

PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PENGELOLAAN HIPERTENSI PADA LANSIA DI POSBINDU BOKESAN NGEMPLAK SLEMAN DIY

Ignasius Gongo Prihatmono^{1*}, Scholastica Fina Aryu Puspasari²

^{1*,2} Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Rapih, Jalan Tantular No. 401, Pringwulung, Condong Catur, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta email: igph1969@gmail.com, email: cocolacica@gmail.com

ABSTRACT

Background: Cardiovascular disease is the leading cause of mortality. The highest prevalence of cardiovascular disease is hypertension. Hypertension prevalence increases in 10 years and WHO predicts that it will always increase until 2030. Hypertension management is needed to prevent any complication and improve patient's ability in their daily activity. Knowledge about hypertension management is based of healthy lifestyle that affected their quality of life.

Objective: this study focused on determining the impact of education on respondent's cognitive, affective, and psychomotor ability.

Methods: this study occupied quasi-experimental design, which involve 40 respondents, divided into 2 groups i.e intervention group and control group (20 respondents each).

Results: the majority of respondents were male (62.5%), aged 55-64 (50%), middle education (47.5%), non-smoker (55%), had no diet (62.5%). after 4 weeks, significant differences were found in cognitive, affective and psychomotor level before and after intervention in intervention group ($p=0.002$; $p=0.012$; $p=0.001$). compared to control group, there are significant differences in cognitive and psychomotor level ($p=0.028$; $p=0.013$). respondents' characteristics that impacted on the dependent variable were education level, smoking habit, exercise, coping mechanism.

Conclusion: education is an effective intervention to improve cognitive and psychomotor level of people with hypertension.

Keywords: *Education, hypertension, cognitive, psychomotor*

PENDAHULUAN

Penyakit tidak menular atau *Non-Communicable Diseases* (NCDs) merupakan penyebab kematian tertinggi di dunia. Penyebab kematian tertinggi pada kelompok NCDs adalah penyakit *cardiovascular* dimana hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya penyakit tersebut.¹ Peningkatan mortalitas hipertensi dalam 10 tahun terakhir mencapai 17,1% dan diprediksi bahwa prevalensi tersebut akan terus meningkat sebesar 7,2% sampai dengan tahun 2030. Prevalensi ini meningkat seiring bertambahnya usia dan mengalami puncak pada rentang usia 75 tahun.²

Asia Tenggara merupakan kawasan dengan penyebab kematian tertinggi adalah

penyakit kardiovascular. WHO (2011) menyampaikan bahwa 36% penduduk Asia Tenggara menderita hipertensi dengan mortalitas sebesar 1,5 juta orang.³ Indonesia merupakan salah satu negara di Asia Tenggara dengan prevalensi hipertensi yang tinggi. Pernyataan ini sesuai dengan hasil Riskesdas bahwa prevalensi hipertensi pada tahun 2013 sebesar 25,8% dengan kematian mencapai 9,4 juta warga setiap tahunnya. Yogyakarta merupakan salah satu provinsi di Indonesia dengan prevalensi hipertensi mencapai 25,7% dari total populasi.⁴

Penatalaksanaan hipertensi yang efektif merupakan kunci keberhasilan terapi. Menajemen gaya hidup merupakan langkah

awal dalam pengelolaan hipertensi.⁵ Modifikasi gaya hidup yang harus dilakukan oleh penderita hipertensi antara lain menurunkan berat badan, pengaturan pola makan berdasar *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) dengan diet rendah lemak dan menurunkan intake natrium, menghentikan konsumsi alkohol, aktivitas fisik yang teratur, menghentikan rokok, serta manajemen psikososial/stress.⁶

Pemerintah Indonesia berupaya meningkatkan peran serta masyarakat dalam pemantauan penyakit hipertensi secara terpadu dan rutin melalui penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu). Bokesan merupakan salah satu pedukuhan di wilayah Sleman, DIY yang sudah menyelenggarakan Posbindu mulai tahun 2014. Di Pedukuhan Bokesan, terdapat jumlah penyakit tidak menular yang cukup tinggi. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan April 2015 ditemukan 33 penduduk (10%) menderita penyakit tidak menular, dengan jenis penyakit paling banyak adalah hipertensi. Prevalensi hipertensi di Pedukuhan Bokesan sebanyak 5,59% dari jumlah seluruh penduduk, dan mencapai 30,9% dari jumlah seluruh lansia. Berdasarkan hasil wawancara, 61% lansia di Pedukuhan Bokesan belum memahami dengan baik penatalaksanaan hipertensi di rumah dan belum melakukan *monitoring* tekanan darah secara rutin.

Keperawatan berbasis pada peningkatan kemampuan klien dengan

mengoptimalkan tingkat kemandirian dalam pengelolaan kesehatan. Kemampuan pengelolaan kesehatan klien secara optimal memerlukan pemahaman dan kesadaran individu yang tinggi. Pernyataan ini sesuai dengan teori Blum bahwa pemahaman dan kesadaran akan menciptakan perilaku yang kondusif untuk kesehatan.⁷ Pemahaman dan kesadaran terhadap kesehatan dapat dicapai melalui pemberian edukasi kesehatan kepada masyarakat.

Berdasarkan pemaparan diatas, peneliti akan melihat bagaimana pengaruh edukasi pada lansia di Posbindu Pedukuhan Bokesan dengan melihat domain kognitif, afektif, dan psikomotor. Peneliti akan mengoptimalkan kemampuan pengelolaan lansia dengan meningkatkan ranah kognitif, afektif, dan psikomotor terkait penatalaksanaan hipertensi dan melihat keefektifan intervensi dengan bagi lansia di Pedukuhan Bokesan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif kuasi eksperimen yang bertujuan melihat pengaruh pemberdayaan kelompok lansia dalam pengelolaan hipertensi melalui kegiatan posbindu. Penelitian dirancang dengan metode *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Penelitian dilakukan di Dusun Bokesan pada Juli 2017 sampai Agustus 2017 dengan melibatkan 40 responden yang diambil secara acak. Responden terbagi

menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi sejumlah 20 responden dan kelompok kontrol sejumlah 20 responden. *Confounding factor* dikendalikan dengan memilih responden yang belum pernah mendapatkan edukasi tentang hipertensi, tidak ada penurunan memori, dan tidak ada keterbatasan rentang gerak.

Pengambilan data awal dilakukan dengan menggunakan kuesioner isian tertutup meliputi subvariabel tingkat kognitif, afektif, dan psikomotor yang terdiri atas 48 pertanyaan. Setelah pengambilan data awal, dilakukan intervensi berupa pendidikan kesehatan selama dua minggu. Materi pendidikan kesehatan meliputi menurunkan berat badan, pengaturan pola makan berdasar DASH, menghentikan konsumsi alkohol, aktivitas fisik yang teratur, menghentikan rokok, serta manajemen psikososial/stress. Pada kelompok kontrol diberikan *leaflet* saat pengambilan data akhir sebagai bentuk penerapan prinsip *justice*. Materi yang tertera pada *leaflet* sama dengan materi yang disampaikan pada saat pemberian pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi.

Pengambilan data akhir dilakukan pada minggu ke-empat dengan menggunakan kuesioner yang sama dengan pengambilan data awal. Data yang diperoleh kemudian dianalisis menggunakan uji beda berpasangan, uji beda independen, dan uji pengaruh untuk melihat efektivitas intervensi yang diberikan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Karakteristik Responden (n=40)

No	Karakteristik	f	%
1.	Usia		
	Pertengahan	11	(27.5)
	Lanjut Dini	20	(50)
	Lanjut	5	(12.5)
2.	Jenis kelamin		
	Laki-Laki	15	(37.5)
	Perempuan	25	(62.5)
	Tingkat pendidikan		
3.	Tidak Sekolah	5	(12.5)
	SD-SMP/ sederajat	14	(35)
	SMA/ sederajat	19	(47.5)
	PT	2	(5)
4.	Sosial ekonomi		
	Rendah	31	(77.5)
5.	Tinggi	9	(22.5)
	Status perokok		
	Bukan perokok	22	(55)
	Bekas perokok	4	(10)
6.	Perokok pasif	8	(20)
	Perokok aktif	6	(15)
	Konsumsi miras		
	Tidak mengonsumsi	40	(100)
7.	Jenis diet		
	Bebas	25	(62.5)
	Rendah garam (RG)	8	(20)
	Rendah lemak, tinggi serat	1	(2.5)
8.	Manajemen stres		
	Adaptif	32	(80)
	Maladaptif	8	(20)

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa mayoritas responden berada pada karakteristik usia lanjut dini (50%), jenis kelamin laki-laki (62.5%), tingkat pendidikan SMA/ sederajat (47.5%), sosial ekonomi rendah (77.5%), bukan perokok (55%), tidak konsumsi miras (100%), frekuensi olah raga setiap hari (27.5%) dan 1 kali/minggu (27.5%), jenis diet bebas (62.5%), dan kemampuan manajemen stress adaptif (80%).

Tabel 2 Tingkat Kognitif, Afektif, dan Psikomotor Pada Kelompok Intervensi (n = 20)

No	Variabel	Pretest		Posttest	
		f	(%)	f	(%)
1.	Kognitif				
	Rendah	1	(5)	0	(0)
	Sedang	8	(40)	0	(0)
	Tinggi	11	(55)	20	(100)
2.	Afektif				
	Rendah	8	(40)	4	(20)
	Sedang	11	(55)	8	(40)
	Tinggi	1	(5)	8	(40)
3.	Psikomotor				
	Rendah	9	(45)	7	(35)
	Sedang	8	(40)	8	(40)
	Tinggi	3	(15)	5	(25)

Berdasarkan Tabel 2 didapatkan peningkatan jumlah responden kelompok intervensi yang berada pada tingkat kognitif tinggi (dari 55% ke 100%), tingkat afektif tinggi (dari 5% ke 40%) dan tingkat psikomotor tinggi (dari 15% ke 25%).

Tabel 3 Tingkat Kognitif, Afektif, dan Psikomotor Pada Kelompok Kontrol (n = 20)

No	Variabel	Pretest		Posttest	
		f	(%)	f	(%)
1.	Kognitif				
	Rendah	3	(15)	3	(15)
	Sedang	8	(40)	2	(10)
	Tinggi	9	(45)	15	(75)
2.	Afektif				
	Rendah	9	(45)	7	(35)
	Sedang	10	(50)	9	(45)
	Tinggi	1	(5)	4	(20)
3.	Psikomotor				
	Rendah	9	(45)	7	(35)
	Sedang	7	(35)	8	(40)
	Tinggi	4	(20)	5	(25)

Berdasarkan Tabel 3 didapatkan peningkatan jumlah responden kelompok kontrol yang berada pada tingkat kognitif tinggi (dari 45% ke 75%), tingkat afektif tinggi

(dari 5% ke 20%) dan tingkat psikomotor tinggi (dari 20% ke 25%).

Tabel 4 Hasil Uji Beda Berpasangan

No	Variabel	Nilai p
1.	Kognitif	
	Intervensi	0.002
	Kontrol	0.267
2.	Afektif	
	Intervensi	0.012
	Kontrol	0.135
3.	Psikomotor	
	Intervensi	0.001
	Kontrol	0.453

Berdasarkan Tabel 4 didapatkan nilai $p < 0.05$ pada tingkat kognitif kelompok intervensi, tingkat afektif kelompok intervensi, dan tingkat psikomotor kelompok intervensi. Ini menunjukkan bahwa secara statistik ada perbedaan signifikan tingkat kognitif, afektif, dan psikomotor sebelum intervensi dengan sesudah intervensi pada kelompok intervensi.

Tabel 5 Hasil Uji Beda Independen

No	Variabel	Nilai p
1.	Kognitif	0.028
2.	Afektif	0.152
3.	Psikomotor	0.013

Berdasarkan Tabel 5 didapatkan nilai $p < 0.05$ pada variabel kognitif dan psikomotor. Ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kognitif dan psikomotor yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tabel 6 Hasil Uji Pseudo R-Square

Kelompok	Cox and Snell
Intervensi	0.885
Kontrol	0.710

Berdasarkan Tabel 6 didapatkan nilai *Cox and Snell* 0.885 pada kelompok intervensi dan 0,71 pada kelompok Kontrol. Ini menunjukkan bahwa secara statistik, variabel independen (intervensi pendidikan kesehatan, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat penghasilan, riwayat merokok, konsumsi miras, frekuensi latihan fisik, jenis diet, dan mekanisme koping) memberikan kontribusi terhadap variabel dependen sebesar 88.5% pada kelompok intervensi dan 71% pada kelompok kontrol, sedangkan sisanya (11.5% pada kelompok intervensi dan 29% pada kelompok kontrol) dijelaskan oleh variabel yang tidak diteliti.

Tabel 7 Hasil Uji Multivariat Perbandingan Besarnya Pengaruh Setiap Variabel

Variabel	Estimate	Nilai p
Tingkat pendidikan	8.435	.018
Usia	39.810	.623
Jenis kelamin	-11.857	.251
Pendidikan	-28.177	.317
Variabel	Estimate	Nilai p
Tingkat penghasilan	24.796	.497
Riwayat merokok	-9.208	.032
Frekuensi latihan fisik	-8.235	.046
Jenis diet	5.774	.153
Mekanisme koping	.760	.001

Berdasarkan Tabel 7 didapatkan nilai $p < 0.05$ pada variabel tingkat pendidikan, riwayat merokok, frekuensi latihan fisik, dan mekanisme koping. Hal ini menunjukkan bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi variabel dependen antara lain tingkat pendidikan, riwayat merokok, frekuensi latihan fisik, dan mekanisme koping.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan memberikan pengaruh terhadap perubahan domain kognitif, afektif, dan psikomotor pada lansia dengan hipertensi di Bokesan. Perubahan domain kognitif setelah diberikan edukasi sesuai dengan hasil penelitian Lu tahun 2015 yang melibatkan 360 penderita hipertensi di Cina. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan efektif dalam meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi ($p < 0.001$).⁸ Peningkatan pengetahuan sebagai dampak edukasi dijelaskan oleh Altindag (2010) bahwa pengetahuan seseorang akan berubah tidak hanya dari faktor internal, namun lebih dipengaruhi karena faktor dari luar berupa pemberian informasi.⁹

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pemberian edukasi memberikan perubahan pada kemampuan psikomotor. Perubahan domain psikomotor setelah diberikan edukasi sesuai dengan hasil penelitian Beigi (2014) bahwa edukasi akan meningkatkan kemampuan manajemen pengelolaan hipertensi ($p < 0.001$).¹⁰ Pernyataan ini sesuai dengan teori Blum⁷ bahwa pemahaman dan kesadaran akan menciptakan perilaku yang kondusif untuk kesehatan. Pemahaman dan kesadaran terhadap kesehatan dapat dicapai melalui pemberian edukasi kesehatan kepada masyarakat. Edukasi kesehatan tersebut akan membentuk kemampuan afektif (*health literacy*) dan pada akhirnya akan

meningkatkan kemampuan psikomotor (*healthy behavior*). Hal ini didukung oleh pernyataan Maulana (2007) bahwa pendidikan kesehatan berupaya membantu individu dalam mengontrol kesehatannya dengan mempengaruhi, memungkinkan, dan menguatkan keputusan atau tindakan.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku pada domain kognitif, afektif dan psikomotor pada lansia dalam pengelolaan hipertensi di Posbindu Pedukuhan Bokesan, Ngemplak Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta. Peneliti menyarankan pentingnya edukasi dan senam lansia secara rutin untuk mengoptimalkan kemampuan pemberdayaan lansia.

UCAPAN TERIMA KASIH

1. Kepala Puskesmas Ngemplak II, Sleman, DIY
2. Kepada Pedukuhan Bokesan, Sleman, DIY
3. Ketua dan pengurus kader kesehatan Pedukuhan Bokesan
4. Ketua STIKes Panti Rapih

KEPUSTAKAAN

1. The London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 14 Mei 2015, *World Hypertension Day*, [Internet], Available from Global NCDs: <<http://globalncds.lshtm.ac.uk/2015/05/14/world-hypertension-day-2015-lets-talk-about-hypertension-2/>> [Accessed Maret 28, 2016].
2. American Heart Association (AHA), 16 Desember 2016, *Heart Disease and Stroke Statistics 2016 Update*, [Internet], Available from American Heart Association: <https://www.heart.org/idc/groups/ahamah_public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_480110.pdf> [Accessed Maret 28, 2016].
3. Southern East Asean Regional Office (SEARO), 2016, *Noncommunicable Diseases are the no. 1 Killers in the South-East Asia Region*, [Internet], Available from Noncommunicable diseases: <http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/en/> [Accessed Maret 28, 2016].
4. Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, *Kurikulum Training of Trainer Pengendalian Penyakit Tidak Menular*, Jakarta; 2012.
5. Madhur, M., 30 September 2014, *Hypertension Treatment & Management*, [Internet], Available from <Medscape: <http://emedicine.medscape.com/article/241381-treatment>> [Accessed Maret 28, 2016].
6. Lewis, S., *Medical Surgical Nursing*. Elsevier Mosby. St. Louis Missouri; 2011.
7. Notoatmodjo, S., *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta; 2007.
8. Lu, C.-H. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BioMed Central Journal 2015 V.15*, 15-33.
9. Altindag, D. (2010, September). *THE IMPACT OF EDUCATION ON HEALTH KNOWLEDGE*. Retrieved from NBER working paper: <http://www.nber.org/papers/w16422.pdf>
10. Beigi, M. The Effect of Educational Programs on Hypertension Management. *International Cardiovascular Research Journal V.8(3) 2014*, 94-98.