terkait perawatan diri meningkat sehingga didapatkan penurunan tekanan darah. Pengetahuan perawatan diri pada keluarga

dapat meningkatkan kontrol di layanan kesehatan, penyediaan kebutuhan untuk perawatan diri. Keluarga sebagai pemberi perawatan mempengaruhi klien untuk meningkatkan perawatan diri.

Perubahan tekanan darah dipengaruhi oleh tingkat perawatan diri yang dilakukan oleh klien hipertensi meliputi diet hipertensi, aktivitas fisik, stres, dan kepatuhan minum obat (Whelton *et al.*, 2018). Perawatan diri yang terstruktur serta kepatuhan dalam melakukannya memiliki efek pengurangan nilai tekanan darah, melakukan praktik perawatan diri yang sesuai dengan anjuran penting dilakukan untuk mempertahankan tingkat tekanan darah serta untuk menormalisasikan tekanan darah pada klien dengan hipertensi (Ademe *et al.*, 2019).

4. Pengaruh Pendidikan Perawatan Diri pada Keluarga terhadap Perawatan Diri Klien Hipertensi

Intervensi pendidikan perawatan diri yang diberikan kepada keluarga untuk meningkatkan pengetahuan, partisipasi anggota keluarga yang ditunjuk klien.

Keterlibatan keluarga terkait perawatan diri (diet hipertensi, aktivitas fisik, manajemen stres, dan kepatuhan minum obat) dan pemberian terapi *Relaxation Liquid Spray* (RLS).

Pengaruh ini diketahui dari tahap *pre-test* pada kedua kelompok dengan *p value* $>0,05$ yang berarti kedua kelompok memiliki data homogen atau tidak ada perbedaan antara kedua kelompok sebelum diberikan intervensi (pendidikan perawatan diri pada keluarga dan terapi RLS). Pengukuran hasil dilakukan setelah 1 bulan intervensi, didapatkan *p value* $<0,05$ *Mann Whitney test* perbandingan antara kelompok intervensi dan kontrol. Ada perbedaan pada kedua kelompok saat 1 bulan setelah intervensi.

Asumsi peneliti, partisipasi keluarga untuk memberikan perawatan kepada klien hipertensi dapat mempengaruhi tingkat perawatan diri. Keluarga membantu klien untuk menyajikan makanan sesuai dengan diet hipertensi yang telah diajarkan dan keluarga

memberi jadwal serta mengajar klien tentang aktivitas fisik yang membantu menurunkan tekanan darah. Kemauan klien meningkat karena pengetahuan keluarga dapat menambah motivasi klien hipertensi.

Keterlibatan keluarga untuk memberikan perawatan diri dapat meningkatkan kepatuhan dan motivasi klien dalam melakukan manajemen perawatan diri (Maslampak *et al.*, 2018). Keluarga sebagai fasilitator dalam proses perawatan diri klien hipertensi yang memberikan dan menyediakan berbagai kebutuhan untuk perawatan diri (misalnya: keluarga menyediakan makanan rendah natrium, mengajak klien untuk berolahraga, membantu menurunkan stres dengan sikap empati, dan melakukan pendampingan ke pelayanan kesehatan) (Osamor, 2015; Gebrezgi *et al.*, 2017).

Akhir penelitian atau 3 bulan setelah intervensi, terjadi penurunan perawatan diri pada kelompok intervensi sehingga didapatkan *p value* >0,05 *Mann Whitney test* pada kedua kelompok penelitian. Kelompok

intervensi mengalami penurunan perawatan diri dari 4 konten perawatan diri tersebut. Peneliti berasumsi bahwa penurunan perawatan diri karena inisiasi dan kegigihan dari klien hipertensi termasuk faktor utama dalam melakukan perawatan diri.

Berbanding terbalik dengan penelitian Chang & Lee, (2015) pemberdayaan diri merupakan faktor terkuat yang mempengaruhi perawatan diri, individu yang tidak memiliki rasa percaya diri akan berhenti melakukan perawatan diri. Tekanan psikologis muncul karena disebabkan oleh perawatan diri yang membutuhkan waktu cukup lama (perawatan jangka panjang) untuk mencapai target kesembuhan penyakit hipertensi (Berry, Lockhart, Davies, Lindsay, & Dempster, 2015; Doubova *et al.*, 2016).

Kontrol hipertensi di pelayanan kesehatan menjadi suatu beban yang dihadapi klien hipertensi. Faktor prediktor yang mempengaruhi tingkat kontrol meliputi demografis, usia yang lebih tua, riwayat hipertensi

keluarga, layanan kesehatan (Visco *et al.*, 2018). Hambatan dalam melakukan perawatan diri menurut Hennein *et al.*, (2019) ditemukan keuangan, jenis kelamin, dan usia.

5. Pengaruh Pendidikan Perawatan Diri pada Keluarga terhadap Tekanan Darah Klien Hipertensi

Intervensi pendidikan perawatan diri dan terapi RLS dapat menurunkan tekanan darah klien hipertensi. Tahap awal pengukuran (*pre-test*), didapatkan pada kedua kelompok tidak memiliki perbedaan dengan *p value* ($>0,05$). Setelah diberikan intervensi pendidikan perawatan diri pada keluarga dan pemberian terapi RLS pada klien hipertensi mengalami penurunan tekanan darah pada kelompok intervensi. Perbandingan kelompok intervensi dengan kontrol didapatkan *p value* $>0,05$ *Mann Whitney test* saat pengukuran satu bulan setelah intervensi. Penurunan tekanan darah pada kelompok intervensi ditemukan terjadi pengurangan nilai tekanan darah

sistolik -2 mmHg sampai -8 mmHg dan diastolik -2 mmHg sampai -4 mmHg.

Asumsi peneliti, tekanan darah menurun karena terjadi peningkatan perawatan diri dan pemberian terapi RLS pada klien hipertensi pada bulan pertama setelah intervensi. Sejalan dengan beberapa penelitian yang mengemukakan bahwa perawatan diri adalah faktor utama yang paling penting dan menjadi perhatian utama bagi layanan kesehatan untuk menormalkan tekanan darah klien hipertensi (Chawla, Messerli, Neutel, & Weber, 2000 Chobanian *et al.*, 2003; Bosworth *et al.*, 2011; Whelton *et al.*, 2018).

Pemberian RLS pada klien hipertensi dibantu oleh keluarga. Penggunaan RLS dengan cara di semprot pada bagian leher secara menyeluruh dan merata pada klien hipertensi. RLS diberikan selama 1 bulan sesuai dengan jumlah 100 ml perbotol yang digunakan pada masing-masing klien hipertensi. *Relaxation Liquid Spray* (RLS)

merupakan obat alami yang berbahan dasar ekstrak daun binahong, daun lidah buaya, dan daun pepaya.

Daun binahong memiliki efek dalam menormalkan tekanan darah (Leliqia, Sukandar, & Fidrianny, 2017). Sejalan dengan penelitian Rahmawati & Bajorek, (2018) menemukan binahong sebagai pengobatan tradisional, memiliki efek perbaikan dalam menstabilkan tekanan darah.

Akhir penelitian atau pengukuran tiga bulan setelah intervensi, didapatkan peningkatan tekanan darah pada kelompok intervensi. Perbandingan tekanan darah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan p value $>0,05$ pada sistolik dan diastolik. Terjadi kenaikan nilai tekanan darah pada pengukuran dalam jangka waktu lama atau 3 bulan setelah intervensi.

Asumsi peneliti, terjadiya peningkatan tekanan darah berhubungan dengan menurunnya praktik dalam perawatan diri pada klien hipertensi. Penurunan perawatan diri klien hipertensi pada saat pengukuran tiga bulan

setelah intervensi kemungkinan karena faktor-faktor berikut: (a) Jarak antara rumah dan pelayanan kesehatan sangat jauh, (b) Keterbatasan biaya pemenuhan kebutuhan diet hipertensi, dan (c) Kurangnya partisipasi keluarga dalam perawatan diri klien hipertensi.

Faktor utama menurut peneliti yang sangat berpengaruh terhadap peningkatan perawatan diri adalah sebagai berikut:

a. Niat atau kemauan

Klien hipertensi yang tidak memiliki niat untuk mengubah perilaku perawatan diri, dapat mempengaruhi segala bentuk intervensi yang diberikan dengan tujuan untuk memperbaiki perilaku perawatan diri. Adanya niat klien hipertensi, dapat membantu meningkatkan perawatan dan proses intervensi yang dilakukan. Dengan demikian, pemberian intervensi perawatan diri harus mengkaji seberapa besar niat klien hipertensi untuk mengubah perilaku perawatan diri.

b. Pelaksanaan

Setelah muncul niat atau kemauan klien hipertensi untuk mengubah perilaku perawatan diri, selanjutnya adalah tahap untuk melaksanakan perawatan diri. Pelaksanaan perawatan diri, membutuhkan pengetahuan yang berkaitan dengan proses perawatan diri klien hipertensi agar tidak terjadi kesalahan. Kesalahan dalam melakukan proses perawatan diri, mengakibatkan ketidakpercayaan untuk mencapai kesembuhan yang berdampak pada penurunan perawatan diri.

c. Kegigihan

Kegigihan merupakan proses akhir dan menjadi perhatian serta tantangan bagi klien hipertensi. Kegigihan merupakan proses mempertahankan perawatan diri klien hipertensi untuk mencapai kesembuhan. Klien hipertensi yang memiliki tujuan untuk mencapai kesuksesan dalam kesehatan akan

mempertahankan praktik perawatan diri secara terus menerus hingga mendapatkan kesembuhan.

D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

1. Kekuatan

Selama proses penelitian dilakukan, partisipasi dan kerjasama keluarga pada saat diberikannya pendidikan perawatan diri yang meliputi keempat konten dapat dipahami keluarga. Saat sesi pendidikan, keluarga saling memberikan *feedback*. Keluarga sebagai fasilitator, aktif melakukan praktik perawatan diri dengan keluarga lainnya selama sesi pendidikan.

2. Kelemahan

Kelemahan dalam penelitian ini adalah pengambilan sampel tidak menggunakan sampel acak. Jumlah sampel tidak mewakili populasi karena jumlah klien hipertensi tidak memenuhi kelayakan responden penelitian dan keterbatasan akses menuju pemukiman klien hipertensi yang tempat tinggalnya berada di pegunungan. Variabel-variabel perawatan diri tidak dikendalikan meliputi

konsumsi rokok, alkohol, kopi dan lainnya yang berkaitan dengan perawatan diri.