

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL



**Pengaruh Family Empowerment Terhadap Family Support Pada
Keluarga Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo Surabaya**

TIM PENGUSUL

Anis Rosyiatul Husna, S.Kep., Ns., M.Kes (0731108102)

Asri, S.Kep., Ns., M.NS. (0729088604)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2018/2019

HALAMAN PENGESAHAN

PENELITIAN HIBAH INTERNAL

Judul Penelitian : Pengaruh Family Empowerment Terhadap Family Support Pada Keluarga Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo Surabaya

Skema : Penelitian

Jumlah Dana : Rp. 12.000.000

Ketua Penelitian :

a. Nama Peneliti : Anis Rosiyatul Husna, S.Kep., Ns., M.Kes

b. NIDN/NIDK : 0731108102

c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

d. Program Studi : S1 Keperawatan

e. Nomor Hp : 081331175964

f. Alamat Email : anishusna.ners@fik.um-surabaya.ac.id

Anggota Peneliti 1 : Asri S.Kep., Ns., M.NS.

a. Nama Lengkap : 0729088604

b. NIDN : Universitas Muhammadiyah Surabaya

c. Perguruan Tinggi

Anggota Peneliti 2 : Moh Farid Wildani Pusva

a. Nama mahasiswa : 20151660016

b. NIM

Anggota Peneliti 3 : Juwita Suciatiningsih

a. Nama mahasiswa : 20151660017

b. NIM

Surabaya, 15 Juni 2019

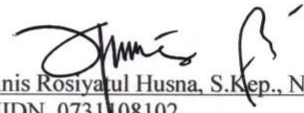
Mengetahui,

Ketua Peneliti

Dekan/Ketua



Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011



Anis Rosiyatul Husna, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN. 0731108102

Menyetujui,
Ketua LP/LPPM



Dr. Sujinah, M.Pd
NIK. 01202196590004

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam.....	i
Lembar Pengesahan	ii
Daftar Isi.....	iii
Daftar Tabel.....	iv
Daftar Gambar	v
Daftar Lampiran.....	vi
Daftar Abstrak	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Hipertensi.....	7
2.1.1 Pengertian Hipertensi	7
2.1.2 Epidemiologi Hipertensi.....	8
2.1.3 Patofisiologi Hipertensi.....	8
2.1.4 Klasifikasi Hipertensi.....	11
2.1.5 Faktor Penyebab Hipertensi.....	12
2.1.6 Gejala Hipertensi	16
2.1.7 Komplikasi Hipertensi.....	17
2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi	18
2.2 Pemberdayaan Keluarga	22
2.2.1 Pengertian Pemberdayaan Keluarga	22
2.2.2 Ruang Lingkup Pemberdayaan Keluarga.....	24
2.2.3 Prinsip Pemberdayaan Keluarga	29
2.2.4 Strategi Pemberdayaan Keluarga.....	30
2.2.5 Pendekatan dan Metode Pemberdayaan Keluarga	31
2.2.6 Tahap-Tahap Pemberdayaan Keluarga	34
2.3 Dukungan Keluarga.....	36
2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga	36
2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga	37
2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga ...	39
2.3.4 Sumber Dukungan Keluarga	41
2.4 Konsep Perilaku	42
2.4.1 Pengertian Perilaku	42
2.4.2 Bentuk-Bentuk Perilaku	42
2.4.3 Domain Perilaku	43
2.4.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku.....	49
BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	
3.1 Tujuan.....	53
3.2 Manfaat	54

BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	53
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling.....	55
4.3 Identifikasi Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	57
4.4 Pengumpulan Data dan Pengolahan Data.....	60
4.4.1 Pengumpulan Data.....	60
4.4.2 Instrumen.....	62
4.4.3 Lokasi Penelitian.....	63
4.4.4 Pengolahan Data.....	63
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	68
5.2 Pembahasan.....	74
BAB 6 RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA	
6.1 Rencana jangka pendek.....	79
6.2 Rencana jangka panjang.....	79
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	79
7.2 Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional Pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga hipertensi di wilayah kerja puskesmas Mojo Surabaya

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Anggaran Biaya Pengeluaran

Lampiran 2. Jadwal Penelitian

**PENGARUH *FAMILY EMPOWERMENT* TERHADAP *FAMILY SUPPORT*
PADA KELUARGA DENGAN HIPERTENSI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MOJO SURABAYA**

Oleh : Anis Rosyiatul Husna., S.Kep., Ns.,M.Kes

Universitas Muhammadiyah Surabaya

ABSTRAK

Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan, khususnya perawatan pada anggota keluarga yang menderita penyakit hipertensi (Osamor & Owumi, 2011). Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan penyakit pada anggota keluarganya. Tidak semua keluarga memiliki *family support* yang baik dalam menghadapi masalah anggota keluarga dengan penyakit hipertensi. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

Penelitian ini menggunakan desain *Pre-experimental design (one group pre-test post-test design)*. Metode *Sampling* menggunakan *Non-probability Sampling* jenis *Purposive Sampling*. Sampel diambil sebanyak 15 keluarga dengan hipertensi. Ada variabel independen (*Family Empowerment*) dan variabel dependent (*Family Support*). Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner dan lembar observasi, kemudian dianalisis menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan tingkat signifikansi $\leq 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan : responden sebelum diberikan intervensi *family empowerment* didapatkan sebagian kecil tergolong *family support* kategori kurang yaitu sebanyak 2 responden (13,3%) namun setelah diberikan intervensi *family empowerment* berubah menjadi kategori cukup sebanyak 2 responden (13,3%). Sedangkan sebagian besar tergolong *family support* kategori cukup yaitu sebanyak 10 responden (66,7%) namun setelah diberikan intervensi *family empowerment* berubah menjadi kategori baik sebanyak 13 responden (86,7%). Dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi. Peneliti berikutnya agar dapat diberikan kelompok kontrol sebagai pembandingan tingkat *family support* pada keluarga dengan hipertensi.

Kata Kunci : *Family Empowerment, Family Support, Hipertensi, Keluarga.*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan, khususnya perawatan pada anggota keluarga yang menderita penyakit, salah satunya penyakit hipertensi (Osamor & Owumi, 2011). Friedman (2010) menjelaskan dukungan atau *support* dari keluarga akan memberikan perasaan berbagi beban, cinta, kemampuan berbicara dan mengungkapkan perasaan kepada keluarga secara terbuka dapat membantu dalam mengatasi masalah. Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan penyakit yang dialami anggota keluarganya. *Family support* atau dukungan keluarga sangatlah penting dalam mengatur gaya hidup yang sehat bagi penderita hipertensi. Tidak semua keluarga memiliki dukungan atau *family support* yang baik dalam menghadapi masalah anggota keluarga dengan penyakit hipertensi. Tidak jarang pada kondisi ini menjadikan penderita dan keluarga jatuh pada kondisi stress. Dalam hal ini dukungan keluarga sangat berpengaruh pada pasien dalam menghadapi penyakitnya, oleh karena itu keluarga harus dilibatkan dalam proses keperawatan pasien hipertensi sehingga keluarga dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mendukung terhadap pengobatan (Setiadi, 2008).

Berdasarkan WHO (World Health Organization) tahun 2013 penyakit kardiovaskular telah menyebabkan 17 juta kematian tiap tahun akibat komplikasi hipertensi yaitu sekitar 9,4 juta tiap tahun di seluruh dunia (A Global Brief on Hypertension, 2013). Presentase penderita hipertensi saat ini paling banyak terdapat di negara berkembang (Kompas, 2013). Prevelensi hipertensi di Indonesia

berdasarkan hasil pengukuran menurut usia >18 tahun sebesar 25,8% didapat melalui kuesioner terdiagnosis tenaga kesehatan adalah 9,4% yang di diagnosis tenaga kesehatan sebesar atau sedang minum obat sebesar 9,5%. Jadi terdapat 0,1% yang minum obat sendiri. Responden yang mempunyai tekanan darah normal tetapi sedang minum obat hipertensi sebesar 0,7%. Jadi prevelensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5% dari 1.027.763 penduduk yang berobat ke Puskesmas di semua wilayah Indonesia. (Kemenkes RI, 2013). Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu provinsi di Indonesia dengan prevalensi hipertensi yang cukup tinggi yaitu sebesar 26,8% (Depkes, 2013).

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada pasien di puskesmas kota Surabaya tahun 2015 diketahui bahwa ada 16,78% penderita hipertensi dari 818.331 pasien di puskesmas kota Surabaya (Dinkes Surabaya, 2015). Data penderita hipertensi yang didapat dari dinas kesehatan di Surabaya tahun 2015 menyebutkan bahwa di Puskesmas Mojo terdapat 4038 pasien yang menderita hipertensi. Sedangkan berdasarkan data yang diambil selama 3 bulan terakhir pada bulan Februari – April 2018 di Puskesmas Mojo diketahui sejumlah 66 orang yang menderita hipertensi, sehingga didapat rata-rata 22 penderita hipertensi setiap bulan yang berobat atau melakukan kontrol rutin di Puskesmas Mojo. Dari hasil wawancara kepada 15 penderita didapat 10 penderita hipertensi mengatakan suasana rumah yang tidak nyaman seperti sering terjadi pertengkaran didalam keluarganya. Dan dari hasil observasi didapatkan 8 keluarga kurang dalam memberi dukungan atau *support* sistem yang optimal pada penderita seperti tidak mendapatkan perhatian, keluarga tidak mendampingi saat berobat dan lain-lain.

Peneliti sebelumnya mengatakan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor penting bagi pasien atau penderita dalam proses pengobatan dan perawatan terhadap penyakit hipertensi. Menurut (Campbell, 2000; Doherty, 1992) dalam (Friedman, Bowden, & Jones, 2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah unsur penting dalam keberhasilan untuk mempertahankan dan menjaga kesehatan setiap individu anggota keluarga. Adapun faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga pada anggotanya seperti latar belakang budaya dan social, ekonomi, pendidikan, spiritual dan emosi yang dapat mempengaruhi keluarga dalam memberikan dukungan secara optimal. Dari beberapa faktor tersebut maka anggota keluarga perlu diberdayakan dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga dan dukungan keluarga agar tidak terjadi kesalahan dalam memberi perawatan pada penderita hipertensi di rumah. Berdasarkan penelitian (Marwansyah, 2010) menjelaskan bahwa upaya pemberdayaan keluarga yang dilakukan selama 1 minggu dengan 3 kali kunjungan berpengaruh dalam meningkatkan peran, dukungan dan kemampuan keluarga dalam melakukan tugas seperti mengidentifikasi masalah, mengambil keputusan, memberi perawatan, mempertahankan lingkungan serta menggunakan fasilitas kesehatan dalam upaya perawatan dan pengobatan pada anggota keluarga yang menderita penyakit.

Family empowerment adalah merupakan suatu proses atau upaya untuk menumbuhkan kesadaran dan kemauan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Peningkatan pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memberi dukungan serta memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari pemberdayaan kesehatan yang selanjutnya menimbulkan kemauan atau kehendak untuk melaksanakan tindakan

kesehatan sehingga keluarga dapat melaksanakan tindakan untuk berperilaku sehat. Melalui pemberdayaan keluarga yang merupakan upaya persuasi diharapkan keluarga mau melakukan dukungan serta tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan dalam memberi dukungan serta pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan didasarkan pada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran, sehingga perilaku tersebut diharapkan dapat berlangsung lama dan menetap karena didasari dengan kesadaran (Wahyudin, 2012). Berdasarkan uraian tersebut peneliti bertujuan untuk menganalisis pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah ada pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya ?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga (*family support*) sebelum dilakukan pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

2. Mengidentifikasi dukungan keluarga (*family support*) setelah dilakukan pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.
3. Menganalisis pengaruh pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) terhadap dukungan keluarga (*family support*) pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi untuk meningkatkan dukungan keluarga bagi keluarga dengan hipertensi.
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai dukungan keluarga dengan hipertensi agar mampu mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam keperawatan keluarga untuk memberikan penyuluhan kesehatan terkait pentingnya meningkatkan dukungan keluarga di masyarakat agar penderita hipertensi tidak mengalami komplikasi ataupun kematian.

2. Bagi petugas kesehatan

Sebagai acuan dalam proses perbaikan program-program kesehatan untuk menghindari terjadinya komplikasi dan kematian akibat hipertensi khususnya di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

3. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang keluarga dengan penyakit hipertensi.

4. Bagi penderita hipertensi

Dengan penelitian ini penderita dapat menambah pengetahuannya tentang hipertensi dalam kehidupan sehari-hari dan dapat meningkatkan motivasi untuk memeriksakan diri dalam berobat.

5. Keluarga penderita hipertensi

Memberikan informasi dan saran bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan pada penderita hipertensi dan memberikan *family support* untuk memotivasi penderita dalam memeriksakan diri berobat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hipertensi

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Kata hipertensi berasal dari kata “hyper” yang berarti lebih dan “tension” yang berarti tekanan. Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan diastoliknya di atas 90 mmHg (Smeltzer dan Bare, 2001 dalam Ahmad, 2009). Menurut WHO (World Health Organization), batas normal adalah 120-140 mmHg sistolik dan 80-90 mmHg diastolik. Jadi seseorang disebut mengidap hipertensi jika tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 95 mmHg, dan tekanan darah perbatasan bila tekanan darah sistolik antara 140 mmHg- 160 mmHg dan tekanan darah diastolik antara 90 mmHg-95 mmHg (Poerwati, 2008). Sedangkan menurut lembaga-lembaga kesehatan nasional (The National Institutes of Health) mendefinisikan hipertensi sebagai tekanan sistolik yang sama atau di atas 140 dan tekanan diastolik yang sama atau di atas 90 (Diehl, 2008). Hipertensi dibagi menjadi dua, yaitu hipertensi tingkat 1 dan hipertensi tingkat 2. Ketentuan tersebut berlaku bagi orang dewasa (diatas umur 18 tahun) dan kelompok lanjut usia (Garnadi, 2012).

Tekanan darah adalah suatu tenaga yang digunakan atau dipakai oleh darah yang dipompa dari jantung ke seluruh jaringan tubuh melalui pembuluh darah. Tekanan darah sifatnya tidak tetap dan dapat berubah-ubah sesuai dengan aktifitas

tubuh maupun keadaan psikologis seseorang, pada saat aktifitas meningkat atau dalam suasana stress tekanan darah akan meningkat, sebaliknya dalam suasana istirahat, santai atau rileks tekanan darah akan menurun. Sebagai contoh pada malam hari tekanan darah cenderung turun, sedangkan disepanjang siang hari akan naik. Apabila tekanan darah selalu tinggi dalam situasi apapun dalam waktu lama, seseorang dapat dikatakan menderita tekanan darah tinggi (Soenanto, 2009).

2.1.2 Epidemiologi Hipertensi

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah yang memberikan gejala berlanjut untuk suatu target organ, seperti stroke untuk otak, penyakit jantung koroner untuk pembuluh darah jantung dan untuk otot jantung. Penyakit ini telah menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat yang ada di Indonesia maupun di beberapa negara yang ada di dunia (Armilawaty, 2009). Semakin meningkatnya populasi usia lanjut maka jumlah pasien dengan hipertensi kemungkinan besar juga akan bertambah (Yogiantoro, 2008). Diperkirakan sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terutama di negara berkembang tahun 2025 dari sejumlah 639 juta kasus di tahun 2000, di perkirakan menjadi 1,115 milyar kasus di tahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi saat ini dan pertambahan penduduk saat ini (Armilawaty, 2009).

2.1.3 Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh *Angiotensin I Converting Enzyme* (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. oleh ACE yang

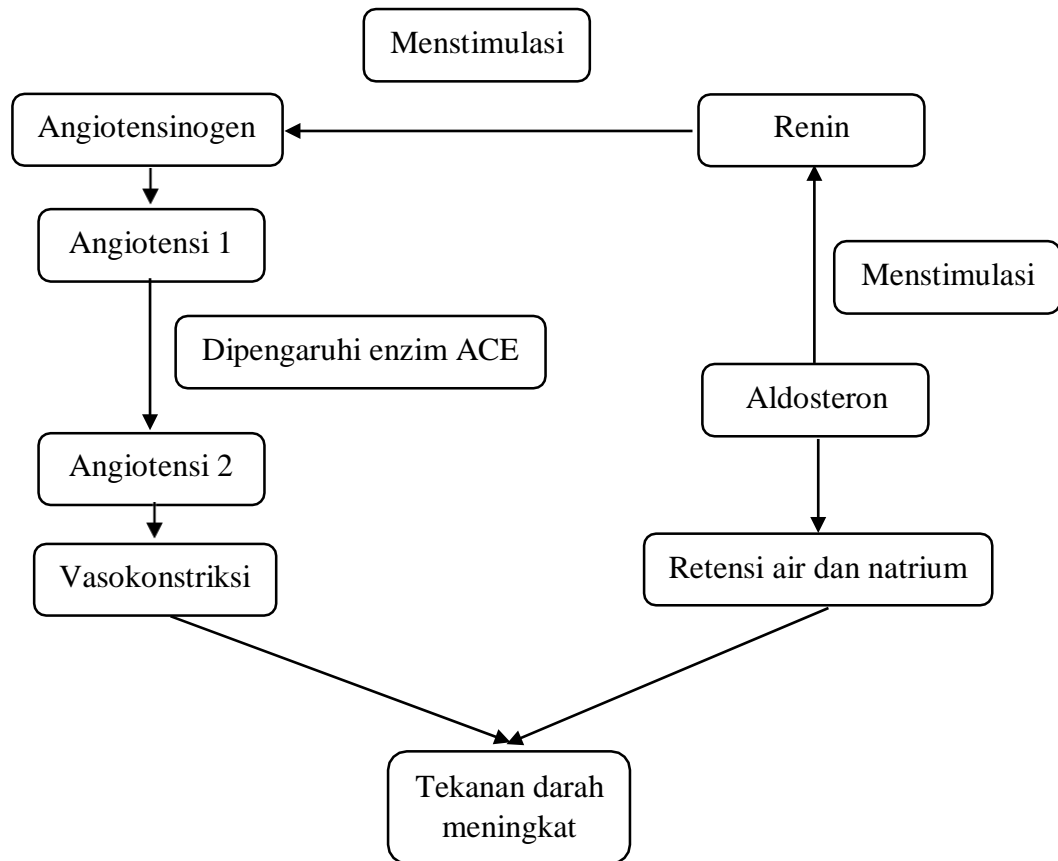
terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama I (Guyton and Hall, 2014).

Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormone antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolaritasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah (Guyton and Hall, 2014).

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume tekanan darah. Patogenesis dari hipertensi esensial merupakan multifaktorial dan sangat kompleks (Guyton and Hall, 2014).

Faktor-faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang adekuat meliputi mediator hormon, latihan vaskuler, volume sirkulasi darah, kaliber vaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas pembuluh darah dan stimulasi neural. Patogenesis hipertensi esensial dapat dipicu oleh beberapa

faktor meliputi faktor genetik, asupan garam dalam diet, tingkat stress dapat berinteraksi untuk memunculkan gejala hipertensi (Yogiantoro, 2008).



Gambar 2.1: Kendali system rennin-angiotensi dan system saraf pusat terhadap dilatasi dan konstriksi pembuluh darah

2.1.4 Klasifikasi hipertensi

1. Klasifikasi hipertensi untuk orang dewasa berdasarkan JNC

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi derajat I	140-159	90-99
Hipertensi derajat II	160-179	100-109
Hipertensi derajat III	≥ 180	≥ 110

Tabel 2.1: Klasifikasi hipertensi (untuk orang dewasa) berdasarkan JNC VIII.

2. Klasifikasi Hipertensi berdasarkan WHO dan International Society of Hypertension Working Group (ISHWG)

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal Tinggi	130-139	85-89
Tingkat 1 (Hipertensi Ringan)	140-159	90-99
Sub-group: perbatasan	140-149	90-94
Tingkat 2 (Hipertensi Sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (Hipertensi Berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistol terisolasi (Isolated systolic hypertension)	≥ 140	< 90
Sub-group: perbatasan	140-149	< 90

Tabel 2.2: Klasifikasi hipertensi menurut WHO dan ISHWG

3. Klasifikasi hipertensi berdasarkan Perhimpunan Hipertensi Indonesia

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tahap 1	140-159	90-99
Hipertensi Tahap 2	\geq 160-179	\geq 100
Hipertensi sistol terisolasi	\geq 140	< 90

Tabel Tabel 2.3: Klasifikasi hipertensi berdasarkan Perhimpunan Hipertensi Indonesia

Menurut Perhimpunan Hipertensi Indonesia (InaSH) untuk menegakkan diagnosa hipertensi perlu dilakukan pengukuran tekanan darah minimal 2 kali dengan jarak 1 minggu bila tekanan darah kurang dari 160/100 mmHg.

2.1.5 Faktor Penyebab Hipertensi

1. Hipertensi Primer

Hipertensi yang terjadi tanpa adanya kondisi atau penyakit penyebab disebut sebagai hipertensi primer. Berdasarkan penelitian, sebagian besar masyarakat mengidap hipertensi jenis ini meskipun tidak disebabkan adanya kondisi atau penyakit lain, tetapi ada beberapa faktor resiko yang menjadi penyebab gangguan kemampuan tubuh untuk mengatur tekanan darah (Garnadi, 2012). Faktor resiko adalah faktor–faktor atau keadaan-keadaan yang mempengaruhi perkembangan suatu penyakit atau status kesehatan. Istilah mempengaruhi disini mengandung pengertian menimbulkan risiko lebih besar pada individu atau masyarakat untuk terjangkitnya suatu penyakit

atau terjadinya status kesehatan tertentu (Bustan, 2007). Faktor resiko tersebut terdiri dari sebagai berikut :

a. Faktor Keturunan

Seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi. Pada 70-80 kasus hipertensi esensial didapatkan juga riwayat hipertensi pada orang tua mereka. Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium Individu dengan orang tua menderita hipertensi daripada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.

b. Faktor Usia

Insidensi hipertensi meningkat seiring dengan penambahan umur. Pasien yang berumur di atas 60 tahun, 50 – 60 % mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya. Sebagai suatu proses degeneratif, hipertensi tentu hanya ditemukan pada golongan dewasa (Bustan, 2007). Ditemukan kecenderungan peningkatan prevalensi menurut peringkatan usia dan biasanya pada usia > 40 tahun. Umur mempengaruhi terjadinya hipertensi. Bertambahnya umur maka risiko terkena hipertensi menjadi lebih besar sehingga prevalensi hipertensi di kalangan usia lanjut cukup tinggi, yaitu sekitar 40% dengan kematian sekitar di atas 65 tahun. Pada usia lanjut hipertensi ditemukan hanya berupa kenaikan tekanan diastolik sebagai bagian tekanan yang lebih tepat dipakai dalam menentukan

ada tidaknya hipertensi. Progresifitas hipertensi dimulai dari prehipertensi pada pasien umur 10-30 tahun (dengan meningkatnya curah jantung) kemudian menjadi hipertensi dini pada pasien umur 20-40 tahun (dimana tahanan perifer meningkat) kemudian menjadi hipertensi pada umur 30- 50 tahun dan akhirnya menjadi hipertensi dengan komplikasi pada usia 40-60 tahun (Sharma, 2008).

c. Stress

Hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui saraf simpatis yang dapat meningkatkan tekanan darah secara intermiten. Apabila stres berlangsung lama dapat mengakibatkan peninggian tekanan darah yang menetap. Meskipun dapat dikatakan bahwa stress emosional benar-benar meningkatkan tekanan darah untuk jangka waktu yang singkat, reaksi tersebut lenyap kembali seiring dengan menghilangnya penyebab stress tersebut. Hanya jika stress menjadi permanen, dan tampaknya tidak ada jalan untuk mengatasinya atau menghindarinya, maka organ yang demikian akan mengalami hipertensi sedemikian terus-menerus sehingga stress menjadi resiko (Armilawaty, 2007).

d. Obesitas

Berat badan merupakan faktor determinan pada tekanan darah pada kebanyakan kelompok etnik di semua umur. Menurut National Institutes for Health USA (NIH, 1998), prevalensi tekanan darah tinggi pada orang dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) >30 (obesitas) adalah 38% untuk pria dan 32% untuk wanita, dibandingkan dengan prevalensi 18% untuk pria dan 17%

untuk wanita bagi yang memiliki IMT <25 (status gizi normal menurut standart internasional) (Cortas, 2008).

Menurut Hull (2007) perubahan fisiologis dapat menjelaskan hubungan antara kelebihan berat badan dengan tekanan darah, yaitu terjadinya resistensi insulin dan hiperinsulinemia, aktivasi saraf simpatis dan sistem reninangiotensin, dan perubahan fisik pada ginjal. Peningkatan konsumsi energi juga meningkatkan insulin plasma, dimana natriuretik potensial menyebabkan terjadinya reabsorpsi natrium dan peningkatan tekanan darah secara terus menerus (Cortas, 2008).

e. Pola makan tidak sehat

Pola makan tidak sehat merupakan salah satu faktor resiko timbulnya penyakit pembuluh darah dan hipertensi. Pola makan yang dimaksud adalah pola makan tinggi asupan garam, tinggi asupan lemak jenuh, tinggi kolestrol, tinggi natrium, dll. Apabila kemampuan tubuh untuk pembuangan natrium terganggu, maka asupan natrium yang tinggi akan meningkatkan darah.

f. Kurangnya Aktifitas fisik

Aktifitas fisik dapat menjaga tubuh tetap sehat, meningkatkan mobilitas, menghindari faktor risiko tulang keropos, dan mengurangi stres. Penelitian membuktikan bahwa orang yang berolahraga memiliki faktor risiko lebih rendah untuk menderita penyakit jantung, tekanan darah tinggi, dan kolesterol tinggi. Orang yang aktivitasnya rendah berisiko terkena hipertensi 30- 50% daripada yang aktif. Oleh karena itu, latihan fisik antara 30-45 menit sebanyak >3x/hari penting sebagai pencegahan primer dari hipertensi (Cortas, 2008). Salah satu bentuk latihan fisik adalah dengan

berolahraga. Prinsip terpenting dalam olahraga bagi orang yang menderita hipertensi adalah mulai dengan olahraga ringan yang dapat berupa jalan kaki ataupun berlari-lari kecil. Program latihan fisik yang didesain untuk meningkatkan kemampuan fisik dan menjaga kesehatan dibuat berdasarkan rumus FIT. Pengukurannya didasarkan pada tiga hal yaitu frekuensi (seberapa sering misalnya berapa hari dalam seminggu), intensitas (seberapa berat latihan yang dilakukan apakah ringan, sedang, atau sangat aktif), dan time yaitu berapa lama misalnya sebulan untuk masing-masing sesi.

2. Hipertensi Sekunder

Hanya sedikit kasus hipertensi yang terdeteksi akibat penyakit atau kondisi tertentu, misalnya hipertensi dikarenakan adanya komplikasi penyakit ginjal, kelainan hormone (penyakit endokrin), penyakit jantung, dan penyakit pembuluh darah. Penanganan pada pengidap hipertensi sekunder tidak hanya menurunkan tekanan darah, tetapi harus disertai dengan terapi kondisi atau terapi penyakit penyebab.

2.1.6 Gejala Hipertensi

Pada sebagian penderita hipertensi tidak menimbulkan gejala yang khusus. Namun banyak beberapa gejala yang dipercaya berhubungan dengan hipertensi. Gejala yang dimaksud seperti sakit kepala, perdarahan pada hidung (mimisan), migren, mata berkunang-kunang, sakit pada tengkuk, dan kelelahan. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala seperti sakit kepala, kelelahan, mual, muntah, sesak napas, gelisa, pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal. Kadang-kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan

koma karena terjadi pembengkakan otak. Keadaan ini disebut *ensefalopati hipertensif* yang memerlukan penanganan segera. Hipertensi tidak memiliki gejala khusus yang langsung mengacu pada penyakit tersebut. Oleh karena itu deteksi dini terhadap hipertensi sangatlah penting (Susilo & Wulandari, 2011).

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

1. Arteriosklerosis

Orang yang menderita hipertensi kemungkinan besar akan menderita arteriosklerosis. Arteriosklerosis merupakan suatu penyakit pada dinding pembuluh darah yakni lapisan dalamnya menjadi tebal karena timbunan lemak yang dinamakan plaque atau suatu endapan keras yang tidak normal pada dinding arteri. Pembuluh darah mendapat pukulan paling berat, jika tekanan darah terus menerus tinggi dan berubah, sehingga saluran darah tersebut menjadi sempit dan aliran darah menjadi tidak lancar.

2. Penyakit Jantung

Penyumbatan pembuluh darah dapat menyebabkan gagal jantung. Hal ini terjadi karena pada penderita hipertensi kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan menyesuaikan sehingga terjadi pembengkakan jantung dan semakin lama otot jantung akan mengendor serta berkurang elastisitasnya. Akhirnya jantung tidak mampu lagi memompa dan menampung darah dari paru-paru sehingga banyak cairan tertahan di paru-paru maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak nafas. Kondisi ini disebut gagal jantung (Sutanto, 2010).

3. Penyakit Ginjal

Penyakit tekanan darah tinggi dapat menyebabkan pembuluh darah pada ginjal mengerut sehingga aliran zat-zat makanan menuju ginjal terganggu dan mengakibatkan kerusakan sel-sel ginjal. Jika hal ini terjadi secara terus menerus maka sel-sel ginjal tidak bisa berfungsi lagi. Apabila tidak segera diatasi maka akan menyebabkan kerusakan parah pada ginjal yang disebut sebagai gagal ginjal terminal (Sutanto, 2010).

2.1.8 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi dapat dilakukan dengan dua jenis yaitu:

- a. Penatalaksanaan Farmakologis
 1. Diuretik Obat-obatan jenis ini bekerja dengan cara mengeluarkan cairan tubuh melalui urin. Dengan demikian, volume cairan dalam tubuh berkurang sehingga daya pompa jantung lebih ringan (Dalimartha et al, 2008). Menurut Hayens (2009), diuretik menurunkan tekanan darah dengan cara mengurangi jumlah air dan garam di dalam tubuh serta melonggarkan pembuluh darah. Sehingga tekanan darah secara perlahan-lahan mengalami penurunan. Selain itu, jumlah garam di dinding pembuluh darah menurun sehingga menyebabkan vasodilatasi. Kondisi ini membantu tekanan darah menjadi normal kembali.
 2. Penghambat adrenergik (β -bloker) Mekanisme kerja antihipertensi obat ini adalah melalui penurunan daya pompa jantung. Jenis beta bloker tidak dianjurkan pada penderita yang

telah diketahui mengidap gangguan pernapasan seperti asma bronkial (Lenny, 2008). Pemberian β -bloker tidak dianjurkan pada penderita gangguan pernapasan seperti asma bronkial karena pada pemberian β -bloker dapat menghambat reseptor β 2 di jantung lebih banyak dibandingkan reseptor β 2 di tempat lain. Penghambatan β 2 ini dapat membuka pembuluh darah dan saluran udara (bronki) yang menuju ke paru-paru. Sehingga penghambatan β 2 dari aksi pembukaan ini dengan β -bloker dapat memperburuk penderita asma (Hayens, 2009).

3. Vasodilator Agen vasodilator bekerja langsung pada pembuluh darah dengan merelaksasi otot pembuluh darah. Contoh yang termasuk obat jenis vasodilator adalah prasosin dan hidralasin. Kemungkinan yang akan terjadi akibat pemberian obat ini adalah sakit kepala dan pusing (Dalimartha et al, 2008).
4. Penghambat enzim konversi angiotensin (ACE inhibitor) Obat ini bekerja melalui penghambatan aksi dari sistem renin-angiotensin. Efek utama ACE inhibitor adalah menurunkan efek ACE. Kondisi ini akan menurunkan perlawanan pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah (Hayens, 2009).
5. Antagonis Kalsium Antagonis kalsium adalah sekelompok obat yang berkerja mempengaruhi jalan masuk kalsium ke sel-sel dan mengendurkan otot-otot di dalam dinding pembuluh darah sehingga menurunkan perlawanan terhadap aliran darah dan tekanan darah. Antagonis kalsium bertindak sebagai vasodilator

(Hayens, 2009). Golongan obat ini menurunkan daya pompa jantung dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas). Yang termasuk golongan obat ini adalah nifedipin, diltiazem dan verapamil. Efek samping yang mungkin timbul adalah sembelit, pusing, sakit kepala dan muntah (Lenny, 2008).

b. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Menurut Dalimartha et al (2008), upaya pengobatan hipertensi dapat dilakukan dengan pengobatan non farmakologis, termasuk mengubah gaya hidup yang tidak sehat. Menerapkan gaya hidup sehat bagi setiap orang sangat penting untuk mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang penting dalam penanganan hipertensi (Ditjen Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan, 2006). Penatalaksanaan non farmakologis hipertensi antara lain:

1. Menurunkan faktor risiko yang menyebabkan aterosklerosis seperti berhenti merokok, pengurangan asupan makanan berlemak, dan mengurangi asupan alkohol.
2. Meningkatkan olahraga dan aktifitas fisik seperti jogging dan berenang. Dianjurkan untuk olahraga teratur, minimal 3 kali seminggu, dengan demikian dapat menurunkan tekanan darah walaupun berat badan belum tentu turun. Olahraga dapat menimbulkan perasaan santai dan mengurangi berat badan sehingga dapat menurunkan tekanan darah.

3. Perubahan pola makan
 - a) Mengurangi asupan garam dengan memperbanyak makanan segar, mengurangi makan yang diproses, dan memilih produk dengan kandungan natrium rendah.
 - b) Diet rendah lemak jenuh yang dapat dilakukan dengan meningkatkan konsumsi lemak tidak jenuh secukupnya yang berasal dari minyak sayuran, biji-bijian dan makanan lain yang bersumber dari tanaman.
 - c) Memperbanyak konsumsi sayuran, buah-buahan dan susu rendah lemak. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa beberapa mineral bermanfaat mengatasi hipertensi. Kalium dibuktikan erat kaitannya dengan penurunan tekanan darah arteri dan mengurangi risiko terjadinya stroke. Selain itu, mengkonsumsi kalsium dan magnesium bermanfaat dalam penurunan tekanan darah. Banyak konsumsi sayursayuran dan buah-buahan yang mengandung banyak mineral dapat mengatasi hipertensi.
4. Menghilangkan stres. Stres menjadi masalah bila tuntutan dari lingkungan sudah melebihi kemampuan kita untuk mengatasinya. Perubahan pola hidup dengan membuat perubahan dalam kehidupan rutin sehari-hari dapat meringankan beban stres.

2.2 Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*)

2.2.1 Pengertian Pemberdayaan Keluarga (*Family Empowerment*)

Pemberdayaan berasal dari kata “daya” yang mendapatkan awalan ber- yang menjadi kata “berdaya” artinya memiliki atau mempunyai daya. Daya artinya kekuatan, berdaya artinya memiliki kekuatan. Pemberdayaan artinya membuat sesuatu menjadi berdaya atau mempunyai daya atau mempunyai kekuatan.

Pemberdayaan dalam bahasa Indonesia merupakan terjemahan *empowerment* dalam bahasa Inggris. Pemberdayaan sebagai terjemahan dari *empowerment* menurut Merrian Webster dalam *Oxford English Dicteonary* mengandung dua pengertian :

1. *To give ability or enable*, yakni meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pelaksanaan berbagai kebijakan dan program pembangunan, agar kehidupan masyarakat dapat mencapai tingkat kemampuan yang diharapkan.
2. *To give authority*, yakni meningkatkan kemandirian masyarakat melalui pemberian wewenang secara proposional kepada masyarakat dalam pengambilan keputusan dalam rangka membangun diri dan lingkungannya secara mandiri.

Sedangkan pengertian keluarga sangat variatif sesuai orientasi teori yang menjadi dasar pendefinisiannya. Keluarga berasal dari bahasa sansekerta (*kula* dan *warga*) *kulawarga* yang berarti anggota kelompok kerabat (Padila, 2012). Teori lain menjelaskan keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan, emotional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 2012).

Pengertian Keluarga secara Struktural: Keluarga didefinisikan berdasarkan kehadiran atau ketidakhadiran anggota keluarga, seperti orang tua, anak, dan kerabat lainnya. Definisi ini memfokuskan pada siapa yang menjadi bagian dari keluarga. Dari perspektif ini dapat muncul pengertian tentang keluarga sebagai asal-usul (*families of origin*), keluarga sebagai wahana melahirkan keturunan (*families of procreation*), dan keluarga batih (*extended family*).

Pengertian Keluarga secara Fungsional: Keluarga didefinisikan dengan penekanan pada terpenuhinya tugas-tugas dan fungsi-fungsi psikososial. Fungsi-fungsi tersebut mencakup perawatan, sosialisasi pada anak, dukungan emosi dan materi, dan pemenuhan peran-peran tertentu. Definisi ini memfokuskan pada tugas-tugas yang dilakukan oleh keluarga.

Pengertian Keluarga secara Transaksional: Keluarga didefinisikan sebagai kelompok yang mengembangkan keintiman melalui perilaku-perilaku yang memunculkan rasa identitas sebagai keluarga (*family identity*), berupa ikatan emosi, pengalaman historis, maupun cita-cita masa depan. Definisi ini memfokuskan pada bagaimana keluarga melaksanakan fungsinya.

Dari beberapa pengertian para ahli di atas dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan keluarga adalah merupakan suatu proses atau upaya untuk menumbuhkan kesadaran dan kemauan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Adapun tujuan dari pemberdayaan keluarga adalah :

1. Meningkatkan pengetahuan seluruh anggota keluarga dalam bidang kesehatan.

2. Meningkatnya kemampuan seluruh keluarga dalam pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya sendiri.
3. Keluarga mampu mengenali, memelihara, melindungi, meningkatkan kualitas kesehatannya, termasuk jika sakit, dan memperoleh pelayanan kesehatan tanpa mengalami kesulitan dalam pembiayaannya.

2.2.2 Ruang Lingkup Pemberdayaan Keluarga

Ruang lingkup substansi pemberdayaan keluarga meliputi berbagai wilayah dan ranah utama terkait kehidupan keluarga (Sunarti, 2008) yang terdiri dari:

1. Ketahanan Keluarga

Pemberdayaan keluarga meningkatkan pendekatan pada peningkatan pengetahuan, kesadaran serta kapasitas keluarga dalam kaitannya dengan kondisi dinamik suatu keluarga yang harus memiliki keuletan dan ketangguhan serta kemampuan secara fisik-material dan psikis mental spiritual guna hidup mandiri, mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dan meningkatkan kesejahteraan lahir dan bathin.

2. Keberfungsian Peran, dan Tugas Keluarga

Pemberdayaan keluarga menekankan pada peningkatan potensi dan kapasitas keluarga dalam memenuhi fungsinya. Agar fungsi keluarga berada pada kondisi optimal, perlu peningkatan fungsionalisasi dan struktur yang jelas, yaitu suatu rangkaian peran dimana keluarga sebagai ruang lingkup sistem sosial terkecil. Peran keluarga merupakan kunci utama keberhasilan fungsi keluarga. Tugas dasar keluarga meliputi:

- a. Penyediaan Kebutuhan Dasar Anggota Keluarga
- b. Melakukan tugas masing-masing dengan baik

Sedangkan peran utama keluarga untuk keefektifan fungsi keluarga

yaitu:

- a. Penyediaan sumber daya yang dibutuhkan keluarga untuk tumbuh dan berkembang
- b. Dukungan, pengasuhan, dan kasih sayang
- c. Pengembangan keterampilan hidup
- d. Pemeliharaan dan pengelolaan sistem keluarga
- e. Kepuasan seksual suami-istri

3. Sumber Daya Keluarga

Bermakna sebagai sumber kekuatan, potensi dan kemampuan untuk mencapai suatu manfaat maupun tujuan. Sumber daya merupakan aset berupa sumber daya ekonomi, potensi manusia, karakter pribadi, kualitas lingkungan, sumber daya alam dan fasilitas untuk masyarakat. Ditinjau dari sudut pandang ekonomi, pemberdayaan masyarakat merupakan alat atau bahan yang tersedia dan diketahui fungsinya untuk memenuhi kebutuhan atau tujuan keluarga. Sumber daya manusia meliputi keahlian, bakat, dan kemampuan yang dimiliki oleh seseorang. Sumber daya material berhubungan dengan fenomena alam seperti tanah subur, sungai, minyak bumi dan lain-lain.

Jadi, sumber daya keluarga dapat diartikan sebagai apa yang dimiliki dan dikuasai individu dalam keluarga baik bersifat fisik material maupun non fisik, dapat diukur maupun tidak, sumber daya manusia, sumber daya ekonomi, maupun lingkungan di sekitar keluarga untuk mencapai tujuan keluarga itu sendiri yaitu memenuhi seluruh kebutuhannya.

4. Pengelolaan Masalah dan Stress Keluarga

Topologi dan persepsi keluarga terhadap stress serta mekanisme koping keluarga menentukan kemungkinan timbulnya stress di dalam sebuah keluarga. Fungsi pemberdayaan keluarga dapat meningkatkan tipologi efektif, cara pandang yang baik terhadap stress dan meningkatkan kemampuan koping serta memperbanyak alternatif pilihan koping strategi dalam keluarga untuk menghindari munculnya krisis akibat stress pada keluarga.

5. Interaksi dan Komunikasi Keluarga

Interaksi keluarga dapat dipandang melalui beberapa pendekatan, diantaranya adalah pendekatan sistem yang meliputi husband-wife dan parent-child interaction, sibling interaction, dan intergeneration interaction. Interaksi keluarga dipandang sebagai proses yang akan memengaruhi kualitas hidup seseorang yang meliputi kesejahteraan, karakter pribadi dan keberhasilan hidup yang pada akhirnya mempengaruhi dan dipengaruhi oleh system sosial yang lebih luas. Komunikasi merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia karena harga diri, rasa hormat, rasa percaya diri yang dibangun berdasarkan komunikasi yang efektif. Komunikasi dilakukan dengan menyatakan kebutuhan satu pihak dan mendengarkan kebutuhan pihak lain karena komunikasi merupakan penggunaan bersama suatu bahasa disertai proses saling berbagi informasi untuk mencapai pengertian dan pemahaman yang sama.

6. Kelentingan Keluarga

Diartikan sebagai kemampuan keluarga untuk merespon secara positif terhadap situasi yang kurang baik terhadap keluarga sehingga akan menimbulkan perasaan kuat perasaan kuat, tahan dan bahkan situasi dimana keluarga merasa lebih berdaya dan lebih percaya diri. Kelentingan keluarga dialami ketika anggota keluarga menunjukkan perilaku seperti percaya diri, kerja keras, kerjasama, dan memaafkan. Hal tersebut merupakan faktor yang menolong keluarga agar dapat menghadapi stresor sepanjang siklus kehidupannya.

7. Perkembangan Keluarga

Hal ini menekankan pada pengetahuan dan kesadaran pada tahap perkembangan keluarga, dimana setiap tahap perkembangan memiliki tugas perkembangannya serta berpotensi menghadapi periode kritisnya, yang manakala keluarga tidak mampu menyelesaikan atau menghindari periode kritis tersebut, maka akan menyebabkan keretakan atau kehancuran keluarga. Pengetahuan perkembangan dan periode kritis pada setiap tahap keluarga dapat digunakan untuk memprediksikan kerentanan serta penetapan kebijakan dan program keluarga.

8. Ekologi Keluarga

Membahas hubungan timbal balik keluarga sebagai ekosistem dengan lingkungannya baik lingkungan alam maupun lingkungan sosial yang diimplementasikan melalui proses pemaknaan, penerimaan, pengambilan keputusan, dan jarak dengan lingkungan sekitar.

9. Arah Perkembangan Kehidupan Keluarga

Membahas kehidupan keluarga yang senantiasa mengalami perubahan seiring dengan perkembangan ekonomi (infrastruktur ekonomi, perdagangan, transportasi, perkembangan wilayah) dan sosial (pelayanan pendidikan dan kesehatan) serta pergeseran budaya seiring perkembangan ilmu pengetahuan teknologi dan informasi. Demikian halnya dengan semakin dinamisnya mobilitas penduduk dan mobilitas sosial yang juga berpengaruh terhadap pengambilan keputusan keluarga. Beberapa fenomena kehidupan keluarga terkait perkembangan sosial ekonomi diantaranya adalah menurunnya jumlah anggota keluarga, perubahan keberfungsian, dan semakin tingginya perempuan yang bekerja di sector public yang menyebabkan besarnya kebutuhan bantuan dan dukungan sosial terhadap keluarga. Sementara di sisi lain urbanisasi dan migrasi menyebabkan semakin besarnya jumlah keluarga inti yang jauh dari keluarga luasnya, menyebabkan terbatasnya dukungan dan bantuan keluarga besar terhadap keluarga inti.

Berbagai issue kehidupan keluarga terkait perubahan sosial ekonomi masyarakat diantaranya adalah perubahan pola manajemen keuangan keluarga, pola pengambilan keputusan, nilai anak dan pola pengasuhan anak, pergeseran fungsi suami istri di sector public dan domestic, dukungan sosial terhadap keluarga, pola komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga, manajemen stress keluarga, krisis keluarga, dan perceraian. Terdapat perubahan nilai pada anak di mata orang tua. Anak diharapkan lebih berprestasi dan mandiri lebih awal. Dengan semakin pesatnya perkembangan media massa, berdampak terhadap pengetahuan keluarga akan kehidupan

keluarga itu sendiri. Terdapat perubahan nilai ayah dan ibu yang dikategorikan baik. Keluarga menjadi lebih terpapar informasi dan pengetahuan mengenai fungsi dan peran keluarga serta pemahaman yang lebih baik mengenai tahapan perkembangan keluarga.

2.2.3 Prinsip Pemberdayaan Keluarga

Agar tujuan pemberdayaan keluarga dapat tercapai, maka perlu memperhatikan beberapa prinsip penting pemberdayaan keluarga. Beberapa prinsip penting (Sunarti, 2008) tersebut yaitu:

1. Pemberdayaan keluarga hendaknya tidak memberikan bantuan atau pendampingan yang bersifat *charity* yang akan mendatangkan ketergantungan dan melemahkan, melainkan bantuan, pendampingan, dan atau pelatihan yang mempromosikan *self reliance* dan meningkatkan kapasitas sasaran pemberdayaan (Sunarti, 2007).
2. Hendaknya menggunakan metode pemberdayaan yang menjadikan pihak yang dibantu/dibina/didamping menjadi lebih kuat melalui latihan daya tahan, dan menghadapi masalah.
3. Meningkatkan partisipasi yang membawa pihak yang diberdayakan meningkat kapasitasnya.
4. Menjadikan pihak yang diberdayakan mengambil kontrol penuh, pengambilan keputusan penuh, dan tanggung jawab penuh untuk melakukan kegiatan yang akan membawanya menjadi lebih kuat.

2.2.4 Strategi Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga hendaknya dilakukan dengan memperhatikan beberapa strategi utama, (Sunarti, 2008) diantaranya adalah :

1. Holistik

Strategi yang memperhatikan berbagai dimensi kehidupan keluarga; fungsi keluarga, peran, dan tugas keluarga, serta memperhatikan tahap perkembangan kehidupan keluarga.

2. Sinergistik

Strategi yang memperhatikan dan menempatkan kegiatan pemberdayaan keluarga diantara program keluarga atau program kemasyarakatan lainnya yang dilaksanakan oleh berbagai pihak baik oleh pemerintah maupun non pemerintah , agar saling mendukung, menguatkan, dan saling melengkapi

3. Arus-utama : kemandirian dan ketahanan keluarga

Strategi pemberdayaan adalah mendorong kemandirian dan menguatkan ketahanan keluarga.

4. Fokus : proses - perubahan

Strategi ini menekankan bahwa pemberdayaan adalah sebuah proses, oleh karenanya perlu member ruang dan memasukkan perjalanan proses dalam perencanaan, serta memastikan agar proses perubahan tersebut dilalui sampai tujuan tercapai.

5. Meningkatkan partisipasi dan menggunakan pendekatan pendidikan orang dewasa

6. Memanfaatkan dan atau meningkatkan kapasitas kelembagaan lokal agar perubahan lebih mengakar untuk menjamin keberlanjutan dan kelangsungannya

7. Memanfaatkan dan mengoptimalkan potensi local

Pemberdayaan ekonomi keluarga hendaknya memanfaatkan potensi lokal yang bertujuan memberi nilai tambah serta meningkatkan potensi ekonomi wilayah.

8. Kepedulian – kemitraan

Strategi ini memperhatikan aspek utama dalam proses pembangunan yaitu kepedulian, serta meningkatkan kemitraan untuk mendorong perubahan yang lebih luas.

9. Keberlanjutan (sustainability)

Strategi yang memperhatikan keberlanjutan program, mengingat perubahan sosial membutuhkan waktu yang lama dan panjang

2.2.5 Pendekatan dan Metode Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga dapat menggunakan dua pendekatan. Pertama adalah pendekatan berbasis memperbaiki kekurangan atau kelemahan. Pendekatan yang kedua adalah pendekatan berbasis menguatkan keunggulan. Pemberdayaan keluarga yang menggunakan pendekatan pertama biasanya berkaitan dengan permasalahan umum keluarga seperti masalah komunikasi dan interaksi, masalah hubungan suami-istri, masalah pengasuhan, masalah penanganan stress, dan masalah hubungan keluarga dengan lingkungan social. Sementara itu, pemberdayaan keluarga dengan menggunakan pendekatan kedua umumnya untuk meningkatkan ekonomi keluarga, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Pemberdayaan ekonomi keluarga secara langsung umumnya berupa pelatihan atau pendampingan bagi keluarga yang telah memiliki usaha atau rintisan usaha untuk kemudian dibantu atau didampingi upaya peningkatannya. Sedangkan pemberdayaan ekonomi keluarga secara tidak langsung adalah pelatihan, pendampingan, dan bantuan dalam menggali potensi dan kesempatan serta akses berusaha (Sunarti, 2008).

Pemberdayaan keluarga dapat menggunakan beberapa metode yaitu penyuluhan, konseling, pelatihan, dan pendampingan. Penyuluhan dan konseling dapat dilakukan secara langsung (tatap muka) maupun secara tidak langsung (melalui media). Sedangkan pelatihan dan pendampingan merupakan media yang lebih intensif menekankan pada perubahan atau perbaikan keterampilan sasaran (suami atau istri) maupun konseling keluarga dilakukan baik kepada individu (suami dan istri), atau orang tua anak. Konseling umumnya ditujukan untuk pendampingan yang spesifik baik untuk sifatnya penyelesaian masalah dalam keluarga (pertengkaran, resolusi konflik antar anggota keluarga) ataupun untuk pengambilan keputusan yang spesifik. Konseling keluarga dipandang sangat efektif dalam membantu keluarga mengatasi masalah dan mendorong keluarga untuk memiliki kemampuan menolong dirinya sendiri, namun demikian karena sifatnya intensif dan individual, maka unit biaya penyelenggaraan metode pemberdayaan ini lebih tinggi (mahal) dibandingkan penyuluhan (Sunarti, 2008).

Penyuluhan keluarga dilakukan bagi sekelompok keluarga (lengkap) atau bagian dari keluarga (ibu-ibu atau bapak-bapak) untuk membahas hal-hal yang menjadi perhatian bersama, atau masalah yang umumnya dirasakan atau dialami bersama. Metode ini tepat dalam upaya peningkatan pengetahuan dan sikap

keluarga terkait kehidupan keluarga seperti tugas perkembangan keluarga, tugas perkembangan anak, optimalisasi pertumbuhan dan perkembangan anak, menciptakan lingkungan rumah yang ramah anak. Penyuluhan yang disertai praktik yang memadai dapat meningkatkan efektivitas metode ini. Agar kegiatan pemberdayaan keluarga melalui penyuluhan efektif maka perlu persiapan yang baik, misalnya penyusunan rencana penyuluhan yang meliputi tujuan instruksional (umum dan khusus) serta alokasi waktu penyuluhan, disertai evaluasi sederhana untuk menangkap daya terima peserta penyuluhan keluarga (Sunarti, 2008). Penambahan alat bantu seperti leaflet yang memungkinkan sasaran dapat mengulang materi pemberdayaan di rumah dipandang akan meningkatkan efektivitas penyuluhan keluarga. Selain memperhatikan pendekatan dan pemilihan metode pemberdayaan keluarga, hendaknya diperhatikan hal-hal yang dapat menyebabkan pemberdayaan keluarga dinilai kurang berhasil. Hasil kumpulan analisis terhadap pelaksanaan pemberdayaan keluarga, terdapat beberapa factor yang dapat menyebabkan kurang berhasilnya pemberdayaan keluarga, diantaranya adalah :

1. Perencanaan kurang memadai atau bahkan tidak ada perencanaan
2. Pendampingan proses perubahan yang tidak tuntas
3. Pendekatan pemberdayaan yang kurang tepat
4. Lemahnya monitoring & evaluasi kegiatan
5. Mengabaikan hal-hal yang menyebabkan program pemberdayaan tidak diterima oleh sasaran
6. Melakukan hal-hal yang menyebabkan terdapat pihak yang melawan upaya pemberdayaan

7. Mengabaikan keberadaan pihak-pihak yang berpotensi sebagai provokator

2.2.6 Tahap-Tahap Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan memiliki tujuh tahapan atau langkah yang dilakukan, yaitu sebagai berikut (Soekanto, 1987):

1. Tahap Persiapan.

Pada tahapan ini ada dua tahapan yang dikerjakan, yaitu: pertama, penyimpanan petugas, yaitu tenaga pemberdayaan masyarakat yang bisa dilakukan oleh community woker, dan kedua penyiapan lapangan yang pada dasarnya diusahakan dilakukan secara non-direktif.

2. Tahapan pengkajian (assessment).

Pada tahapan ini yaitu proses pengkajian dapat dilakukan secara individual melalui kelompok-kelompok dalam masyarakat. Dalam hal ini petugas harus berusaha mengidentifikasi masalah kebutuhan yang dirasakan (feel needs) dan juga sumber daya yang dimiliki klien.

3. Tahap perencanaan alternatif program atau kegiatan.

Pada tahapan ini petugas sebagai agen perubahan (exchange agent) secara partisipatif mencoba melibatkan warga untuk berfikir tentang masalah yang mereka hadapi dan bagaimana cara mengatasinya. Dalam konteks ini masyarakat diharapkan dapat memikirkan beberapa alternatif program dan kegiatan yang dapat dilakukan.

4. Tahap pemfomalisasi rencanaaksi.

Pada tahapan ini agen perubahan membantu masing-masing kelompok untuk merumuskan dan menentukan program dan kegiatan apa yang

mereka akan lakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada. Di samping itu juga petugas membantu untuk memformalisasikan gagasan mereka ke dalam bentuk tertulis, terutama bila ada kaitannya dengan pembuatan proposal kepada penyandang dana.

5. Tahap pelaksanaan (implementasi) program atau kegiatan.

Dalam upaya pelaksanaan program pemberdayaan masyarakat peran masyarakat sebagai kader diharapkan dapat menjaga keberlangsungan program yang telah dikembangkan. Kerja sama antar petugas dan masyarakat merupakan hal penting dalam tahapan ini karena terkadang sesuatu yang sudah direncanakan dengan baik melenceng saat di lapangan.

6. Tahap evaluasi.

Evaluasi sebagai proses pengawasan dari warga dan petugas program pemberdayaan masyarakat yang sedang berjalan sebaiknya dilakukan dengan melibatkan warga. Dengan keterlibatan warga tersebut diharapkan dalam jangka waktu pendek biasanya membentuk suatu sistem komunitas untuk pengawasan secara internal dan untuk jangka panjang dapat membangun komunikasi masyarakat yang lebih mandiri dengan memanfaatkan sumber daya yang ada.

7. Tahap terminasi.

Tahap terminasi merupakan tahapan pemutusan hubungan secara formal dengan komunitas sasaran. Dalam tahap ini diharapkan proyek harus segera berhenti.

2.3 Dukungan Keluarga

2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan. Menurut Smet dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subyek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional.

Dukungan keluarga dan orang terdekat akan memberikan cinta dan perasaan berbagi beban, kemampuan berbicara kepada seseorang dan mengungkapkan perasaan secara terbuka dapat membantu dalam menguasai keadaan. Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarganya. Ada 3 tipe dukungan keluarga yaitu nyata, penghargaan, dan emosional. Dukungan nyata merupakan hal paling efektif jika dihargai oleh penerima yang tepat. Dukungan penghargaan merupakan dukungan yang dapat mempengaruhi persepsi individu akan ancaman, melawan stress dengan, membantu mendefinisikan kembali situasi tersebut sebagai ancaman kecil. Dan dukungan emosional akan memperkuat perasaan dimiliki dan dicintai.

2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Gallo dan Reichel yang dikutip oleh Indriyani membagi bentuk dukungan keluarga menjadi 3 bentuk, yaitu :

a. Dukungan Fisiologis

Dukungan fisiologis merupakan dukungan yang dilakukan dalam bentuk pertolongan-pertolongan dalam aktivitas sehari-hari yang mendasar seperti dalam hal mandi, menyiapkan makanan, memperhatikan gizi, toileting, menyediakan tempat tempat tertentu atau ruangan khusus, merawat seseorang bila sakit, membantu kegiatan fisik sesuai kemampuan seperti senam, menciptakan lingkungan aman dan lain-lain.

b. Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis yakni ditunjukkan dengan memberikan perhatian dan kasih sayang kepada anggota keluarga, memberikan rasa aman, membantu menyadari dan memahami identitas. Menurut Stolte bahwa keluarga memiliki fungsi proteksi yang melingkupi selain memenuhi kebutuhan makanan dan tempat tinggal, juga memberi dukungan dan menjadi tempat yang aman bagi dunia luar.

c. Dukungan Sosial

Dukungan sosial diberikan dengan cara menyarankan individu untuk mengikuti kegiatan spiritual seperti pengajian, perkumpulan arisan, memberikan kesempatan untuk memilih fasilitas kesehatan sesuai dengan keinginan sendiri, tetap menjaga interaksi dengan orang lain dan memperhatikan norma-norma yang berlaku.

Sedangkan Menurut House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), terdapat 4 tipe dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk bersistirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan dari keluarga. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi. Bantuan atau dukungan tersebut meliputi caring, empati, cinta, perhatian, dan kepercayaan.

b. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan, kebutuhan individu. Keluarga mencarikan solusi yang bersifat nyata atau berbentuk materi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan.

d. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang sedang dihadapi.

2.3.3 Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Purnawan (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

1. Faktor Internal

a. Tahap Perkembangan

Dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentan usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b. Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variable intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c. Faktor Emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang secara umum terlihat sangat tenang mungkin

mempunyai respon emosional yang kecil selama dia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

d. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2. Faktor Eksternal

a. Praktik di Keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya: klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama. Misal: anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

b. Faktor Sosioekonomi

Faktor social dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup : stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan pekerjaan. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal

ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga dia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

c. Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.3.4 Sumber Dukungan Keluarga

Sumber dukungan keluarga dapat berasal dari dukungan sosial internal, seperti dukungan dari suami atau istri, anak atau dukungan dari saudara kandung, dan dari dukungan sosial eksternal yaitu berasal dari ikatan keluarga besar (Friedman, 2003). Sedangkan menurut Gallo dan Reichel yang dikutip oleh Indriyani menyebutkan terdapat 3 komponen sumber dukungan keluarga, yaitu sebagai berikut :

- a. Sistem pendukung informal meliputi keluarga dan teman-teman.
- b. Sistem pendukung formal meliputi tim keamanan sosial setempat, program-program medikasi, dan kesejahteraan sosial.
- c. Sistem pendukung semi-formal meliputi bantuan-bantuan dan interaksi sosial yang disediakan oleh organisasi lingkungan sekitar.

2.4 Konsep Perilaku

2.4.1 Pengertian Perilaku

Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa perilaku tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati bahkan dapat dipelajari. Perilaku ini tidak sama dengan sikap. Sikap adalah suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia. Perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas, Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2012), membagi perilaku kedalam tiga domain, yaitu 1) kognitif, 2) afektif, 3) psikomotor. Untuk memudahkan pengukuran, maka tiga domain ini diukur dari ; pengetahuan, sikap dan tindakan/praktek.

2.4.2 Bentuk-Bentuk Perilaku

Perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2012) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku kedalam tiga domain atau ranah/kawasan yaitu ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*) dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut yang terdiri dari :

1. Pengetahuan peserta terhadap materi pendidikan yang diberikan (*knowledge*).

2. Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*attitude*).

Praktik atau tindakanyang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*)

2.4.3 Domain Perilaku

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil “tahu”, dan ini ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan, terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni : indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behaviour*). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Notoatmodjo (2012) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yakni :

1. *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek mulai timbul.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4. *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. *Adption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian lainya menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama.

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni (Notoatmodjo, 2012) :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsang yang diterima. Oleh sebab itu, 'tahu' ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu antara lain : menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi

secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. *Aplikasi (Application)*

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. *Analisis (Analysis)*

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. *Sintesis (Synthesis)*

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

6. *Evaluasi (Evaluation)*

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu

berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah dilakukan.

2. Sikap

Menurut Notoatmodjo (2012), sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang yang diberikan.

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap merespon

3. Menghargai (*valving*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap paling tinggi.

Sikap mempunyai tiga komponen pokok, seperti yang dikemukakan dalam Notoatmodjo (2012) yaitu :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Sedangkan fungsi sikap dibagi menjadi empat golongan yaitu :

1. Sikap sebagai alat untuk menyesuaikan diri.

Sikap adalah sesuatu yang bersifat *coomunicable*, artinya suatu yang mudah menular, sehingga menjadi mudah pula menjadi milik bersama. Sikap bisa menjadi rantai penghubung antara orang dengan kelompoknya atau dengan anggota kelompoknya.

2. Sikap sebagai alat pengatur tingkah laku.

Pertimbangan antara perangsang dan reaksi pada anak dewasa dan yang sudah lanjut usianya tidak ada. Perangsang itu pada umumnya tidak diberi perangsang secara spontan, akan tetapi terdapat adanya proses secara sadar untuk menilai perangsang-perangsang itu.

3. Sikap sebagai alat pengatur pengalaman-pengalaman.

Manusia didalam menerima pengalaman-pengalaman dari luar sikapnya tidak pasif, tetapi diterima secara aktif, artinya semua yang berasal dari dunia luar tidak semuanya dilayani manusia, tetapi manusia memilih mana-mana yang perlu dan mana yang tidak perlu dilayani. Jadi, semua pengalaman diberi penilaian lalu dipilih.

4. Sikap sebagai pernyataan kepribadian.

Sikap sering mencerminkan pribadi seseorang, ini disebabkan karena sikap tidak pernah terpisah dari pribadi yang mendukungnya oleh karena itu dengan melihat sikap-sikap pada objek tertentu, sedikit banyak orang

bisa mengetahui pribadi orang tersebut. Sikap merupakan pernyataan pribadi (Notoatmodjo, 2012).

3. Tindakan

Suatu sikap belum tentu otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terbentuknya suatu sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain didalam tindakan atau praktik (Notoatmodjo, 2007). Tingkatan-tingkatan praktik itu adalah :

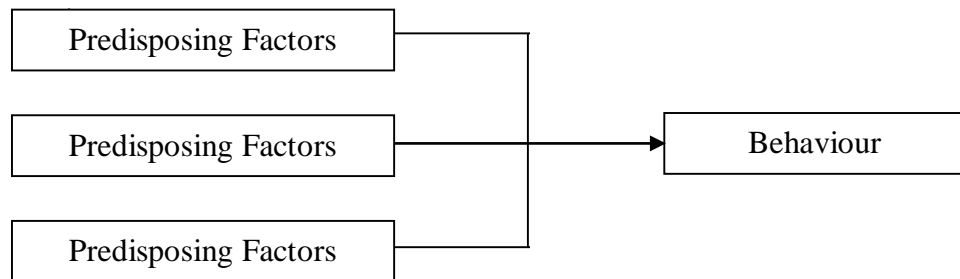
1. Persepsi (*perception*) yaitu mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
2. Respon terpimpin (*guided response*) adalah bila seseorang dapat melakukan sesuatu sesuai urutan yang benar.
3. Mekanisme (*mechanism*) adalah apabila seseorang melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.
4. Adaptasi (*adaptation*) adalah sesuatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.4.4 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Pengolahan stimulus dalam diri individu dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam diri individu tersebut diantaranya persepsi, emosi, perasaan, pemikiran, kondisi fisik, dan sebagainya. Faktor internal yang berpengaruh dalam pembentukan perilaku dikelompokkan ke dalam faktor biologis dan psikologis (Notoatmodjo, 2012).

Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012) menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan dan terbentuk dari tiga faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE : *Predisposing, Enabling* dan *Reinforcing Causes in Educational Diagnosis And Evaluation*. Lebih lanjut precede model ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu :

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factors*), yang mencakup pengetahuan, sikap dan sebagainya.
2. Faktor pemungkin (*Enabling factors*), yang mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana keselamatan kerja, misalnya ketersediaan APD, pelatihan dan sebagainya.
3. Faktor penguat (*reinforcement factors*), faktor-faktor ini meliputi undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007). Model ini secara matematis dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Precede Model

Sumber Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012)

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan dari diri seseorang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan jugamendukung terbentuknya perilaku (Notoatmodjo. 2014).

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan

3.1.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

3.1.2 Tujuan Khusus

3.1.2.1 Mengidentifikasi dukungan keluarga (*family support*) sebelum dilakukan pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

3.1.2.2 Mengidentifikasi dukungan keluarga (*family support*) setelah dilakukan pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

3.1.2.3 Menganalisis pengaruh pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) terhadap dukungan keluarga (*family support*) pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

3.2 Manfaat Penelitian

3.2.1 Manfaat Teoritis

3.2.1.1 Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi untuk meningkatkan dukungan keluarga bagi keluarga dengan hipertensi.

3.2.1.2 Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai dukungan keluarga dengan hipertensi agar mampu mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari.

3.2.2 Manfaat Praktis

3.2.2.1 Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam keperawatan keluarga untuk memberikan penyuluhan kesehatan terkait pentingnya meningkatkan dukungan keluarga di masyarakat agar penderita hipertensi tidak mengalami komplikasi ataupun kematian.

3.2.2.2 Bagi petugas kesehatan

Sebagai acuan dalam proses perbaikan program-program kesehatan untuk menghindari terjadinya komplikasi dan kematian akibat hipertensi khususnya di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

3.2.2.3 Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang keluarga dengan penyakit hipertensi.

3.2.2.4 Bagi penderita hipertensi

Dengan penelitian ini penderita dapat menambah pengetahuannya tentang hipertensi dalam kehidupan sehari-hari dan dapat meningkatkan motivasi untuk memeriksakan diri dalam berobat.

3.2.2.5 Keluarga penderita hipertensi

Memberikan informasi dan saran bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan pada penderita hipertensi dan memberikan *family support* untuk memotivasi penderita dalam memeriksakan diri berobat.

BAB IV

METODELOGI PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Pre-experimental design (one group pre-test post-test design)*, jenis penelitian ini dilakukan dengan cara sebelum diberikan treatment/perlakuan, variabel dependen diobservasi/diukur terlebih dahulu (pre-test) setelah itu dilakukan treatment/perlakuan dengan menggunakan instrument berupa SAK untuk variabel independen dan setelah treatment dilakukan pengukuran /observasi (post-test),

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Mojo Surabaya.

4.2.2 Sampel

Dalam penelitian ini jumlah sampel yang akan diteliti dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{22 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 \cdot (22-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{22 \cdot 3,8416 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,0025 \cdot 21 + 3,8416 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{21,1288}{1,0129}$$

$$n = 20,8 = 21 \text{ responden}$$

Adapun dalam pemilihan jumlah sampel peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

4.2.2.1 Kriteria Inklusi :

- 4.2.2.1.1 Keluarga dengan anggota yang menderita hipertensi di wilayah Puskesmas Mojo.
- 4.2.2.1.2 Dalam kondisi tidak mengidap komplikasi lain seperti diabetes mellitus, kelainan jantung, dll.
- 4.2.2.1.3 Keluarga yang maksimal pendidikan SMA/Sederajat
- 4.2.2.1.4 Keluarga yang tinggal serumah dengan anggota keluarga yang menderita hipertensi minimal selama 1 tahun lebih.
- 4.2.2.1.5 Keluarga yang berumur 18-60 tahun.
- 4.2.2.1.6 Keluarga yang bersedia menjadi responden.

4.2.2.2 Kriteria Eksklusi :

- 4.2.2.2.1 Keluarga dengan anggota menderita hipertensi yang tidak rutin melakukan kontrol tentang kesehatannya.
- 4.2.2.2.2 Pasien hipertensi yang hidup seorang diri.
- 4.2.2.2.3 Menderita hipertensi sekunder.
- 4.2.2.2.4 Keluarga yang berpendidikan S1/Sarjana

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik Purposive Sampling yaitu metode penetapan sampel dengan memilih beberapa sampel tertentu yang dinilai sesuai dengan tujuan atau masalah penelitian dalam sebuah populasi (Nursalam, 2010). Untuk mencapai sampling ini, sampel dipilih sesuai kriteria inklusi/eksklusi dan dinilai sesuai dengan tujuan atau masalah penelitian sehingga didapati sebanyak responden.

4.3 Identifikasi Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

4.3.1.1 Variabel Bebas (Independent)

Variabel bebas dalam penelitian ini variabel bebasnya adalah pemberdayaan keluarga .

4.3.1.2 Variabel Terikat (Dependent)

Variabel tergantung dalam penelitian ini variabel tergantung adalah dukungan keluarga pada anggota keluarga yang menderita hipertensi.

4.3.2 Definisi Operasional

Dalam penelitian ini definisi operasionalnya adalah seperti dibawah ini :

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Instrument	Skala	Skor
1	Variable Independen : Pemberdayaan Keluarga Dengan Hipertensi	Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya, tanpa atau dengan bantuan pihak lain, dengan memanfaatkan potensi keluarga dan fasilitas yang ada di masyarakat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pre atau persiapan meliputi : pengkajian dan perencanaan program yang akan dilakukan 2. Tahap implementasi atau pelaksanaan program pemberdayaan keluarga 3. Tahap post atau evaluasi program pemberdayaan keluarga 	SAK	-	-
2	Variable Dukungan Keluarga Dengan Hipertensi	Hubungan interpersonal dari orang keluarga untuk mengurangi cemas, memberikan cinta dan perasaan berbagi beban dengan menggunakan sumber-sumber internal maupun eksternal pada penderita hipertensi dalam pengelolaan diet, kontrol dan pengobatan dalam penyakit hipertensi. Bentuk dukungan keluarga yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Dukungan emosional b. Dukungan instrumental 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan emosional; meliputi <i>caring</i>, empati, cinta, perhatian dan kepercayaan. 2. Dukungan instrumental; bersifat nyata atau berbentuk materi yang bertujuan untuk meringankan beban bagi anggota keluarga yang membutuhkan. 3. Dukungan informasi; dukungan yang dilakukan dengan memberikan informasi, nasihat dan 	Kuesioner	Ordinal	Kode Selalu = 4 Sering = 3 Jarang = 2 Tidak Pernah = 1 1. Kurang ($\leq 55\%$) 2. Cukup (56% - 75%) 3. Baik (76% - 100%) (Nursalam, 2013)

		c. Dukungan informasi d. Dukungan penilaian	petunjuk tentang cara pemecahan masalah. 4. Dukungan penilaian; berupa informasi yang relevan untuk evaluasi diri, dapat berbentuk bimbingan dan bantuan memecahkan masalah yang dihadapi. (House dan Kahn (1985) dalam Friedman 2010)			
--	--	--	---	--	--	--

4.4 Pengumpulan dan Analisis Data

4.4.1 Pengumpulan Data

4.4.1.1 Proses Perizinan

Proses perizinan pertama kali dilakukan adalah mengurus surat izin penelitian pengambilan data awal ke Puskesmas Mojo Surabaya melalui surat pengantar dari Universitas Muhammadiyah Surabaya.

4.4.1.2 Studi Pendahuluan

Studi pendahuluan dilakukan setelah peneliti mendapatkan surat izin dari dekan fakultas ilmu kesehatan universitas muhammadiyah Surabaya untuk melakukan studi pendahuluan penelitian. Dengan surat pengantar tersebut peneliti meminta izin Kepala Puskesmas Mojo Surabaya untuk melakukan studi pendahuluan sebagai langkah awal penelitian. Kemudian peneliti mendapatkan surat balasan dari kepala Puskesmas Mojo Surabaya untuk melakukan studi pendahuluan. Studi pendahuluan dimulai dengan pengambilan data awal populasi yang terdiri dari karakteristik keluarga (nama, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan). Peneliti juga mewawancarai dan mengidentifikasi dukungan keluarga secara langsung pada keluarga dengan hipertensi di wilayah Puskesmas Mojo Surabaya.

4.4.1.3 *Informed consent*

Proses pengambilan data pada penelitian ini diperoleh setelah peneliti mendapatkan izin dari Kepala Puskesmas Mojo Surabaya dengan membawa surat izin penelitian dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya. Setelah mendapatkan izin dari Kepala

Puskesmas, peneliti melakukan pendekatan pada keluarga tentang maksud dan tujuan diadakannya penelitian. Penjelasan maksud dan tujuan penelitian untuk memperoleh data dan mendapatkan persetujuan menggunakan *informed consent* dari responden yaitu keluarga dengan hipertensi.

4.4.1.4 Pengumpulan data (*pre-test*)

Pengambilan data *pre-test* dukungan keluargadilakukan secara *door to door* dengan menggunakan lembar kuisisioner (dukungan keluarga). *Pre-test* mengenai dukungan keluarga dilakukan 1 hari sebelum dilakukannya intervensi kepada responden. Pengisian kuisisioner dipantau oleh peneliti yang dibantu oleh kader agar berjalan dengan lancar. Sebelum peneliti melakukan pengambilan data *Pre-test* pada responden, peneliti memberikan pengarahan kepada kader setempat untuk menyamakan persepsi saat berjalannya penelitian. Pada saat pengambilan data *pre-test* kader bertugas membantu peneliti untuk mengatur kontrak waktu dengan responden agar dapat memudahkan dalam proses pengumpulan data *pre-test*.

4.4.1.5 Perlakuan/ intervensi

Perlakuan dalam penelitian ini yaitu dengan memberikan Pemberdayaan Keluarga pada keluarga dengan hipertensi di wilayah Puskesmas Mojo Surabaya yang diberikan selama 3 kali pertemuan. Pertemuan pertama memberikan pembelajaran tentang konsep penyakit dan perawatan pasien hipertensi, dengan menggunakan metode penyuluhan. Pada pertemuan kedua diberikan pembelajaran tentang pola hidup sehat dan dukungan keluarga untuk penderita hipertensi. Pertemuan ketiga peneliti memberikan pelatihan dengan demonstrasi kepada keluarga tentang pola

hidup sehat dan tindakan memberikan dukungan keluarga. Setelah kunjungan ketiga kalinya, dilakukan post test.

4.4.1.6 Pengumpulan data (*Post-test*)

Pengumpulan data post-test dilakukan dengan menggunakan kuisioner yang sama saat pengambilan data awal dan dilakukan setelah diberikan perlakuan atau intervensi pada pertemuan terakhir. Pengisian kuisioner dipantau oleh peneliti yang dibantu oleh kader agar berjalan dengan lancar. Sebelum peneliti melakukan pengambilan data *Post-test* pada responden, peneliti memberikan pengarahan kepada kader setempat untuk menyamakan persepsi saat berjalannya penelitian. Pada saat pengambilan data *post-test* kader bertugas membantu peneliti untuk mengatur responden agar dapat memudahkan dalam proses pengumpulan data *post-test*.

4.4.2 Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah kuesioner yang disusun oleh peneliti untuk mengukur dukungan keluarga dengan jumlah pernyataan sebanyak 20 soal dan SAK sebagai media dalam proses dilakukan pemberdayaan keluarga yang telah diuji terlebih dahulu.

1. Uji Coba Instrumen

a. Uji Validitas

Dalam penelitian ini menggunakan uji validitas bivariante pearson. Uji validitas dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing skor item dengan skor total dari instrumen yang ada. Pengujian dua sisi dengan taraf signifikansi 0.05 memiliki kriteria sebagai berikut : jika $r_{hitung} > r_{tabel}$

maka instrument atau item pernyataan berkorelasi signifikansi terhadap skor total dan dinyatakan valid, dan jika r hitung $<$ r tabel maka instrument atau item pernyataan tidak berkorelasi secara signifikansi terhadap skor total dan dinyatakan tidak valid (Hidayat, 2010). Hasil dari uji validitas yang telah dilakukan oleh peneliti pada bulan Juni 2018 Pada 15 keluarga menunjukkan bahwa pernyataan yang ada didalam kuisisioner adalah valid dengan nilai r hitung $>$ r tabel. Lembar kuisisioner dan hasil uji (terlampir).

b. Uji Reabilitas

Dalam penelitian ini menggunakan uji reliabilitas *Cronbach's Alpha*. Tingkat reliabilitas umumnya dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Nilai koefisien korelasi 1 (satu) menunjukkan reliabilitas sempurna, dan nilai 0 (nol) menunjukkan tidak reliable. Untuk instrument yang dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien korelasi yang diterima adalah 0.80, dan untuk instrument yang baru dikembangkan nilai reliabilitas 0.70 dianggap reliable (Dahlan, 2012). Hasil dari uji reliabilitas yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Juni 2018 Pada 15 keluarga menunjukkan bahwa pernyataan yang ada didalam kuisisioner adalah sangat reliabel dengan nilai *Alpha Cronbach's* 0.782. Lembar kuisisioner dan hasil uji (terlampir).

4.4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mojo, Surabaya dan diperkirakan membutuhkan waktu 1 bulan yakni pada bulan Mei-Juni 2018.

BAB V

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1 Hasil

1. Identifikasi *Family Support* Pada Keluarga Dengan Hipertensi Sebelum Diberikan *Family Empowerment* Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Terhadap *Family Support* Pada Keluarga Dengan Hipertensi Sebelum Diberikan *Family Empowerment* Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo.

No	<i>Family Support</i>	Frequency (f)	Presentase (%)
1	Kurang	2	13,3
2	Cukup	10	66,7
3	Baik	3	20
	Jumlah	15	100

(Sumber : Data Primer 2018)

Berdasarkan tabel 4.1 hasil yang didapatkan untuk *family support* pada keluarga dengan hipertensi sebelum diberikan *family empowerment* pada responden menunjukkan: *family support* kategori kurang sebanyak 2 responden (13,3%), *family support* kategoricukup sebanyak 10 responden (66,7%), *family support* kategori baik sebanyak 3 responden (20%).

2. Identifikasi *Family Support* Pada Keluarga Dengan Hipertensi Setelah Diberikan *Family Empowerment* Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Terhadap *Family Support* Pada Keluarga Dengan Hipertensi Setelah Diberikan *Family Empowerment* Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo.

No	<i>Family Support</i>	Frequency (f)	Presentase (%)
1	Kurang	0	0
2	Cukup	2	13,3
3	Baik	13	86,7
	Jumlah	15	100

(Sumber : Data Primer 2018)

Berdasarkan tabel 4.2 hasil yang didapatkan untuk *family support* pada keluarga dengan hipertensi setelah diberikan *family empowerment* pada responden menunjukkan: *family support* kurang sebanyak 0 responden (0%), *family support* cukup sebanyak 2 responden (13,3%), *family support* baik sebanyak 13 responden (86,7%).

3. Analisis Pengaruh *Family Empowerment Terhadap Family Support Pada Keluarga Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo.*

Tabel 4.3 Distribusi Hasil Uji Statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* Menggunakan SPSS 16.0

	Pre		Post	
	(f)	(%)	(f)	(%)
Kurang	2	13,3%	0	0%
Cukup	10	66,7%	2	13,3%
Baik	3	20%	13	86,7%
Jumlah	15	100%	15	100%

P= 0,001 < α = 0,05
Wilcoxon Signed Rank Test

(Sumber : Data Primer 2018)

Berdasarkan tabel 4.3 diatas menunjukkan bahwa hasil penelitian *family support* responden sebelum diberikan intervensi *family empowerment* didapatkan sebagian kecil tergolong *family support* kategori kurang yaitu sebanyak 2 responden (13,3%) namun setelah diberikan intervensi *family empowerment* berubah menjadi kategori cukup sebanyak 2 responden (13,3%). Sedangkan sebagian besar tergolong *family support* kategori cukup yaitu sebanyak 10 responden (66,7%) namun setelah diberikan intervensi *family empowerment* berubah menjadi kategori baik sebanyak 13 responden (86,7%).

Dalam uji hipotesis menggunakan seri program statistik dengan uji *Wilcoxon Signed RankTest* yang diolah dengan piranti lunak SPSS 16, Untuk mencari pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya didapatkan hasil $\rho = 0,001$ dengan $\alpha = 0,05$ yang berarti $\rho < \alpha$ dengan demikian H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

5.2 Pembahasan

5.2.1 *Family Support* Pada Keluarga Dengan Hipertensi Sebelum Diberikan

Family Empowerment Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dilihat bahwa responden sebelum dilakukan *family empowerment*. Tingkat *family support* responden terbanyak kategori cukup dengan 10 responden (66,7%), sedangkan *family support* kategori baik sebanyak 3 responden (20%) dan paling rendah adalah *family support* kategori rendah dengan 2 responden (13,3%) dari jumlah total 15 responden.

Notoatmodjo (2012) mengungkapkan pengolahan stimulus dalam diri individu dipengaruhi oleh factor yang ada dalam diri individu tersebut diantaranya persepsi, emosi, perasaan, pemikiran, kondisi fisik, dan sebagainya. Purnawan (2008) mengatakan adapun beberapa faktor yang dapat mempengaruhi *family support* (dukungan keluarga) yaitu salah satunya adalah faktor sosioekonomi/pekerjaan.

Teori tersebut sejalan dengan data yang didapat dari sebagian besar responden memiliki tingkat *family support* kategori cukup yang didapatkan pada sebagian besar responden dipengaruhi oleh faktor pekerjaan dikarenakan sebagian besar keluarga bekerja sebagai wiraswasta oleh karena itu sebagian besar responden sering merasa capek dikarenakan pekerjaannya. Sehingga kebanyakan keluarga tidak dapat atau sempat meluangkan waktu untuk memberi dukungan atau merawat anggota keluarganya yang menderita hipertensi. Menyebabkan responden jarang atau tidak sempat meluangkan waktu untuk mengajak penderita cek kesehatan rutin, mengawasi minum obat, mengajak berolahraga, dll. Oleh karena ini sebagian besar responden masih banyak berkategori cukup dalam memberikan *family support*.

5.2.2 Family Support Pada Keluarga Dengan Hipertensi Setelah Diberikan Family Empowerment Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa responden setelah dilakukan *family empowerment*, tingkat *family support* responden hampir seluruhnya memiliki kategori baik dengan 13 responden (86,7%) dan untuk kategori cukup dengan 2 responden (13,3%) dari jumlah total 15 responden.

Hasil dari penelitian Nani Nurhaeni (2011) juga menunjukkan hasil yang sama bahwa keluarga yang diberikan pemberdayaan menggunakan modul memiliki tingkat pengetahuan, sikap, keterampilan dan dukungan yang lebih baik dari pada keluarga yang tidak diberikan pemberdayaan.

Menurut teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012) yang menyatakan bahwa perilaku manusia dapat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan dan terbentuk dari tiga faktor

utama, yaitu *predisposing factors* meliputi pengetahuan, sikap dan sebagainya. Selanjutnya *enabling factors* mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana keselamatan kerja, misalnya ketersediaan dana dan pelatihan. Kemudian *reinforcement factors* meliputi undang-undang, peraturan-peraturan, pengawasan dan sebagainya. Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan dari diri seseorang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga mendukung terbentuknya perilaku.

Teori tersebut sejalan dengan hasil yang didapatkan dari sebagian besar responden mengalami perubahan yang signifikan, namun yang memiliki tingkat *family support* berkategori baik adalah 13 responden. Hanya 10 responden yang mengalami perubahan signifikan menjadi *family support* berkategori baik setelah dilakukan intervensi (*family empowerment*). Sedangkan 2 responden dari kategori kurang berubah menjadi kategori cukup. Perubahan tersebut disebabkan oleh perubahan perilaku responden yang biasanya jarang ataupun tidak pernah mengantar berobat rutin, tidak pernah menemani berolahraga dan tidak pernah memasak masakan khusus untuk penderita berubah signifikan menjadi sangat perhatian terhadap penderita hipertensi. Perilaku responden tersebut mengalami peningkatannya yang signifikan dikarenakan telah mendapatkan *family empowerment*. Proses *family empowerment* tersebut dimulai dari fase menjalin *trust* terhadap responden, fase berikutnya yaitu mengidentifikasi *family support* pada responden, setelah itu memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit hipertensi, konseling, pendampingan, sampai dengan pelatihan cara merawat pasien hipertensi.

Sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan responden dalam merawat ataupun memberi *family support* untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan pada anggota keluarganya yang menderita hipertensi. Kemudian mengevaluasi *family support* pada responden setelah diberikan intervensi.

5.2.3 Pengaruh *Family Empowerment* Terhadap *Family Support* Pada Keluarga Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Mojo Surabaya.

Berdasarkan hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo didapatkan hasil signifikansi sebesar $\rho = 0,001$ sehingga lebih kecil dari nilai $\alpha < 0,05$. Dengan demikian H_0 ditolak yang memiliki arti adanya pengaruh *family empowerment* sebelum dan sesudah dilakukan *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo.

Pengaruh *family support* pada responden sebelum dan sesudah dilakukan intervensi dapat dilihat di tabel 4.8. Sebelum diberikan intervensi *family empowerment* pada responden sebagian besar *family support* berkategori cukup sebanyak 10 responden (66,7%) namun setelah diberikan intervensi *family empowerment* pada responden sebagian besar *family support* berubah menjadi kategori baik sebanyak 11 responden (86,7%). Begitupun juga dengan *family support* berkategori kurang sebanyak 2 responden (13,3%) namun setelah diberikan intervensi *family empowerment* pada responden berubah menjadi kategori cukup sebanyak 2 responden (13,3%)

Hasil *family support* tersebut terjadi karena adanya proses perubahan terhadap perilaku responden pada saat memberikan *family support*. Notoatmodjo (2012) menjelaskan terjadinya bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yakni :*Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek), *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek mulai timbul, *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, *Trial* dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus, dan *Adption* dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Tingkat *family support* responden dalam kurun waktu 3 minggu setelah diberikan intervensi mengalami peningkatan yang bertahap melalui *family empowerment* dengan memberikan penyuluhan, konseling, pelatihan, dan pendampingan tentang memberi *family support* pada anggota keluarga responden.

5.3 Luaran Yang Dicapai

Publikasi ilmiah pada jurnal Nasional ber-ISSN dan ESSN

BAB VI

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

6.1 Rencana jangka pendek :

Publikasi ilmiah pada jurnal nasional ber-ISSN dan ESSN

6.2 Rencana jangka panjang :

Dapat dijadikan informasi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan tentang pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga hipertensi di wilayah kerja puskesmas Mojo Surabaya

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Kota Surabaya bulan Mei 2018, dapat diambil kesimpulan

1. Tingkat *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Kota Surabaya sebelum diberikan *family empowerment* tergolong berkategori cukup.
2. Tingkat *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Kota Surabaya setelah diberikan *family empowerment* tergolong berkategori baik.
3. Ada pengaruh *family empowerment* terhadap *family support* pada keluarga dengan hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Mojo Kota Surabaya.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Responden

Diharapkan kepada responden agar selalu meningkatkan aspek perilaku dalam memberikan dukungan seperti tentang aspek pengetahuan yaitu menggali lebih dalam informasi dalam memberikan dukungan pada penderita hipertensi, sedangkan dalam aspek sikap yaitu lebih dapat menerima atau merespon dan menghargai keterbatasan maupun masalah

yang dialami penderita, dan untuk aspek tindakan diharapkan keluarga mampu beradaptasi dengan keadaan penderita.

7.2.2 Bagi perawat komunitas

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi acuan dalam meningkatkan asuhan keperawatan dalam keluarga dengan memberikan *family empowerment*. Agar keluarga lebih memiliki pengetahuan, mampu menerima atau merespon dan menghargai serta beradaptasi dalam merawat penderita hipertensi khususnya dalam memberikan *family support*.

7.2.3 Bagi penderita hipertensi

Diharapkan bagi penderita hipertensi setelah dilakukan *family empowerment* agar lebih terbuka kepada keluarga terhadap masalah-masalah yang dialami sehingga kekambuhan hipertensi bisa cegah dan dapat menjalani hidup yang lebih sehat.

7.2.4 Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan dan menjadi acuan untuk dikembangkan pada penelitian yang lebih luas, misalnya memperluas sampel dan lebih memperhatikan faktor-faktor dari luar lainnya yang dapat mempengaruhi tingkat *family support* pada keluarga dengan hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, H. M. 2014. *Klasifikasi Hipertensi JNC VIII, Tirotoksikosis Indeks Wayne dan New Castle*, Scribd [Internet]. [cited 2014 Jun 04]. Available from :[https://id.scribd.com/document/227987368/Klasifikasi-Hipertensi JNC-VIII-Tirotoksikosis-Indeks-Wayne-dan-New-Castle](https://id.scribd.com/document/227987368/Klasifikasi-Hipertensi-JNC-VIII-Tirotoksikosis-Indeks-Wayne-dan-New-Castle)
- Ardian, I. 2013. *Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment) Meningkatkan Koping Keluarga Diabetes Militus Tipe-2*. Jurnal Ilmu Keperawatan, 1(2), 141-149.
- Arikunto, Suharsimi. 2013. *Manajemen Penelitian*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Aziza, Lucky. 2007. *Hipertensi The Silent Killer*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Brunner & Suddarth. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 09 volume 2. Jakarta : EGC.
- Brunner & Suddarth. 2013. *Keperawatan Medical Bedah*. Edisi 12 volume 1. Jakarta : EGC.
- Dahlan, S.M. 2013. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel*. Jakarta. : Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. 2015. *Profil kesehatan Kota Surabaya tahun 2015*. Surabaya : Dinkes Kota Surabaya.
- Dra. Risyanti Riza, Drs.H. Roesmidi, M.M.2006. *Pemberdayaan Masyarakat*. Sumedang : ALQAPRINT JATINANGOR
- Fallen, R. 2011. *Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Friedman, M.M, V, Jones Elaine G. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset Teori dan Praktik*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktek Edisi ke-4*. Jakarta : EGC.
- Friedman, M. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktek Edisi ke-5*. Jakarta : EGC.
- Guyton, A.C., dan Hall, J.E. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 11. Jakarta: EGC
- Guyton A.C, dan Hall, J.E. 2014. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 12. Penerjemah: Ermita I, Ibrahim I. Singapura: Elsevier
- Hamid, S. A., Keperawatan, I., Kesehatan, F. I., Keolahragaan, D., Ii, P., Amalia, L., Penyakit, P. (2013). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Tentang Pencegahan Hipertensi dengan Kejadian Hipertensi Tahun 2013, 14*.

- Harun, Alrasyid. 2007. *Konstruksi Model Pemberdayaan Keluarga Berbasis Jaringan*, Jurnal Madani. 2: 1-7.
- Herlinah, L., Wiarsih, W., & Rekawati, E. 2013. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi*. Jurnal Keperawatan Komunitas, 1(2).
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Surabaya : Health Books.
- Mamahit, Melia Leidi, Ns Mulyadi, and Franly Onibala. "Hubungan Pengetahuan Tentang Diet Garam Dengan Tekanan Darah Pada Lansia Di Puskesmas Bahu Kota Manado." JURNAL KEPERAWATAN 5.1 (2017).
- Mardikanto, Totok. 2015. *Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung: Penerbit ALFABETA
- Marwansyah, M. and Sholikhah, H.H., 2015. *The Influence of Empowering TB (Tuberculosis) Patients' Family on Capability of Implementing The Family Health Task in Martapura and Astambul Public Health Center Areas in Banjar District*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 18(4), pp.407-419.
- Mubarak, Wahid Iqbal, dkk. 2012. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2; konsep dan aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika
- Muhlisin, A. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Surakarta: Gosityem Publishing.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Ilmu.
- Notoatmodjo S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2010. 146-147.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Novian, A. 2013. *Kepatuhan Diit Pasien Hipertensi*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 9(1), 100-105.
- Nuraini, B. (2015). *Risk factors of hypertension*. Jurnal Majority, 4(5).
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Keperawatan Edisi 1*. Jakarta : Salemba.
- Padila. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika

- Riskesdas 2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.*
- Soekanto, Soerjono. 1987. *Sosial Suatu Pengantar.* Jakarta: Rajawali Press.
- Solaiman, Wenata Utama. *Profil hipertensi dan komplikasi pada penderita lanjut usia di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya.* Diss. Widya Mandala Catholic University Surabaya, 2016.
- Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural.* Jakarta : EGC.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D.* Bandung : Alfabeta.
- Sunarti, E. 2008. *Ekologi Keluarga : Sejarah, Konsep, dan Tantangan Penelitian.* Dalam Soeryo Adiwibowo. 2008. *Ekologi Manusia.* Fakultas Ekologi Manusia. Institut Pertanian Bogor.
- Swarjana, I Ketut. 2016. *Keperawatan Kesehatan Komunitas.* Yogyakarta : ANDI.

LAMPIRAN

1. Laporan keuangan

NO	HONOR KEGIATAN	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Honorarium Tim Peneliti (Ketua)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
2	Honorarium Tim Peneliti (Anggota 1)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
3	Honorarium Tim Peneliti (Anggota 2)	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
Sub Total					Rp 1.500.000,00
NO	BELANJA BAHAN HABIS	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Kertas HVS	3	Rim	Rp 100.000,00	Rp 300.000,00
2	Tinta Printer	1	Tube	Rp 400.000,00	Rp 400.000,00
3	Data Kuota Internet	3	10 GB	Rp 100.000,00	Rp 300.000,00
4	Alat Tulis	1	Set	Rp 100.000,00	Rp 100.000,00
5	X-Banner	2	PCS	Rp 450.000,00	Rp 900.000,00
6	Penggandaan Laporan	10	Eks	Rp 70.000,00	Rp 700.000,00
Sub Total					Rp 2.700.000,00
NO	Lain-lain	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Perjalanan Belanja Alat dan Bahan	6	Kali	Rp 50.000,00	Rp 300.000,00
2	Perjalanan Melakukan Penelitian	5	Kali	Rp 100.000,00	Rp 500.000,00
3	Publikasi Jurnal	2	Kali	Rp 2.000.000,00	Rp 4.000.000,00
4	Publikasi di Media Massa	4	Kali	Rp 250.000,00	Rp 1.000.000,00
Sub Total					Rp 5.800.000,00
TOTAL PENGELUARAN					Rp 10.000.000,00

2. Lampiran Jadwal Penelitian

NO	KEGIATAN	Bulan Desember - Juni					
		1	2	3	4	5	6
1	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan tim pembantu peneliti	■					
2	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja	■					
3	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian	■					
4	Menyusun proposal dan Mengurus perijinan penelitian		■	■			
5	Mempersiapkan, menyediakan bahan dan peralatan penelitian			■			
6	Melakukan Penelitian			■			
7	Melakukan pemantauan atas pengumpulan data			■			
8	Menyusun dan mengisi format tabulasi				■		
9	Melakukan analisis data, Menyimpulkan hasil analisis				■		
10	Membuat tafsiran dan kesimpulan hasil serta membahasnya				■		
11	Menyusun laporan penelitian					■	■