

TESIS

**EFEKTIFITAS *EMPOWERMENT EDUCATION* TERHADAP
PENINGKATAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA LANSIA
HIPERTENSI DI KABUPATEN JENEPONTO**



ANDI FITRAH RAMADHANTY

R012221016

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

MAKASSAR

2024

TESIS

**EFEKTIFITAS *EMPOWERMENT EDUCATION* TERHADAP
PENINGKATAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA LANSIA
HIPERTENSI DI KABUPATEN JENEPONTO**

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister
Keperawatan Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh:

ANDI FITRAH RAMADHANTY

R012221016

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2024

HALAMAN PENGESAHAN TESIS

TESIS

EFEKTIFITAS *EMPOWERMENT EDUCATION* TERHADAP PENINGKATAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA LANSIA HIPERTENSI DI KABUPATEN JENEPONTO

Disusun dan diajukan oleh

ANDI FITRAH RAMADHANTY
R012221016

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 09 Juli 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

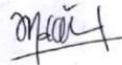
Menyetujui

Komisi Penasihat,



Andi Masyitha Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN.,Ph.D.
NIP. 19830310 200812 2 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Dr. Andina Setyawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19830916 201404 2 001

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN.
NIP. 19781026 201907 3 001

Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Andi Fitrah Ramadhanty

NIM : R012221016

Program Studi : S2 Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Judul : Efektifitas *Empowerment Education* terhadap Peningkatan Kepatuhan Minum Obat Lansia Hipertensi di Kabupaten Jeneponto

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun diperguruan tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelolah Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Makassar, Agustus 2024

Yang menyatakan,



Andi Fitrah Ramadhanty

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Rabbil 'Alamiin, dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul: **“Efektifitas *Empowerment Education* Terhadap Peningkatan Kepatuhan Minum Obat pada Lansia Hipertensi di Kabupaten Jeneponto”**. Tak lupa peneliti haturkan salawat serta salam kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW. Tesis ini ditulis dalam rangka memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin.

Tesis ini penulis persembahkan untuk kedua orang tua tercinta kepada ayahanda Andi Adil Cappi, ibunda Mardianah P., S.Pd., suami Nur Ashabul Qadri Syarif, Amd. Anakes, anak Muh. Rayyan Al-Qadri dan kakak-kakak Andi Retzky Adriansyah, S.Pd.,M.M., Andi Adelya Andini, serta adik Andi Aisyah Nabilah, S.Sos. Terima atas seluruh doa dan dukungan secara materil maupun non materil.

Tesis ini dapat diselesaikan dengan baik berkat dukungan, bimbingan dan bantuan dari pembimbing yang telah meluangkan waktunya dengan tulus, ikhlas, sabar dan benar-benar penulis rasakan penuh dedikasi membimbing dan mengarahkan dalam penyusunan tesis ini mulai dari proses penyusunan proposal sampai tesis serta penulis menyadari sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikannya. Dengan ketulusan hati penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada pembimbing Ibu Andi Masyitha Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN.,Ph.D. dan Ibu Dr. Andina Setyawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes., Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes. dan Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS.,Ph.D., ETN. sebagai dewan penguji yang telah banyak memberikan masukan, arahan serta saran dalam penulisan tesis.
2. Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan.
3. Seluruh dosen dan staf terkhusus ibu Damaris Pakatung, S.Sos.,M.M dan ibu Nurdjannah Djefri, S.Hut, Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.

4. Teman-teman seperjuangan angkatan 2022 PSMIK, Fakultas Keperawatan.
5. Kepala Puskesmas Bontosunggu Kota Kabupaten Jeneponto, Penanggung Jawab Posbindu Puskesmas Bontosunggu Kota beserta staf yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas.

Semoga segala kebaikan dan pertolongan semuanya mendapat berkat melimpah dari Tuhan. Dalam penyusunan tesis ini masih banyak kekurangan, karena keterbatasan yang penulis miliki oleh karena itu penulis dengan kerendahan hati mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari pembaca. Akhirnya, semoga tesis ini mempunyai manfaat yang baik bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Makassar, Agustus 2024

Penulis

Andi Fitrah Ramadhanty

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN TESIS	ii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN DAN LAMBANG	xii
ABSTRAK BAHASA INDONESIA	xiii
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	6
C. TUJUAN PENELITIAN	6
D. PERNYATAAN ORIGINALITAS	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. KONSEP LANSIA	8
B. KONSEP HIPERTENSI PADA LANSIA.....	10
C. KONSEP KEPATUHAN.....	18
D. KONSEP EMPOWERMENT EDUCATION	24
E. KERANGKA TEORI	32
BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	33
A. KERANGKA KONSEP.....	33
B. VARIABEL PENELITIAN	33
C. DEFENISI OPERASIONAL	34
D. HIPOTESIS PENELITIAN	35
BAB IV METODE PENELITIAN	36
A. DESAIN PENELITIAN.....	36
B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN.....	37
C. POPULASI DAN SAMPEL	38

D. TEKNIK SAMPLING	39
E. INSTRUMEN, METODE DAN PROSEDUR PENGUMPULAN DATA	40
F. ANALISIS DATA	42
G. ETIKA PENELITIAN	45
H. CONSORT ALUR PENELITIAN.....	47
BAB V HASIL PENELITIAN	48
BAB VI PEMBAHASAN.....	57
BAB VII PENUTUP.....	64
A. KESIMPULAN	64
B. SARAN	64
DAFTAR PUSTAKA	65

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah berdasarkan JNC VII	11
Tabel 2.2 Klasifikasi Tekanan Darah dan Derajat Hipertensi berdasarkan ACC dan AHA 2019	11
Tabel 2.3 Target Tekanan Darah pada Lansia	11
Tabel 2.4 Perbandingan <i>Health Promotion</i> Model Tradisional dan <i>Empowerment Model</i>	28
Tabel 2.5 Komponen <i>Empowerment Education</i>	29
Tabel 2.6 Model 5 Langkah Penetapan Tujuan Berbasis <i>Empowerment</i>	31
Tabel 3.1 Defenisi Operasional	34
Tabel 4.1 Desain penelitian	36
Tabel 4.2 Tahapan Pelaksanaan Intervensi	41
Tabel 4.3 Uji Hipotesis	44
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi data demografi responden penderita hipertensi di Kabupaten Jeneponto	49
Tabel 5.2 Hasil analisis skor kepatuhan MMAS-8 pada kedua kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan setelah intervensi	50
Tabel 5.3 Hasil analisis tekanan darah sistol dan diastol pada kedua kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan setelah intervensi ...	51
Tabel 5.4 Hasil analisis perbedaan total skor antar kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi <i>empowerment education</i>	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Algoritma Penatalaksanaan Hipertensi	17
Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian	32
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	33
Gambar 4.1 Consort Alur Penelitian	47
Gambar 5.1 Grafik kategori kepatuhan antara kedua kelompok sebelum dan setelah intervensi	55
Gambar 5.2 Grafik rerata tekanan darah sistolik antara kedua kelompok sebelum dan setelah intervensi	55
Gambar 5.3 Grafik rerata tekanan darah diastolik antara kedua kelompok sebelum dan setelah intervensi	56

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Permohonan Sebagai Reponden
- Lampiran 3 Persetujuan Responden
- Lampiran 4 Persetujuan Etik
- Lampiran 5 Surat Izin PTSP
- Lampiran 6 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 7 Booklet
- Lampiran 8 Rumusan Isi *Empowerment Education*
- Lampiran 9 Master Tabel
- Lampiran 10 Output SPSS
- Lampiran 11 Dokumentasi Penelitian

DAFTAR SINGKATAN DAN LAMBANG

1. PTM (Penyakit Tidak Menular)
2. AHA (*The American Heart Association*)
3. WHO (*World Health Organization*)
4. RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar)
5. RCT (*Randomized Controlled Trial*)
6. BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional)
7. Lansia (Lanjut Usia)
8. TDS (Tekanan Darah Sistolik)
9. ACC (*American College of Cardiology*)
10. JNC (*Joint National Committee*)
11. ESH (*European Society of Hypertension*)
12. ACE (*Angiotensin Converting Enzyme*)
13. ARB (*Angiotensin Receptor Blockers*)
14. CCB (*Calcium Channel Blockers*)
15. Ca²⁺ (Ion Kalsium)
16. Na⁺ (Natrium)
17. HCT (Hidroklortiazid)
18. ABA (*Applied Behavior Analytic*)
19. SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
20. MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale 8*)

ABSTRAK

ANDI FITRAH RAMADHANTY. Efektifitas *Empowerment Education* Terhadap Peningkatan Kepatuhan Minum Obat pada Lansia Hipertensi di Kabupaten Jeneponto (dibimbing oleh Andi Masyitha Irwan dan Andina Setyawati)

Latar Belakang: Hipertensi adalah masalah kesehatan umum di kalangan lansia dan dapat menyebabkan komplikasi yang serius jika tidak dikelola dengan baik. Salah satu aspek kunci dalam mengelola hipertensi adalah memastikan ketaatan minum obat. *Empowerment* menjadi salah satu pendekatan yang efektif untuk mempromosikan perubahan perilaku kesehatan dan meningkatkan kepatuhan minum obat pada lansia. Tujuan penelitian ini untuk menyelidiki efektivitas *empowerment education* dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *quasy-eksperimen* pendekatan kuantitatif. Lansia hipertensi secara acak akan dibagi menjadi kelompok intervensi yang menerima *empowerment education* dan kelompok kontrol yang menerima perawatan standar dari Puskesmas. Program *empowerment education* akan mencakup informasi tentang hipertensi, pentingnya ketaatan minum obat, dan teknik mengelola hipertensi melalui modifikasi gaya hidup. Ketaatan minum obat akan diukur menggunakan tingkat kepatuhan dengan kuesioner MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale 8*). Diperoleh 44 lansia dalam penelitian ini, dengan 22 peserta dalam setiap kelompok. Periode intervensi kedua kelompok tersebut adalah 4 bulan. **Hasil:** Hasil uji statistik pengukuran kepatuhan minum obat kelompok intervensi ditemukan peningkatan kepatuhan yang bermakna yaitu $p=0.000$ dengan effect size sedang ($d>0.5$), sedangkan pada kelompok kontrol $p=0.392$. **Kesimpulan:** Intervensi *empowerment education* memberikan perubahan total skor kepatuhan minum obat serta skor tekanan darah sistolik yang cenderung menurun pada lansia hipertensi. Intervensi ini bisa menjadi pilihan perawat di instansi kesehatan khususnya puskesmas untuk di terapkan pada lansia hipertensi. Dengan menjaga kepatuhan pada pengobatan, lansia dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi dampak buruk yang disebabkan oleh hipertensi.

Kata Kunci : *Empowerment Education*, kepatuhan minum obat, lansia, hipertensi



ABSTRACT

ANDI FITRAH RAMADHANTY. Effectiveness of Empowerment Education to Increasing Medication Adherence among Older people with hypertension in Jeneponto Regency (guided by Andi Masyitha Irwan and Andina Setyawati)

Background: Hypertension is a common health problem among older people and can cause serious complications if not managed properly. One of the key aspect of managing hypertension is ensuring medication adherence. Empowerment is an effective approach to promote health behavior change and increase older people's medication adherence. This study aimed to investigate the effectiveness of empowerment education in increasing medication adherence among older people with hypertension.

Methods: This research uses a quasi-experimental design with a quantitative approach. Hypertensive patients will be randomly divided into an intervention group that receives empowerment education and a control group that receives standard care from the Community Health Center. The empowerment education program will include information about hypertension, the importance of adherence to taking medication, and techniques for managing hypertension through lifestyle modifications. Adherence to taking medication will be measured using the level of adherence with the MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale 8) questionnaire. There were 44 elderly people in this study, with 22 participants in each group. The intervention period for both groups was 4 months. **Results:** The results of statistical tests measuring medication adherence in the intervention group found a significant increase in compliance, namely $p=0.000$ with a moderate effect size ($d > 0.5$), while in the control group $p=0.392$. **Conclusion:** The empowerment education intervention provides changes in total medication adherence scores and systolic blood pressure scores which tend to decrease among older people with hypertension. This intervention could be an option for nurses in healthcare institutions, especially community health centers, to apply for older people with hypertension. By maintaining treatment adherence, older people can improve their quality of life and reduce the negative impacts caused by hypertension.

Keywords: Empowerment education, medication adherence, older people, hypertension



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Hipertensi merupakan faktor primer penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, stroke, dan penyakit kardiovaskuler lain yang menjadi penyebab banyak kematian di dunia. *The American Heart Association* (AHA) mendefinisikan hipertensi ketika tekanan darah sistolik >130 mmHg dan atau tekanan darah diastolik >80 mmHg (Carey et al., 2018). Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), prevalensi hipertensi bervariasi antar wilayah dimana Afrika menjadi wilayah dengan kejadian hipertensi tertinggi (27%) dibandingkan dengan Amerika sebagai wilayah penderita hipertensi terendah (18%), sekitar 60-80% adalah usia 65 tahun (WHO, 2021). Di negara-negara Asia Tenggara, prevalensi hipertensi meningkat tajam selama dua dekade terakhir sekitar 36% (Damasceno, 2016). Selanjutnya Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), menyatakan bahwa terdapat 36% orang yang menderita hipertensi dan telah menjadi penyebab kematian 1,5 juta orang setiap tahunnya (Riskesdas Nasional, 2013). Sedangkan Riskesdas tahun 2018 menunjukkan prevalensi PTM mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus, dan hipertensi dimana prevalensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, hipertensi naik dari 25,8% (2013) menjadi 34,1% (2018), hal tersebut menunjukkan bahwa prevalensi terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran penduduk pada usia 55-64 tahun (55,23%) dan usia 65-74 (63,22%), kemudian prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis dokter atau minum obat anti hipertensi menurut provinsi di Sulawesi Selatan pada tahun 2018 (7,22%) dengan wilayah tertinggi di Kabupaten Jeneponto (9,7%) dan menurut karakteristik kelompok usia 65-74 tahun (20,33%) (Riskesdas Nasional, 2018; Riskesdas Sulawesi Selatan, 2018).

Lansia tidak pernah lepas dari proses menua, dimana lansia rentan sekali menghadapi berbagai permasalahan baik secara fisik maupun psikologis. Populasi geriatri merupakan kelompok yang lebih rentan karena angka hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia (Park et al., 2018). Tekanan

darah pada lansia meningkat, karena dinding arteri akan mengalami penebalan yang mengakibatkan penumpukan zat kolagen pada lapisan otot hal tersebut menyebabkan pembuluh darah akan berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku sehingga cenderung menyebabkan risiko terkena hipertensi (NICE, 2019). Terdapat banyak metode yang dapat diberikan untuk manajemen hipertensi pada lansia, termasuk modifikasi diet, latihan fisik dan terapi farmakologi melalui pemberian obat-obatan, namun manajemen hipertensi pada lansia masih kurang optimal, bahkan di negara maju hanya 29% - 50% pasien yang mengontrol tekanan darahnya (Delavar et al., 2020). Maka sebelum terjadi kerusakan organ akibat hipertensi, pasien perlu mengikuti pengobatan seumur hidup berdasarkan perubahan gaya hidup dan obat antihipertensi, sehingga mencapai target tekanan darah yang ditentukan.

Salah satu cara untuk mengendalikan hipertensi adalah dengan minum obat secara teratur dan sesuai dosis yang dianjurkan oleh dokter. Kepatuhan pengobatan dapat didefinisikan sebagai proses dimana pasien meminum obatnya sesuai resep (Vrijens & Urquhart, 2014). Kepatuhan yang rendah menyebabkan seseorang mengalami resisten terhadap hipertensi (Jung et al., 2013). Pada lansia, penggunaan obat antihipertensi telah menyebabkan penurunan penyakit kardiovaskular secara keseluruhan, tingkat morbiditas dan tingkat kematian pada orang dengan tekanan darah tinggi (Ikeda et al., 2014). Maka penting bagi lansia untuk memahami dan mengikuti pengobatan secara teratur guna mengendalikan hipertensi. Dengan menjaga kepatuhan pada pengobatan, lansia dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi dampak buruk yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi.

Menurut WHO (2003), di negara maju kepatuhan terhadap terapi jangka panjang rata-rata hanya 50%, sedangkan di negara berkembang angkanya lebih rendah. Berdasarkan prevalensi proporsi minum obat anti hipertensi di provinsi Sulawesi Selatan yang tidak rutin minum obat (32,27%), sering lupa (13,0%), tidak rutin berobat (38,2%), dan merasa sudah sehat (57,6%) pada kelompok usia 65-74 tahun (29,80%) (Riskesdas Sulawesi Selatan, 2018). Maka kelompok usia 65-74 tahun lebih banyak dibanding kelompok usia dewasa dengan berbagai alasan untuk tidak meminum obat. Oleh karena itu, penting

untuk mengetahui kepatuhan lansia hipertensi yang sebenarnya terhadap pengobatan, dan mengambil tindakan untuk meningkatkan kepatuhan.

Ketidakpatuhan pada program pengobatan berdampak pada seseorang yang menderita PTM (Vrijens et al., 2012). Pasien dengan kepatuhan yang buruk terhadap antihipertensi berisiko lebih besar untuk penyakit koroner, penyakit serebrovaskular, dan gagal jantung kronis (Dragomir et al., 2010). Penyebab utama tekanan darah tidak terkontrol pada lansia adalah ketidakpatuhan pada pengobatan baik yang disengaja maupun tidak disengaja (Pour et al., 2020). Pada tahun 2015, diperkirakan terdapat kematian terbanyak yang terkait dengan tekanan darah sistolik 110-115 mmHg dengan penyakit jantung iskemik (54,5%), stroke iskemik (50,0%) dan stroke hemoragik (58,3%). Sedangkan jumlah kematian terkait dengan tekanan darah sistolik 140 mmHg adalah penyakit jantung iskemik (40,1%), stroke iskemik (38,1), dan stroke hemoragik (42,5%) (Forouzanfar et al., 2017). Pasien lansia dengan penyakit kronis cenderung menunjukkan kepatuhan pengobatan yang buruk dibandingkan dengan pasien dewasa (Walid et al., 2012). Kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi seringkali rendah karena beberapa faktor seperti efek samping obat, keterbatasan fisik, dan penurunan kognisi (Walid et al., 2012). Sehingga mengakibatkan komplikasi yang lebih serius dan berdampak pada kualitas hidup lansia, seperti peningkatan morbiditas, mortalitas, dan biaya tambahan untuk sistem perawatan kesehatan (Kubica et al., 2018). Oleh karena itu lansia hipertensi memerlukan intervensi yang tepat dan fokus pada masalah kepatuhan yang dapat meningkatkan kepatuhan minum obat.

Dari sebuah studi RCT (*Randomized Controlled Trial*) yang melaporkan pengaruh positif dalam peningkatan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi telah dilakukan dengan intervensi *feedback behavioral* (Ruppar, 2010) dan edukasi *self-management* yang disesuaikan dengan literasi kesehatan (Delavar et al., 2020). Namun kedua studi ini tidak dilakukan secara tatap muka, sehingga ada kemungkinan pelaporan kepatuhan minum obat yang tidak realistis dari responden. Selain itu, beberapa studi lainnya melaporkan bahwa intervensi berbasis konseling efektif untuk mendidik atau menasihati

pasien tentang pentingnya mematuhi pengobatan pada pasien hipertensi yang disampaikan langsung oleh penyedia pelayanan kesehatan seperti petugas kesehatan komunitas atau apoteker (Fathima et al., 2013; Range et al., 2012). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Oman yang menggunakan pendekatan *health beliefs model* dimana pasien hipertensi cenderung memiliki kepatuhan pengobatan yang tinggi ketika memiliki keyakinan yang lebih kuat serta kekhawatiran yang lebih sedikit tentang kebutuhan pengobatan (Al-Noumani et al., 2018). Meskipun demikian, intervensi yang fokus pada peningkatan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi belum dilakukan. Oleh karena itu, perlunya intervensi yang selaras dengan pendekatan-pendekatan tersebut untuk meningkatkan kepatuhan minum obat lansia hipertensi.

Sebagai edukator, perawat memiliki peran penting dalam membantu pasien meningkatkan pemahaman mereka. Melalui program edukasi kesehatan, perawat dapat memberikan informasi yang relevan dan memberdayakan pasien untuk mengubah perilaku mereka (Funnell & Anderson, 2014). *Empowerment* adalah sebuah konsep yang menjelaskan proses sosial dimana terdapat demonstrasi penerimaan, kekaguman, promosi, pengembangan, dan peningkatan kemampuan individu, untuk menjawab tuntutan mereka sendiri dan memecahkan masalah mereka sendiri (WHO, 2008). Dengan menggunakan pendekatan *empowerment* akan membuat lansia merasa terlibat sehingga memudahkan berbagai perkembangan dalam kehidupan lansia baik dari segi kesehatan maupun kehidupan (Thoijampa et al., 2020). Edukasi dengan pendekatan *empowerment* adalah konsep yang diharapkan diterima secara luas untuk memperkuat kesehatan dasar masyarakat dan memberdayakan mereka untuk membuat keputusan sehingga berpartisipasi dalam kegiatan yang mempromosikan kesehatan mereka.

Menurut BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional), *empowerment* lansia mencakup segala usaha untuk meningkatkan kemampuan mental, spiritual, sosial, pengetahuan, dan keterampilan agar lansia dapat diberdayakan sesuai dengan potensi masing-masing. *Empowerment* lansia dapat dilakukan baik dalam lingkungan masyarakat maupun dalam lingkup

keluarga secara langsung (BKKBN, 2020). Program *empowerment* pada lansia bertujuan meningkatkan kemandirian dan kepercayaan diri para lansia melalui promosi dan pendidikan, program ini memperkenalkan cara untuk mencegah dan mengendalikan penyakit, serta memberikan keterampilan merawat diri yang tepat. Selain itu, program ini mendorong aktifitas yang lebih berperan aktif dalam menjaga kesehatan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shin et al. (2016) di Korea Selatan *empowerment program* efektif pada lansia untuk mengambil peran yang proaktif dalam mengelola penyakit kronis. Selanjutnya, menurut Thojampa et al. (2020) proses *empowerment* merangsang perubahan perilaku kesehatan yang dapat mengarahkan lansia di Thailand agar memiliki kualitas hidup yang baik dan umur panjang. Hal tersebut sejalan dengan teori *empowerment* pasien yang dikemukakan oleh Funnell & Anderson (2014) bahwa penelitian tentang perubahan perilaku menunjukkan bahwa intervensi yang berfokus pada pasien dan menggunakan pendekatan kolaboratif, dengan dukungan pendidikan orang dewasa dan pengambilan keputusan yang terinformasi, efektif untuk mendorong perubahan perilaku. Program ini membantu individu dalam menetapkan tujuan, merencanakan tindakan, dan mengatasi masalah melalui pemecahan masalah dan strategi koping yang sehat. Teori ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irwan et al. (Irwan et al., 2016) di Indonesia melaporkan bahwa pelatihan pendidikan tanpa dukungan dan motivasi saat menerapkan perilaku yang diinginkan tidak cukup untuk mempertahankan kepatuhan dalam perawatan diri, hal tersebut terbukti dengan peningkatan konsentrasi garam makanan pada kelompok kontrol. Oleh karena itu, sangat penting untuk membantu lansia mengatasi tantangan dan memotivasi mereka agar tetap patuh dalam praktik perawatan diri. Selanjutnya penelitian yang dilakukan di Iran melaporkan bahwa *empowerment program* secara signifikan meningkatkan perilaku perawatan diri pasien dengan gagal jantung dan mengurangi frekuensi dan durasi rawat inap (Dianati et al., 2020). Namun dalam penelitian tersebut terdapat perbedaan perlakuan intervensi dimana beberapa responden yang memiliki kendala dilanjutkan melalui via

telepon dan responden yang lain dilakukan dengan cara tatap muka sehingga beberapa responden terkadang tidak melaporkan perawatan diri secara akurat

Berbagai penelitian tentang *empowerment* telah dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia, namun aspek terhadap kepatuhan minum obat pada lansia belum diketahui maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana efektifitas *empowerment education* terhadap peningkatan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi.

B. RUMUSAN MASALAH

Hipertensi adalah masalah kesehatan masyarakat global, dan merupakan faktor risiko utama untuk semua penyebab kematian dan kecacatan di seluruh dunia (Forouzanfar et al., 2016) dan menjadi beban global penyakit (Lim et al., 2014). Populasi geriatri merupakan kelompok yang lebih rentan karena angka hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia (Park et al., 2018). Lansia dengan penyakit kronis cenderung menunjukkan kepatuhan pengobatan yang buruk dibandingkan dengan pasien dewasa (Walid et al., 2012). Berbagai penelitian tentang *empowerment* telah dilakukan oleh Shin et al. (2016), Thojujpa et al. (2020), Dianati et al. (2020) namun aspek terhadap kepatuhan minum obat pada lansia belum diketahui maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana efektifitas *empowerment education* terhadap peningkatan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas *empowerment education* terhadap peningkatan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuahuinya kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah, 1 bulan dan 2 bulan setelah melakukan *empowerment education*.
- b. Diketuahuinya perbedaan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi antar kedua kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan

sesudah, 1 bulan dan 2 bulan setelah melakukan *empowerment education*.

D. PERNYATAAN ORIGINALITAS

Promosi kesehatan merupakan suatu proses *empowerment* masyarakat yang mengutamakan peran aktif masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatannya (Kemkes RI, 2011). Intervensi yang berfokus pada pasien dan menggunakan pendekatan kolaboratif, dengan dukungan pendidikan orang dewasa dan pengambilan keputusan yang terinformasi, efektif untuk mendorong perubahan perilaku sehingga membantu individu dalam menetapkan tujuan, merencanakan tindakan, dan mengatasi masalah melalui pemecahan masalah dan strategi koping yang sehat (Funnell & Anderson, 2014). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shin et al. (2016) di Korea Selatan *empowerment program* efektif pada lansia dengan hipertensi karena dapat mendorong mereka agar mengambil peran yang proaktif dalam mengelola kondisi penyakit kronis mereka. Kemudian menurut Thojampa et al. (2020) dalam proses *empowerment program*, terjadi stimulasi perubahan perilaku kesehatan pada lansia di Thailand, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka dan memperpanjang usia dengan baik. Selanjutnya penelitian di Iran menunjukkan bahwa *empowerment program* efektif dalam meningkatkan perilaku perawatan diri dan mengurangi rawat inap pasien dengan gagal jantung. Namun, perbedaan dalam metode intervensi, antara menggunakan telepon dan tatap muka, menyebabkan beberapa responden tidak selalu melaporkan perawatan diri secara akurat (Dianati et al., 2020).

Berbagai penelitian tentang *empowerment* telah dilakukan oleh Shin et al. (2016), Thojampa et al. (2020), Dianati et al. (2020) namun aspek terhadap kepatuhan minum obat pada lansia belum diketahui maka pernyataan originalitas dari penelitian ini adalah efektifitas *empowerment education* terhadap peningkatan kepatuhan minum obat pada lansia hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP LANSIA

Lanjut usia (Lansia) sangat berkaitan dengan berbagai perubahan seperti perubahan anatomi/ fisiologi, berbagai penyakit atau keadaan patologik sebagai akibat penuaan serta pengaruh psikososial pada fungsi organ (BKKBN, 2020). Berdasarkan Permenkes No. 25 Tahun 2019, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Kategori usia berdasarkan permenkes yaitu pra lanjut usia (45-59 tahun), lanjut usia (60-69 tahun), dan lanjut usia risiko tinggi (lanjut usia >70 tahun atau usia ≥ 60 tahun dengan masalah kesehatan) (PMK NO 25, 2019). Sedangkan klasifikasi lansia berdasarkan WHO adalah usia pertengahan (*middle age*) 45 – 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60 – 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 60 – 75 tahun dan 90 tahun, usia sangat tua (*very old*) > 90 tahun (Kalache & Gatti, 2003).

Ageing atau penuaan adalah proses alami di mana kemampuan jaringan tubuh untuk memperbaiki atau mengganti diri secara perlahan-lahan menurun, sehingga struktur dan fungsi tubuh tidak dapat dipertahankan dengan normal. Akibatnya, tubuh tidak dapat bertahan terhadap kerusakan atau memperbaiki kerusakan tersebut (Kalache & Gatti, 2003). Proses penuaan akan terjadi pada seluruh organ tubuh, termasuk organ dalam seperti jantung, paru-paru, ginjal, otak, dan lain-lain, serta organ terluar dan terbesar tubuh yaitu kulit (WHO, 2022a). Demikian pula dijelaskan oleh Nugroho (2008), Penuaan adalah proses alami yang terjadi sepanjang hidup manusia dan dimulai sejak awal kehidupan. Selama proses ini, tubuh mengalami perubahan secara bertahap dalam struktur dan fungsi, termasuk penurunan kemampuan untuk memperbaiki atau mengganti sel-sel yang rusak, penurunan daya tahan terhadap penyakit, dan penurunan fungsi organ. Penuaan meliputi masa kanak-kanak, remaja, dewasa, dan lansia, dan merupakan bagian alami dari siklus kehidupan manusia (Muhith & Siyoto, 2016).

Menurut Lucille D.G. dalam *The Aging Person a Holistic Perspective* (1995) mengatakan bahwa banyak orang masih memiliki anggapan dan pandangan yang keliru terhadap lansia, diantaranya lansia yang berbeda

dengan orang lain, lansia tidak dapat belajar keterampilan dan Pendidikan baru, lansia sukar menerima informasi baru dan sebagainya (Sunaryo et al., 2015).

Realitanya mitos-mitos lansia terkait hal tersebut menurut Sunaryo (2015) lansia merupakan sumber ilmu pengetahuan dan keterampilan serta referensi yang terbaik dan berharga sehingga dengan mengajak mereka berdiskusi dan berbagi pengalaman akan menjadi motivasi dan secara tidak langsung akan mengisi waktu luangnya untuk lebih produktif. Kemudian lansia kadang dianggap sulit menerima informasi baru justru karena lansia memiliki waktu luang lebih banyak sehingga mereka tertarik untuk selalu mencari informasi terbaru dengan begitu akan menstimulasi fungsi kognitif, afektif dan psikomotorik. Ketika lansia dianggap sama dengan pikun maka disinilah peran orang sekitar untuk mengontrol agar lansia tidak melakukan hal yang merugikan dirinya (Sunaryo et al., 2015).

Teori penuaan menurut Bengston, Silverstein, Putney & Gans (2009) dalam (Gemini et al., 2021) berdasarkan psikologi yaitu:

1. Teori kebutuhan dasar manusia menggambarkan bahwa setiap manusia memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi, dan hierarki kebutuhan ini ditempatkan dalam lima tingkatan yaitu kebutuhan fisik, keamanan, sosial, pengakuan, dan aktualisasi diri. Manusia akan berusaha memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi setelah kebutuhan yang lebih rendah terpenuhi terlebih dahulu.
2. Teori individualisme mengacu pada pandangan bahwa kepribadian seseorang terbentuk oleh pengalaman pribadi yang unik. Hal ini mengakui bahwa setiap orang memiliki keunikan dan perbedaan dalam cara pandang, pengalaman, dan tindakan yang dilakukan. Teori ini menekankan pentingnya pengalaman pribadi dan keunikan setiap individu dalam membentuk kepribadian seseorang.
3. Teori pusat kehidupan manusia menunjukkan bahwa tujuan hidup manusia terus berubah seiring dengan perkembangan umur, dan terdapat beberapa tahap dalam hidup manusia yaitu masa kanak-kanak, remaja, dewasa awal, dewasa tengah, dan lansia. Setiap tahap memiliki tujuan hidup yang

berbeda-beda dan harus dicapai untuk mencapai kepuasan hidup yang optimal.

4. Teori tugas perkembangan mengacu pada pandangan bahwa setiap individu memiliki serangkaian tugas perkembangan yang harus dicapai selama hidupnya. Tugas-tugas ini mencakup pencapaian identitas, pengembangan hubungan interpersonal, dan mempertahankan integritas ego pada masa tua. Jika tugas-tugas perkembangan ini tidak terpenuhi, seseorang dapat mengalami masalah emosional dan psikologis pada tahap-tahap perkembangan yang berikutnya.

B. KONSEP HIPERTENSI PADA LANSIA

1. Defenisi Hipertensi

Hipertensi adalah kondisi dimana tekanan darah meningkat secara terus-menerus, yang menyebabkan peningkatan tekanan dalam pembuluh darah. Pembuluh darah berfungsi sebagai saluran untuk mengalirkan darah dari jantung ke seluruh bagian tubuh. Saat jantung berdetak, darah dipompa ke dalam pembuluh darah. Tekanan darah terjadi karena adanya kekuatan dari darah yang mendorong dinding pembuluh darah (arteri) ketika dipompa oleh jantung. Semakin tinggi tekanan darah, semakin keras jantung harus memompa darah (WHO, 2022b)

Hipertensi adalah elevasi persisten dari tekanan darah sistolik (TDS) pada level 140 mmHg atau lebih (Black & Hawks, 2014). Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) tekanan darah normal adalah ketika tekanan darah sistolik 120 mmHg dan tekanan darah diastolik 80 mmHg, hipertensi didefinisikan ketika tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Halder, 2013). Kementerian Kesehatan Indonesia juga melaporkan definisi hipertensi, sesuai dengan ketentuan WHO (Kemenkes RI, 2021).

Definisi hipertensi tidak berubah dengan bertambahnya usia: tekanan darah sistolik >140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik >90 mmHg (Sierra, 2017). Hipertensi adalah kondisi kronis umum pada lansia yang didiagnosis dengan tekanan darah tinggi yang konsisten (Eshkoo et al., 2016).

2. Klasifikasi

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah berdasarkan JNC VII yang masih menjadi acuan pada JNC VIII

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	< 120 mmHg	(dan) < 80 mmHg
Pre-hipertensi	120-139 mmHg	(atau) 80-89 mmHg
Stadium 1	140-159 mmHg	(atau) 90-99 mmHg
Stadium 2	≥ 160 mmHg	(atau) ≥ 100 mmHg

(Chobanian et al., 2003)

Tabel 2.2 Klasifikasi Tekanan Darah dan Derajat Hipertensi menurut American College of Cardiology (ACC) and American Heart Association (AHA) 2019

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
Meningkat	120-129 mmHg	< 80 mmHg
Stadium 1	130-139 mmHg	80-89 mmHg
Stadium 2	≥ 140 mmHg	≥ 90 mmHg

(Flack & Adekola, 2020)

Untuk menentukan kategori hipertensi, tidak cukup hanya dengan melakukan pembacaan tekanan darah pada satu waktu saja. Diperlukan konfirmasi melalui dua atau lebih pembacaan tekanan darah yang dilakukan pada setidaknya dua kesempatan terpisah, dan hasilnya dirata-ratakan (Flack & Adekola, 2020). Klasifikasi tekanan darah didasarkan pada tingkat tekanan darah tertinggi, baik itu tekanan sistolik maupun diastolik. Namun, hipertensi sistolik terisolasi dievaluasi berdasarkan tingkat tekanan sistolik (Hua & Fan, 2019)

Tabel 2.3 Target Tekanan Darah pada Lansia menurut Rekomendasi *French Haute Autorite de Sante (HAS) 2016, American Heart Association (AHA) 2019 dan European Society of Hypertension (ESH) 2018*

HAS 2016	ESH 2018	AHA 2019
<150 mmHg, tanpa hipotensi ortostatik	130 – 139/ 70 – 79 mmHg	<130/ 80 mmHg

(Hernandorena et al., 2019)

3. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 kelompok yaitu:

a. Hipertensi Primer

Sebagian besar, yaitu sekitar 95% dari orang dewasa yang menderita tekanan darah tinggi, mengalami hipertensi primer (juga dikenal

sebagai hipertensi esensial). Penyebab hipertensi primer masih belum diketahui secara pasti, meskipun faktor-faktor genetik dan lingkungan yang mempengaruhi pengaturan tekanan darah sedang sedang dalam tahap penelitian.

Faktor-faktor lingkungan seperti konsumsi garam yang berlebihan, obesitas, dan gaya hidup dapat memainkan peran penting dalam perkembangan hipertensi. Selain itu, beberapa faktor yang terkait dengan faktor genetik meliputi disfungsi sistem renin-angiotensin-aldosteron, aktivitas sistem saraf simpatis, dan kerentanan terhadap pengaruh konsumsi garam terhadap tekanan darah.

Salah satu penyebab umum hipertensi adalah pengerasan aorta yang terjadi seiring bertambahnya usia. Hal ini dapat menyebabkan jenis hipertensi yang disebut hipertensi sistolik terisolasi atau dominan, yang ditandai oleh tekanan sistolik yang tinggi (seringkali dengan tekanan diastolik yang normal), terutama pada populasi lanjut usia (Weber et al., 2014).

b. Hipertensi Sekunder

Biasanya jumlah pasien yang relatif kecil, sekitar 5%, dari semua hipertensi, di mana penyebab tekanan darah tinggi dapat diidentifikasi dan terkadang diobati

Hipertensi sekunder dapat disebabkan oleh beberapa kondisi, termasuk penyakit ginjal kronis, stenosis arteri ginjal, sekresi aldosteron yang berlebihan, pheochromocytoma, dan sleep apnea. Untuk mengidentifikasi hipertensi sekunder, ada pendekatan skrining sederhana yang dapat digunakan (Weber et al., 2014).

Kadang-kadang, ketika tekanan darah diukur mungkin lebih tinggi dari biasanya. Bagi beberapa orang, kecemasan mengunjungi dokter untuk sementara dapat meningkatkan tekanan darah mereka “sindrom jas putih”.

c. Faktor yang Mempengaruhi Kontrol Tekanan Darah pada Lansia

Tekanan darah yang tidak terkontrol bisa disebabkan oleh ketidakpatuhan pasien dalam mengendalikan tekanan darah, yang

dipengaruhi oleh beberapa faktor ialah sebagai berikut menurut Burnier (2019):

- 1) Faktor sosiodemografi, ekonomi, dan lingkungan: Usia lanjut yang tinggi, minoritas ras-etnis, pendapatan rendah, keadaan tunawisma, tingkat dukungan sosial, ketersediaan pembayaran, literatur kesehatan, akses transportasi, pengaruh perang atau bencana.
- 2) Faktor sistem perawatan kesehatan: Hubungan antara pasien dan klinisi, gaya komunikasi, orientasi pada pasien, kurangnya perawatan berbasis tim, kelelahan dokter, kegagalan dalam mendeteksi petunjuk, kurangnya pengetahuan/dukungan, akses dan biaya perawatan, faktor pembayaran yang signifikan.
- 3) Faktor intervensi terkait terapi: Regimen pengobatan yang rumit, perubahan pengobatan, kegagalan dalam mengikuti pengobatan, motivasi ekonomi, dampak negatif, durasi dan frekuensi pengobatan.
- 4) Faktor intervensi terkait kondisi: Adanya berbagai kondisi kronis, depresi, psikosis, penyalahgunaan narkoba/alkohol, demensia, cacat berat, tingkat keparahan gejala, dan kualitas hidup yang terpengaruh.
- 5) Faktor intervensi terkait pasien: Penolakan terhadap diagnosis, persepsi tingkat keparahan penyakit, persepsi efektivitas pengobatan, kekhawatiran tentang ketergantungan/efek samping, kurangnya pengetahuan, kelupaan, keterbatasan tindak lanjut, rendahnya rasa percaya diri, dan upaya pengobatan alternatif.

4. Manifestasi Klinis

Hipertensi disebut sebagai "*silent killer*". Kebanyakan penderita hipertensi hamper tidak memiliki gejala sama sekali. Ada kesalahpahaman umum bahwa penderita hipertensi selalu mengalami gejala, namun kenyataannya kebanyakan penderita hipertensi tidak memiliki gejala sama sekali. Terkadang hipertensi menyebabkan gejala seperti sakit kepala,

sesak napas, pusing, nyeri dada, jantung berdebar, dan mimisan (WHO, 2021).

5. Patofisiologi Hipertensi pada Lansia

Tekanan sistolik serta diastolik meningkat seiring bertambahnya usia. Tekanan sistolik semakin tinggi secara progresif sampai usia 70 atau 80 tahun, sedangkan tekanan diastolik semakin tinggi sampai usia 50 atau 60 tahun lalu cenderung mendatar atau bahkan sedikit menurun. Kombinasi perubahan ini mungkin mencerminkan kekakuan pembuluh darah dan berkurangnya komplians arteri dan mengakibatkan peningkatan tekanan nadi yang besar seiring bertambahnya usia. Tekanan nadi sudah terbukti sebagai prediktor terbaik asal perubahan struktural pada arteri (Sierra, 2017).

Pada lansia, prosedur terjadinya hipertensi masih belum dipahami secara pasti. Namun, dampak utama dari penuaan pada sistem kardiovaskular melibatkan perubahan pada aorta dan pembuluh darah sistemik. Kekakuan arteri yang terjadi pada lansia berkaitan dengan peningkatan kalsifikasi dan penumpukan kolagen pada dinding arteri, serta degenerasi serat elastis pada lansia (Liu & Zheng, 2017). Selain karena perubahan struktural pada dinding arteri, kekakuan arteri juga dapat disebabkan oleh mediator vasoaktif yang dilepaskan oleh endotel seperti endotelin 1. Selain itu, penurunan ketersediaan hayati oksida nitrat juga turut berperan dalam disfungsi endotel yang berkontribusi pada kekakuan arteri. Kedua faktor ini memiliki peran penting dalam terjadinya kekakuan arteri pada lansia (Lionakis et al., 2019). Perubahan tersebut dapat mempengaruhi aorta dan arteri utama, sehingga mengurangi kepatuhan arteri dan meningkatkan tekanan darah sistolik, sementara tekanan darah diastolik menurun. Hal ini juga menyebabkan peningkatan tekanan nadi, yang pada akhirnya dapat menyebabkan hipertensi sistolik terisolasi. Jenis hipertensi ini paling umum terjadi pada lansia (Liu & Zheng, 2017). Peningkatan tekanan darah sistolik dapat menyebabkan peningkatan beban kerja ventrikel kiri (afterload), yang pada akhirnya dapat menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri dan meningkatkan risiko terjadinya gagal jantung.

Di sisi lain, penurunan tekanan darah diastolik dapat menyebabkan penurunan perfusi koroner, yang pada gilirannya dapat meningkatkan risiko terjadinya iskemia koroner (Hernandorena et al., 2019).

6. Penatalaksanaan Hipertensi pada Lansia

a. Manajemen Farmakologis

Menurut rekomendasi JNC VIII, penanganan hipertensi pada populasi umum yang berusia 60 tahun ke atas dimulai dengan pengobatan farmakologis jika tekanan darah sistolik mencapai 150 mmHg atau tekanan darah diastolik mencapai 90 mmHg, dan pengobatan dilanjutkan hingga mencapai target tekanan darah sistolik yang normal. Namun, jika pengobatan farmakologis untuk tekanan darah tinggi menghasilkan tekanan darah sistolik yang lebih rendah (misalnya, <140 mmHg) dan pengobatan dapat ditoleransi dengan baik tanpa menimbulkan efek buruk pada kesehatan atau kualitas hidup, maka tidak diperlukan pengobatan lanjutan (James et al., 2014). Berikut merupakan golongan obat antihipertensi yang disarankan oleh JNC VIII :

1) *Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Inhibitor*

ACEI bekerja dengan cara menghambat konversi *angiotensin I* menjadi *angiotensin II*, yang pada gilirannya menyebabkan pembuluh darah perifer mengalami vasodilatasi. Beberapa contoh obat ACEI meliputi kaptopril, lisinopril, dan enalapril. Namun, terdapat beberapa efek samping yang terkait dengan penggunaan ACEI, seperti batuk kering, peningkatan kadar serum kreatinin, angioedema, potensi efek teratogenik, dan juga risiko hiperkalemia.

2) *Angiotensin Receptor Blockers (ARB)*

ARB bekerja sebagai antagonis reseptor angiotensin II, menghambat aksi hormon tersebut. Beberapa contoh obat ARB meliputi valsartan, losartan, candesartan, irbesartan, dan eprosartan. Meskipun efektif, ARB juga dapat menyebabkan beberapa efek samping seperti peningkatan kadar kreatinin dan

BUN (ureum darah), risiko hiperkalemia (kadar kalium yang tinggi dalam darah), dan potensi efek teratogenik.

3) *Calcium Channel Blockers (CCB)*

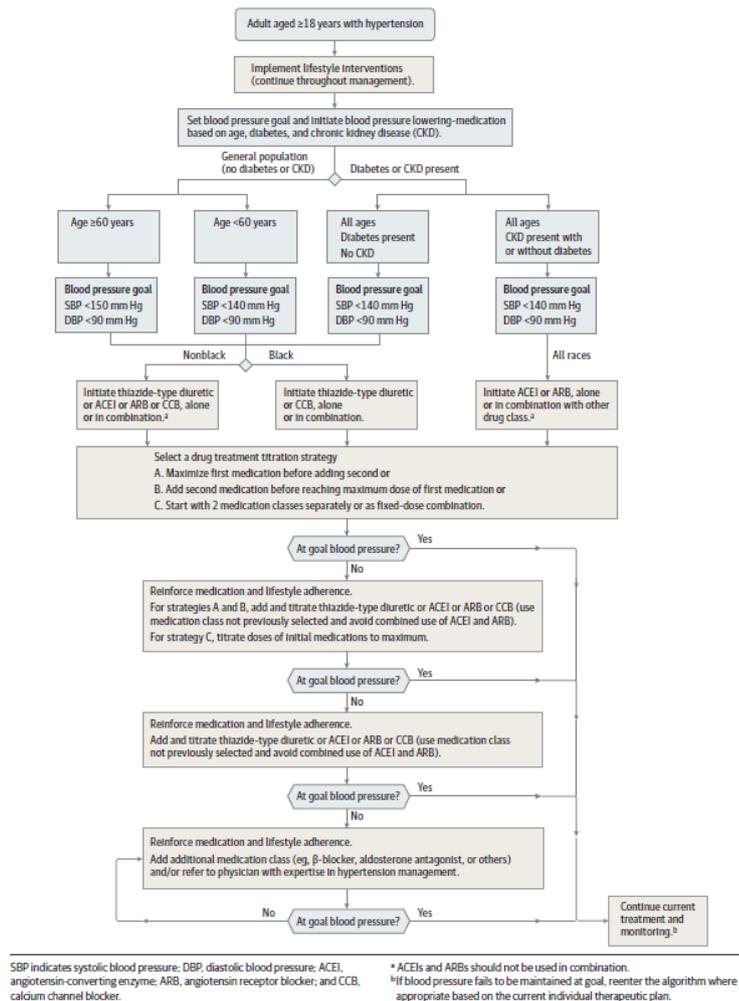
CCB (*Calcium Channel Blocker*) bekerja dengan cara menghambat aliran ion kalsium (Ca^{2+}) ke dalam otot polos pembuluh darah dan miokardium selama fase depolarisasi. Hal ini mengakibatkan vasodilatasi pada pembuluh darah jantung. Beberapa contoh obat CCB antara lain amlodipin dan nitrendipin. Namun, terdapat beberapa efek samping yang mungkin terjadi akibat penggunaan CCB, seperti bradikardia (penurunan denyut jantung), edema perifer (pembengkakan pada ekstremitas), dan hipotensi (tekanan darah rendah).

4) *Thiazide-type diuretics*

Diuretik tiazid bekerja dengan cara menghambat reabsorpsi natrium (Na^+) di tubulus distal ginjal. Beberapa contoh obat diuretik tiazid meliputi hidroklortiazid (HCT), chlortalidone, indapamide, dan bendroflumetiazid. Namun, penggunaan diuretik tiazid juga dapat menyebabkan beberapa efek samping, seperti peningkatan kadar kalsium dalam darah (hiperkalsemia), penurunan kadar kalium dalam darah (hipokalemia), penurunan kadar magnesium dalam darah (hipomagnesemia), peningkatan kadar asam urat dalam darah (hiperurisemia), dan peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia).

5) *Beta blockers*

Menurut JNC VIII, penggunaan beta blocker tidak lagi direkomendasikan sebagai pilihan terapi awal. Beta blocker bekerja dengan cara menghambat reseptor adrenergik. Beberapa contoh obat beta blocker termasuk atenolol dan metoprolol. Namun, penggunaan beta blocker juga dapat menyebabkan beberapa efek samping, seperti peningkatan kadar kolesterol dan glukosa dalam darah.



Sumber: (James et al., 2014)

Gambar 2.1 Algoritma penatalaksanaan hipertensi berdasarkan JNC VIII

b. Manajemen *Non Farmakologis*

Pengubahan gaya hidup merupakan salah satu pendekatan pengobatan untuk mencegah atau mengatasi hipertensi pada lansia yang lebih ringan. Penurunan berat badan dapat mengakibatkan penurunan tekanan sistolik sebesar 5-20 mmHg per setiap penurunan 10 kilogram berat badan, pengurangan asupan natrium makanan dapat mengurangi tekanan darah sebesar 2-8 mmHg, aktivitas fisik sebesar 4-9 mmHg, konsumsi alkohol sedang sebesar 2-4 mmHg, dan pola makan sehat sebesar 8-14 mmHg. Oleh karena itu, modifikasi gaya hidup harus menjadi dasar pengobatan hipertensi baik digunakan secara terpisah maupun dikombinasikan dengan pengobatan aktif (Lionakis et al., 2019).

c. Manfaat utama dari terapi kombinasi adalah meningkatkan efektivitas penggunaan obat, mengurangi efek samping, meningkatkan kepatuhan pasien, serta melindungi organ yang berisiko. *American Heart Association (AHA)* dan *European Society of Hypertension (ESH)* merekomendasikan penggunaan kombinasi dua obat sebagai pilihan pengobatan awal pada lansia dengan hipertensi. Bukti dari penelitian menunjukkan adanya pengurangan hasil yang signifikan terutama ketika menggunakan kombinasi diuretik dengan *inhibitor Enzim Konversi Angiotensin (ACE)* atau *antagonis reseptor angiotensin*. Dalam uji coba terbaru, kombinasi *ACE inhibitor/ antagonis kalsium* juga terbukti efektif (kombinasi *antagonis reseptor angiotensin/ antagonis kalsium* juga menjadi pilihan yang efektif) (Lionakis et al., 2019).

d. Kepatuhan Obat

Kepatuhan dalam mengonsumsi obat dapat diartikan sebagai sejauh mana pasien mengikuti petunjuk penggunaan obat sesuai dengan resep yang diberikan. Tingkat kepatuhan ini sering kali diukur dalam bentuk persentase dari jumlah obat yang diminum sesuai rekomendasi selama periode waktu tertentu. Namun, banyak pasien lansia yang tidak melanjutkan pengobatan secara konsisten atau menggunakan obat dengan cara yang tidak tepat, yang mengakibatkan ketidakberhasilan dalam mencapai target tekanan darah yang direkomendasikan (Lionakis et al., 2019).

C. KONSEP KEPATUHAN

1. Definisi Kepatuhan

Kepatuhan artinya sejauh mana sikap seorang dalam melakukan pengobatan, mengikuti program diet, serta atau menjalankan perubahan gaya hidup sesuai dengan yang disepakati dengan rekomendasi penyedia layanan kesehatan. Kepatuhan dalam menjalani pengobatan dapat dievaluasi menggunakan instrumen pada orientasi proses serta hasil. Dalam hal ini merupakan hasil akhir sebuah proses pengobatan, seperti terkait kesembuhan yang menjadi indikator utama pada keberhasilan

pengobatan. Sedangkan indikator orientasi proses yang dimaksud ialah dengan memakai sebuah intervensi seperti penunjukan meminum pil untuk mengatur kepatuhan (WHO, 2003).

2. Metode Pengukuran Kepatuhan

Terdapat dua metode untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien yaitu metode langsung dan metode tidak langsung. Metode secara langsung dilakukan dengan observasi secara langsung, pengukuran kadar obat dalam darah atau urin. Metode secara tidak langsung dilakukan dengan menilai respon klinis pasien, jumlah obat yang dikonsumsi, kuesioner, catatan harian pasien, dan pemantauan pengobatan melalui elektronik (WHO, 2003).

Metode tidak langsung memiliki beberapa kelebihan yaitu mudah, murah, singkat, valid, reliabel, dapat membedakan beberapa jenis ketidakpatuhan, tidak mengganggu, serta dapat memberikan informasi mengenai sikap dan keyakinan mengenai pengobatan pasien (Culig dan Leppée, 2014).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Kepatuhan dipengaruhi oleh beberapa faktor sehingga segala sesuatu dapat berpengaruh positif dimana penderita sendiri tidak mampu lagi untuk mempertahankan kepatuhannya.

Menurut WHO (2003) terdapat 5 faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat di antaranya:

- e. Faktor sosial dan ekonomi meliputi status sosial ekonomi yang buruk, kemiskinan, buta huruf, tingkat pendidikan yang rendah, tingkat pengangguran yang tinggi, kondisi hidup yang tidak stabil, biaya transportasi tinggi, situasi lingkungan yang tidak mendukung, dan kurangnya dukungan dari keluarga.
- f. Faktor tenaga kesehatan terkait dengan hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan. Hubungan yang baik akan meningkatkan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat.
- g. Faktor kondisi penyakit terkait dengan keparahan gejala, tingkat kecacatan (fisik, psikologi, dan sosial), penyakit penyerta, dan

ketersediaan perawatan akan memengaruhi kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat.

- h. Faktor terapi terkait dengan dosis, waktu pengobatan, kegagalan pengobatan sebelumnya, efek samping obat, dan dukungan tenaga kesehatan.
- i. Faktor terkait pasien meliputi sikap, pengetahuan, keyakinan dalam mengonsumsi obat.

4. Teori Kepatuhan Pasien

Beberapa teori perihal kepatuhan pasien diantaranya ialah sebagai berikut: (Fauzi & Nishaa, 2018)

a) *Health Belief Model Theory*

Suatu perilaku kesehatan akan bergantung persepsi dan keyakinan seseorang yang dimiliki tentang penyakit yang dideritanya serta strategi apa yang akan dilakukan agar terjadi penurunan keparahan penyakitnya. Persepsi yang dimiliki ataupun dibangun oleh individu ini mempunyai empat aspek utama yang memengaruhi sikap kesehatan yang diambil yaitu:

- 1) Persepsi keparahan (*Perceived Seriousness*)
- 2) Persepsi halangan atau rintangan (*Perceived Barriers*)
- 3) Persepsi keyakinan (*Perceived Susceptibility*)
- 4) Persepsi keuntungan atau manfaat (*Perceived Benefits*)

b) *Teori Social Cognitive (Self-Efficacy)*

Suatu keyakinan yang ada pada individu tentang kemampuan dirinya buat melakukan satu perilaku dalam rangka mencapai tujuan yang dibutuhkan yang diperkenalkan oleh Bandura di tahun 1977 dan mengalami perkembangan pada tahun 2005. Bila self-efficacy seseorang tak dibangun atau ditingkatkan maka akan berdampak pada penurunan probabilitas tercapainya tujuan yang dia tetapkan. Self-efficacy seseorang dibentuk oleh 4 komponen, yaitu:

- 1) *Mastery Experience (One's Previous Performance)*

Keberhasilan seorang pada melakukan sesuatu akan memotivasi orang tersebut untuk melakukan hal itu kembali ataupun buat hal yang baru yang homogen dengan pengalaman yang beliau miliki.

2) *Vicarious Experience*

Memengaruhi tumbuhnya *self-efficacy* pada seorang artinya pengamatan terhadap keberhasilan ataupun kegagalan orang lain yang memiliki perseteruan yang sama. Pengamatan serta penilaian terhadap diri sendiri sebagai poin penting pada faktor ini.

3) *Social Persuasions*

Dukungan secara ekspresi baik asal famili juga dari lingkungan sosial menumbuhkan keyakinan dalam diri seseorang buat melakukan suatu perilaku serta menaikkan *self-efficacy*.

4) *Omatic and Emotional States*

Adanya kemungkinan berhasil atau gagal dalam tindakan seorang akan menyebabkan keadaan emosi yang tidak sama.

c) *The Theory of Reasoned Action and Planned Behavior*

Teori ini mempunyai manfaat dalam memperkirakan sikap yang dilakukan oleh individu sesuai perilaku serta keyakinan yang dimiliki. Teori ini dikembangkan oleh Ajzen dan Fishbein di tahun 1960. Pada tahun 1991, *theory of planned behaviour* dikembangkan menjadi pengganti *theory of reasoned action*.

d) *The Transtheoretical Model*

The Transtheoretical artinya salah satu model perubahan perilaku seseorang untuk menjadi perilaku yang lebih baik ataupun menuntaskan pertarungan yang dihadapinya pada hal sikap kesehatan. Pengambilan keputusan oleh individu adalah titik penekanan dari contoh ini. Adanya keterlibatan penilaian emosi, pengetahuan, dan perilaku individu akan memengaruhi penilaian individu terhadap dirinya sendiri yang berdampak pada pengambilan keputusan atas konflik kesehatan yang dihadapi. pada pada model transtheoretical ini

terdapat beberapa tahapan yang dihadapi individu buat mengubah atau memperbaiki perilakunya.

1) *Kontemplasi*

Saat individu mulai mendapatkan informasi terkait sikap yang berisiko terhadap kesehatan juga perkembangan penyakitnya, Maka individu tersebut akan mulai menyadari pentingnya perbaikan perilaku.

2) *Preparation* (Persiapan)

Pada tahap *preparation* atau persiapan, seorang yang akan mengganti sikap untuk memperbaiki kesehatannya telah merencanakan beberapa aktivitas untuk menunjang hal tadi.

3) *Action* (Aksi)

Teori ini aksi yang dinilai sebagai perubahan sikap seseorang individu wajib berupa keluaran yang terukur dan terpantau oleh tenaga kesehatan.

4) *Maintenance* (Penjagaan)

Individu sudah mencapai perubahan sikap yang diperlukan. Hal yang harus diupayakan di tahapan ini merupakan bagaimana individu tersebut dapat dengan percaya diri melakukan sikap yang baru ini secara berkelanjutan.

e) *Applied Behavior Analytic Theory* (ABA)

Suatu pelukisan sistematis serta implementasi intervensi terapeutik untuk mengganti perilaku eksklusif yang berdasarkan pada prinsip-prinsip ilmu pengetahuan dan perilaku. Teori ini memiliki 7 dimensi, yaitu applied (terapan), behavioral (perilaku), analytic (analisis), technological (pemanfaatan teknologi), conceptually systematic (konsep yang sistematis), effective (efektif), serta generalizable (bisa digeneralisasi).

5. Tipe Ketidapatuhan Pasien

Secara umum ketidapatuhan yang dimiliki oleh pasien dapat dibagi menjadi beberapa tipe berdasarkan keterlibatan pasien dalam pengambilan

keputusan pengobatan dan perilaku pasien dalam penggunaan obatnya (Fauzi & Nishaa, 2018).

a) Berdasarkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan pengobatan.

1) Ketidakpatuhan yang disengaja (*Intentional Nonadherence*)

Pasien yang secara aktif memutuskan untuk tidak menggunakan pengobatannya atau mengikuti rekomendasi pengobatan merupakan kesengajaan dalam perilaku ketidakpatuhan. Perilaku ini biasanya mencerminkan proses pengambilan keputusan yang rasional di mana pasien menimbang pro dan kontra pengobatan.

2) Ketidakpatuhan tidak disengaja (*Unintentional Nonadherence*)

Pasien berperilaku yang tidak direncanakan dan kurang kuat terkait dengan kepercayaan dan tingkat kognisi daripada ketidaktentuan yang disengaja dalam menjalani pengobatannya. Sebagai contoh, ketidakpatuhan akibat kelupaan, ketidaktahuan cara penggunaan obat-obatan yang didapat termasuk obat dengan sediaan khusus, kompleksitas dari regimen pengobatan yang didapat, dan daya ingat pasien yang rendah, baik lupa minum obat pada waktu yang ditentukan atau ingat instruksi yang buruk.

b) Berdasarkan perilaku pasien dalam penggunaan obat

1) Ketidakpatuhan Primer (*Primary Nonadherence*)

Perilaku ini muncul pada pasien yang tidak menebus resep yang dia dapatkan.

2) Ketidaktekunan (*Non Persistence*)

Pasien memutuskan untuk berhenti minum obat tanpa ada saran dari saran dari dokter atau perawat.

3) Ketidaksesuaian (*Non Conforming*)

Pasien minum obat tidak sesuai dengan prosedur yang diberikan seperti minum obat tidak tepat waktu dan minum obat tidak sesuai dengan dosis yang diberikan.

D. KONSEP EMPOWERMENT EDUCATION

1. Definisi *Empowerment*

Menurut World Health Organization (WHO), *empowerment* adalah suatu proses yang memungkinkan masyarakat untuk memiliki kendali yang lebih besar terhadap kehidupan mereka. Proses ini melibatkan peningkatan aset dan atribut masyarakat serta membangun kapasitas mereka untuk mendapatkan akses, mitra, dan sumber daya yang diperlukan guna mengambil kontrol atas kehidupan mereka (WHO, 2008).

Menurut BKKBN (2020), *empowerment* lansia mencakup segala usaha untuk meningkatkan kemampuan mental, spiritual, sosial, pengetahuan, dan keterampilan agar lansia dapat diberdayakan sesuai dengan potensi masing-masing. *Empowerment* lansia dapat dilakukan baik dalam lingkungan masyarakat maupun dalam lingkup keluarga secara langsung.

Empowerment menurut Gibson (1991) adalah proses *empowerment* melibatkan pasien dalam mengembangkan kesadaran kritis terhadap akar permasalahan kesehatan mereka. Dalam bidang keperawatan, *empowerment* didefinisikan sebagai interaksi antara perawat dan pasien untuk mendorong perilaku kesehatan. *Empowerment* ini merupakan pendekatan individual yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien.

Gibson (1991) mengemukakan beberapa asumsi terkait *empowerment* pasien, yaitu:

- a. Pasien memiliki tanggung jawab utama terhadap kondisi kesehatannya
- b. Pasien memiliki kemampuan untuk membuat pilihan sendiri
- c. *Empowerment* pasien hanya dapat dilakukan oleh dirinya sendiri, tidak oleh perawat
- d. Perawat perlu memberikan kebebasan kepada pasien untuk mengambil tindakan sesuai pilihannya
- e. Proses *empowerment* membutuhkan hubungan yang simetris dan kerjasama yang saling menguntungkan antara perawat dan pasien
- f. Kejujuran menjadi dasar teori dalam proses *empowerment*

Empowerment merupakan esensi utama dari promosi kesehatan yang menjadi bagian dari pendidikan kesehatan. *Empowerment* bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya sendiri. Oleh karena itu, perlu dilakukan upaya untuk mengubah, membangun, atau mengembangkan perilaku positif. Pendidikan kesehatan menjadi bidang utama yang berfokus pada hal ini (Maulana, 2009). Sesuai dengan pengertian promosi kesehatan yang tertuang dalam piagam Ottawa WHO (1986) yaitu “Proses *empowerment* rakyat (individu dan masyarakat) yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan determinan-determinan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya” (Susilowati, 2016).

2. Tujuan *Empowerment*

Proses *empowerment* bertujuan untuk mendorong dan meningkatkan kemampuan pasien dalam mengidentifikasi kebutuhan mereka sendiri, menyelesaikan masalah yang dihadapi, dan menggunakan sumber daya yang tersedia untuk meningkatkan kemampuan mereka. Perkembangan filosofi *empowerment* didasarkan pada pengalaman, keberhasilan program pendidikan kesehatan, dan literatur yang diterapkan pada pasien dengan penyakit kronis yang memerlukan perawatan jangka panjang. Pendekatan yang digunakan dalam pengelolaan penyakit kronis harus berbeda, dengan menerapkan filosofi *empowerment* di mana pasien menggabungkan pengetahuan, keterampilan, dan meningkatkan kesadaran diri terhadap nilai dan kebutuhan mereka untuk mencapai tujuan yang ditetapkan (Anderson, 2014).

Menurut Soeharto dalam Febriyati dan Suyanto (2017), *empowerment* dapat diukur melalui indikator keberhasilan yang terukur. *Empowerment* mengacu pada kemampuan individu, terutama pada lansia yang termasuk kelompok rentan dan kelompok yang lemah, untuk memiliki kemampuan dan kekuatan dalam aspek berikut:

- j. Memenuhi kebutuhan dasar: Ini mencakup kebebasan individu dari kelaparan, ketidakpengetahuan, dan penderitaan, sehingga mereka dapat merasakan kebebasan secara menyeluruh.

- k. Mengakses sumber daya produktif: Individu memiliki kesempatan untuk mengakses sumber daya yang memungkinkan peningkatan pendapatan mereka dan memperoleh barang dan jasa yang mereka butuhkan.
- l. Berpartisipasi dalam proses pembangunan: Individu terlibat dalam proses pembangunan dan memiliki kemampuan untuk terlibat dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi mereka.

Dengan mencapai indikator-indikator ini, pemberdayaan dapat dianggap berhasil dalam memberikan kemampuan dan kekuatan kepada lansia.

3. **Komponen Proses *Empowerment***

Komponen *empowerment* atau *empowerment* menurut WHO yaitu:

m. Partisipasi Pasien

Kesuksesan pelayanan kesehatan sangat bergantung pada kerjasama antara semua pihak yang terlibat dalam sistem tersebut. Pasien dan keluarga memiliki peran penting dalam sistem pelayanan kesehatan dan bertanggung jawab terhadap keberhasilannya. Kontribusi yang dapat diberikan oleh pasien atau keluarga meliputi pemahaman mengenai riwayat kesehatan, motivasi untuk mencapai kesehatan yang lebih baik, dan kehadiran dalam setiap perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Faktor-faktor seperti usia, budaya, latar belakang, kepribadian, dan tingkat kecerdasan juga mempengaruhi partisipasi pasien.

n. Pengetahuan Pasien

Empowerment pasien dapat terjadi setelah pasien memperoleh informasi yang cukup dan memahami manfaatnya. Hal ini membentuk tanggung jawab pasien terhadap pemahaman mereka dalam terlibat dalam perawatan kesehatan.

o. Keterampilan Pasien

Keterampilan pasien dalam melaksanakan dan menerapkan perilaku kesehatan tidak terlepas dari faktor *self-efficacy* atau keyakinan diri. Keterampilan pasien dapat diterapkan dalam upaya *empowerment*

pasien. Pengetahuan menjadi dasar dari perilaku tersebut. Komponen lain dari keterampilan pasien adalah kesadaran kesehatan, yaitu kemampuan pasien untuk menggunakan pengetahuan dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan.

p. Lingkungan yang Kondusif untuk *Empowerment*

Lingkungan yang kondusif berarti menciptakan suatu proses yang mendorong individu untuk mengembangkan dan menerapkan perawatan kesehatan dalam suasana komunikasi terbuka dan bebas dari hambatan.

(WHO, 2008)

4. Strategi *Empowerment*

Strategi *empowerment* atau intervensi yang dapat meningkatkan hasil kesehatan individu dipengaruhi oleh lima bidang utama, yaitu:

a. Peningkatan *Self-Efficacy* dan *Self-Esteem*

Intervensi *empowerment* terbukti meningkatkan kesejahteraan psikologis, termasuk tingkat keyakinan diri (*self-efficacy*) dan harga diri (*self-esteem*).

b. *Greater Sense of Control*

Pendekatan *empowerment* memungkinkan individu memiliki kontrol yang lebih besar dalam mengelola kondisi mereka sendiri.

q. Peningkatan Pengetahuan dan Kesadaran

Usaha untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran individu dapat menghasilkan *empowerment* melalui perubahan individu atau melalui cara individu menginterpretasikan peristiwa.

r. Perubahan Perilaku

Perilaku dipengaruhi oleh lingkungan dan penilaian tugas, yang ditandai dengan aktivitas, konsentrasi, inisiatif, ketahanan, dan fleksibilitas.

s. Peningkatan Jaringan Sosial dan Dukungan Sosial

Dukungan sosial memiliki efek positif dan merupakan faktor penting dalam kesehatan, baik di rumah maupun di masyarakat. Misalnya,

berbagi dengan orang lain dapat membantu individu mengatasi stres dan hal ini dapat mengarah pada *empowerment*.

c. Defenisi *Empowerment Education*

Pendidikan *empowerment (empowerment education)* yang difokuskan pada pasien merupakan suatu pendekatan yang memberikan edukasi kepada pasien. *Empowerment* ini juga dikenal sebagai pendekatan yang berorientasi pada pasien atau perawatan kolaboratif, di mana pemberi layanan kesehatan dan pasien membuat keputusan secara bersama-sama (Wallerstein & Bernstein, 1988). Pendidikan *empowerment* juga dikenal sebagai pendidikan manajemen diri (*self-management education*), yang melibatkan strategi pengajaran dengan pendekatan pemecahan masalah dan berbagi informasi dan pengetahuan guna mencapai pengelolaan yang baik terhadap penyakit yang dihadapi oleh pasien (Bodenheimer & Lorig, 2002).

d. Tujuan *Empowerment Education*

Pada prinsipnya, *empowerment* melibatkan aspek penting seperti pemberian informasi, komunikasi, dan edukasi kesehatan (WHO, 2008). Ketika seorang perawat terlibat dalam proses pembelajaran individu, keluarga, atau kelompok, penting untuk memberikan intervensi yang relevan sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat dapat menggunakan strategi *empowerment* untuk membantu meningkatkan kemampuan pasien dalam pemecahan masalah, berpikir kritis, membentuk jejaring sosial, melakukan negosiasi, serta memberikan informasi tentang tingkat kesehatan yang relevan (Funnell & Anderson, 2014).

Berikut ini konsep perbandingan promosi kesehatan dengan model tradisional dan pendekatan *empowerment model* menurut Funnell & Anderson (2014).

Tabel 2.4 Perbandingan *Health Promotion Model* Tradisional dan *Empowerment Model* (Funnell & Anderson, 2014)

No.	Model tradisional	<i>Empowerment Model</i>
1.	Penyakit adalah keadaan fisik	Penyakit adalah keadaan biopsikososial
2.	Profesional dipandang sebagai guru, pemecah masalah, dan bertanggung jawab atas hasilnya	Pasien dipandang sebagai pemecah masalah dan <i>self-manager</i> ,

		professional sebagai sumber daya dan bertanggung jawab untuk hasil
3.	Hubungan pendidik dan pasien bersifat otoriter berdasarkan keahlian pendidik	Hubungan pendidik dan pasien merupakan kemitraan yang setara berdasarkan keahlian bersama.
4.	Kebutuhan belajar biasanya diidentifikasi oleh professional	Masalah dan kebutuhan belajar diidentifikasi oleh peserta
5.	Pendidikan berdasarkan kurikulum	Pendidikan berpusat pada pasien dan konsisten dengan prinsip pembelajaran orang dewasa.
6.	Pendidikan berdasarkan dikte	Pengalaman pasien digunakan sebagai kesempatan belajar untuk pemecahan masalah dan berfungsi sebagai inti kurikulum.
7.	Masalah emosional merupakan komponen yang terpisah dari kurikulum	Masalah emosional terintegrasi dengan konten klinis
8.	Tujuan dan rencana tindakan digunakan untuk membantu pasien mencapai target yang direkomendasikan	Tujuan dan rencana tindakan digunakan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang dipilih sendiri.
9.	Strategi perilaku digunakan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan yang direkomendasikan	Strategi perilaku diajarkan kepada pasien untuk membantu mereka mengubah perilaku yang mereka pilih.
10.	Tujuan Pendidikan adalah kepatuhan/kepatuhan terhadap anjuran	Tujuannya adalah untuk memungkinkan pasien membuat pilihan berdasarkan informasi
11.	Kurangnya pencapaian tujuan dipandang sebagai kegagalan oleh keduanya	Kurangnya pencapaian tujuan dipandang sebagai umpan balik dan digunakan untuk mengubah tujuan dan rencana tindakan.
12.	Perubahan perilaku di motivasi secara eksternal	Perubahan perilaku dimotivasi secara internal
13.	Pasien tidak berdaya, professional yang berkuasa	Sabar dan profesional sama-sama berkuasa

e. *Komponen Empowerment Education*

Tabel 2.5 *Komponen empowerment education* berdasarkan teori konsep Funnel & Anderson (2014)

Komponen 1 : Renungan Tindakan Manajemen Diri
Di akhir setiap sesi, pasien memilih tindakan manajemen diri yang dirancang untuk membantu mereka mencapai tujuan jangka pendek yang dipilih sendiri. Di awal sesi berikutnya, para pasien ini diajak untuk merefleksikan hasil tindakan manajemen diri mereka.
Komponen 2 : Mendiskusikan Dampak Emosional Hidup

Hidup dengan penyakit menimbulkan masalah emosional yang berkaitan dengan hubungan, pekerjaan, keluarga, keadaan ekonomi, kesehatan secara keseluruhan, fungsi fisik, dan peristiwa kehidupan lainnya. Emosi seringkali juga memiliki pengaruh kuat pada keputusan manajemen diri pasien. Mendiskusikan aspek emosional dari hidup dengan penyakit biasanya merupakan terapi tersendiri. Selama sesi, pasien didorong untuk mendiskusikan dampak emosional hidup dengan penyakit.

Komponen 3 : Libatkan Kelompok dalam Pemecahan Masalah Sistematis

Prinsip dasar yang menginformasikan struktur dan proses dari program ini adalah bahwa pertanyaan dan kekhawatiran pasien menjadi fokus dari program ini. Apakah pasien tidak tertarik dengan keadaannya atau pasien tertarik pada keadaan mereka sendiri?

Topik dan masalah yang dibahas selama sesi adalah yang diperkenalkan oleh pasien. Masalah yang dibahas termasuk interaksi dengan penyedia layanan kesehatan serta manajemen diri dan masalah psikososial. Alur setiap sesi ditentukan oleh pertanyaan dan masalah yang diajukan oleh pasien selama sesi tersebut.

Komponen 4 : Menjawab Pertanyaan Manajemen Diri

Komponen ini memberi pasien kesempatan untuk bertanya tentang masalah manajemen diri. Komponen tanya-jawab memberi pasien informasi manajemen diri yang terkandung dalam kuliah yang disajikan dalam program promosi yang masih tradisional. Seringkali area topik tertentu diidentifikasi untuk komponen tanya jawab untuk memastikan diskusi yang koheren.

Komponen 5 : Pilih Tindakan Manajemen Diri

Komponen ini memberi pasien kesempatan untuk mengidentifikasi tindakan manajemen diri untuk membantu mereka mencapai salah satu tujuan jangka pendek mereka. Namun, pasien tidak dipaksa untuk melakukan percobaan jika mereka tidak menginginkannya.

Mereka kemudian didorong untuk berbagi tujuan dan tindakan mereka. Terkadang pasien merevisi rencana mereka berdasarkan diskusi, tetapi kami memperjelas bahwa orang yang melakukan perubahan adalah penilai terbaik tentang apa yang akan berhasil untuk mereka.

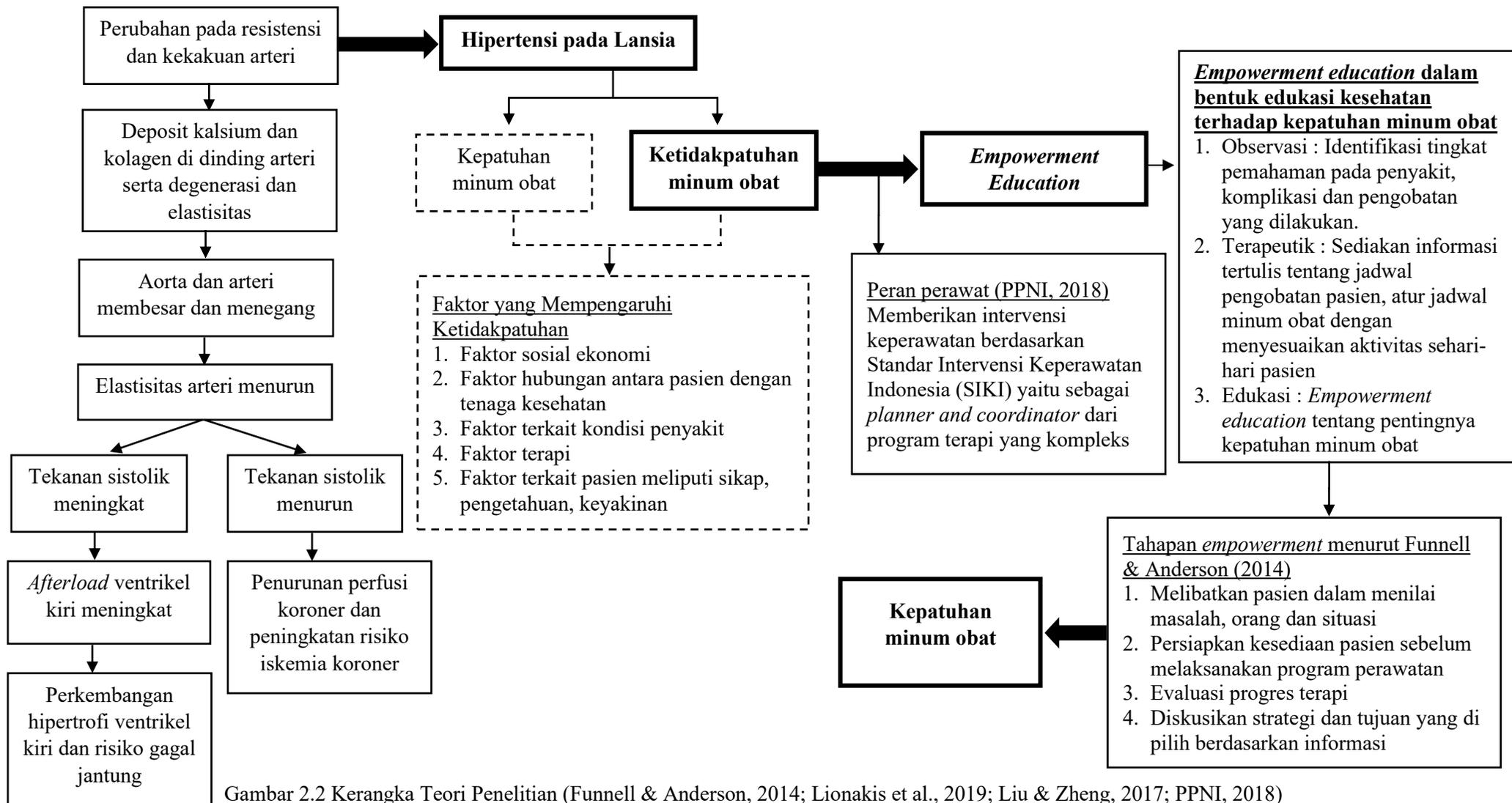
Kami mengajukan pertanyaan untuk membantu memperjelas prosesnya.

Pada setiap sesi, peserta mengidentifikasi rencana tindakan untuk minggu berikutnya dengan penetapan tujuan berbasis *empowerment* lima langkah menurut teori Funnel & Anderson (2014).

Tabel 2.6 Model 5 Langkah Penetapan Tujuan Berbasis *Empowerment*

Langkah 1 : Refleksi Masa Lalu
<p>Apa hal tersulit dalam perawatan penyakit ini bagi anda? Tolong ceritakan lebih banyak tentang itu. Apakah ada beberapa contoh spesifik yang dapat anda berikan kepada saya?</p>
Langkah 2 : Identifikasi Perasaan dan Makna
<p>Apa pendapat anda tentang hal ini? Apakah anda merasakan (menyisipkan perasaan) karena (menyisipkan makna)?</p>
Langkah 3 : Kembangkan Rencana
<p>Apa yang kamu inginkan? Bagaimana masalah/situasi yang anda rasakan harus diubah agar anda merasa lebih baik? Di mana anda ingin berada terkait situasi ini? (waktu tertentu, misalnya 1 bulan, 3 bulan, 1 tahun) Apa pilihan anda? Apa hambatan bagi anda? Siapa yang bisa membantu anda? Berapa biaya dan manfaat untuk setiap pilihan anda? Apa yang akan terjadi jika anda tidak melakukan apa-apa? Seberapa penting, dalam skala 1 sampai 10, bagi anda untuk melakukan sesuatu terkait hal ini?</p>
Langkah 4 : Berkomitmen Untuk Bertindak
<p>Apakah anda bersedia melakukan apa yang perlu anda lakukan untuk menyelesaikan masalah ini? Apa tindakan yang dapat anda lakukan? Apa yang akan kamu lakukan? Kapan kamu akan melakukannya? Bagaimana Anda tahu jika anda telah berhasil? Apa satu hal yang akan anda lakukan ketika sesi ini selesai? Seberapa percaya diri anda, pada skala 1 sampai 10, bahwa Anda akan mampu menyelesaikan langkah ini?</p>
Langkah 5 : Evaluasi
<p>Bagaimana hasilnya? Apa yang kamu pelajari? Hambatan apa yang Anda temui? Apa, jika ada, yang akan anda lakukan secara berbeda lain kali? Apa yang akan Anda lakukan setelah selesai sesi hari ini?</p>

E. KERANGKA TEORI



Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian (Funnell & Anderson, 2014; Lionakis et al., 2019; Liu & Zheng, 2017; PPNI, 2018)