**SKRIPSI**

# PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN SERANGAN STROKE TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS BANGKALA

**IKE NURMALA**
**A1C221011**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**
**FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN**
**UNIVERSITAS MEGAREZKY**
**T.A 2025**
**SKRIPSI**

# PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN SERANGAN STROKE TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS BANGKALA

**Disusun dan diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky Makassar**

**IKE NURMALA**
**A1C221011**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN**

**UNIVERSITAS MEGAREZKY**

**T.A 2025**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**Proposal Penelitian dengan judul:**

**PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN SERANGAN STROKE TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS BANGKALA**

Disusun dan diajukan oleh:

**IKE NURMALA**

**NIM. A1C221011**

Telah Dipertahankan Di Hadapan Tim Penguji Proposal Pada Hari Senin Tanggal 11 November 2024 Di Ruang Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Universitas Megarezky

Mengesahkan,

| Pembimbing I | Pembimbing II |
|---|---|
| (Kurniawan Amin, Kep.,Ns.,M.Kep) | (Sintawati, Kep.,Ns.,M.Kep) |
| NIDN. 0905038606 | NIDN. 0917068605 |

**Penguji**

Alfyan Rahim, S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0923038604

Mengetahui,

**Ketua Program Studi**

Iqwan Syarif, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0920089106

Dipindai dengan CamScanner

## HALAMAN PENGESAHAN

Pada Hari Ini Selasa Tanggal 11 Bulan Januari Tahu 2025 bertempat di Ruang Kewirausahaan Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Universitas Megarezky, telah dilaksanakan Ujian Skripsi sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Sarjana Keperawatan terhadap mahasiswa/I atas nama:

**Nama** **:Ike Nurmala**

**Nim** **: A1C221011**

**Program Studi** **: Pendidikan Profesi Ners**

**Jenjang** **: Sarjana**

**Judul Proposal** **: Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Serangan Stroke Terhadap Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Bangkala**

Yang telah diuji oleh Tim Penguji Proposal, sebagai berikut:

| **Tim Penguji** | **Tanda Tangan** |
|---|---|
| 1. Alfiyan Rahim ,S.Kep., Ns.,MNS | ( ) |
| 2.Kurniawan Amin, S.Kep., M.Kep | ( ) |
| 3.Sintawati, S.Kep., M.Kep | ( ) |

Mengetahui,

**Dekan**

**Dr. Wahyu, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

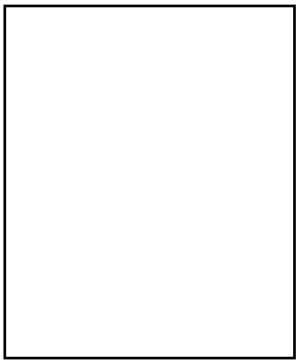
**NIDN. 0920018501**

**Ketua Program Studi**

**Iqwan Syarif, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIDN. 0920089106**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Biodata Peneliti

| | |
|---|---|
| Nama | :Ike Nurmala |
| Tempat Tanggal Lahir | :Bima,10 Desember 2000 |
| Alamat | : Dusun tololai I, Jl Ambalawi-wera, Kec Ambalawi, Kab Bima, Prov NTB. |
| E-mail | : nurmalaike13@gmail.com |
| No. Telp | :085333619839 |
| Jenis Kelamin | :Perempuan |
| Agama | :Islam |
| Suku | : Bima (Mbojo) |
| Tinggi/Berat Badan | :156/58 |
| Golongan Darah | :A |
| Kewarganegaraan | : Indonesia |

### B. Pendidikan

**1. TK**

**2. SDN MAWU 2009-2015**

**3. Mts Al-Husainy kota bima 2015-2018**

**4. SMA DARUL HUSNA 2018-2021**

**5. S1 Keperawatan Universitas Megarezky Tahun 2021-202**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ***"pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi diwilayah kerja puskesmas bangkala"*** yang merupakan salah satu persyaratan untuk mencapai gelar sarjana pada program studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky.

Tidak lupa pula sholawat serta salam selalu tercurah kepada nabiyullah Muhammad SAW yang telah membawa kita dari zaman yang gelap menuju zaman yang terang benderang seperti sekarang sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini. Skripsi ini merupakan upaya dan kerja keras penulis untuk mendapatkan sesuatu yang terbaik, meskipun penulis menyadari bahwa di dalamnya masih banyak terdapat kekeliruan dan kekurangan serta masih jauh dari apa yang diharapkan. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mengalami banyak tantangan dan hambatan, namun berkat usaha dan kemampuan serta kerjasama yang baik dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Oleh karena itu, perkenankanlah penulis dengan segala hormat dan kerendahan hati mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya. Yang pertama tentunya untuk diri sendiri, Terima kasih karena sudah bertahan dan mau berjuang sejauh ini melewati segala proses yang tentunya tidak selalu mudah. Terkhusus penulis ucapkan terimakasih kepada, Cinta pertama dan

panutanku, Ayahanda Syamsudin Dan Pintu Surgaku, Ibunda Meilan. Beliau memang tidak dapat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan, namun beliau bekerja keras serta mendidik, memberi motivasi serta do'a, dan memberikan dukungan sehingga penulis mampu menyelesaikan studi sampai selesai. Serta Saudara kandung penulis juliansyah dan fahrijal atas segala perhatian, pengorbanan, kasih sayang serta doa restunya yang luar biasa selama ini.

Kepada Bapak Kurniawan Amin,S.Kp.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing 1 dan Ibu Sinta Wati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing 2 dengan penuh kesabaran dan keikhlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan perhatian, bimbingan dan arahan kepada peneliti, serta Kepada Bapak Alfiyan Rahim,S.Kep.,MSN selaku penguji yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan skripsi ini.

Tak lupa pula peneliti ucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Alimuddin, S.H., MH., M.Kn, selaku Pembina Yayasan Pendidikan Islam Mega Rezky Makassar.
2. Ibu Hj.Suryani, S.H., M.H, selaku Ketua Yayasan Pendidikan Islam Mega Rezky Makkasar.
3. Bapak Prof. Dr. H. Anwar Ramli, SE.,M.Si. selaku Rektor Universitas Megarezky .
4. Ibu Dr. Wilma, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
5. Bapak Iqwan Syarif, S.Kep.,Ns.,M.Kep.selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners.

6. Bapak Dan Ibu Dosen serta Staf Universitas Megarezky yang selah memberikan kemudahan bagi peneliti dalam menyelesaikan Pendidikan selama ini.
7. Kepela Puskesmas Bangkala Kota Makassar Yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
8. Bapa Ibu yang telah bersediah meluangkan waktunya untuk menjadi responden penelitian ini.
9. Dan untuk sehabat seperjuangan di tanah rantau Iffan Nurhadia, Hajaratul Aswat, Dea Amelia Putri, Dan Putri terimakasi untuk supor dan dukungan salama penulis menyelesaikan skripsi ini.
10. Rekan-rekan mahasiswa/I Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Angkatan 2021, khususnya kelas A yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu secara langsung maupun tidak langsung.

Penulis menyadari skripsi ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik yang membangun serta saran demi perbaikan di masa depan. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat berguna bagi penulis khususnya bagi rekan sejawat sebagai bahan acuan penelitian selanjutnya.

Makassar, 2025

Peneliti

## DAFTAR ISI

**HALAMAN SAMPUL** ..... **i**
**HALAMAN PERSETUJUAN** ..... **ii**
**HALAMAN PENGESAHAN** ..... **iii**
**SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME** ..... **iv**
**DAFTAR RIWAYAT HIDUP** ..... **v**
**KATA PENGANTAR** ..... **vi**
**DAFTAR ISI** ..... **ix**
**DAFTAR TABEL** ..... **vii**
**DAFTAR GAMBAR** ..... **vii**
**DAFTAR SINGKATAN** ..... **xv**
**DAFTAR LAMPIRAN** ..... **xv**
**BAB I PENDAHULUAN** ..... **1**
A. Latar Belakang Masalah ..... 1
B. Rumusan Masalah ..... 6
C. Tujuan Penelitian ..... 6
D. Manfaat Penelitian ..... 7
E. Keaslian Penelitian ..... 8
**BAB II TINJAUAN PUSTAKA** ..... **9**
A. Tinjauan Teoritis ..... 9
B. Kerangka Konsep ..... 39
C. Hipotesis ..... 42
**BAB III METODE PENELITIAN** ..... **43**
A. Desain Penelitian ..... 43
B. Populasi dan Sampel ..... 44
C. Defenisi Operasional ..... 46
D. Lokasi dan Waktu Penelitian ..... 47
E. Alat Pengumpulan Data ..... 47
F. Prosedur Pengumpulan Data ..... 47
G. Rencana Analisis Data ..... 50

H. Etika Penulisan ..... 52
**BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN ..... 55**
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian..... 55
B. Hasil Penelitian..... 55
C. Pembahasan ..... 70
**BAB V PENUTUP ..... 73**
A. Kesimpulan..... 73
B. Saran ..... 74
**DAFTAR PUSTAKA**
**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Table 1.1 Keaslian Penelitian ..... 8
Tabel 2.1 Klasifikasi JNC VI ..... 11
Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi Lainnya ..... 11
Tabel 2.3 Klasifikasi JNC VII ..... 12
Tabel 3.1 Definisi Operasional ..... 44
Tabel 4.1 Jenis Kelamin ..... 56
Tabel 4.2 Usia ..... 56
Tabel 4.3 Analisis Univariat ..... 57
Tabel 4.4 Distribusi Skor Responden Per Test Kelompok Intervensi ..... 58
Tabel 4.5 Analisis Rata-Rata Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Sesudah Diberikan Penyuluhan Kesehatan Pada Kelompok Intervensi ..... 59
Tabel 4.6 Distribusi Skor Responden Post Test Kelompok Intervensi ..... 60
Tabel 4.7 Analisis Rata-Rata Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Sebelum Diberikan Penyuluhan Kesehatan Pada Kelompok Kontrol ..... 61
Tabel 4.8 Distribusi Skor Responden Per Test Kelompok Kontrol ..... 62
Tabel 4.9 Analisis Rata-Rata Post Test Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Kelompok Kontrol ..... 63
Tabel 4.10 Distribusi Skor Responden Post Test Kelompok Kontrol ..... 64
Tabel 4.11 Perbedaan Skor Rata – Rata Kelompok Kontrol Dengan Kelompok Yang Diberikan Perlakuan ..... 65
Tabel 4.12 Hasil Uji T Paired Sampel Test ..... 67
Tabel 4.13 Hasil Uji T Independent Sample Test ..... 69

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Ansietas ..... 20
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian ..... 39
Gambar 3.2 Kerangka Konsep Kerja ..... 40
Gambar 3.3 Model Desain Penelitian ..... 43
Gambar 4.1 Diagram Perbedaan Rata – Rata Skor Kelompok Kontrol Dan Kelompok Interval ..... 66

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Data Demografi

Lampiran 4 Lembar Kuesioner

Lampiran 5 Kuesioner Tingkat Kecemasan

Lampiran 6 Permohonan Usulan Judul

Lampiran 7 Surat Pengantaran Pengambila Data Awal

Lampiran 8 Permohonan Surat Pengambilan Data Awal

Lampiran 9 Surat Pengambilan Data Awal

Lampiran 10 Surat Rekomendasi Izin Penelitian

Lampiran 11 Surat Izin Penelitian Dari Kantor Gubernur Sulawesi Selatan

Lampiran 12 Surat Izin Penelitian Dari Kantor Walikota Makassar

Lampiran 13 Surat Izin Penelitian Dari Dinas Kesehatan Kota Makassar

Lampiran 14 Surat Keterangan Selesai Penelitian

Lampiran 15 Jadwal Penelitian

Lampiran 16 Master Tabel Demografik

Lampiran 17 Master Tabel Tingkat Kecemasan, Pengetahuan, Sikap, Dukungan Sosial, Tingkat Ekonomi, Dan Gaya Hidup.

Lampiran 18 Uji SPSS

Lampiran 19 Dokumentasi Penelitian

## ABSTRAK

**Ike Nurmala A1C221O11 Pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas bangkala**
**Dibimbing oleh kurniawan amin dan sintawati.**

**Latar belakang**: Hipertensi semakin meningkat dari tahun ke tahun dan menjadi salah satu penyebab kematian terbanyak di dunia yang disebabkan oleh komplikasi hipertensi itu sendiri sehingga menyebabkan kecemasan bagi penderitanya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi.
**Metode** :Penelitian ini menggunakan quasy eksperiment dengan model rancangan nonequivalent control grup design. Populasinya adalah semua penderita hipertensi wilayah kerja puskasmas bangkala dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang (15 orang kelompok perlakuan dan 15 orang kelompok kontrol) dengan teknik pengambilan sampel yaitu purposive sampling dan menggunakan data primer yang diambil secara langsung.
**Hasil** :pengolahan data didapatkan selisih skor rerata kecemasan responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok perlakuan sebesar 10,27 dengan hasil uji t paired t test didapatkan nilai P value 0,001<0,05, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 0,8 dengan nilai P value uji t paired simple test 0,228>0,05. Selisih skor rerata sebelum dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok yang diberi perlakuan sebesar 2,8 dengan hasil uji t independent simple test didapatkan nilai P value 0,39>0,05, sedangkan selisih skor rerata tingkat kecemasan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok yang diberi perlakuan sebesar 8,27 dengan nilai P value uji independent (sign. 2-tailed) 0,002<0,05.
**Kesimpulan**: dari hasil penelitian ini adalah terdapat pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi. Disarankan untuk penelitian selanjutnya agar menambah jumlah sampel, memperpanjang waktu pengambilan data, atau melakukan penelitian secara prospektif sehingga pengaruhnya bisa lebih diketahui.
**Kata kunci**:hipertensi,tingkat kecemasan
**Daftar pustaka:20**

# BAB I

# PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan barang yang mahal di negara kita ini. Sementara untuk penyakit ringan seperti flu bisa diobati dari dana sendiri, namun bila terkena stroke bisa jadi seluruh harta dan tabungan akan habis untuk menutupi biaya pengobatan. Padahal penyakit stroke penyakit yang bisa kita cegah dengan menerapkan gaya hidup yang sehat. Oleh karena itu, kesadaran akan pentingnya pencegahan stroke merupakan hal yang harus ada dalam benak setiap orang. Khususnya bagi mereka yang memiliki faktor risiko terkena stroke. Kesadaran yang lebih penting juga perlu dimiliki oleh para petugas kesehatan, baik dokter maupun perawat. Dalam hal ini perawat bisa memberikan penyuluhan kepada pasiennya akan pentingnya gaya hidup sehat (Safitri, 2020)

Hipertensi atau darah tinggi merupakan faktor risiko stroke yang paling konsisten dari berbagai penelitian terdahulu. Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Muswati, 2016).

Hipertensi merupakan faktor resiko stroke yang dapat meningkatkan risiko stroke 2-4 kali lipat, tidak tergantung pada faktor risiko lainnya. Peningkatan tekanan sistolik maupun diastolik berkaitan dengan risiko yang lebih tinggi. Untuk setiap kenaikan tekanan darah diastolik sebesar 7,5 mmHg

maka risiko stroke meningkat 2 kali lipat. Apabila hipertemsi dapat dikendalikan dengan baik maka risiko stroke turun sebanyak 38% (Muswati, 2016).

Stroke merupakan sindrome klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita 45-80 tahun. Umumnya laki-laki sedikit lebih sering terkena daripada perempuan. Biasanya tidak ada gejala-gejala *prodroma* atau gejala dini, dan muncul begitu mendadak (Triyanto, 2014). Penyakit stroke penyebab urutan ketiga yang dapat mengakibatkan kematian. Selain itu, stroke merupakan penyebab invaliditas (kecacatan). Penanggulangan masalah stroke bukan hanya terdiri dari penanganan pasien dalam *fase* akut, melainkan juga pencegahan, rehabilitas fisik maupun sosial (Mahdiana, 2010).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) 15 juta orang menderita stroke di seluruh dunia setiap tahun. Dari jumlah tersebut 5 juta meninggal dan 5 juta lainnya di nonaktifkan secara permanen. Tekanan darah tinggi menyumbang lebih dari 12,7 juta stroke di seluruh dunia. Kematian stroke di Eropa sekitar 650.000 setiap tahun. Di Negara maju, angka kejadian stroke menurun, sebagian besar karena upaya untuk menurunkan tekanan darah dan mengurangi merokok. Namun, tingkat keseluruhan stroke tetap tinggi karena penuaan penduduk (Erawantini dan Chairina, 2016).

Data riset kesehatan dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa secara keseluruhan perbandingan prevalensi stroke di Sulawesi Selatan 17,9% lebih besar dibandingkan prevalensi stroke di Indonesia secara keseluruhan 12,1%.

Selain itu provinsi Sulawesi Selatan merupakan provinsi dengan jumlah penderita stroke tertinggi dibandingkan dengan provinsi yang lain di Indonesia (Riskesdas, 2013). Kemudian, data riset dasar tahun 2018 menyatakan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia 18 tahun sebesar 34,1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44.1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%). Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%).

Riskesdas 2018 menyatakan prevalensi hipertensi sebesar 34,1% diketahui bahwa sebesar 8,8% terdiagnosis hipertensi dan 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 32,3% tidak rutin minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita Hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya Hipertensi sehingga tidak mendapatkan pengobatan. Alasan penderita hipertensi tidak minum obat antara lain karena penderita hipertensi merasa sehat (59,8%), kunjungan tidak teratur ke fasyankes (31,3%), minum obat tradisional (14,5%), menggunakan terapi lain (12,5%), lupa minum obat (11,5%), tidak mampu beli obat (8,1%), terdapat efek samping obat (4,5%), dan obat hipertensi tidak tersedia di Fasyankes (2%).

Usaha pencegahan serangan stroke adalah menyingkirkan faktor risiko (konsumsi alkohol, rokok, dan lain-lain) terutama bagi mereka yang memiliki tekanan darah tinggi, penyakit jantung trasien iskemik (gangguan pasokan darah sesaat), diabates meletus, kolestrol darah tinggi dan kebiasaan riwayat keluarga atau keturunan, usia, jenis kelamin (pria berisiko) dan rasa. Hal ini

masalah usaha pencegahann lebih di utamakan dari pada pengobatan dengan menjauhi faktor risiko sehingga melakukan perilaku pencegahan stroke.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Safitri, et al (2020) menunjukkan bahwa pengetahuan tinggi sebanyak 159 (93%). Motivasi pencegahan stroke dalam kategori kuat sebanyak 159 responden (93%). Kesimpulan penelitian adalah pengetahuan berhubungan dengan motivasi pencegahan stroke di Kelurahan Jebres Surakarta (p value 0,000). Adanya pengetahuan yang tinggi disarankan kepada penderita hipertensi meningkatkan motivasi dalam pencegahan stroke dikarenakan tipe stroke yang paling banyak diderita pasien adalah stroke ischemic (61,46%) dengan faktor resiko penyebab stroke paling banyak adalah faktor resiko hipertensi 17 (82,30%).

Dari riset penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko stroke paling banyak disebabkan oleh hipertensi. Hipertensi sebagai penyakit yang menyebabkan berbagai penyakit lain dan serung disebut penyakit yang tidak bergejala. Hal semacam ini tidak akan terjadi jika masyarakat lebih tahu dan lebih baik dalam penanganan hipertensi. Jika penyandang hipertensi mengetahui bahwa komplikasi penyakit hipertensi mengarah kecacatan fisik bahkan kematian maka penderita hipertensi akan merasa cemas. Oleh karena itu, penyuluhan kesahatan menjadi salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat khususnya bagi penderita hipertensi terhadap pentingnya pencegahan dini serangan stroke.

Salah satu media yang akan digunakan untuk penyuluhan kepada penderita hipertensi adalah *poster*. Media poster merupakan salah satu media

media komunikasi visual yang digunakan untuk menyampaikan informasi penting tentang pencegahan serangan stroke pada penderita hipertensi. Biasanya, poster ini berisi ilustrasi menarik, pesan singkat, serta gambar-gambar yang berkaitan dengan kesehatan. Tujuan dari poster penyuluhan kesehatan adalah untuk mengedukasi masyarakat tentang manfaat dan peran akan pentingnya gaya hidup sehat. Salah satu alasan penulis menggunakan media poster karena dapat digunakan sebagai media pengingat bagi masyarakat untuk lebih menjaga kesehatan. Melalui poster ini, masyarakat dapat diingatkan tentang pentingnya melakukan pencegahan serangan stroke dan melakukan pemeriksaan tekanan darah secara berkala. Dengan demikian, masyarakat khususnya bagi penderita hipertensi dapat terhindar dari serangan stroke.

Sehubungan dengan pernyataan diatas, penulis merasa penting memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat guna untuk menambah wawasan dan menanamkan pengetahuan sejak dini pentingnya melakukan pencegahan serangan stroke pada penderita hipertensi. Selain pentingnya melakukan penyuluhan kesehatan, penulis merasa penting untuk melihat tingkat kecemasan masyarakat tentang komplikasi hipertensi terkhusus stroke jika hanya dibiarkan tanpa ada tindaklanjut atau penanganan yang tepat terhadap penyakit hipertensi. Untuk itu, penulis tertarik meneliti **"Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Serangan Stroke Terhadap Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Bangkala"**

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka penulis dapat merumuskan masalah penelitian yaitu “Bagaimana pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi di Wilayah Puskesmas Bangkala?”

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam melakukan penelitian ini yaitu “Untuk mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi di Wilayah Puskesmas Bangkala.

### 2. Tujuan Khusus

a. Terindefikasinya karakteristik penderita hipertensi berdasarkan jenis kelamin, usia, status pernikahan, riwayat kesehatan, dan tingkat pendidikan.

b. Teridentifikasinya skor rata-rata tingkat kecemasan penderita hipertensi sebelum diberikan penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

c. Teridentifikasinya skor rata-rata tingkat kecemasan penderita hipertensi sesudah diberikan penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

d. Teridentifikasinya perbedaan skor rata-rata tingkat kecemasan penderita hipertensi sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

e. Teridentifikasinya perbedaan skor rata-rata tingkat kecemasan penderita hipertensi pada kelompok kontrol dan kelompok yang diberikan perlakuan.

## D. Manfaat Penelitian

Manfaat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi Profesi Keperawatan

   Diharapkan penelitian ini dapat memberikan masukan bagi profesi dalam mengembangkan intervensi keperawatan profesi yang akan dilakukan dalam upaya pencegahan serangan stroke pada penderita hipertensi.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

   Meningkatkan kualitas pelayanan di masyarakat dalam melakukan preventif dan melakukan penanganan yang tepat pada penderita hipertensi dan memberikan health education guna menanamkan kesadaran kepada masyarakat pentingnya melakukan kontrol tekanan darah.

3. Bagi Institusi Pendidikan

   Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mahasiswa akan pentingnya melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat.

4. Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat sejak dini agar lebih meningkatkan kesehatannya dan lebih waspada terhadap komplikasi hipertensi

## E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini tidak terlepas dari hasil penelitian sebelumnya, diharapkan peneliti dapat melihat persamaan dan perbedaan dengan rencana penelitian yang diusulkan, dan menjadi bahan pembanding, serta terkait dengan topik penelitian dan kebaruan penelitian. Hasil penelitian sebelumnya akan ditampilkan pada table dibawah ini:

**Table 1.1 Keaslian Peneltian**

| No | Judul Penelitian | Metode Penelitian | Hasil Penelitian | Persamaan | Perbedaan |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Suharni (2014) Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Serangan Stroke Terhadap Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Di Desa Kalemandalle Kec. Bajeng Barat Kab. Gowa. | Penelitian ini menggunakan *quasy eksperiment* dengan model rancangan *nonequivalent control group design* (*non randomised pretest-posttest control group design*). | Kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah terdapat pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi. | Penelitian ini sama-sama menggunakan *quasy eksperiment* dengan model rancangan *nonequivalent control group design* (*non randomised pretest-posttest control group design*). Dan alat ukur tingkat kecemasan menggunakan HARS. | Penelitian ini berbeda dari Instrumen yang digunakan ZSAS (Zung Self Rating Anxiety Scale) |
| 2 | Indah (2019) Pengaruh | Penelitian ini menggunakan | Hasil penelitian perilaku | Mengetahui pengaruh | Penelitian ini berbeda dari |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Pada Penderita Hipertensi Di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi, 2019 | *pre experimental design* menggunakan *one grup pretest posttest design* | pencegahan stroke pada penderita hipertensi sebelum dilakukan pendidikan kesehatan sebagian besar dari penderita hipertensi sebanyak 11 (55,0 %) memiliki perilaku yang kurang dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan sebagian besar dari penderita hipertensi yaitu 12 (60,0 %) memiliki perilaku yang baik. | penyuluhan kesehatan melalui media video untuk mencegah kecemasan stroke pada penderita hipertensi | pengambilan data menggunakan kuesioner yang dianalisis dengan uji wilcoxon signed rank test. |
| 3 | Khoirunnisa (2019) Hubungan Pengetahuan Penderita Hipertensi Dengan Upaya Pencegahan Kejadian Stroke, 2019 | Metode dalam penelitian ini menggunakan deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional.* | Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan pengetahuan penderita hipertensi dengan upaya pencegahan kejadian stroke dengan nilai p-value = 0,001 < 0,05. Kesimpulan dari penelitian ini adalah pengetahuan memiliki peranan yang berpengaruh bagi penderita hipertensi untuk melakukan pencegahan penyakit stroke | Penelitian ini sama-sama meneliti Pencegahan Stroke pada Penderita Hipertensi | Perbedaan penelitian ini terletak pada fokus penelitian, penelitian ini mencari hubungan pengetahuan sedangkan penelitian peneliti mencari pengaruh penyuluhan kesehatan pada penderita stroke. |

# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## A. Tinjauan Teoritis

### 1. Konsep Hipertensi

#### a. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah gejala peningkatan tekanan darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terlambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan. Pada penderita tekanan darah tinggi, biasanya terjadi kenaikan tekanan darah sisitolik dan diastolik. Dikatakan tekanan darah tinggi jika tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih, atau tekanan diatolik mencapai 90 mmHg atau lebih, atau keduanya (Khasanah, 2012).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit degeneratif. Umumnya tekanan darah bertambah secara perlahan dengan bertambahnya umur. Risiko untuk menderita hipertensi pada populasi >55 tahun yang tadinya tekanan darahnya normal 90%. Kebanyakan pasien mempunyai tekanan darah prehipertensi sebelum mereka didiagnosis dengan hipertensi dan kebanyakan diagnosis hipertensi terjadi pada umur diantara dekade ketiga dan dekade kelima (Muflih, 2021)

**b. Klasifikasi Hipertensi**

Dalam hubungannya dengan faktor penyebab munculnya penyakit tekanan darah seseorang, hipertensi itu sendiri dibedakan menjadi hipertensi esensial/primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer merupakan suatu kondisi tekanan darah tinggi yang tidak diketahui penyebab terjadinya hipertensi atau tanda-tanda kelainan organ di dalam tubuh (Khasanah, 2012)

Hipertensi primer dipengaruhi oleh berbagai faktor keturunan, pola makan dan minuman yang kurang tepat ditandai dengan tinggi kadar natrium di dalam bahan makanan atau minuman tersebut merupakan salah satu faktor yang turut meningkatkan prevalensi seseorang terkena hipertensi. Faktor lainnya yang menyebabkan seseorang terkena hipertensi adalah stress dan tekanan kehidupan yang tinggi (Muflih, 2021).

Apabila hipertensi primer penyebabnya belum diketahui, maka pada hipertensi sekunder penyebab munculnya hipertensi dapat diketahui. Penyakit hipertensi dapat diakibatkan oleh kelainan korteks adrenalis, feokromositoma, toksemia gravidarum, serta pemakaian obat-obatan sejenis dengan kortikosteroid. Klasifikasi lainnya dari hipertensi dapat berupa klasifikasi ringan, sedang, dan berat. Klasifikasi ini biasanya digunakan oleh WHO dalam kurung waktu 1991-1999. Namun dewasa ini klasifikasi ini jarang bahkan tidak pernah digunakan kembali. Hal ini disebabkan baik hipertensi ringan,

sedang, maupun berat sama-sama memiliki andil yang besar terjadinya komplikasi. Oleh karena itu, pada diagnose awal, apabila ditemukan gejala hipertensi, maka sebaiknya tidak diklasifikasi ringan atau tinggi, klasifikasi terbaru menggunakan klasifikasi JNC VI atau *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment on High Blood Pressure VI* (Muflih, 2021).

**Tabel 2.1** Klasifikasi JNC VI

| Kategori | Tekanan darah (mmHg) |
|---|---|
| Optimal | < 120/80 |
| Normal | 120/80 – 129/84 |
| Borderline | 130/85 – 139/89 |
| Hipertensi | >140/90 |
| Stadium 1 | 140/90 – 159/99 |
| Stadium 2 | 160/100 – 179/109 |
| Stadium 3 | >180/110 |

*Sumber: Suharni (2014)*

**Tabel 2.2** Klasifikasi Hipertensi Lainnya

| Kategori | Tekanan diastolic (mmHg) | Tekanan sistolik (mmHg) |
|---|---|---|
| Normal | <85 | <130 |
| Normal tinggi | 85-89 | 130-139 |
| Hipertensi | | |
| Kategori 1(ringan) | 90-99 | 140-159 |
| Kategori 2 (sedang) | 100-109 | 160-179 |
| Kategori 3 (berat) | 110-119 | 180-200 |
| Kategori 4 (sangat berat) | ≥120 | |

*Sumber: Suharni (2014)*

Dalam klasifikasi hipertensi terbaru terdapat klasifikasi JNC VII. Pada klasifikasi ini terdapat perhipertensi yang dikategorikan bukan sebagai penyakit. Kategori tersebut digunakan untuk mengidentifikasi

tingkat resiko seseorang terhadap hipertensi. Hal ini sangat bermanfaat baik bagi pasien maupun dokter untuk mencegah atau setidak-tidaknya memperlambat munculnya penyakit hipertensi.

**Tabel 2.3** Klasifikasi JNC VII

| Klasifikasi | Tekanan sistolik (mmHg) | Tekanan diatolik (mmHg) |
|---|---|---|
| Normal Prehipertensi Hipertensi | <120, 120- | <80 atau 80- |
| Stadium 1, hipertensi stadium 2 | 139,140-159, >160 | 89 atau 90-99 atau >100 |

*Sumber: Suharni (2014)*

Klasifikasi hipertensi juga dapat dibedakan menjadi hipertensi sistolik terisolasi dan hipertensi *maligna*. Orang yang mengalami hipertensi sistolik terisolasi memiliki tekanan sistolik sampai 140 mmHg bahkan bisa lebih, namun tekanan diastoliknya bisa kurang dari 90 mmHg. Tekanan ini masih dalam kisaran normal. Orang yang mengalami hipertensi jenis ini biasanya orang yang berusia lanjut (lansia). Selain itu terdapat juga hipertensi *maligna* yaitu hipertensi yang sangat parah. Penanganan terhadap hiperetensi ini perlu dilakukan secara cepat dan tepat. Hal ini disebabkan dalam waktu 3 sampai 6 bulan orang yang menderita penyakit hipertensi ini diprediksi meninggal dunia (Ridwan, 2012).

**c. Etiologi Hipertensi**

Hipertensi ternyata tidak hanya diakibatkan oleh tekanan darah yang abnormal namun dapat juga diakibatkan oleh komplikasi penyakit dan kelainan pada organ target terutama organ vital. Selain

itu adanya sindrom X dan *reaven* pada orang yang mengalami hipertensi yang diikuti dengan gangguan toleransi glukosa atau *diabetes mellitus, dislipidemia*, serta obesitas. Oleh karena itu, orang yang menderita hipertensi biasanya akan diikuti dengan penyakit ikutan lainnya. Ketika menguraikan tentang jenis hipertensi, tedapat hipertensi primer dan sekunder (Ridwan, 2012)

Hipertensi primer sekalipun tidak diketahui penyebabnya namun diduga munculnya hipertensi ini berkaitan dengan peningkatan tekanan darah dari waktu ke waktu yang mempengaruhi perubahan pada jantung dan pembuluh darah lainnya. Penderita hipertensi sekitar 90% merupakan hipertensi primer. Pada hipertensi sekunder diperkirakan sekitar 5-10% disebabkan oleh penyakit ginjal, kemudian sekitar 1sampai 2% diakibatkan oleh kelainan hormonal atau dapat juga diakibatkan oleh pemakaian obat tertentu seperti pil KB. Selain itu, tumor pada kelenjar adrenalin yang menghasilkan *hormone epinefrin (adrenalin) atau norepinefrin (noradrenalin)* yang sering disebut *feokromositoma,* juga memberikan andil terhadap munculnya hipertensi sekunder (Ridwan, 2012).

Secara genetik, penyakit hipertensi memiliki hubungan yang signifikan dengan gen-gen pemicu hipertensi yang terdapat dalam kromosom manusia. Sekalipun gen-gen hipertensi belum bisa diidentifkasikan secara akurat namun faktor-faktor genetik yang terdapat gen manusia sangat mempengaruhi sistem *rennin-*

*angiotensin-aldosteron.* Mekanisme ini, sangat membantu dalam pengaturan tekanan darah melalui pengontrolan keseimbangan garam serta kelenturan dari arteri (Ridwan, 2012).

Penderita hipertensi biasanya memiliki kelainan pada arteri-arteri di dalam pembuluh darahnya. Arteri yang dimilikinya ini kehilangan kelenturannya sehingga menjadi kaku. Selain arteri, komponen pembuluh darah lainnya seperti peripheral ateries atau arteriol juga mengalami kekakuan. Penyebabnya belum diketahui secara pasti, namun pada umumnya orang yang menderita hipertensi akan ditandai dengan kondisi tersebut. Secara garis besar, orang yang menderita hipertensi diakibatkan oleh volume pukulan jantung *(cardiac output)* yaitu jumlah volume darah yang terdapat pada setiap kontraksi ketika dipompa keluar jantung. Semakin tinggi *cardiac output* akan meningkatkan kemungkinan hipertensi (Ridwan, 2012).

Selain *cardiac output* yang semakin tinggi, penyebab munculnya hipertensi dapat diakibatkan oleh pengendapan kolesterol dan lemak (*arteriosclerosis*) yang dapat menyebabkan tekanan darah semakin tinggi. Oleh karena itu, pola makan yang kurang sehat dengan tidak memperhatikan menu sehat dengan gizi seimbang cenderung memicu penumpukan lemak dan kolesterol di dalam pembuluh darah. Kemudian faktor lainnya adalah terlepasnya *neurohormon-neurohormon* yang mengakibatkan mengecilnya pembuluh-pembuluh

perifer yang dapat mengakibatkan kenaikan tekanan darah seseorang (Ridwan, 2012).

**d. Manifestasi Klinik**

Gejala-gejala hipertensi adalah sebagai berikut: (Khasanah, 2012)

1) Terasa nyeri di kepala berulang-ulang
2) Jantung berdebar-debar ketika badan bergerak atau melakukan pekerjaan yang agak berat.
3) Perasaan lemah atau agak pusing.
4) Kadang-kadang terasa nyeri pada dada dan bahu kiri.
5) Sesak napas di tengah dada yang dapat menyebar sampai leher dan rahang, pundak kiri atau kanan, dan lengan, bahkan sampai tersa tembus di punggung.
6) Pada kondisi yang parah sering menyebabkan kehilangan kesadaran sesaat.

**e. Komplikasi Hipertensi**

Hipertensi dapat berpotensi menjadi komplikasi berbagai penyakit antara lain: (Shandy, 2011)

1) Stroke

Salah satu komplikasi darah tinggi adalah stroke. Penyakit stroke dapat menyerang siapa saja tanpa pandang bulu. Semua tingkatan sosial maupun ekonomi dapat terkena penyakit stroke ini. Dalam dasawarsa terakhir, sesuai dengan pengamatan dan peninjauan yayasan stroke Indonesia (yastroki) di rumah sakit

maupun yang ada di masyarakat, terdapat kecenderungan jumlah penderita stroke di Indonesia meningkat. Lebih mengejutkan lagi, kecenderungannya menyerang generasi muda yang produktif.

2) Penyakit jantung

Peningkatan tekanan darah secara sistematik meningkatkan resistensi terhadap pemompaan darah dari *ventrikel* kiri sehingga bebas jantung bertambah. Sebagai akibatnya, terjadi *hipertrofi ventrikel* kiri untuk meningkatkan kontraksi. *Hipertrofi* ini ditandai dengan ketebalan dinding yang bertembah, fungsi ruang yang memburuk, dan dilatasi ruang jantung. Akan tetapi, kemampuan *ventrikel* untuk mempertahankan curah jantung dengan hipertrofi kompensasi akhirnya terlampau dan terjadi dilatasi dan payah jantung.

3) Gagal ginjal

Gagal ginjal merupakan suatu keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan tidak dapat diperbaiki dari berbagai penyebab. Salah satunya pada bagian yang menuju ke kardiovaskuler. Mekanisme terjadinya hipertensi pada gagal ginjal kronis karena penimbunan garam dan air, atau sistem *rennin angiotensin aldosteron* (RAA).

**f. Upaya Pencegahan Hipertensi**

Mencegah tentu saja lebih baik daripada mengobati, karena seringkali justru sudah terlambat karena telah sempat menimbulkan

komplikasi atau bahkan berakibat fatal. Namun, tidak kalah penting adalah deteksi dini adanya hipertensi, dengan melakukan pemeriksaan tekanan darah secara teratur atau setiap ada kesempatan. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya hipertensi adalah sebagai berikut: (Anies, 2016)

1) Mengurangi konsumsi lemak Membatasi konsumsi lemak dilakukan agar kadar kolesterol darah yang tinggi dapat mengakibatkan terjadinya endapan kolesterol dalam dinding pembuluh darah. Apabila endapan ini semakin banyak dapat menyumbat pembuluh darah dan mengganggu peredaran darah.
2) Mengurangi konsumsi garam

   Konsumsi garam sebaiknya dibatasi, maksimal 2 gram garam dapur untuk diet setiap hari.
3) Menghindari merokok Resiko yang ditimbulkan oleh kebiasaan merokok ternyata cukup besar, terutama dalam menimbulkan hipertensi maupun penyakit jantung koroner.
4) Menghindari kegemukan

   Hal ini dapat dilakukan dengan menjaga berat badan. Batasan kegemukan adalah jika berat badan lebih 10 persen dari berat badan normal.
5) Olahraga secara teratur dan terukur

   Olahraga secara teratur dan terukur dapat menyerap atau menghilangkan endapan kolesterol pada pembuluh darah nadi.

Namun, bukan sembarang olahraga, melainkan olahraga *aerobik*, berupa latihan yang menggerakkan semua sendi dan otot, misalnya jalan, *jogging*, bersepeda, berenang. Tidak dianjurkan olahraga yang menegangkan seperti tinju, gulat, angkat besi, karena seringkali justru akan meningkatkan tekanan darah. Olahraga aerobik seharusnya dilakukan secara teratur, seminggu 3-4 kali.

6) Makan banyak buah-buahan dan sayuran segar

Buah-buahan dan sayuran segar mengandung serat tinggi yang dapat menurunkan kolesterol darah. Jumlah serat dalam susunan menu mempengaruhi jumlah kolesterol darah. Sebenarnya terdapat dua macam serat, yaitu yang dapat larut dan tidak dapat larut. Keduanya mempunyai manfaat masing-masing. Serat larut menurunkan kadar kolesterol, sedangkan serat tidak larut mempunyai efek melancarkan pembuangan sisa makanan secara alami.

7) Mengurangi stres emosional

Setiap orang berpeluang untuk mengalami stress emosional atau stress psikologis, apalagi dalam kehidupan yang penuh dengan persaingan hidup. Namun demikian sedapat mungkin kita dapat menguranginya. Meredam persoalan yang dapat mengakibatkan stres tidak akan menyelesaikan masalah, karena cepat atau lambat akan meletup dalam bentuk stress dengan

berbagai manifestasinya. Bagi seseorang yang dalam pekerjaan sehari-hari berpotensi menimbulkan stress, baik sekali jika dapat meluangkan waktu sejenak, misalnya diakhir minggu, untuk berekreasi bersama keluarga.

**g. Prognosis Hipertensi**

Tanpa pengobatan maka hipertensi akan berakibat lanjut sesuai dengan target organ yang diserangnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi prognosis seorang penderita hipertensi adalah: (Bustan, 2017)

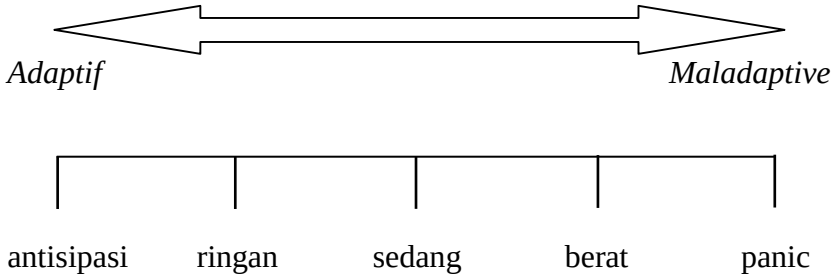
1) Etiologi hipertensi; hipertensi sekunder yang ditemukan pada tahap dini akan lebih baik prognosisnya.
2) Umur; usia muda mempunyai prognosis yang kurang baik disbanding dengan usia yang lebih tua.
3) Jenis kelamin; umumnya wanita lebih bisa mentolerir lebih baik terhadap kenaikan tekanan disbanding dengan pria.
4) Suku/ras; orang hitam di Amerika mempunyai prognosis lebih jelek dibanding orang kulit putih.
5) Sifat hipertensi; tekanan darah yang bersifat lebih dan progresif kurang baik prognosisnya.
6) Komplikasi; adanya komplikasi memperberat prognosis.
7) Banyaknya faktor resiko lain; ada tidaknya faktor resiko lain seperti DM atau kolesterolemia bisa memperburuk hipertensi.

## 2. Konsep Cemas

### a. Pengertian Cemas

Kecemasan adalah hasil dari proses psikologi dan proses fisiologi dalam tubuh manusia. Kecemasan menunjukkan reaksi terhadap bahaya yang mengingatkan orang dari dalam secara naluri bahwa ada bahaya dan orang yang bersangkutan mungkin kehilangan kendali dalam situasi tersebut (Ramaiah, 2013)

**Gambar 2.1** Rentang Respon Ansietas




### b. Tipe Kepribadian Pencemas

Seseorang akan menderita gangguan cemas manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi *stressor psikososial* yang dihadapinya. Tetapi pada orang-orang tertentu meskipun tidak ada *stressor psikososial,* yang bersangkutan menunjukkan kecemasan juga, yang ditandai dengan corak atau tipe kepribadian pencemas, yaitu antara lain: (Ramaiah, 2013)

1) Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu, dan bimbang.
2) Memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir).
3) Kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum.
4) Sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain.

5) Tidak mudah mengalah, suka ngotot.
6) Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk, gelisah
7) Sering kali mengeluh ini dan itu (keluhan-keluhan somatik), khawatir berlebihan terhadap penyakit.
8) Mudah tersinggung, suka membesar-besarkan masalah yang kecil (*dramatisasi*).
9) Dalam mengambil keputusan sering diliputi rsa bimbang dan ragu.
10) Bila mengemukakan sesuatu atau bertanya sering kali di ulang-ulang.
11) Kalau sedang emosi sering kali bertindak histeris.

Orang dengan tipe kepribadian pencemas tidak selamanya mengeluh hal-hal yang sifatnya psikis tetapi sering juga disertai dengan keluhan- keluhan fisik (*somatik*) dan juga tumpang tindih dengan ciri-ciri kepribadian *depresif* atau dengan kata lain batasannya sering kali tidak jelas.

**c. Gejala Klinis Cemas**

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain sebagai berikut: (Hawari, 2018)

1) Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.

3) Takut sendirian, takut pada keramaian, dan orang banyak.

4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan

5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat.

Keluhan-keluhan somatic, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (*tinitus*), berdebar-debar, sesak napas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala, dan lain sebagainya.

**d. Faktor Penyebab Kecemasan**

Kecemasan merupakan fenomena yang kompleks multi dimensi, dan tidak ada satu pun variabel eksklusif yang dapat menjelaskan perkembangannya. Dalam literatur, beberapa faktor yang secara konsisten dapat dikaitkan dengan timbulnya kecemasan, antara lain: (Hawari, 2018)

1) Faktor pengalaman traumatik

Kecemasan yang dialami oleh pasien pada umumnya disebabkan oleh sesuatu hal yang dialami pasien dari pengalaman traumatik pribadi sebelumnya. Pengalaman traumatik pada waktu masih kecil atau masa remaja dapat menjadi penyebab utama rasa takut dan cemas pada orang dewasa.

2) Faktor sosial ekonomi

Beberapa pengamatan dan penelitian telah menunjukkan bahwa masyarakat yang status sosial ekonominya rendah

cenderung untuk lebih takut dan cemas dibandingkan dengan masyarakat yang sosial ekonominya menengah ke atas.

3) Faktor pendidikan

Kurangnya pendidikan khususnya pengetahuan mengenai dapat menyebabkan timbulnya rasa cemas. Hal ini disebabkan masyarakat yang pendidikannya rendah tersebut tidak mendapatkan informasi yang cukup sehingga mereka menganggap hal tersebut adalah sesuatu yang menakutkan.

4) Faktor keluarga dan teman

Cerita-cerita dari anggota keluarga ataupun teman-teman lainnya tentang ketakutan mereka terhadap penyakit, memmpunyai pengaruh yang sangat besar terhadap pandangan seseorang terhadap penyakit dialaminya atau kemungkinan yang sedang akan dialaminya.

5) Karakteristik kepribadian

Setiap orang memiliki karakteristik kepribadian yang berbeda-beda dalam menghadapi masalah yang menimbulkan kecemasan. Hal ini disebabkan karena koping tiap individu berbeda-beda pula dalam menghadapi masalah dalam kehidupannya.

6) Usia dan jenis kelamin

Usia dan jenis kelamin mempengaruhi tingkat kecemasan setiap orang. Umumnya perempuan lebih rentang terhadap kejadian kecemasan dibandingkan laki-laki.

**e. Alat Ukur Kecemasan**

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, atau berat sekali orang menggunakan alat ukur (*instrumen*) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale For Anxienty* (HRS-A). alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengaan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (score) antara 0-4, yang artinya adalah: (Septianawati, 2023)

Nilai 0 = tidak ada gejala (keluhan)

Nilai 1 = gejala ringan

Nilai 2 = gejala sedang

Nilai 3 = gejala berat

Nilai 4 = gejala berat sekali

Penilaian atau pemakaian alat ukur ini dilakukan oleh dokter (*psikiater*) atau orang telah dilatih untuk menggunakannya melalui teknik wawancara langsung. Masing-masing nilai angka (*score*) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu: (Septianawati, 2023)

Total nilai (*score*):

>14 = tidak ada kecemasan

14-20 = kecemasan ringan

21-27 = kecemasan sedang

28-41 = kecemasan berat

42-56 = kecemasan berat sekali

Perlu diketahui bahwa alat ukur HRS-A bukan dimaksudkan untuk menegakkan diagnose gangguan cemas. Diagnose gangguan cemas ditegakkan dari pemeriksaan klinis oleh dokter (*psikiater*), sedangkan untuk mengukur derajat berat ringannya gangguan cemas itu digunakan alat ukur HRS-A (Septianawati, 2023).

**3. Konsep Stroke**

**a. Pengertian Stroke**

Penyakit stroke adalah penyakit *cerebrovaskuler* (*cerembrum*; otak, *vas*; pembulu) dan merupakan masalah diseluruh dunia. Stroke adalah gangguan fisik yang timbul secara mendadak yang disebabkan gangguan peredaran darah ke otak. Penyakit stroke merupakan penyebab urutan ketiga yang dapat mengakibatkan kematian. Selain itu, merupakan penyebab *ibaliditas* (kecacatan). Penanggulangan masalah stroke bukan hanya terdiri dari penanganan pasien dalam fase akut, melainkan juga rehabilitas fisik maupun sosial, bahkan yang lebih tinggi, yakni pencegahan atau pengobatan penyakit yang memiliki faktor risiko terhadap terjadinya stroke (Wiwit, 2010).

WHO mengemukakan stroke merupkan disfungsi *neurologis* akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah dan timbul secara mendadak (dalam beberapa detik) akan cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala-gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah lokal otak yang terganggu (Wiwit, 2010).

**b. Klasifikasi Stroke**

Stroke pada dasarnya terbagi menjadi beberapa jenis yaitu: (Wiwit, 2010).

1) *Stroke iskemik*

Stroke jenis ini terjadi jika aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis (penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak sehingga pasokan darah ke otak terganggu. Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83% mengalami stroke jenis ini.

2) *Stroke hemoragik*

Jenis stroke hemoragik terjadi jika pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi.

3) Stroke ringan (*transiet ischemik attack*)

Sebenarnya TIA termasuk dalam jenis stroke iskemik. Gejala-gejal TIA cepat datang, hanya selama beberapa menit sampai beberapa hari. Stroke jenis ini disebut juga mini stroke karena masing dalam kategori warning. Karena sifat serangannya yang terjadi secara tiba-tiba dan cepat hilang.

**c. Etiologi Stroke**

Ada dua penyebab utama dari stroke, dilihat dari faktor penyebabnya: (Russel, 2011)

1) Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi

a) Usia

Dari berbagai penelitian diketahui bahwa semakin tua usia, semakin besar pula resiko terkena stroke. Hal ini berkaitan dengan adanya proses *degenerasi* (penuaan) yang terjadi secara alamiah dan pada umumnya pada orang yang lanjut usia, pembuluh darahnya lebih kaku oleh karena adanya plak (*aterosklerosi*s)

b) Jenis kelamin

Laki-laki memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan perempuan. Hal ini mungkin terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Dan rokok itu sendiri ternyata dapat merusak lapisan dari pembuluh darah tubuh.

c) *Herediter*

Hal ini terkait dengan riwayat stroke pada keluarga. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga, memiliki resiko yang lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan orang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

d) Ras/etnik

Dari berbagai penelitian ditemukan bahwa ras kulit putih memiliki peluang lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan ras kulit hitam.

2) Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

a) Hipertensi (darah tinggi)

Orang-orang yang tekanan darahnya tinggi memiliki peluang besar untuk mengalami stroke. Bahkan hipertensi merupakan penyebab terbesar (*etiologi*) dari kejadian stroke itu sendiri. Hal ini disebabkan karena pada kasus hipertensi, dapat terjadi gangguan aliran darah pada nantinya akan menjadi mengecil (*vasokontriksi*) sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Dengan pengurangan Aliran Darah Otak (ADO), maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan juga glukosa (*hipoksia*), karena suplai berkurang secara terus-menerus maka jaringan otak lama-lama akan mengalami kematian.

b) Penyakit jantung

Adanya penyakit jantung seperti penyakit jantung *koroner, infark miokard* (kematian otot jantung) juga merrupakan faktor terbesar terjadinya stroke.

c) Merokok

Dari penelitian didapatkan bahwa orang-orang yang merokok ternyata memiliki kadar *fibrinogen* darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar *fibrinogen* ini dapat mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku dengan demikian dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

d) Obesitas

Kegemukan juga merupakan salah satu faktor resiko terjadinya stroke. Hal tersebut terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah pada orang dengan obesitas.

**d. Hipertensi dan Stroke**

Hipertensi dianggap sebagai factor risiko utama stroke. Baik sistolik maupun diastolik terbukti berpengaruh pada stroke, tetapi dari data Framingham tidak terdapat level yang menentukan (*cut-off level*) yang jelas. Dikemukakan bahwa penderita dengan tekanan diastolic di atas 95 mmHg mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk

terjadinya infark otak dibandingkan dengan tekanan diastolik kurang dari 80mmHg, sedangkan kenaikan sistolik lebih dari 180 mmHg mempunyai resiko tiga kali terserang stroke iskemik dibandingkan dengan mereka yang bertekanan darah kurang dari 140 mmHg, akan tetapi pada pendeita usia lebih dari 65 tahun resiko stroke hanya 1,5 kali daripada normotensi. (Bustan, 2017).

**e. Gejala yang Ditimbulkan Stroke**

Gejala yang terjadi tergantung daerah otak yang terkena. Gejala yang ditimbulkan antara lain: (Sandina, 2011)

1) Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu dari sisi tubuh.
2) Kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh
3) Hilangnya sebagian penglihatan dan pendengaran
4) Penglihatan ganda
5) Pusing
6) Bicara tidak jelas (pelo)
7) Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat
8) Tidak mampu mengenali bagian dari tubuh
9) Pergerakan yang tidak biasa
10) Hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih
11) Ketidakseimbangan dan jatuh
12) Pingsan

Kelainan *neurogis* yang terjadi lebih berat akan mengakibatkan koma atau stupor dan sifatnya menetap. Selain itu, stroke bias menyebabkan depresi atau ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi (Sandina, 2011).

**f. Pencegahan Stroke**

Upaya pencegahan stroke sebagai berikut: (Sandina, 2011)

1) Pola gaya hidup sehat

Pola gaya hidup sehat yang dapat diterapkan adalah sebagai berikut:

a) Kontrol tekanan darah tinggi (hipertensi)

Salah satu hal terpenting yang dapat anda lakukan untuk mengurangi resiko stroke adalah menjaga tekanan darah. Jika anda pernah mengalami stroke, menurunkan tekanan darah dapat membantu mencegah serangan *transient ischemic* berikutnya atau stroke. Berolahraga, mengelola stress, menjaga berat badan ideal, dan membatasi asupan natrium dan alcohol.

b) Turunkan kolesterol dan lemak tidak jenuh.

Mengurangi mengonsumsi kolesterol dan lemak, berarti mengurangi jumlah plak pada arteri.

c) Kontrol diabetes.

Diabetes dapat dikontrol dengan diet, olahraga, pengendalian berat badan dan pengobatan. Kontrol ketat gula darah dapat mengurangi kerusakan otak

d) Menjaga berat badan.

Kelebihan berat badan bias menambah factor resiko stroke seperti tekanan darah tinggi, penyakit jantung, dan diabetes.

e) Kelola stress.

Stress dapat menyebabkan peningkatan sementara dalam tekanan darah atau hipertensi yang bertahan lama. Stress juga dapat meningkatkan kecenderungan darah membeku, yang dapat meningkatkan resiko *stroke iskemik*. Teknik relaksasi dapat mengurangi stres

f) Jauhkan minuman alkohol.

Minum minuman yang mengandung alkohol dapat meningkatkan tekanan darah tinggi, stroke iskemik dan pendarahan.

2) Diet sehat otak

Diet sehat otak sebaiknya mencakup:

*a)* Lima atau lebih porsi harian buah dan sayuran yang mengandung *kalium, folat,* dan *antioksidan*

b) Makanan kaya serat larut, seperti *havermut* dan kacang-kacangan

c) Makanan kaya akan kalsium dan mineral

d) Produk kedelai, seperti tempe, miso, tahu, dan susu kedelai, yang dapat mengurangi *low-density lipoprotein* (LDL) kolesterol dan meningkatkan kadar kolesterol HDL.

e) Makanan kaya *omega-3* asam lemak, termasuk ikan air dingin, seperti salmon, makarel, dan tuna (Sandina, 2011).

3) Upaya pencegahan stroke terhadap hipertensi

Di antara sekian banyak faktor resiko stroke, hipertensi dianggap yang paling berperan. Intervensi terhadap hipertensi dibuktikan mampu mempengaruhi penurunan stroke dalam komuniti, namun demikian, upaya paencegahan stroke tidak semata ditujuukan kepada hipertensi stroke. Ada pendekatan yang menggabungkan ketiga bentuk upaya pencegahan dengan empat faktor utama yang mempengaruhi penyakit (gaya hidup, lingkungan, biologis, dan pelayanan kesehatan).

a) Pencegahan primer

1. Gaya hidup: reduksi stress, makan rendah garam, lemak dan kalori, *exercise, no smoking*, dan vitamin.
2. Lingkungan: kesadaran atas stres kerja, kemungkinan gangguan PB.
3. Biologi: perhatian terhadap faktor resiko biologis (jenis kelamin, riwayat keluarga), *efek aspirin*.

4. Pelayanan kesehatan: *health education* dan pemeriksaan tensi

b) Pencegahan sekunder

1. Gaya hidup: managemen stress, makanan rendah garam, *stop smoking*, penyesuaian gaya hidup.
2. Lingkungan: penggantian kerja jika diperlukan, *family counseling.*
3. Biologi: pengobatan yang patuh dan cegah efek samping
4. Pelayanan kesehatan: pendidikan pasien dan evaluasi penyebab sekunder

c) Pencegahan tersier

1. Gaya hidup: reduksi stress, *exercise* sedang, *stop smoking*.
2. Lingkungan: jaga keamanan dan keselamatan (rumah lantai pertama, pakai *wheel-chair*) dan *family support*.
3. Biologi: kepatuhan berobat, terapi fisik dan *speech therapy.*
4. Pelayanan kesehatan: *emergency medical technic*, asuransi.

**g. Prognosis Stroke**

Banyak penderita yang mengalami kesembuhan dan kembali menjalankan fungsi normalnya. Penderita lainnya mengalami kelumpuhan fisik dan mental, tidak mampu bergerak, berbicara, atau

makan secara normal. Sekitar 50% penderita yang mengalami kelumpuhan separuh badan dan gejala berat lainnya, bias kembali memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri. Mereka bias berpikir dengan jernih dan berjalan dengan baik, meskipun penggunaan lengan atau tungkai yang terkena terbatas geraknya. Sekitar 20% penderita meninggal di rumah sakit (Sandina, 2011)

Stroke yang berbahaya adalah stroke yang disertai dengan penurunan kesadaran dan gangguan pernafasan atau gangguan fungsi jantung. Kelainan neurologis yang menetap setelah enam bulan censerung akan terus menetap, meskipun beberapa mengalami perbaikan. (Sandina, 2011)

**4. Penyuluhan Kesehatan**

**a. Pengertian Penyuluhan**

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu, dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungan dengan kesehatan (Fitriani, 2011).

Penyuluhan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan yang merupakan suatu proses belajar. Dalam hal ini terjadi proses pertumbuhan, perkembangan kelompok atau masyarakat (Notoadmojo, 2018).

Menurut Departemen Kesehatan RI mengatakan penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan di mana individu, keluarga, kelompok masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perorangan maupun kelompok dalam meminta pertolongan jika perlu dalam Fitriani (2011).

**b. Tahap Pelaksanaan Penyuluhan**

1) Tahap Persiapan

Sebelum tahap persiapan dilakukan, tim fasilitator mempersiapkan ruangan dan segala kebutuhan yang diperlukan pada saat penyuluhan. Hal ini sangat penting harus dipersiapkan fasilitator untuk dapat menghindari gangguan yang akan terjadi saat melakukan penyuluhan dan grup. Pada tahap ini fasilitator harus melakukan pendekatan terhadap responden supaya responden tidak malu untuk mengeluarkan pendapatnya.

2) Tahap Pembukaan Penyuluhan

Pada tahap ini fasilitator melakukan penyuluhan dengan cara menjelaskan topik materi yang akan di sampaikan menggunakan media yang akan digunakan pada saat itu. Kemudian moderator memandu jalannya acara agar fokus pada tujuannya.

3) Tahap Penutupan

Tahap penutupan moderator memberitahukan mengenai proses penyuluhan yang akan berakhir dan memastikan responden yang mempunyai pertanyaan lain bisa menyampaikannya. Dan pada akhir penutupan, moderator bisa menyimpulkan mengenai topik yang telah disampaikan.

**c. Tujuan Penyuluhan**

Tujuan paling pokok dari penyuluhan sebagai berikut: (Effendy, 2010)

1) Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatannya yang optimal.
2) Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental, dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan.
3) Tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

**5. Upaya Pencegahan Penyakit**

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Hal ini berarti bahwa peningkatan kesehatan ini, baik kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat, harus diupayakan. Upaya

mewujudkan kesehatan ini dilakukan oleh individu, kelompok mayarakat, lembaga pemerintahan, ataupun lembaga swadaya masyarakat (LSM) (Suharni, 2014).

Upaya mewujudkan kesehatan tersebut dapat dilihat dari dua aspek, yakni pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan mencakup dua aspek *kuratif* (pengobatan penyakit) dan aspek *rehabilitative* (pemulihan kesehatan setelah sembuh dari sakit atau cacat). Sedang peningkatan kesehatan mencakup dua aspek, yaitu aspek *preventif* (pencegahan penyakit) dan aspek *promotif* (peningkatan kesehatan itu sendiri). Kesehatan perlu ditingkatkan karena kesehatan itu relative dan mempunyai bentangan yang luas. Oleh sebab itu, upaya kesehatan promotif mengandung makna bahwa kesehatan seseorang, kelompok, atau individu harus selalu diupayakan samapai tingkat yang optimal (Notoadmojo, 2018).

Pada dasarnya ada empat tingkatan pencegahan penyakit secara umum, yakni: pencegahan tingkat dasar (*primordial prevention*), pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) yang meliputi promosi kesehatan dan pencegahan khusus, pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*) yang meliputi diagnosis dini serta pengobatan yang tepat, dan pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*) yang meliputi pencegahan terhadap terjadinya cacat dan terakhir adalah rehabilitasi. Keempat pencegahan tersebut saling berhubungan erat sehingga dalam

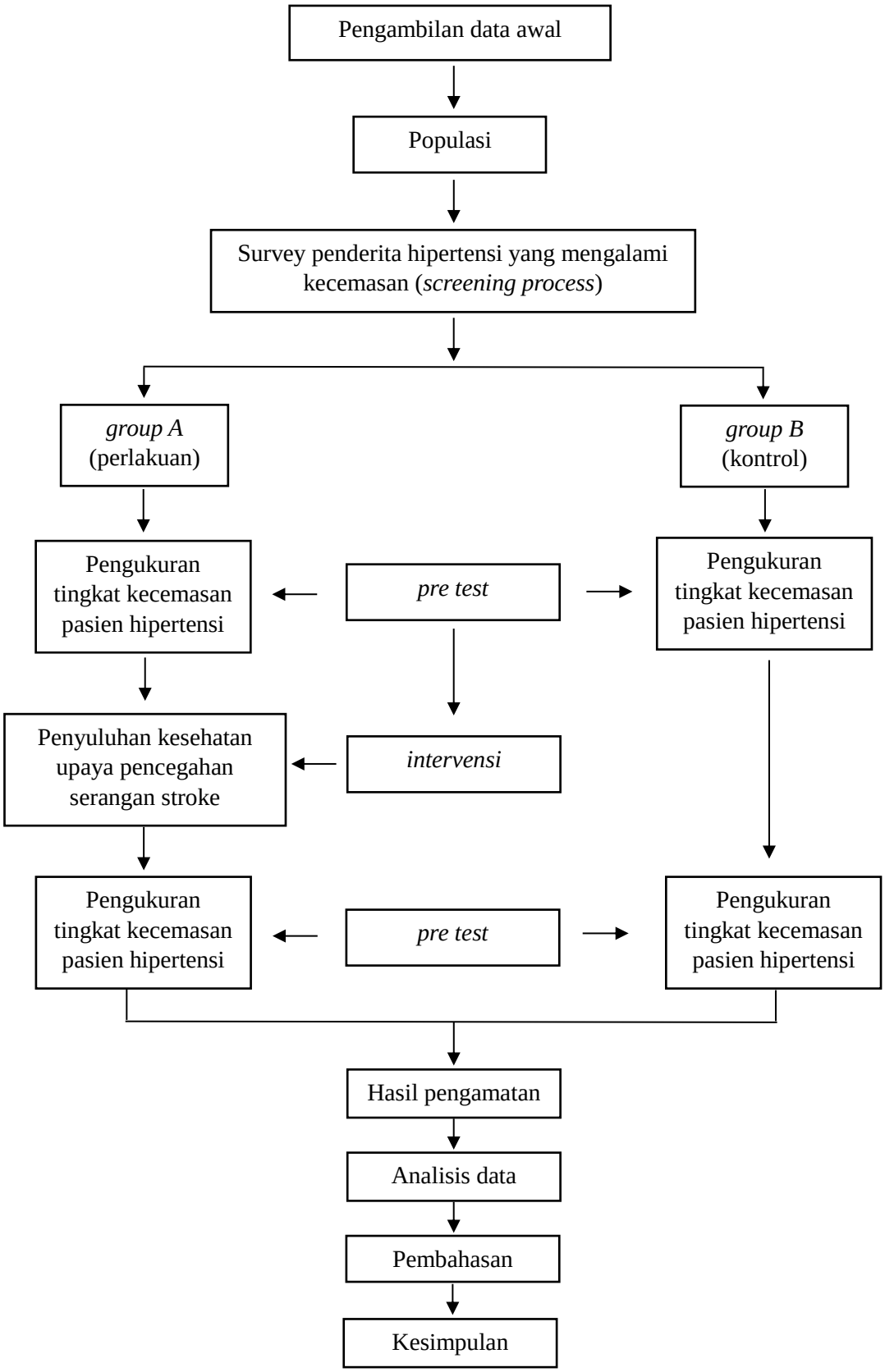
pelaksanaannya sering dijumpai keadaan yang tumpang tindih (Suharni, 2014).

Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan yang disebut sarana kesehatan. Jadi, sarana kesehatan adalah temapat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan (Notoadmojo, 2018).

## B. Kerangka Konsep

Berdasarkan judul "Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Stroke Terhadap Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Bangkala" terdapat konsep-konsep yang akan diukur melalui penelitian ini dijelaskan sebagai berikut:

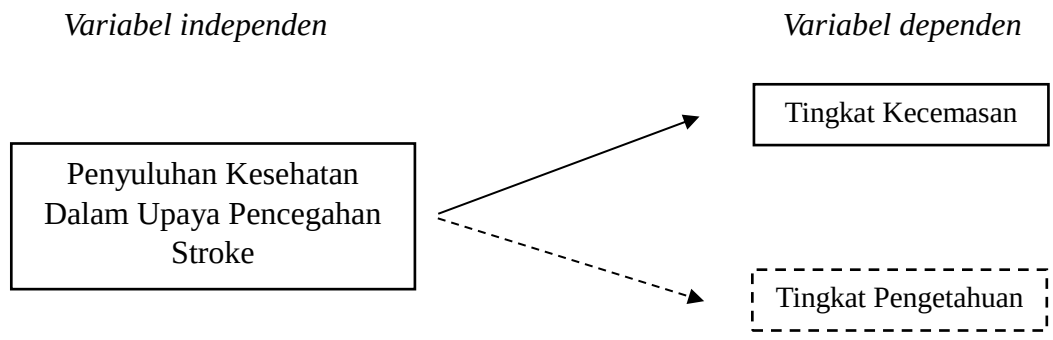
**Gambar 3.1** Kerangka Konsep Kerja



Berdasarkan gambar di atas terdapat dua kelompok yang akan diteliti yaitu *group A* (kelompok perlakuan) dan *group B* (kelompok kontrol). Adapun langka kerja penelitian pada kelompok dijelaskan sebagai berikut:

1. *Group A* dan *Group B* masing-masing diberi *pre-test* untuk mengukur tingkat kecemasan pasien hipertensi dengan menggunakan kuesioner yang telah disediakan oleh peneliti yaitu alat ukur *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) (skala peringkat kecemasan hamilton) (Septianawati, 2023)
2. *Group A* diberikan intervensi, sementara *group B* tidak diberikan intervensi. Intervensi yang diberikan pada *group A* berupa penyuluhan kesehatan upaya pencegahan serangan stroke pada penderita hipertensi.
3. Post test akan diberikan satu minggu setelah dilakukan intervensi pada *group A*. *Post-test* diberikan pada *group A* dan *group B.*
4. Dilakukan analisis data hasil pengamatan terhadap pengukuran tingkat kecemasan pada kedua kelompok.

**Gambar 3.2** Kerangka Konsep Penelitian




Keterangan:

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Berdasarkan uraian kerangka konsep di atas variabel independennya ialah penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan stroke sedangkan variabel dependen yaitu tentang tingkat kecemasan penderita hipertensi

## C. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Hipotesis Alternatif ($H_a$) Ada pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi.

# BAB III

# METODE PENELITIAN

## A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini yang digunakan adalah kuantitatif yaitu, menyusun, mengumpulkan, menganalisis serta mengolah data dalam bentuk angka di dalam praktiknya diberikan perlakuan tertentu yang diteliti didalamnya. Penelitian kuantitatif dapat diartikan untuk metode yang berlandaskan pada positivisme filsafat yang digunakan agar dapat meneliti pada pupulasi atau sampel tertentu, metode pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah digunakan (Sugiyono, 2018).

Penelitian ini menggunakan *quasy eksperiment* dengan model rancangan *Nonequivalent Control Group Design* (*Non Randomised Pretest-Posttest Control Group Design*). Rancangan ini mempunyai kelompok pembanding (kontrol). Kelompok yang diberikan perlakuan dilakukan dengan cara memberikan *pretest* (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi, setelah itu diberikan intervensi, kemudian dilakukan posttest, sedangkan pada kelompok pembanding (kontrol) dilakukan dengan cara memberikan *pretest* (pengamatan awal) kemudian dilakukan *posttest* (pengamatan akhir) tanpa diberikan intervensi. (Sugiyono, 2018).

**Gambar 4.1** Model Desain Penelitian

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Group* A: | 01 | X | 02 |
| *Group* B: | 03 | | 04 |

Keterangan:

X : perlakuan (penyuluhan kesehatan)

A : kelompok yang diberikan perlakuan

B : kelompok kontrol (pebanding)

01 : *pre test* kelompok yang diberikan perlakuan

02 : *post test* kelompok yang diberikan perlakuan

03 : *pre test* kelompok kontrol

04 : *post test* kelompok control

## B. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi ialah area generalisasi terdiri dari objek/subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik yang ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Dalam penelitian ini populasinya adalah 44 orang penderita hipertensi yang berumur kisaran 50-60 tahun di Wilayah Puskesmas Bangkala.

### 2. Sampel

Sampel adalah sebagai bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh suatu dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh suatu populasi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling.* Teknik *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Teknik

purposive sampling memilih sekelompok subyek berdasarkan karakteristik tertentu yang dinilai memiliki keterkaitan dengan ciri-ciri atau karakteristik dari populasi yang akan diteliti. Penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus *slovin*.

$$n = \frac{N}{1 + N\ (e)^2}$$

Dimana:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir, e = 0,1(10%)

maka:

$$n = \frac{44}{1 + 44\ (0{,}1)^2}$$

$$n = \frac{44}{1 + 44\ (0{,}01)}$$

$$n = \frac{44}{1 + 0{,}44}$$

$$n = \frac{44}{1{,}44}$$

$$n = 30$$

Namun untuk memudahkkan dalam pengambilan sampel maka dicukupkan menjadi 30 responden.

## C. Defenisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini, sebagai berikut:

**Tabel 3.1** Definisi Operasional

| Variabel | Definisi Operasional | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala |
|---|---|---|---|---|
| Penyuluhan kesehatan | Pemberlajaran yang dicoba dengan metode menyebarkan informasi-informasi pesan, menanamkan keyakinan sehingga responden tidak hanya sadar, tahu ataupun paham namun juga mau melakukan tindakan kesehatan tersebut. | Media yang digunakan dalam penyuluhan kesehatan yakni, dalam bentuk video. | - | - |
| Tingkat kecemasan | Kecemasan adalah hasil dari proses psikologi dan proses fisiologi dalam tubuh manusia. Kecemasan menunjukkan reaksi terhadap bahaya yang mengingatkan orang dari dalam secara naluri bahwa ada bahaya dan orang yang bersangkutan mungkin kehilangan kendali dalam situasi tersebut. | Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan Kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) yang terdiri dari 14 kelompok gejala diberi penilaian antara 0-4 (Septianawati, 2023) | Penilaian sebagai berikut:<br>0 : Tidak ada gejala<br>1 : Gejala ringan<br>2 : Gejala sedang<br>3 : Gejala berat<br>4 : Gejala berat sekali<br>Kriteria objektif:<br>< 14: Tidak ada kecemasan<br>14-20 : Kecemasan ringan<br>21-27 : Kecemasan sedang<br>28-41 : Kecemasan berat<br>42-56 : Kecemasan berat sekali | Score. |

## D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Puskesmas Bangkala yang berlokasi di Perm. Husada Bakti Jl. Tamangapa Raya 3, Bangkala, Kec. Manggala, Kota Makassar, Sulawesi Selatan 90235 dan waktu penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah 1 Bulan.

## E. Alat Pengumpulan Data

Jenis instrument pada penelitian ini adalah dengan menggunakan alat tensi meter (sphymomanometer) untuk mengukur tekanan darah responden dan alat ukur *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* untuk mengukur sejauh mana tingkat kecemasan penderita hipertensi di penderita hipertensi di Wilayah Puskesmas Bangkala. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik (Septianawati, 2023). Penilaian atau pemakaian alat ukur ini dilakukan oleh peneliti sendiri melalui teknik wawancara langsung kepada responden.

## F. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini ialah data primer. Data primer didapatkan dari responden penelitian dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut:

### 1. Tahap Persiapan

a. Peneliti mengajukan permohonan izin untuk melakukan studi pedahuluan kepada kepada program pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky.

b. Peneliti mengajukan permohonan izin kepada pihak akademik untuk melakukan penelitian di Wilayah Puskesmas Bangkala.

c. Peneliti memberikan surat permohonan izin penelitian dari pihak akademuk kepada Kepala Puskesmas Bangkala.

**2. Tahap Penelitian**

a. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan penelitian dan meminta persetujuan responden dalam keikutsertaan di penelitian ini.

b. Peneliti memberikan tes untuk dilakukan oleh responden. Jika responden tidak mengerti mengenai tes yang akan diberikan maka peneliti akan menjelaskan mengenai tes dengan alokasi waktu 10 menit.

c. Dilakukan metode persandian sederhana untuk menetapkan kelompok kontrol dan intervensi.

**3. Tahap Intervensi**

a. Tahap Persiapan

Prosedurnya peneliti menyiapkan tempat untuk dilakukannya pemeriksaan tekanan darah yang dilakukan oleh petugas kesehatan dan dibantu oleh peneliti, selanjutnya responden diarahkan untuk duduk diruangan yang sudah disiapkan sebelumnya untuk dilanjutkan pemberian penyuluhan oleh peneliti.

b. Tahap Penyuluhan Sebelum dilakukan penyuluhan responden diarahkan untuk Survey penderita hipertensi yang mengalami

kecemasan (screening process). Lalu setelah melakukan screenung process dilakukanlah penyuluhan kesehatan dengan metode video edukasi menggunakan media *video*. Dengan diberikannya penyuluhan maka responden mendapatkan pembelajaran yang menghasilkan suatu perubahan dari yang semula tidak tahu menjadi tahu. Setelah 2x pemberian penyuluhan responden diminta untuk melakukan tes post test tingkat kecemasan.

c. Tahap Tes

Tes adalah serentetan pertanyaan (kuesioner) atau latihan serta alat lain yang digunakan untuk mengukur keterampilan, pengetahuan intelegensi, kemampuan atau bakat yang dimiliki oleh individu atau kelompok. Jenis tes yang digunakan adalah memberikan perlakuan yang lakukan dengan cara memberikan *pretest* (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi, setelah itu diberikan intervensi, kemudian dilakukan *posttest*, sedangkan pada kelompok pembanding (kontrol) dilakukan dengan cara memberikan *pretest* (pengamatan awal) kemudian dilakukan *posttest* (pengamatan akhir) tanpa diberikan intervensi. Tahap tes ini menggunakan alat ukur menggunakan Kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* (Septianawati, 2023). Masing-masing nilai angka (*score*) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

Total nilai (*score*):

>14 = tidak ada kecemasan

14-20 = kecemasan ringan

21-27 = kecemasan sedang

28-41 = kecemasan berat

42-56 = kecemasan berat sekali

4. Data yang sudah terkumpul kemudian di cek kembali kelengkapannya dan dianalisa.

## G. Rencana Analisis Data

### 1. Pengolahan Data

Cara pengolahan data digunakan sesuai dengan proses pengolahan data yang sudah diperoleh sebagai berikut: (Notoadmojo, 2018)

a. *Editing*

Dilakukan setelah data dikumpulkan kemudian dilakukan proses editing untuk memeriksa kelengkapan, kesinambungan data, mengoreksi jawaban dari responden, apakah sudah lengkap dan cocok data yang dihasilkan, setelah resoinden selesai melakukan pertanyaan/tes maka peneliti langsung melakukan *editing.*

b. *Coding*

Selanjutnya proses coding dengan memberikan kode berbentuk angka yang berarti angka 1 (satu) menunjukkan benar sedangkan

angka 0 (nol) menunjukkan salah untuk setiap jawaban. Dalam hal ini perlu dilakukan agar mempermudah peneliti melakukan analisia data.

c. *Entry*

Entry adalah peneliti memasukkan data ke dalam komputer dengan mengaplikasikan program *statistical package for the social sciences* (SPSS)

d. *Cleaning Data*

Peneliti melakukan pembuangan data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data.

**2. Analisis Data**

Dalam penelitian ini untuk menganalisis data yang telah dikumpulkan adalah sebagai berikut: (Hawari, 2018).

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mengedukasi atau mendeskripsikan karakter disetiap variabel penelitian pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase disetiap variabel.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan menggunakan metode statistik dengan komputer program SPSS, rumus statistik yang digunakan untuk menganalisa pengaruh penyuluhan kesehatan tentang upaya pencegahan stroke terhadap tingkat kecemasan pasien hipertensi akan

menggunakan *independent simple- t test* dengan nilai kemaknaan 0,05.

## H. Etika Penulisan

Peneliti dalam melaksanakan seluruh kegiatan penelitian harus memegang teguh sikap ilmiah (*scientific attitude*) serta menggunakan prinsip- prinsip etika penelitian. Meskipun intervensi yang dilakukan dalam penelitian tidak memiliki risiko yang dapat merugikan atau membahayakan subjek penelitian, adapun aspek-aspek yang perlu diperhatikan pada saat melakukan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*Respect For Human Dignity*)

   Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subjek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*informed consent*) yang terdiri dari:

   a. Penjelasan manfaat penelitian
   b. Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan
   c. Penjelasan manfaat yang akan didapatkan
   d. Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subjek berkaitan dengan prosedur penelitian

e. Persetujuan subjek dapat mengundurkan diri kapan saja

f. Jaminan anonimitas dan kerahasiaan.

2. Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan (*Balancing Harms and Benefits*) Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek (*nonmaleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subjek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stres, maupun kematian subjek penelitian.

3. Keadilan dan Inklusivitas (*Respect for Justice and Inclusiveness*)

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subjek penelitian. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian.

Keadilan memiliki bermacam-macam teori, namun yang terpenting adalah keuntungan dan beban yang harus didistribusikan di antara anggota kelompok masyarakat. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan dan beban secara merata atau menurut kebutuhan, kemampuan, kontribusi dan pilihan bebas

masyarakat. Sebagai contoh dalam prosedur penelitian, peneliti mempertimbangkan aspek keadilan gender dan hak subjek untuk mendapatkan perlakuan yang sama baik sebelum, selama, maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian.

# BAB IV

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah Puskesmas Bangkala, yang terletak di Perm. Husada Bakti, Jl. Tamangapa Raya 3, Bangkala, Kecamatan Manggala, Kota Makassar, Sulawesi Selatan, Penelitian ini telah dilakukan dari tanggal 14 Desember-31 Desember. Responden dalam penelitian ini terdiri dari penderita hipertensi yang berada dalam rentang usia 50 hingga 60 tahun yang tinggal di wilayah Puskesmas Bangkala, dengan total jumlah responden sebanyak 30 orang. Para responden ini kemudian dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan yang terdiri dari 15 orang dan kelompok kontrol yang juga terdiri dari 15 orang. Pembagian kelompok ini bertujuan untuk membandingkan efek dari perlakuan yang diberikan terhadap responden dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan perlakuan.

Data pre-test dan post-test diperoleh melalui wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner yang disediakan oleh peneliti. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan responden selama mengalami hipertensi. Kelompok yang diberikan perlakuan terlebih dahulu diberikan pre-test (pengamatan awal), kemudian diberikan intervensi, dan setelah satu minggu dilakukan post-test. Sedangkan kelompok kontrol diberikan pre-test terlebih dahulu, lalu satu minggu kemudian dilakukan post-test tanpa intervensi. Setelah data terkumpul, data tersebut disusun dalam bentuk tabel dan dianalisis menggunakan program komputer SPSS versi 24.

## 1. Karakteristik Responden

a. Kelompok Intervensi

**Tabel 4.1**
**Distirbusi Frekuensi Respnden Berdasarkan Karakteristik pada Kelompok Intervensi**

| Karakteristik | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|---|---|---|
| **Jenis Kelamin** | | |
| Laki – Laki | 7 | 47 |
| Perempuan | 8 | 53 |
| **Total** | **15** | **100** |
| **Usia** | | |
| 50 – 55 | 9 | 60 |
| 56 – 60 | 6 | 40 |
| **Total** | **15** | **100** |

Sumber: Data Primer, 2025

**b.** Kelompok Kontrol

**Tabel 4.2**
**Distirbusi Frekuensi Respnden Berdasarkan Karakteristik pada Kelompok Kontrol**

| Karakteristik | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|---|---|---|
| **Jenis Kelamin** | | |
| Laki – Laki | 5 | 67 |
| Perempuan | 10 | 33 |
| **Total** | **15** | **100** |
| **Usia** | | |
| 50 – 55 | 8 | 53 |
| 56 – 60 | 7 | 47 |
| **Total** | **15** | **100** |

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan data karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kontrol, terdapat perbedaan distribusi jenis kelamin dan usia. Pada kelompok intervensi, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebesar 53%, sedangkan laki-laki sebanyak 47%. Sebagian besar responden pada kelompok ini berada dalam rentang usia 50-55 tahun (60%), dengan sisanya (40%) berusia 56-60 tahun. Sementara itu, pada kelompok kontrol, mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebesar 67%, dan perempuan sebesar 33%. Dari segi usia, mayoritas responden berada pada rentang usia 50-55 tahun (53%), sedangkan sisanya (47%) berusia 56-60 tahun.

## 2. Analisis Univariat

### a. Skor Rata-Rata Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Kelompok Intervensi

**Tabel 4.2**
**Distribusi Skor Tingkat Kecemasan Responden Kelompok Intervensi**

| | Kategori | Skor | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|---|---|---|---|---|
| | **Pre – Test** | | | |
| 1 | Tidak ada kecemasan | < 6 | 0 | 0 |
| 2 | Kecemasan ringan | 7 – 14 | 1 | 7 |
| 3 | Kecemasan sedang | 15 – 27 | 11 | 73 |
| 4 | Kecemasan Berat | > 27 | 3 | 20 |
| | **Total** | | **15** | **100** |
| | **Post – Test** | | | |
| 1 | Tidak ada kecemasan | < 6 | 13 | 87 |
| 2 | Kecemasan ringan | 7 – 14 | 2 | 13 |
| 3 | Kecemasan sedang | 15 – 27 | 0 | 0 |
| 4 | Kecemasan Berat | > 27 | 0 | 0 |
| | **Total** | | **15** | **100** |

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan distribusi skor tingkat kecemasan penderita hipertensi pada kelompok intervensi, terjadi penurunan signifikan dalam tingkat kecemasan setelah intervensi. Pada hasil pre-test, mayoritas responden (73%) mengalami kecemasan sedang dengan skor 15-27, sementara 20% berada dalam kategori kecemasan berat (skor > 27), dan hanya 7% yang mengalami kecemasan ringan (skor 7-14). Tidak ada responden yang berada dalam kategori tidak ada kecemasan (skor < 6). Setelah intervensi (post-test), sebagian besar responden (87%) berada dalam kategori tidak ada kecemasan, dan 13% mengalami kecemasan ringan. Tidak ada responden yang mengalami kecemasan sedang maupun kecemasan berat pada post-test. Hal ini

menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan penderita hipertensi pada kelompok ini.

**b. Skor Rata-Rata Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Kelompok Kontrol**

**Tabel 4.3**
**Distribusi Skor Tingkat Kecemasan Responden Kelompok Kontrol**

| | Kategori | Skor | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Tidak ada kecemasan | < 6 | 0 | 0 |
| 2 | Kecemasan ringan | 7 – 14 | 3 | 20 |
| 3 | Kecemasan sedang | 15 – 27 | 9 | 60 |
| 4 | Kecemasan Berat | > 27 | 3 | 20 |
| **Total** | | | **15** | **100** |

| | Kategori | Skor | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Tidak ada kecemasan | < 6 | 0 | 0% |
| 2 | Kecemasan ringan | 7 – 14 | 5 | 33% |
| 3 | Kecemasan sedang | 15 – 27 | 10 | 67% |
| 4 | Kecemasan Berat | > 27 | 0 | 0% |
| **Total** | | | **15** | **100%** |

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan distribusi skor tingkat kecemasan penderita hipertensi pada kelompok kontrol, terlihat bahwa tidak terjadi perubahan signifikan dalam tingkat kecemasan setelah pengukuran ulang. Pada hasil pre-test, mayoritas responden (60%) berada dalam kategori kecemasan sedang (skor 15-27), 20% mengalami kecemasan berat (skor > 27), dan 20% berada dalam kategori kecemasan ringan (skor 7-14). Tidak ada responden yang masuk dalam kategori tidak ada kecemasan (skor < 6). Pada hasil post-test, sebagian besar responden (67%) tetap berada dalam kategori kecemasan sedang, 33% berada dalam kategori kecemasan ringan, dan tidak ada responden yang mengalami kecemasan berat maupun tidak ada kecemasan. Data ini menunjukkan bahwa tanpa intervensi, tingkat kecemasan penderita hipertensi pada kelompok kontrol tidak mengalami perbaikan yang berarti.

### 3. Analisis Bivariat

Uji t Independent Sample Test digunakan untuk membandingkan rata-rata antara dua kelompok yang berbeda dan tidak saling berhubungan. Uji ini berguna untuk mengetahui apakah perbedaan rata-rata antara kedua kelompok tersebut signifikan secara statistik. Contoh penerapan uji ini adalah membandingkan rata-rata nilai ujian antara dua kelas yang diajar dengan metode pengajaran yang berbeda. Uji ini mengasumsikan bahwa data berasal dari populasi yang berdistribusi normal, dan varians antar kelompok bisa homogen atau tidak (dapat diuji dengan Levene's Test). Nilai p dari hasil uji ini digunakan untuk memutuskan apakah hipotesis nol (tidak ada perbedaan rata-rata) dapat ditolak atau tidak.

Adapun hasil uji t independent sample test pada penelitian ini sebagaimana ditunjukkan pada tabel di bawah ini:

**Tabel 4.4**
**Hasil Uji T Independent Sample-t Test**

| | **Interval Kepercayaan** | | **Sig. (2-tailed)** |
|---|---|---|---|
| | **Min** | **Max** | **P (*Value*)** |
| **Post – Test** | 0, 26065 | 2.50118 | 0,000 |

Sumber: Data Primer, 2024

Hasil uji *Independent Sample T-Test* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara hasil post-test tingkat kecemasan pasien hipertensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dengan nilai *P (Value)* sebesar 0,000 ($p < 0,05$) dan interval kepercayaan yang berada pada rentang 0,26065 hingga 2,50118, dapat disimpulkan bahwa intervensi berupa penyuluhan kesehatan memberikan pengaruh yang signifikan dalam menurunkan tingkat kecemasan pasien dibandingkan dengan kelompok kontrol

yang tidak mendapatkan intervensi tersebut. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh penyuluhan kesehatan dalam mengurangi kecemasan pasien hipertensi.

## B. Pembahasan

Stroke merupakan salah satu penyakit yang dapat mengancam keselamatan jiwa dan seringkali disebabkan oleh kondisi medis lainnya, seperti hipertensi. Penderita hipertensi memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami serangan stroke, yang dapat mengakibatkan berbagai dampak serius pada kesehatan fisik dan mental. Di sisi lain, kecemasan menjadi reaksi yang umum dihadapi oleh penderita hipertensi yang menyadari potensi serangan stroke yang mengancam. Oleh karena itu, penyuluhan kesehatan memiliki peranan penting dalam meningkatkan kesadaran masyarakat, khususnya penderita hipertensi, tentang pentingnya pencegahan stroke.

Melalui penyuluhan yang tepat, diharapkan dapat mengurangi kecemasan penderita dengan memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai pengelolaan hipertensi dan langkah-langkah preventif yang dapat dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pada penderita hipertensi di wilayah Puskesmas Bangkala, sebagai upaya untuk memperbaiki kualitas hidup mereka dan mengurangi risiko serangan stroke. Dengan demikian, penderita hipertensi tidak hanya dapat menurunkan risiko terkena stroke, tetapi juga dapat mengurangi kecemasan yang berlebihan, yang sering kali memperburuk kondisi kesehatan mereka.

Berdasarkan distribusi skor tingkat kecemasan pada kelompok intervensi, terdapat penurunan yang signifikan dalam tingkat kecemasan setelah dilakukan intervensi. Pada hasil pre-test, sebagian besar responden (73%) berada dalam kategori kecemasan sedang dengan skor 15-27, 20% berada pada kategori kecemasan berat (skor > 27), dan 7% mengalami kecemasan ringan (skor 7-14). Tidak ada responden yang termasuk dalam kategori tidak ada kecemasan (skor < 6). Setelah intervensi (post-test), mayoritas responden (87%) masuk ke kategori tidak ada kecemasan, sementara 13% mengalami kecemasan ringan. Tidak ditemukan responden yang berada dalam kategori kecemasan sedang atau berat pada hasil post-test. Hal ini membuktikan bahwa intervensi yang diberikan efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan penderita hipertensi pada kelompok ini.

Berdasarkan distribusi skor tingkat kecemasan pada kelompok kontrol, terlihat bahwa tidak ada perubahan yang signifikan dalam tingkat kecemasan setelah pengukuran ulang. Pada pre-test, sebagian besar responden (60%) berada pada kategori kecemasan sedang dengan skor 15-27, 20% mengalami kecemasan berat (skor > 27), dan 20% masuk dalam kategori kecemasan ringan (skor 7-14). Tidak ada responden yang termasuk dalam kategori tidak ada kecemasan (skor < 6). Pada post-test, mayoritas responden (67%) tetap berada pada kategori kecemasan sedang, 33% berada dalam kategori kecemasan ringan, dan tidak ditemukan responden yang mengalami kecemasan berat atau tidak ada kecemasan. Hasil ini menunjukkan bahwa tanpa adanya intervensi, tingkat kecemasan pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan yang signifikan.

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa penyuluhan kesehatan tentang upaya pencegahan stroke memiliki pengaruh signifikan terhadap penurunan tingkat kecemasan pada penderita hipertensi. Uji *Paired Sample T-Test* menghasilkan nilai *t* sebesar 13,718 dengan tingkat signifikansi (*Sig. 2-tailed*) sebesar 0,000 ($p < 0,05$), yang mengindikasikan adanya perbedaan signifikan antara tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi. Hipotesis alternatif ($H_a$) yang menyatakan "Ada pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi" diterima. Selain itu, hasil uji *Independent Sample T-Test* dengan nilai *P (Value)* sebesar 0,000 ($p < 0,05$) dan interval kepercayaan 0,26065 hingga 2,50118, menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam hal tingkat kecemasan post-test. Dengan demikian, penyuluhan kesehatan dapat diandalkan sebagai strategi yang efektif untuk mengurangi kecemasan pada penderita hipertensi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi dkk (2022), yang menunjukkan bahwa salah satu upaya efektif untuk mengurangi kecemasan pada penderita hipertensi adalah melalui pemberian edukasi. Edukasi yang diberikan mengenai cara merawat anggota keluarga yang menderita hipertensi dapat membantu mengurangi kecemasan yang dirasakan. Ketika individu mendapatkan pengetahuan yang memadai tentang pengelolaan hipertensi, mereka merasa lebih siap dan percaya diri dalam merawat keluarga yang mengalami kondisi tersebut, sehingga kecemasan yang sebelumnya ada berkurang. Dengan memahami langkah-langkah yang tepat, rasa takut dan

kekhawatiran yang sering muncul dalam merawat penderita hipertensi menjadi berkurang, dan ini berdampak positif terhadap kesehatan psikologis mereka.

# BAB V
# KESIMPULAN DAN SARAN

## A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan mengenai pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upaya pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi di wilayah Puskesmas Bangkala, maka dapat ditarik Kesimpulan sebagai berikut:

1. Penyuluhan kesehatan berhasil mengurangi kecemasan pada kelompok intervensi, dengan 87% responden bebas kecemasan setelah perlakuan, sementara 13% masih mengalami kecemasan ringan. Sebelum penyuluhan, mayoritas responden mengalami kecemasan sedang (73%) atau berat (20%). Sementara itu, kelompok kontrol tanpa perlakuan tetap menunjukkan kecemasan sedang (60%) dan berat (20%), yang menunjukkan efektivitas penyuluhan dalam mengurangi kecemasan pada penderita hipertensi.
2. Perbedaan skor rata – rata yang signifikan antara kelompok kontrol dan intervensi, dengan kelompok intervensi memiliki skor rata-rata kecemasan lebih rendah (4,40) dibandingkan kelompok kontrol (16,80). Standar deviasi kelompok intervensi juga lebih kecil (1,298), menunjukkan variasi kecemasan yang lebih rendah. Skor minimum dan maksimum kelompok kontrol lebih tinggi, menegaskan bahwa penyuluhan kesehatan efektif menurunkan kecemasan pada penderita hipertensi.

3. Penyuluhan kesehatan terbukti secara signifikan mengurangi kecemasan pada penderita hipertensi, seperti yang dibuktikan dari hasil uji T Independent Sample-t test menunjukkan perbedaan signifikan antara kelompok kontrol dan intervensi (signifikansi = 0,018), menegaskan bahwa perlakuan penyuluhan berpengaruh positif dalam menurunkan kecemasan.

## B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

   Perawat dapat berperan dalam memberikan informasi yang jelas mengenai risiko serangan stroke dan bagaimana mengelola kecemasan melalui pendekatan yang berbasis pada edukasi dan dukungan psikologis. Implementasi program penyuluhan secara rutin di fasilitas kesehatan dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan pada penderita hipertensi secara berkelanjutan.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

   Sebaiknya, setiap pasien hipertensi diberikan materi penyuluhan yang komprehensif mengenai pencegahan stroke dan pengelolaan kecemasan. Pelayanan kesehatan dapat memanfaatkan berbagai metode penyuluhan, baik secara langsung maupun melalui media lain, untuk mencapai hasil yang optimal. Hal ini tidak hanya akan meningkatkan kualitas hidup penderita hipertensi, tetapi juga berkontribusi pada pengurangan angka kejadian stroke yang dapat dicegah.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan, khususnya di bidang keperawatan dan kesehatan masyarakat, diharapkan untuk memasukkan materi mengenai pentingnya penyuluhan kesehatan dalam kurikulum pendidikan mereka. Hal ini akan mempersiapkan tenaga kesehatan untuk dapat memberikan edukasi yang efektif kepada masyarakat mengenai pencegahan penyakit, pengelolaan kecemasan, dan perubahan gaya hidup sehat.

# DAFTAR PUSTAKA


Anies. (2016). *Waspada Ancaman Penyakit Tidak Menular*: Solusi Pencegahan dari Aspek Perilaku dan Lingkungan. Jakarta: Eles Media Komputindo.

Bustan. 2017. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Effendi, Nasrul. (2010). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Erawantini, F., & Chairina RRL (2016). *Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke*. J Ilm Inov.

Fitriani, S. (2011). *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu. *Hasil Utama Riskesdas*.

Hawari, Dadang. (2018). *Manajemen Stress, Cemas, dan Depresi*. Edisi Kedua. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Husnaniyah, D., Hidayatin, T., & Handayani, E. J. (2021). *Perilaku Pencegahan Stroke Pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Indramayu*. Journal Medika Cendikia, 8(1), 1-7.

Khasanah, Nur. (2012). *Waspadai Beragam Penyakit Degenerative Akibat Pola Makan*. Jogjakarta: Laksana.

Mahdiana, R. (2010) *Mencegah Penyakit Kronis Sejak Dini*. Tora Book: Yogyakarta.

Muflih, M., & Halimizami, H. (2021). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Gaya Hidup Dengan Upaya Pencegahan Stroke Pada Penderita Hipertensi Di Puskesmas Desa Binjai Medan. Indonesian*. Trust Health Journal, 4(2), 463-471.

Muswati, IJ. (2016). *Hubungan Pencegahan Dan Sikap Dengan Perilaku Pencegahan Komplikasi Stroke Pada Penderita Hipertensi*. Kota Semarang

Notoadmojo, Soekidjo. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Ridwan, Muhammad. (2012). *Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer Hipertensi*. Semarang: Pustaka Widyamara.

Russel, D.M. (2011). *Bebas Dari 6 Penyakit yang Paling Mematikan*. Yogyakarta: MedPress.

Safitri, W., Agustin, W. R., & Murharyati, A. (2020). *Pengetahuan dengan Motivasi Pencegahan Stroke pada Penderita Hipertensi*. Adi Husada Nursing Journal, 6(1), 45-51.

Sandina, Dewi. (2011). *9 Penyakit Mematikan Mengenali Tanda dan Pengobatannya*. Yogyakarta: Smart Pustaka.

Shanty, Meita. (2011). *Silent Killer Diseases Penyakit yang Diam-Diam Mematikan*. Jogjakarta: Perpustakaan Nasional Katalok dalam Terbitan (KDT).

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R&D*. Bandung: Alfabeta.

Triyanto, E. (2014). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Wiwit S. (2010). *Stroke dan Penanganannya Memahami, Mencegah, dan Mengobati Stroke*. Jogjakarta: Katahati.

# LAMPIRAN

Lampiran 1 **SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Makassar, 2024

Kepada Calon Responden

Di tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : ike Nurmala

Nim : A1C221011

Saya mahasiswa program studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Megarezky Makassar bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upayah pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkala" Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana. Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya mohon kesedian Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Keikutsertaan Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi Ibu dan bapak sebagai responden dan peneliti akan menjamin kerahasiaan. Demikian surat permohonan ini penulis buat atas kesediaan dan kerjasamanya, peneliti mengucapkan banyak terimakasih.

Peneliti

Ike Nurmala

Lampiran 2

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Sudah mendengarkan dari penelitian ini dan menyatakan bersedia dengan sukarela dan tanpa paksaan menjadi responden dari penelitian:

Nama : Ike Nurmala

Instansi :Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Universitas Megarezky Makassar Dengan Judul “pengaruh penyuluhan kesehatan dalam upayah pencegahan serangan stroke terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Bangkala”

Makassar, 2024

Peneliti Responden

( ) ( )

**KUESIONER**

**TINGKAT KECEMASAN MENURUT HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HARS)**

Nama Pasien :

Hari/Tanggal :

Jenis kelamin :

Umur :

| NO | Aspek penilaian | Parameter | Nilai | Keterangan |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Perasaan cemas | Takut akan pikiran sendiri, Mudah tersinggung, Memiliki firasat buruk | | |
| 2. | Ketegangan | Merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu | | |
| 3. | Ketakutan | Takut terhadap gelap, takut bila ditinggal sendiri | | |
| 4. | Gangguan tidur | Sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk | | |
| 5. | Gangguan kecerdasan | Penurunan daya ingat, mudah lupa, sulit berkonsentrasi | | |
| 6. | Perasaan depresi | Sering merasa sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari | | |
| 7. | Gejala somatik | Nyeri pada otot otot dan kaku, suara tidak stabil | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8. | Gejala sensorik | Penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah | | |
| 9. | Gejala kardiovaskular | Takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap | | |
| 10. | Gejala pernafasan | Rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek | | |
| 11. | Gejala gastrointestinal | Mual dan muntah, perasaan panas di perut, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, berat badan menurun, sulit menelan dan obstipasi | | |
| 12. | Gejala urogenital | Sering kencing atau tidak dapat menahan kencing, ereksi lemah atau impotensi, aminorea | | |
| 13. | Gejala vegetatif | Mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala | | |
| 14. | Perilaku sewaktu Wawancara | Gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang , tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat | | |
| | | Total nilai | | |

Nilai dengan kategori:

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = satu dari gejala yang ada

2 = sedang / separuh dari gejala yang ada

3 = berat / lebih dari setengah gejala yang ada

4 = sangat berat, semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil :

Skor < 6 = tidak ada kecemasan

Skor 7-14 = kecemasan ringan

Skor 15-27 = kecemasan sedang

Skor > 27 = kecemasan berat

Lampiran 1

**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**
DINAS KESEHATAN

Jl. TeduhBersinar No. 1 Telp. (0411) 881549 Fax (0411) 887710 Makassar 90221
email: [illegible] home page: [illegible]

Makassar, 9 Desember 2024

Nomor : 440/ 64 /PSDK/DKK/XII/2024
Lampiran : -
Perihal : **Izin Penelitian**

Yth. **Kepada**
**Kepala Puskesmas Bangkala**

Di.
Tempat

Sehubungan dengan Surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu No Surat : 070/4030/SKP/SB/DPMPTSP/12/2024 Tanggal 05 Desember 2024, maka disampaikan kepada saudara (i) :

| | |
|---|---|
| Nama | : IKE NURMALA |
| NIM/Jurusan | : AIC221011/SI Keperawatan |
| Pekerjaan | : Mahasiswa (SI)/Universitas Megarezky |
| Waktu Penelitian | : 30 November 2024 - 30 Desember 2024 |
| Judul | : PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN SERANGAN STROKE TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS BANGKALA. |

Bermaksud untuk melakukan penelitian di wilayah Puskesmas yang saudara/(i) pimpin, Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

**a.n. Kepala Dinas Kesehatan**
**Kota Makassar**
**Sekretaris**

**dr. H. Ahmad Asy'Arie**
Pangkat : Pembina / IV.a
NIP : 19810731 2009011 007

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 2



**UNIVERSITAS MEGAREZKY**

SK. Menristekdikti RI. NO. 1194/KPT/I/2018 Terakreditasi BAN PT
Alamat : Kampus Jl. Antang Raya No.43 Telp. 0411-492401 / 496501 Fax 496614

LEMBAR DISPOSISI

Surat dari : Dinas PMPT
No. Surat : 30455
Tgl. Surat : 30/11/2024

Diterima : 3/12/2024
No. Agenda :
Sifat :
Sangat segera ☐ Segera ☐ Rahasia ☐

Hal : Izin penelitian

Diteruskan kepada Sdr. :
1. ----------
2. ----------
3. ----------
Dst/nya

Dengan hormat harap :
☐ Tanggapan dan Saran
☐ Proses lebih lanjut
☐ Koordinasi/konfirmasi

Catatan :
Nama Jabatan :
Paraf dan tanggal :

Prodi S1 Keperawatan
4/12 2024

**PUSKESMAS BANGKALA "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. ***30 November s/d 30 Desember 2024***

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami ***menyetujui*** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada Tanggal 30 November 2024

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**

**ASRUL SANI, S.H., M.Si.**
Pangkat : PEMBINA TINGKAT I
Nip : 19750321 200312 1 008

Tembusan Yth
1. Kepala LPPM Univ, Megarezky Makassar di Makassar;
2. Pertinggal.

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 3

**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**
Jl. Jendral Ahmad Yani No. 2 Makassar 90171
Website: dpmptsp.makassarkota.go.id

## SURAT KETERANGAN PENELITIAN
Nomor: 070/4030/SKP/SB/DPMPTSP/12/2024

**DASAR:**

a. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Keterangan Penelitian.
b. Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah
c. Peraturan Walikota Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan
d. Keputusan Walikota Makassar Nomor 954/503 Tahun 2023 Tentang Pendelegasian Kewenangan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar Tahun 2023
e. Surat Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan nomor 30455/S.01/PTSP/2024, Tanggal 30 November 2024
f. Rekomendasi Teknis Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Makassar nomor 4032/SKP/SB/BKBP/XII/2024

**Dengan Ini Menerangkan Bahwa :**

| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | IKE NURMALA |
| NIM / Jurusan | : | A1C221011 / S1 Keperawatan |
| Pekerjaan | : | Mahasiswa (S1) / Universitas Megarezky |
| Alamat | : | Universitas megarezky |
| Lokasi Penelitian | : | Terlampir-, |
| Waktu Penelitian | : | 30 November 2024 - 30 Desember 2024 |
| Tujuan | : | Skripsi |
| Judul Penelitian | : | PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN SERANGAN STROKE TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS BANGKALA |

Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan memenuhi ketentuan sebagai berikut:

a. Surat Keterangan Penelitian ini diterbitkan untuk kepentingan penelitian yang bersangkutan selama waktu yang sudah ditentukan dalam surat keterangan ini.
b. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang tidak sesuai / tidak ada kaitannya dengan judul dan tujuan kegiatan penelitian.
c. Melaporkan hasil penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Makassar melalui email bidangekososbudkesbangpolmks@gmail.com.
d. Surat Keterangan Penelitian ini dicabut kembali apabila pemegangnya tidak menaati ketentuan tersebut diatas.



**Ditetapkan di Makassar**
**Pada tanggal: 05 Desember 2024**

Ditandatangani secara elektronik oleh
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KOTA MAKASSAR**

**HELMY BUDIMAN, S.STP., M.M.**

Tembusan Kepada Yth:

1. Pimpinan Lembaga/Instansi/Perusahaan Lokasi Penelitian;
2. Pertinggal,-

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 4

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LPPM)**
**UNIVERSITAS MEGAREZKY**
SK. Menristekdikti RI. No.1194/KPT/I/2018 Terakreditasi BAN PT
Kampus II : Jalan Antang Raya No.43 Telp. 0411 - 452 401 - 456401 Fax. 456614 Website : http://universitasmegarezky.ac.id Email: info@universitasmegarezky.ac.id

Makassar, 28 November 2024

Nomor : 203 /07.091056/XI/2024
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi Izin Penelitian**

**Kepada**
**Yth** : **Bapak Gubernur Prov. SulSel**
**Cq. Kepala UPT P2T BKPMD-PTSP**

**Di –**
**Makassar**

Dengan hormat,
Dalam rangka penyelesaian tugas akhir Mahasiswa Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Program Studi S1 Keperawatan Universitas Megarezky Makassar, maka bersama ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu berkenan menerima Mahasiswa (i) kami yang tersebut namanya di bawah ini untuk melakukan Penelitian di Instansi / wilayah kerja yang Bapak/Ibu Pimpin.

| | |
|---|---|
| **Nama** | **: Ike Nurmala** |
| **N I M** | **: A1C221011** |
| **Judul Skripsi/KTI** | **: Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Serangan Stroke Terhadap Tingkat Kecemasan Penderita Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Bangkala** |
| **Pembimbing** | **:1. Kurniawan Amin, S.kep.,Ns.,M.kep**<br>**2. Sintawati, S.kep.,Ns.,M.kep** |
| **Tempat Penelitian** | **: Wilayah Kerja Puskesmas Bangkala** |

Demikian surat permohonan penelitian ini, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

**Ketua LPPM**

**Ns. Syamsuriwana Sabar, M.Kep**
**NIDN: 0931151186 02**

**Tembusan Kepada Yth:**

1. Yang Bersangkutan
2. Arsip

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5

PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl.Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : http://simap-new.sulselprov.go.id Email : ptsp@sulselprov.go.id
Makassar 90231

| | | |
|---|---|---|
| Nomor | : 30455/S.01/PTSP/2024 | **Kepada Yth.** |
| Lampiran | : - | Walikota Makassar |
| Perihal | : Izin penelitian | |

di-
**Tempat**

Berdasarkan surat Kepala LPPM Univ. Megarezky Makassar Nomor : 203/07.091056/XI/2024 tanggal 28 November 2024 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

| | |
|---|---|
| N a m a | : **IKE NURMALA** |
| Nomor Pokok | : A1C221011 |
| Program Studi | : Keperawatan |
| Pekerjaan/Lembaga | : Mahasiswa (S1) |
| Alamat | : Jl. Antang Raya No. 43 Makassar |

PROVINSI SULAWESI SELATAN

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka menyusun SKRIPSI, dengan judul :

**" PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN SERANGAN STROKE TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS BANGKALA "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. ***30 November s/d 30 Desember 2024***

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami ***menyetujui*** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada Tanggal 30 November 2024

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**

**ASRUL SANI, S.H., M.Si.**
Pangkat : PEMBINA TINGKAT I
Nip : 19750321 200312 1 008

Tembusan Yth
1. Kepala LPPM Univ. Megarezky Makassar di Makassar;
2. *Pertinggal*

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 7

**HALAMAN PENGESAHAN**

**Proposal Penelitian dengan judul:**

**PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DALAM UPAYA PENCEGAHAN SERANGAN STROKE TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PENDERITA HIPERTENSI DI WILAYAH PUSKESMAS BANGKALA**

Disusun dan diajukan oleh:

**IKE NURMALA**

**NIM. A1C221011**

Telah Dipertahankan Di Hadapan Tim Penguji Proposal Pada Hari Senin Tanggal 11 November 2024 Di Ruang Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Universitas Megarezky

Mengesahkan,

| Pembimbing I | Pembimbing II |
|---|---|
| (Kurniawan Amin, Kep.,Ns.,M.Kep) | (Sintawati, Kep.,Ns.,M.Kep) |
| NIDN. 0905038606 | NIDN. 0917068605 |

**Penguji**

Alfyan Rahim, S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0923038604

Mengetahui,

**Ketua Program Studi**

Iqwan Syarif, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0920089106

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5

**Paired Samples Test**

| | | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference Lower | Upper | | | |
| Pair 1 | Pre Test Kelas Intervensi - Post Test Kelas Intervensi | 17.733 | 5.007 | 1.293 | 14.961 | 20.506 | 13.718 | 14 | .000 |

**Independent Samples Test**

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference Lower | Upper |
| Post test | Equal variances assumed | 1.514 | .229 | 2.525 | 28 | .018 | 1.38091 | .54689 | .26065 | 2.50118 |
| | Equal variances not assumed | | | 2.525 | 25.468 | .018 | 1.38091 | .54689 | .25561 | 2.50621 |

# DOKUMENTASI PENELITIAN













