PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DIET HIPERTENSI MENGGUNAKAN MEDIA SOSIAL *WHATSAPP* TERHADAP PENGETAHUAN DAN EFIKASI DIRI PENDERITA HIPERTENSI

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Disusun oleh :

Enah Nurjanah

NIM 185070209111017

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2019

repository.ub.ac.id

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DIET HIPERTENSI MENGGUNAKAN MEDIA SOSIAL *WHATSAPP* TERHADAP PENGETAHUAN DAN EFIKASI DIRI PENDERITA HIPERTENSI

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Disusun oleh :

Enah Nurjanah

NIM 185070209111017

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2019

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DIET HIPERTENSI MENGGUNAKAN MEDIA SOSIAL *WHATSAPP* TERHADAP PENGETAHUAN DAN EFIKASI DIRI PENDERITA HIPERTENSI

Oleh :
Enah Nurjanah
NIM 185070209111017

Telah diuji pada
Hari : Jum'at
Tanggal : 15 November 2019

dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji-1

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep
NIP. 198009022006041003

Pembimbing-I/Penguji-II

Ns. Setyoadi, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
NIP. 197809122005021001

Pembimbing-II/Penguji-III

Ns. Linda Wieke Noviyanti, S.Kep.,M.Kep
NIK. 2013018811292001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep
NIP. 198009022006041003

repository.ub.ac.id

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Enah Nurjanah

NIM : 185070209111017

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 1 November 2019

Yang membuat pernyataan,

(Enah Nurjanah)

NIM. 185070209111017

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena berkat rahmat dan karuniaNyalah saya diberikan nikmat kesehatan, kesempatan dan kemampuan sehingga bisa menyelasaikan Tugas Akhir dengan judul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Diet Hipertensi dengan Menggunakan Media Sosial *Whatsapp* terhadap Pengetahuan dan Efikasi Diri Penderita Hipertensi".

Pemilihan topik penelitian berdasarkan fakta bahwa masih rendahnya penderita hipertensi yang menerapkan diet hipertensi. Kondisi tersebut salah satunya disebabkan oleh belum optimalnya pendidikan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Perkembangan teknologi saat ini dapat dimanfaatkan untuk mengoptimalkan pendidikan kesehatan pada penderita hipertensi. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan adanya pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi dalam menerapkan diet yang sesuai.

Tugas Akhir ini penulis selesaikan dengan bantuan berbagai pihak, untuk itu ucapan terimakasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada :

1. Ns. Setyoadi, M.Kep, S.kep.Kom, sebagai dosen pembimbing pertama yang telah memberikan arahan, ide dan juga semangat kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.

2. Ns. Linda Wieke Noviyanti, M.Kep, sebagai pembimbing kedua yang juga telah memberikan bimbingan dengan sabar dan penuh inspirasi sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
3. Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep, sebagai Ketua Tim Penguji Ujian Tugas Akhir sekaligus Ketua program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan masukan sehingga penulis dapat menyempurnakan naskah Tugas Akhir ini.
4. Dr. dr. Wisnu Barlianto,. Msi. Med,Sp.A(K) dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Brawijaya.
5. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu kelancaran administrasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini
6. Kepala Puskesmas Janti beserta segenap staf yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
7. Kepala Puskesmas Pandanwangi beserta segenap staf yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.
8. Keluarga tercinta, ayahanda almarhum Said Madrosid, ibunda Djohariah, suami tercinta Ade Setiawan, Anak-anakku Mutiara Ulfa, Hasan Albana, Salman Abdul Wahid, Fathir Ariseno Setiawan, Akbar Aridani Setiawan, Ade Setiawan Junior atas segala do'a, kasih sayang dan semangat yang telah diberikan.
9. Teman-temanku seluruh keluarga besar PSIK SAP 2018 yang selalu menghadirkan keceriaan selama penulis menuntut ilmu di Universitas Brawijaya.

10. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Tugas Akhir ini masih banyak kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan masukan, kritik dan saran agar bisa melakukan perbaikan-perbaikan.

Akhir kata semoga Tugas Akhir ini memberikan manfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Malang, 15 November 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

Judul i
Lembar Pengesahan ii
Pernyataan Keaslian Tulisan iii
Kata Pengantar iv
Abstrak vii
Abstract viii
Daftar Isi ix
Daftar Gambar xi
Daftar Tabel xii
Daftar Lampiran xiii
Daftar Singkatan xiv

BAB 1 PENDAHULUAN
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan Penelitian 5
1.3.1 Tujuan Umum 5
1.3.2 Tujuan Khusus 5
1.4 Manfaat Penelitian 5
1.4.1 Bagi Peneliti 5
1.4.2 Bagi Institusi Puskesmas 6
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan 6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA
2.1 Pendidikan kesehatan 7
2.1.1 Definisi 7
2.1.2 Tujuan 7
2.1.3 Prinsip-prinsip Pendidikan kesehatan 10
2.1.4 Strategi Pendidikan kesehatan 10
2.1.5 Media Pendidikan Kesehatan 12
2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pendidikan Kesehatan 13
2.2 Pengetahuan 16
2.2.1 Definisi 16
2.2.2 Tingkatan pengetahuan 16
2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan 18
2.2.4 Pengukuran Pengetahuan 20
2.3 Efikasi Diri 21
2.3.1 Definisi 21

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Universitas Brawijaya

2.3.2 Aspek Efikasi Diri 22
2.3.3 Sumber Efikasi Diri 24
2.3.4 Proses Aktivasi Efikasi Diri 26
2.4 Diet Hipertensi 29
2.4.1. Definisi 29
2.4.2 Tujuan 30
2.4.3 Diet DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) 30
2.5 Media Sosial 34
2.5.1 Definisi 34
2.5.2 Jenis-Jenis Media Sosial 34
2.5.3 Media Sosial *Whatsapp* Sebagai Media Pendidikan Kesehatan Diet Hipertensi DASH 35

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN
3.1 Kerangka Konsep 44
3.2 Hipotesis Penelitian 45

BAB 4 METODE PENELITIAN
4.1 Rancangan Penelitian 46
4.2 Populasi dan Sampel 47
4.2.1 Populasi 47
4.2.2 Sampel 47
4.3 Variabel Penelitian 50
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian 50
4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian 50
4.6 Definisi Operasional 55
4.7 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data 58
4.8 Analisa Data 63

BAB 5 HASIL PENELITIAN
5.1 Karakteristik Responden 66
5.2 Pengetahuan dan efikasi diri sebelum intervensi 70
5.3 Pengetahuan dan efikasi diri sesudah intervensi 71
5.4 Perbedaan pengetahuan sesudah intervensi 72
5.5 Perbedaan efikasi diri sesudah intervensi 72

BAB 6 PEMBAHASAN
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian 74
6.2 Implikasi terhadap bidang Keperawatan 83
6.3 Keterbatasan penelitian 84

BAB 7 PENUTUP
7.1 Kesimpulan 85
7.2 Saran 85

DAFTAR PUSTAKA 87

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Tampilan Pesan Suara 38
Gambar 2.2 Tampilan Video Materi Hipertensi 39
Gambar 2.3 Tampilan Materi Diet DASH 1 40
Gambar 2.4 Tampilan Materi Diet DASH 2 40
Gambar 2.5 Tampilan Materi Diet DASH 3 41
Gambar 2.6 Tampilan Materi Diet DASH 4 41
Gambar 2.7 Tampilan Materi Diet DASH 5 42
Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konsep 44
Gambar 4.2 Desain Penelitian *Quasy Experiment* 46
Gambar 4.3 Bagan Alur Prosedur Penelitian 61

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah (umur > 18 tahun) 29
Tabel 2.2 Panduan Diet DASH 32
Tabel 4.1 Kisi-kisi Kuesioner Pengetahuan 51
Tabel 4.2 Kisi-kisi Kuesioner Efikasi Diri 52
Tabel 4.3 Variabel, Definisi Operasional, Parameter, Cara Ukur dan Alat Ukur, Hasil, Skala 55
Tabel 4.4 Hasil Uji Normalitas Pengetahuan dan Efikasi Diri Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sesudah Intervensi 64
Tabel 4.5 Analisa Bivariat 65
Tabel 5.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan 66
Tabel 5.2 Partisipasi Responden berdasarkan Jumlah Kehadiran dan Pertanyaan pada Kegiatan Intervensi Pendidikan Kesehatan Tatap Muka 68
Tabel 5.3 Partisipasi Responden Kelompok Perlakuan berdasarkan Jumlah Pesan teks/Respon, Pertanyaan dan Frekuensi mempelajari Materi pada setiap Sesi Pendidikan Kesehatan menggunakan Whatsapp 69
Tabel 5.4 Pengetahuan dan Efoikasi Diri Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sebelum Intervensi 70
Tabel 5.5 Pengetahuan dan Efikasi diri Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sesudah Intervensi 71
Tabel 5.6 Hasil Uji Beda Pengetahuan antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sesudah Intervensi 72
Tabel 5.7 Hasil Uji Beda Efikasi Diri Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sesudah Intervensi 73

.

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup 92
Lampiran 2 Keterangan Kelaikan Etik 94
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian 95
Lampiran 4 SOP Penyuluhan dalam Gedung 97
Lampiran 5 Kuesioner 1 99
Lampiran 6 Kuesioner 2 101
Lampiran 7 Penejelasan untuk Mengikuti Penelitian. 103
Lampiran 8 Pernyataan Persetujuan untuk berpartisipasi dalam Penelitian 106
Lampiran 9 Prosedur Intervensi Pendidikan Kesehatan Diet Hipertensi menggunakan Whatsapp 107
Lampiran 10 Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Diet DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension)* 110
Lampiran 11 Hasil Uji Validitas dan Reabilitas 114
Lampiran 12 Input Data Hasil Penelitian 116
Lampiran 13 Output Analisis SPSS 123
Lampiran 14 Dokumentasi Kegiatan 126

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DIET HIPERTENSI MENGGUNAKAN MEDIA SOSIAL *WHATSAPP* TERHADAP PENGETAHUAN DAN EFIKASI DIRI PENDERITA HIPERTENSI

Oleh :
Enah Nurjanah
NIM 185070209111017

Telah diuji pada
Hari : Jum'at
Tanggal : 15 November 2019

dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji-1

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep
NIP. 198009022006041003

Pembimbing-I/Penguji-II

Ns. Setyoadi, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
NIP. 197809122005021001

Pembimbing-II/Penguji-III

Ns. Linda Wieke Noviyanti, S.Kep.,M.Kep
NIK. 2013018811292001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep
NIP. 198009022006041003

repository.ub.ac.id

ABSTRAK

Nurjanah, Enah. 2019. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Diet Hipertensi Menggunakan Media Sosial Whatsapp Terhadap Pengetahuan dan Efikasi Diri Penderita Hipertensi*. Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing : (1) Ns. Setyoadi, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom (2) Ns. Linda Wieke Noviyanti, M.Kep

Penderita hipertensi di seluruh dunia mencapai hampir 1 miliar, 2/3 dari jumlah tersebut merupakan penderita di negara berkembang. Prevalensi tertinggi penyakit tidak menular di Indonesia adalah hipertensi (34,1%). Ketidakpatuhan diet adalah masalah utama pada penderita hipertensi. Penyebab ketidakpatuhan dalam diet salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan efikasi diri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi. Desain penelitian adalah *quasy experiment pre-post test with control group*. Populasi penelitian adalah penderita hipertensi di Puskesmas Janti dan Puskesmas Pandanwangi Kota Malang. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Jumlah sampel kelompok perlakuan 18 responden dan kelompok kontrol 18 responden, total keseluruhan sampel 36 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisa statistik menggunakan uji statistik *Mann Whitney* untuk variabel pengetahuan dan uji statistik independent t-test untuk variabel efikasi diri. Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol (p-value = 0,934; α = 0,05), tidak terdapat perbedaan signifikan efikasi diri antara kelompok perlakuan dan kelompok control (p-value = 0,805; α = 0,05). Kesimpulan berdasarkan hasil penelitian yaitu tidak ada pengaruh signifikan pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi. Saran: pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* tetap harus dikombinasikan dengan pendidikan kesehatan tatap muka secara berkelanjutan.

Kata Kunci : diet hipertensi, pendidikan kesehatan, *Whatsapp*, pengetahuan, efikasi diri

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

repository.ub.ac.id

ABSTRACT

Nurjanah, Enah. 2019. *The Effects of Hypertension Diet Health Education Using Whatsapp Sosial Media on Knowledge and Self-Efficacy of Patients with Hypertension*. Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya. Supervisors: (1) Ns. Setyoadi, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom (2) Ns. Linda Wieke Noviyanti, M.Kep

People with hypertension worldwide reach nearly 1 billion, 2/3 of this amount were sufferers in developing countries. The highest prevalence of non-communicable diseases in Indonesia was hypertension (34.1%). Diet noncompliance was a major problem in people with hypertension. One of the causes of disobedience in the diet is caused by the lack of knowledge and self-efficacy. The purpose of this study was to determined the effect of hypertension diet health education using Whatsapp sosial media on the knowledge and self-efficacy of patients with hypertension. The design of this research was a quasy experiment pre-post test with control group. The study population were patients with hypertension in Puskesmas Janti and Puskesmas Pandanwangi in Malang City. Techniques of sampling used purposive sampling. The sample of experiment group were 18 respondents and the control group were 18 respondents, the total sample of this study were 36 respondents. Knowledge and self-efficacy were assesed by questionnaire. Statistical analysis used the Mann Whitney for knowledge variables and independent t-test for self-efficacy variables. Results showed there was no significant difference in knowledge between the experiment group and the control group (p-value = 0,934; α = 0,05), there was no significant difference in self-efficacy between the experiment group and the control group (p-value = 0,805; α = 0,05). The conclusion based on the results of the study is that there is no significant effect of hypertension diet health education using Whatsapp sosial media on the knowledge and self-efficacy of patient with hypertension. The recommendation of this study is health education using Whatsapp must still be combined with face-to-face health education, continously.

Keywords: hypertension diet, health education, Whatsapp, knowledge, self-efficacy

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penderita hipertensi di seluruh dunia mencapai hampir 1 miliar, 2/3 dari jumlah tersebut merupakan penderita di negara berkembang (WHO, *2011*). Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi tertinggi penyakit tidak menular adalah hipertensi (34,1%). Gaya hidup tidak sehat diyakini sebagai faktor penyebab semakin tingginya prevalensi hipertensi. Duangtep *et al*., (2010) menyatakan bahwa gaya hidup tidak sehat seperti merokok, konsumsi makanan berlemak, kelebihan berat badan, obesitas, kurang aktivitas fisik berpengaruh signifikan terhadap kejadian hipertensi. Permasalahan lain yang muncul pada penderita hipertensi adalah masih banyaknya penderita hipertensi yang belum menerapkan pola makan atau diet hipertensi. Khan *et al.,* (2014) menyatakan ketidakpatuhan diet adalah masalah utama pada penderita hipertensi, hampir 3/4 penderita hipertensi tidak mematuhi diet yang direkomendasikan.

Diet yang direkomendasikan untuk penderita hipertensi salah satunya adalah diet DASH (D*ietary Approach to Stop Hypertension*). Fokus dari diet DASH adalah mengurangi asupan natrium, lemak, kolesterol dengan cara meningkatkan asupan makan kaya mineral (potassium, kalsium, magnesium), protein dan serat (NIH, 2013). Keefektifan diet DASH sudah dibuktikan melalui beberapa penelitian, kombinasi antara pengurangan asupan natrium dan diet DASH efektif menurunkan tekanan darah

(Karppanen & Mervaala, Pun *et al.*, Frank *et al.*,). Pedidikan kesehatan yang belum optimal tentang diet DASH berdampak pada masih minimnya penderita hipertensi yang menerapkan diet ini.

Pelayanan pendidikan kesehatan diet untuk penderita hipertensi sampai saat ini belum dijalankan secara optimal di fasilitas kesehatan. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama di masyarakat mengalami hambatan dalam memberikan layanan pendidikan kesehatan diet untuk penderita hipertensi. Sumberdaya puskesmas yang terbatas tidak sebanding dengan jumlah penderita hipertensi yang harus diberikan pendidikan kesehatan. Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Pandanwangi Dinas Kesehatan Kota Malang didapatkan data penderita hipertensi hasil *skrining* penyakit tidak menular sebanyak 2737 orang. Kunjungan pasien hipertensi pada bulan januari 2019 tercatat hanya 657 orang (24%). Penderita hipertensi yang datang ke puskesmas belum mendapatkan pendidikan kesehatan diet hipertensi yang optimal dikarenakan keterbatasan waktu pelayanan mengingat banyaknya pasien lain yang juga harus dilayani.

Pendidikan kesehatan diet hipertensi yang belum optimal menyebabkan kurangnya pengetahuan dan efikasi diri pada penderita hipertensi. Diet sering diasumsikan sebagai makanan yang tidak enak, tidak bervariasi dan membosankan. Kondisi ini menjadi pemicu ketidakpatuhan penderita hipertensi untuk menerapkan pola makan yang sehat. Seymour dan Huber (2012), menyatakan bahwa efikasi diri berhubungan erat dengan kemampuan aktivitas perawatan diri dalam upaya mengontrol hipertensi. Hasil penelitian Ghimire *et al.*, (2018) juga menyatakan bahwa efikasi diri yang rendah merupakan hambatan utama dalam penerapan diet rendah

garam pada penderita hipertensi. Inovasi strategi pendidikan kesehatan diet yang efektif sangat diperlukan untuk mengoptimalkan pendidikan kesehatan diet pada penderita hipertensi.

Kemajuan pesat teknologi informasi (IT) saat ini memunculkan berbagai fenomena di masyarakat, salah satunya adalah fenomena media sosial. Fenomena ini dapat dijadikan peluang positif bagi petugas kesehatan untuk memanfaatkan media sosial sebagai media pendidikan kesehatan. Kecanggihan teknologi informasi mampu menembus batas ruang dan waktu, dimana saja, kapan saja pendidikan kesehatan pada penderita hipertensi dapat dilakukan. Penggunaan media sosial dalam komunikasi kesehatan dapat menggantikan metode konvensional yang merupakan komunikasi kesehatan yang terbatas dan kurang popular saat ini (Adzharuddin *et al*., 2014). Kemudahan dalam penyebaran dan akses terhadap informasi kesehatan melalui media sosial akan meningkatan intensitas dan frekuensi pendidikan kesehatan, sehingga diharapkan dapat lebih meningkatkan pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi.

Media sosial yang dapat digunakan sebagai media pendidikan kesehatan salah satunya adalah aplikasi *Whatsapp*. Penelitian Blackstock *et al*., (2016) menyatakan bahwa 67% pasien diabetes tipe 1 merasa termotivasi setelah mengikuti aktivitas pendidikan kesehatan dalam grup *Whatsapp*. Kecanggihan konten dalam aplikasi *Whatsapp* memungkinkan penyajian berbagai topik pendidikan kesehatan dalam bentuk teks, audio dan visual. Hasil penelitian Kristianto *et al*., (2018) menyatakan bahwa Intervensi video penyuluhan melalui *Whatsapp* disertai dengan demonstrasi menyikat gigi terbukti dapat meningkatkan derajat kebersihan gigi dan mulut. Hasil

penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Fitri *et al*., (2019) yang menyatakan bahwa *diabetes self management education* dengan metode media sosial *Whatsapp group* lebih berpengaruh dalam meningkatkan *self care behavior* pasien.

Pendidikan kesehatan tentang diet hipertensi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan efikasi diri pada penderita hipertensi dalam menerapkan diet yang sesuai. Inovasi strategi diperlukan untuk mengoptimalkan pendidikan kesehatan yang diberikan. Pendidikan kesehatan menggunakan media sosial *Whatsapp* dapat dijadikan alternatif untuk meningkatkan pelayanan pendidikan kesehatan diet hipertensi. Penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan sebelumnya sudah banyak diteliti, namun penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan *Whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderiti belum pernah diteliti. Peneliti berdasarkan pada pemaparan diatas tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi.

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi pengetahuan dan efikasi diri pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum intervensi
b. Mengidentifikasi pengetahuan dan efikasi diri pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah intervensi
c. Menganalisa perbedaan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah intervensi
d. Menganalisa perbedaan efikasi diri antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah intervensi

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian bermanfaat untuk menambah wawasan peneliti tentang pengembangan media Pendidikan kesehatan melalui pemanfaatan teknologi informasi.

1.4.2 Bagi Institusi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi salah satu bahan masukan dalam rangka peningkatan upaya promosi kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan bisa menjadi bahan pengayaan dalam kurikulum keperawatan khususnya keperawatan komunitas dalam hal metode pendidikan kesehatan menggunakan teknologi informasi *Whatsapp*.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas tinjauan teori yang berkaitan dengan lingkup penelitian. Teori-teori yang akan di bahas yaitu pendidikan kesehatan, pengetahuan, efikasi diri, diet hipertensi, dan Media sosial *Whasapp* sebagai media pendidikan kesehatan diet hipertensi.

2.1 Pendidikan kesehatan

2.1.1 Definisi

Pendidikan kesehatan didefinisikan sebagai suatu upaya menutup kesenjangan antara pengetahuan tentang perilaku kesehatan yang optimal dengan perilaku yang saat ini dilakukan (Griffiths, 1972). Pendidikan kesehatan adalah bagian dari seluruh upaya kesehatan, yang menitikberatkan pada upaya meningkatkan perilaku sehat (Matram, 1992). Pendidikan kesehatan adalah upaya menciptakan kesempatan yang dibangun secara sadar untuk pembelajaran yang melibatkan beberapa bentuk komunikasi yang dirancang untuk meningkatkan literasi kesehatan, termasuk meningkatkan pengetahuan, dan mengembangkan keterampilan hidup, yang kondusif bagi kesehatan individu dan masyarakat (WHO, 2012).

2.1.2 Tujuan

WHO dalam Maulana (2009) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan secara umum bertujuan untuk mengubah perilaku individu

atau masyarakat dibidang kesehatan. Tujuan Khusus pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut (Wass, 2000) :

1. Pendidikan kesehatan sebagai upaya tindakan pencegahan

   Pendidikan kesehatan merupakan upaya yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan individu agar tidak jatuh dalam kondisi sakit, dan memperbaiki status kesehatan individu yang sakit agar tidak terjadi komplikasi atau perburukan kondisi akibat penyakitnya. Penelitian Pless dan Arsenault (1987), menyatakan pendidikan kesehatan yang dilakukan bersamaan dengan tindakan pencegahan yang lain sebagian besar dapat menurunkan tingkat keparahan kecelakaan pada anak-anak. Hasil penelitian ini menunjukan bahwa pendidikan kesehatan sangat tepat digunakan dalam strategi pencegahan.

2. Memfasilitasi strategi untuk perubahan

   Pelaksanaan pendidikan kesehatan sebagai bagian dari upaya fasilitasi untuk merubah perilaku individu terkait kesehatan, dari perilaku kesehatan yang negatif ke perilaku kesehatan yang positif. Upaya ini dilakukan secara komprehensif dan konsisten karena perubahan perilaku memerlukan proses yang cukup lama. Hasil *review literature* yang dilakukan oleh Gilbert dan Gollub (2008), menunjukan terdapat hasil penelitian yang menyatakan bahwa terjadi peningkatan perubahan perilaku pencegahan terjadinya toksoplasmosis pada ibu hamil yang diberikan konseling kesehatan.

3. Menyebarkan informasi kesehatan kepada siapapun yang membutuhkan

   Penyebaran informasi adalah kegiatan pokok dari pelaksanaan pendidikan kesehatan. Informasi kesehatan yang diberikan harus memiliki nilai keilmuan yang berkualitas, berdasarkan hasil penelitian (*evidence based practice*). Informasi yang diberikan disesuaikan kebutuhan target atau sasaran pendidikan kesehatan. Contohnya individu yang memiliki penyakit hipertensi memerlukan informasi terkait penyakitnya, mulai dari pengobatan, diet dan aktivitas yang harus dilakukan ataupun aktifitas yang harus dihindari.

4. Memberdayakan masyarakat melalui pemberian informasi kesehatan.

   Pelaksanaan pendidikan kesehatan dimaksudkan mendorong partisipasi atau memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat dan menjadikan masyarakat memiliki andil dalam peningkatan derajat kesehatan di lingkungannya melalui pemberian informasi kesehatan secara berkelanjutan.

5. Memampukan individu dan masyarakat menyelesaikan masalah kesehatannya secara mandiri

   Individu atau masyarakat yang memiliki literasi kesehatan yang baik akan mampu menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapiya secara mandiri, hal ini merupakan tujuan utama dari pendidikan kesehatan. Kemampuan individu atau masyarakat untuk

menyelesaikan masalah kesehatan berhubungan erat dengan literasi kesehatan yang individu atau masyarakat miliki.

Tujuan pendidikan kesehatan yang lebih luas tidak hanya untuk meningkatkan pengetahuan tentang perilaku kesehatan individu tetapi juga untuk mengembangkan kebijakan yang menunjukkan berbagai bentuk tindakan untuk mengatasi faktor-faktor penentu sosial, ekonomi dan lingkungan yang berpengaruh terhadap kesehatan (WHO, 2012).

2.1.3 Prinsip-prinsip Pendidikan kesehatan

Terdapat beberapa prinsip dalam pelaksanaan Pendidikan kesehatan (Quinn, 2000), diantaranya :

1. Informasi yang disampaikan harus didukung oleh ilmu pengetahuan terbaru hasil dari penelitian
2. Aktivitas Pendidikan kesehatan harus komprehensip dan konsisten
3. Disesuaikan dengan umur, jenis kelamin, pendidikan dan kondisi kesehatan baik individu maupun komunitas
4. Mendorong kemandirian individu
5. Menghargai lingkungan individu

2.1.4 Strategi Pendidikan kesehatan

Strategi merupakan langkah atau cara yang dilakukan agar tujuan dari pendidikan kesehatan dapat tercapai (Matram, 1992). Strategi pendidikan kesehatan di sesuaikan dengan target atau sasaran (individu, kelompok, masyarakat). Strategi pendidikan kesehatan dengan target individu dan kelompok dapat dilakukan dengan :

1. Pemberian informasi, misalnya melalui penyuluhan, konseling,
2. Pemberian dukungan, misalnya melalui diskusi kelompok, perkumpulan, bimbingan keluarga.
3. Memberikan pelatihan misalnya demonstrasi, studi kasus, permainan yang berisi pendidikan kesehatan
4. Pengembangan, hal ini dilakukan untuk mengetahui atau mengevaluasi keefektifan upaya pendidikan kesehatan. Kegiatan yang dilakukan misalnya melalui survey keluarga (rumah tangga), pertemuan masyarakat, dan lain sebagainya.

Strategi pendidikan kesehatan dengan sasaran masyarakat dapat dilakukan dengan :

1. Membangun kolaborasi team yang terdiri dari professional di bidang kesehatan mulai dari petugas kesehatan, konselor kesehatan, lembaga swadaya masyarakat, sekolah, sampai dengan perusahaan
2. Kemitraan dan jaringan nasional (misalnya kota sehat, sekolah sehat, dan lain-lain)
3. Penyediaan informasi yang teratur atau regular misalnya melalui bulletin, majalah dan radio, surat kabar dan lain-lain
4. Memotivasi aksi yang berhubungan dengan peringatan hari terkait dengan kesehatan

2.1.5 Media Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari upaya promosi kesehatan, dimana dalam pelaksanaannya membutuhkan media atau alat peraga. Media pendidikan kesehatan merupakan alat bantu untuk promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa atau dicium, untuk memperlancar komunikasi dan penyebarluasan informasi. Jenis media yang dipergunakan dalam pendidikan kesehatan diantaranya (Kholid, 2012):

1. Media cetak

   Media cetak, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Fungsi utama media cetak ini adalah memberi informasi dan menghibur. Adapun macam-macamnya adalah koran (Surat Kabar), poster, *leaflet*, pamflet, majalah, *booklet*, dan stiker.

2. Media Elektronik

   Media elektronika yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika. Adapun macam-macam media tersebut adalah TV, radio, film, *cassete*, CD Audio.

3. Media Online

   Media *online* adalah media yang berbasiskan teknologi komunikasi interaktif dalam hal ini jaringan komputer, dan oleh karenanya ia memiliki ciri khas yang tidak dimiliki media konvensional lainnya, salah satunya adalah pemanfaatan Internet

sebagai wahana di mana media tersebut ditampilkan, sekaligus sarana produksi dan penyebaran informasinya. Oleh karena itu, peranan teknologi komunikasi dalam hal ini internet, sangatlah besar dalam mendukung setiap proses penyelenggaraan media *online*. Besarnya pengaruh teknologi Internet dalam penyelenggaraan media *online* ditunjukkan lewat pengeksplorasian setiap karakter yang dimiliki internet yang kemudian diadopsi oleh media online. Kelebihan dari media online yaitu:

1) Berita langsung dapat di terbitkan. Setelah diposting secara otomatis bisa langsung terbit tanpa harus di cetak.
2) Memiliki banyak pilihan.
3) Gabungan dari audio, visual, gambar dan tulisan

2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pendidikan Kesehatan

Keberhasilan pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya:

1. Pengirim pesan (*educator*)

Edukator dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada klien harus memiliki kompetensi atau skil yang baik, hal ini berhubungan dengan kesiapan educator dalam menyampaikan pendidikan kesehatan kepada klien. Tehnik komunikasi yang baik juga dibutuhkan oleh seorang educator agar pendidikan kesehatan yang diberikan efektif. Hasil penelitian Kruger (1991), menunjukkan perawat yang memiliki persepsi dan tanggung jawab yang tinggi

dalam memberikan pendidikan kepada pasien menghasilkan pencapaian edukasi pasien yang baik.

2. Penerima pesan (sasaran, klien)

   Kesiapan mendengarkan berhubungan dengan kondisi fisik dan status emosi penerima pesan. Pendidikan kesehatan akan efektif jika diberikan pada saat kondisi fisik dan emosi klien atau sasaran dalam keadaan baik. Kemauan penerima pesam untuk belajar juga mempengaruhi kefektifan suatu pendidikan kesehatan yang diberikan.

3. Lingkungan

   Lingkungan tempat dilakukannya pendidikan kesehatan harus kondusif, tidak bising dan dapat memberikan kenyamanan bagi sasaran. Pengaturan ruangan, tempat duduk dan peralatan lainnya harus mendukung terjadinya proses pembelajaran.

4. Metode

   Metode yang digunakan dalam pendidikan kesehatan disesuaikan dengan tujuan pembelajaran yang mencakup aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Aspek kognitif berupa pemberian informasi, penjelasan dan demonstrasi. Metode yang dapat dipakai dalam aspek ini adalah ceramah, Tanya jawab, diskusi dan peragaan. Aspek kedua yaitu aspek afektif, metode yang dapat digunakan yaitu dengan mendorong keterlibatan sasaran dalam proses pendidikan kesehatan, memfokuskan perhatian sasaran, dan memberikan dorongan atau motivasi. Aspek yang ketiga yaitu

psikomotor, metode yang dapat dipergunakan yaitu pelatihan skil, demonstrasi, role play dan lain sebagainya.

5. Media

Keberhasilan suatu pendidikan kesehatan juga dipengaruhi oleh media yang digunakan. Penyajian materi melalui media yang atraktif dapat meningkatkan perhatian atau konsentrasi peserta dalam menyimak materi yang disampaikan. Media pendidikan kesehatan disesuaikan dengan target atau sasaran dan tujuan dari pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan dapat disimpulkan sebagai upaya untuk memfasilitasi perubahan perilaku kesehatan negatif ke perilaku kesehatan yang positif. Upaya tersebut dijalankan melalui proses pembelajaran yang komprehensif dan konsisten mulai dari pemberian informasi, mendorong peningkatan motivasi dan peningkatan keterampilan yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku kesehatan individu maupun masyarakat sangat besar.

Penelitian pada penderita hipertensi yang dilakukan oleh Figar *et al*., (2006) menyatakan bahwa metode *patient-empowerment* (pemberdayaan pasien melalui pendidikan kesehatan) dapat menurunkan tekanan darah lebih efektif dibandingkan dengan metode *compliance-model* (metode cek list kepatuhan). Whelton *et al*., (2002) juga menyatakan bahwa pendekatan program pendidikan kesehatan kesehatan pada masyarakat dapat mencegah tekanan darah meningkat dan menurunkan kadar tekanan darah tinggi. Penelitian-penelitian tersebut membuktikan bahwa pendidikan

kesehatan berpengaruh signifikan terhadap kesehatan baik individu maupun masyarakat melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan.

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Definisi

Pengetahuan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) diartikan sebagai sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Definisi Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003), adalah hasil dari tahu dan ini tejadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan adalah pernyataan bernilai di mana seseorang berada dalam kontak kognitif dengan kenyataan. Pengetahuan merupakan suatu hubungan antar subjek yang disadari dengan realitas yang diketahuinya secara langsung atau tidak langsung (Zagzebski, 2017).

2.2.2 Tingkatan pengetahuan

Pengetahuan dalam aspek kognitif menurut Notoatmodjo dibagi menjadi 6 (enam) tingkatan yaitu :

a. Tahu *(know)*

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, dari seluruh bahan yang dipelajari. Termasuk ke

dalam tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami ini diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterprestasikan materi ke kondisi sebenarnya. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan terhadap objek yang dipelajari

c. Aplikasi (*action*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebaggai aplikasi atau hukum–hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dengan menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah dari kasus kesehatan yangdiberikan.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen - komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakan atau menghubungkan bagian - bagian di dalam suatu

bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemempuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evalusi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang sudah ada.

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Notoatmodjo (2003), menyatakan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan :

a. Pendidikan

Pendidikan adalah sebuah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, maka jelas dapat kita kerucutkan sebuah visi pendidikan yaitu mencerdaskan manusia. Pendidikan juga merupakan suatu upaya mengembangkan kepribadian baik secara formal maupun non formal

b. Media Massa

Melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik berbagai informasi dapat diterima masyarkat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, majalah, pamflet, dan lain - lain) akan memperoleh informasi

yang lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi media. Ini berarti paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang.

c. Informasi

Informasi dapat diperoleh dari lingkungan sekitar misalnya informasi dari guru, orang tua dan teman. Pengetahun dipengaruhi oleh banyaknya informasi yang diterima oleh seseorang. Penyebaran informasi saat ini mengalami kemajuan yang pesat seiring dengan kemajuan dibidang teknologi informasi. Informasi dapat disebar dan diakses kapan saja dimana saja dengan menggunakan *gadget* (peralatan komunikasi).

d. Hubungan Sosial

Manusia adalah makhluk sosial dimana dalam kehidupan saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi secara *continue* akan lebih besar terpapar informasi. Sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media dengan demikian hubungan sosial dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang tentang suatu hal.

e. Pengalaman

Pengalaman seorang individu tentang berbagai hal biasa diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses

perkembangannya, misalnya sering mengikuti kegiatan. Kegiatan yang mendidik misalnya seminar organisasi dapat memperluas jangkauan pengalamannya, karena dari berbagai kegiatan tersebut informasi tentang suatu hal dapat diperoleh.

2.2.4 Pengukuran Pengetahuan

Skinner dalam budi (2013), menyatakan bila seseorang mampu menjawab mengenai materi tertentu baik secara lisan maupun tulisan, maka dikatakan seseorang tersebut mengetahui bidang tersebut. Sekumpulan jawaban yang diberikan tersebut dinamakan pengetahuan. Pengukuran bobot pengetahuan seseorang ditetapkan menurut hal-hal sebagai berikut :

1. Bobot I : Tahap tahu dan pemahaman
2. Bobot II : Tahap tahu, pemahaman, aplikasi dan analisis
3. Bobot III : Tahap tahu, pemahaman, aplikasi, analisis dan evaluasi

Pengukuran dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden. Dalam mengukur pengetahuan harus diperhatikan rumusan kalimat pertanyaan menurut tahapan pengetahuan.

Pengetahuan merupakan aspek kognitif yang menjadi dasar seseorang dalam mengambil keputusan tentang suatu tindakan. Pengetahuan yang baik cenderung akan menghasilkan keputusan yang tepat, sedangkan pengetahuan yang kurang akan berdampak pada tidak

tepatnya pengambilan keputusan. Perilaku kesehatan individu juga dipengaruhi oleh pengetahuan yang mereka miliki tentang kesehatan. Pengetahuan merupakan faktor utama yang berpengaruh perilaku pemeliharaan kesehatan. Faktor lainnya yang juga berpengaruh adalah faktor motivasi, keyakinan diri atau efikasi dan kemampuan (skill). Faktor-faktor tersebut saling mempengaruhi satu sama lain.

Rias (2016), menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan efikasi diri pasien dalam upaya mengontrol penyakit. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian lain yang juga menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan diit pasien hipertensi (Novian, 2013). Peningkatan pengetahuan merupakan fokus utama dalam upaya perubahan perilaku kesehatan individu disamping peningkatan motivasi dan keterampilan. Kesimpulannya adalah tingkat pengetahuan yang baik tentang kesehatan akan berpengaruh terhadap efikasi diri dan motivasi individu dalam menerapkan perilaku sehat.

2.3 Efikasi Diri

2.3.1 Definisi

Bandura (1998), mendefinisikan efikasi diri sebagai keyakinan seseorang tentang kemampuanya dalam melakukan suatu tindakan yang berpengaruh terhadap aktivitas dan kehidupan mereka. Efikasi diri menentukan bagaimana individu merasakan, berpikir, memotivasi diri sendiri dan berperilaku. Keyakinan tersebut menghasilkan berbagai efek melalui empat proses utama. Yaitu proses kognitif,

motivasi, afektif dan seleksi.

Efikasi diri yang kuat dapat meningkatkan pencapaian seseorang dalam berbagai hal. Seseorang yang memiliki efikasi diri tinggi mampu mengerjakan tugas-tugas yang sulit, mereka menganggap tugas sulit sebagai tantangan yang harus dikuasai bukan untuk dihindari. Sebaliknya, seseorang yang meragukan kemampuan mereka menghindar dari tugas-tugas sulit yang mereka pandang sebagai ancaman.

2.3.2 Aspek Efikasi Diri

Bandura dalam Ghufron (2010), menyatakan bahwa efikasi diri pada diri tiap individu akan berbeda antara satu individu dengan yang lainnya berdasarkan tiga dimensi. Berikut adalah tiga dimensi tersebut, yaitu:

a. Tingkat (*level*)

Dimensi ini berkaitan dengan derajat kesulitan tugas ketika individu merasa mampu untuk melakukannya. Individu apabila dihadapkan pada tugas-tugas yang disusun menurut tingkat kesulitannya, maka efikasi diri individu mungkin akan terbatas pada tugas-tugas yang mudah, sedang, atau bahkan meliputi tugas-tugas yang paling sulit, sesuai dengan batas kemampuan yang dirasakan untuk memenuhi tuntutan perilaku yang dibutuhkan pada masing-masing tingkat. Dimensi ini memiliki implikasi terhadap pemilihan tingkah laku yang dirasa mampu dilakukannya dan menghindari tingkah laku yang berada di luar

batas kemampuan yang di rasakannya.

b. Kekuatan (*strength)*

Dimensi ini berkaitan dengan tingkat kekuatan dari keyakinan atau pengharapan individu mengenai kemampuannya. Pengharapan yang lemah mudah digoyahkan oleh pengalaman-pengalaman yang tidak mendukung. Sebaliknya, pengharapan yang mantap mendorong individu tetap bertahan dalam usahanya. Meskipun mungkin ditemukan pengalaman yang kurang menunjang. Dimensi ini biasanya berkaitan langsung dengan dimensi level, yaitu makin tinggi level taraf kesulitan tugas, makin lemah keyakinan yang dirasakan untuk menyelesaikannya.

c. Generalisasi *(generality)*

Dimensi ini berkaitan dengan luas bidang tingkah laku yang mana individu merasa yakin akan kemampuannya. Individu dapat merasa yakin terhadap kemampuan dirinya. Apakah terbatas pada suatu aktivitas dan situasi tertentu atau pada serangkain aktivitas dan situasi yang bervariasi.

Bandura dalam artikel yang berjudul *guide for Contructing Efficacy Scales* menegaskan bahwa ketiga dimensi tersebut paling akurat untuk menjelaskan efikasi diri seseorang. Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa dimensi yang membentuk efikasi diri adalah tingkat (*level*), dimensi kekuatan *(strenght),* dan dimensi generalisasi *(generality).*

2.3.3 Sumber Efikasi Diri

Menurut Bandura efikasi diri dapat diciptakan dan dipengaruhi oleh empat (4) sumber utama, yaitu:

a. Pengalaman Menguasai Sesuatu (*Mastery Experience*)

Pengalaman menguasai sesuatu merupakan salah satu sumber efikasi diri yang paling dominan. Pengalaman keberhasilan akan menaikan efikasi diri individu, sedangkan pengalaman pada kegagalan akan menurunkan. Efikasi diri kuat dan berkembang melalui serangkain keberhasilan, dampak negatif dari kegagalan-kegagalan yang umum akan terkurangi secara sendirinya. Studi kasus yang dilakukan oleh Milner (2002), menyatakan bahwa pengalaman menguasai sesuatu (*mastery experience*) seorang guru memberikan efek yang besar terhadap efikasi diri dalam memberikan pengajaran kepada muridnya.

b. Modeling Sosial

Pengamatan terhadap keberhasilan orang lain dengan kemampuan yang sebanding dalam mengerjakan suatu tugas akan meningkatkan efikasi diri individu dalam mengerjakan tugas yang sama. Begitu pula sebaliknya, pengamatan terhadap kegagalan orang lain akan menurunkan penilaian individu mengenai kemampuannya dan individu akan mengurangi usaha yang dilakukannya. Penelitian Freudenberg *et al*,. (2010) menyatakan bahwa pengajaran menggunakan metode praktek lapangan di tempat kerja lebih dapat meningkatkan efikasi diri siswa. Hasil penelitian tersebut menguatkan bahwa dengan

melihat secara langsung suatu proses keberhasilan orang lain, maka seseorang akan lebih yakin dapat melakukannya.

b. Persuasi Sosial

Individu diarahkan berdasarkan saran, nasihat, dan bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinannya tentang kemampuan-kemampuan yang dimiliki dapat membantu tercapainya tujuan yang diinginkan. Individu yang diyakinkan secara verbal cenderung akan berusaha lebih keras untuk mencapai suatu keberhasilan. Hasil penelitian Britner dan Pajares (2006), menyatakan terdapat hubungan signifikan antara persuasi sosial dengan efikasi diri siswa dalam pencapaian keilmuan. Namun pengaruh persuasi tidaklah terlalu besar, dikarenakan tidak memberikan pengalaman yang dapat langsung dialami atau diamati individu.

c. Kondisi Fisik dan Emosional

Emosi yang kuat biasanya akan mengurangi performa, saat seseorang mengalami ketakutan yang kuat, kecemasan akut, atau tingkat stres yang tinggi, kemungkinan akan mempunyai ekspetasi efikasi yang rendah. Tinggi rendahnya efikasi diri seseorang dalam tiap tugas sangat bervariasi, disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang berpengaruh dalam mempersepsikan kemampuan diri individu.

2.3.4 Proses Aktivasi Efikasi Diri

Bandura (1998), mengemukakan bahwa terdapat empat tahapan proses psikologis yang mengaktivasi efikasi diri, proses tersebut adalah :

a. Proses kognitif

Neisser dalam Jahja (2011), mendefinisikan kognitif sebagai perolehan, penataan, dan penggunaan pengetahuan. Perilaku seseorang yang ditujukan untuk mencapai sesuatu diatur oleh pemikiran sebelumnya. Penetapan tujuan dipengaruhi oleh penilaian diri terhadap kemampuan yang dimiliki . Semakin kuat efikasi diri yang dirasakan, semakin tinggi tujuan yang ditetapkan sehingga berpengaruh terhadap tingginya komitmen untuk mencapai tujuan tersebut..

Fungsi utama pemikiran adalah memungkinkan seseorang memprediksi peristiwa dan mengembangkan cara untuk mengendalikannya. Keterampilan tersebut membutuhkan pemrosesan informasi kognitif yang efektif untuk mempelajari aturan-aturan prediktif dan regulatif, Seseorang harus menggunakan pengetahuan mereka untuk membangun opsi, untuk menimbang dan mengintegrasikan faktor-faktor prediktif, menguji dan merevisi penilaian mereka terhadap hasil yang ingin dicapai.

b. Proses motivasi

Motivasi adalah dorongan penggerak untuk mencapai tujuan tertentu, baik disadari ataupun tidak disadari (Sunaryo,

2004). Efikasi diri berperan penting dalam pengaturan motivasi diri. Sebagian besar motivasi dihasilkan secara kognitif. Seseorang memotivasi diri dan mengatur tindakannya secara antisipatif melalui pemikiran. Mereka membentuk kepercayaan tentang apa yang bisa dilakukan dan mengantisipasi kemungkinan hasil tindakan kedepan. Mereka menetapkan tujuan dan merencanakan tindakan yang ditujukan untuk mewujudkan masa depan yang berharga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa efikasi diri dan harapan masing-masing menjelaskan variasi unik dalam motivasi pada klien (Longo *et al*,. 1992).

c. Proses Afektif

Afek adalah segala perasaan yang menguasai segenap hidup dan jiwa dan tidak bisa dikontrol serta dikuasai oleh pikiran. (Sunaryo, 2004). Keyakinan sesorang akan kemampuannya dalam menghadapi masalah mempengaruhi seberapa banyak stres dan depresi yang mereka alami dalam situasi yang mengancam atau situasi sulit. Efikasi diri yang kuat dapat mengontrol stressor dan menurunkan kecemasan. Seseorang yang meyakini bahwa mereka dapat mengontrol ancaman cenderung memiliki pola pikir yang positif. Sebaliknya, seseorang yang meyakini bahwa mereka tidak dapat mengelola ancaman cenderung mengalami kecemasan tinggi. Mereka memandang banyak aspek di lingkungan sebagai bahaya yang mengancam. Pola pikir tersebut berdampak pada tingginya tingkat stres yang

dapat menurunkan fungsi psikologis sesorang. Persepsi koping efikasi diri yang kuat dapat mengatur perilaku sehingga terhindar dari kecemasan. Semakin kuat efikasi diri, semakin kuat upaya seseorang dalam mengatasi kecemasan.

d. Proses Seleksi

Efikasi diri membentuk pola hidup dalam setiap kegiatan dan situasi lingkungan yang dipilih. Seseorang akan menghindari kegiatan dan situasi yang mereka anggap melebihi kemampuan koping yang mereka miliki, sebaliknya mereka akan memilih kegiatan dan situasi yang dianggap mampu untuk ditangani. Pilihan-pilihan yang dibuat berpengaruh pada pengembangan berbagai kompetensi, minat, dan jejaring sosial yang menentukan keberhasilan seseorang. Faktor apa pun yang memengaruhi pilihan sangat memengaruhi arah pengembangan seseorang.

Efikasi diri dapat disimpulkan memiliki pengaruh yang sangat signifikan dalam pengaturan perilaku individu. Proses psikologis merupakan awal yang menentukan bagaimana seseorang akan bertindak atau berperilaku. Konsep efikasi diri dapat dikaitkan dengan berbagai aspek perilaku dalam kehidupan salah satunya adalah perilaku kesehatan. Individu yang memiliki efikasi diri yang kuat tentang kesehatan akan mampu melakukan perilaku positif terkait kesehatannya, sebaliknya individu dengan efikasi diri yang rendah akan kesulitan untuk berperilaku positif dalam menjaga kesehatannya.

Hasil penelitian Seymour dan Huber (2012), menyatakan bahwa efikasi diri berhubungan erat dengan kemampuan aktivitas perawatan diri dalam upaya mengontrol hipertensi. Penelitian Ghimire *et al.*, (2018) menyatakan

bahwa efikasi diri yang rendah merupakan hambatan utama dalam penerapan diet rendah garam pada penderita hipertensi. Penelitian-penelitian tersebut membuktikan bahwa efikasi diri memiliki pengaruh signifikan terhadap perilaku kesehatan individu.

2.4 Diet Hipertensi

2.4.1. Definisi

Diet dalam Kamus Besar Bahasa Indonesi (KBBI) memiliki arti aturan makanan khusus untuk kesehatan dan sebagainya (biasanya atas petunjuk dokter). Hipertensi secara umum didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah diatas tekanan darah normal. Hipertensi adalah suatu sindrom kardiovasculer progresif yang ditimbulkan oleh etiologi yang komplek dan saling berhubungan (Giles *et al*,. 2009). Derajat hipertensi ditentukan oleh tekanan sistolik dan diastolik, berikut adalah pengklasifikasian tekanan darah menurut JNC 8 dalam (Olin & Pharm, 2018) :

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah (umur > 18 tahun)

Kategori	sistolik		Diastolik
Normal	<120		< 80
Pre Hipertensi	120 - 139		80 – 89
Hipertensi Derajat 1	140-159	Atau	90 - 99
Hipertensi Derajat 2	≥160	Atau	≥100

Diet hipertensi dapat didefinisikan sebagai pengaturan pola makan bagi penderita hipertensi yang meliputi pengaturan komposisi makanan, porsi dan frekuensi makan.

2.4.2 Tujuan

Diet hipertensi secara umum bertujuan untuk membantu menurunkan tekanan darah dan mempertahankan tekanan darah normal (Wahyuningsih, 2013).

2.4.3 Diet DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*)

Diet yang saat ini direkomendasikan oleh JNC (*The Joint National Committee*) untuk penderita hipertensi adalah diet DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*). Keefektifan diet DASH telah dibuktikan oleh beberapa penelitian. Hasil penelitian Frank *et al*., (2003), menyatakan bahwa kombinasi antara pengurangan asupan natrium dan diet DASH efektif menurunkan tekanan darah. Bales *et al*., (2018), menyatakan diet DASH dapat menurunkan konsentrasi HDL (*High Density Lipoprotein*) dalam darah sehingga dapat mengurangi risiko penyakit jantung koroner. Penelitian lainnya menyatakan bahwa Diet DASH adalah strategi nutrisi yang efektif untuk mencegah penyakit kardiovaskuler (Siervo *et al*., 2015). Pengaruh diet DASH terhadap penurunan tekanan darah tidak lepas dari peran nutrisi atau komposisi makanan yang terkandung di dalamnya.

Diet DASH memiliki komposisi bahan makanan yang kaya akan buah-buahan, sayur-sayuran, dan produk makanan rendah lemak. Prinsip diet DASH adalah meningkatkan asupan makanan tinggi mineral (Potasium, Kalium, Magnesium), protein, serat dan membatasi asupan makanan tinggi lemak dan garam (natrium). Jumlah asupan kalori disesuaikan dengan kebutuhan penderita hipertensi terkait dengan pola aktivitas sehari-hari yang dilakukan.

Berikut ini adalah panduan diet DASH :

Tabel 2.2 Panduan Diet DASH

Kelompok makanan	Porsi sehari	Ukuran saji	Contoh Bahan Makanan	Signifikansi Makanan
Serealia, dan Produk Olahan	6-7	1 lembar roti 1 cangkir sereal kering ½ cangkir nasi, pasta, sereal, sefat	Roti gandum, Muffin, roti, sereal, oatmeal, kraker, popcorn	Sumber utama energy dan serat
Sayuran	4-5	1 Cangkir sayur berdaun segar ½ Cangkir sayur matang 6 oz jus sayur	Tomat, kentang, wortel, kacang polong, brokoli, bayam, buncis	Sumber makanan kaya potassium, magnesium dan serat
Buah	4-5	6 oz es jus 1 ptg sedang buah ¼ cangkir buah kering ½ cangkir buah segar	Pisang, kurma, jeruk, anggur, jus jeruk, jus anggur, manga, melon, nanas, stroberi	Sumber makanan kaya potassium, magnesium dan serat
Susu, produk susu rendah/tanpa lemak	2-3	8 oz susu 1 cangkir yogurt 1 ½ oz keju	Susu, yogurt dan keju tanpa lemak (rendah lemak).	Sumber utama kalsium dan protein
Daging, Unggas dan ikan	2 atau kurang	3 oz daging, ungags, atau ikan matang	Buang lemak/kulit pada daging, unggas bakar/rebus sebagai pengganti goring	Sumber kaya protein dan magnesium
Kacang-kacangan, Biji-bijian	4-5/minggu	1/3 cangkir atau 1 ½ oz kacang-kacangan 2 sdm atau ½ oz biji-bijian ½ cangkir kacang kering	Almond, kacang campuran, kacang tanah, walnuts, biji bunga matahari, kacang polong	Sumber kaya energy, protein, magnesium, potassium, serat
Lemak dan minyak	2-3	1 sdt margarin rendah lemak 1 sdm mayones rendah lemak 2 sdm saus salad ringan	Margarin rendah lemak, mayonnaise rendah lemak, saus salad ringan, minyak sayur (minyak zaitun, minyak jagung)	Selain lemak yang ditambahkan perlu dipilih juga bahan makanan yang rendah lemak
Gula	5/minggu	1 sdm gula 1 sdm jelly atau selai jam ½ oz jelly bean 8 oz air limun	Syrup, gula, jelly, selai jam, gelatin rasa buah, permen, fruit punch, es krim	Pemanis termasuk bahan makanan rendah lemak

Sumber : Mahan, L, Kathleen. 2012 dalam (Wahyuningsih, 2013)

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaturan diet hipertensi adalah :

1. Penderita hipertensi mengkonsumsi makanan beraneka ragam dan gizi seimbang
2. Jenis dan komposisi makanan disesuaikan dengan kondisi pasien
3. Jumlah garam dibatasi, ajuran konsusmsi garam dapur tidak lebih dari ¼ - ½ sendok the garam dapur.
4. Makanan yang harus dihindari yaitu : makanan yang berkadar lemak jenuh tinggi (otak, ginjal, paru, minyak kelapa, gajih), makanan yang diolah dengan menggunakan garam natrium (biscuit, keripik, makanan kering yang asin), makanan dan minuman dalam kaleng, makanan yang diawetkan, susu fullcream, mentega, margarine, keju yang tinggi lemak, bumbu-bumbu (penyedap, kecap, saos, terasi,tauco, dan lain-lain).
5. Tips : Cara mengatur diet untuk penderita hipertensi adalah dengan memperbaiki rasa tawar dengan menambah gula (putih/merah), bawang, jahe, kencur, dan bumbu lain yang tidak asin atau mengandung sedikit natrium
6. Meningkatkan pemasukan kalium (4,5 gr atau 120-175 mEq/hari), dapat menurunkan tekanan darah yang ringan.
7. Meningkatkan magnesium. Magnesium berfungsi sebagai vasodilator pada coroner dan arteri peripheral.

Diet hipertensi DASH merupakan cara efektif untuk mengontrol tekanan darah disamping pemberian obat-obatan anti hipertensi. Pendidikan kesehatan tentang diet DASH pada penderita perlu ditingkatkan untuk meningkatkan pengetahuan mereka tentang nutrisi yang sesuai dengan

kondisi kesehatannya. Pengetahuan yang baik tentang diet DASH akan meningkatkan pengetahuan dan efikasi diri penderita dalam menerapkan pola makan yang dapat mengontrol tekanan darah. Perkembangan teknologi informasi saat ini memberikan kemudahan penyebaran dan akses informasi terutama melalui media sosial.

2.5 Media Sosial

2.5.1 Definisi

Media sosial dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) diartikan sebagai laman atau aplikasi yang memungkinkan pengguna dapat membuat dan berbagi isi atau terlibat dalam jaringan sosial. Kaplan dan Haenlein (2010), mendefinisikan media sosial sebagai sebuah kelompok aplikasi berbasis internet yang memungkinkan penciptaan dan pertukaran *used-generated content*. Shirky, (2011) media sosial adalah alat untuk meningkatkan kemampuan pengguna untuk berbagi dan bekerjasama diantara pengguna serta melakukan tindakan kolektif yang semuanya diluar kerangka institusional maupun organisasi.

2.5.2 Jenis-Jenis Media Sosial

Terdapat beberapa jenis media sosial mulai dari yang berbasis *Web* sampai dengan yang berbasi aplikasi, berikut ini adalah jenis-jenis dari media sosial :

1. *Blog*

   Blog merupakan jenis media sosial yang didalamnya pengguna dapat menunggah tulisan, gambar, atau video pribadinya. Blog merupakan situs pribadi dengan berbagai kumpulan konten.

2. *Virtual Game World*

   Media sosial jenis ini memungkinkan penggunanya saling berinteraksi dengan bentuk avatar pribadi, biasanya permainan secara online. Contohnya adalah game online.

3. Situs jejaring sosial

   Jenis media sosial yang paling banyak penggunanya karena memungkinkan untuk saling berinteraksi seperti mengunggah foto, mengirimkan obrolan tertulis (*chat*), video atau gambar. Contoh dari media sosial jenis ini yaitu : *Facebook, Whatsapp, instagram, telegram*, dan lain sebagainya. Hasil riset *App Annie* yang dilansir Kompas tekno (18/01/2019) menyatakan *Whatsapp* merupakan aplikasi terpopuler melebihi facebook.

2.5.3 Media Sosial *Whatsapp* Sebagai Media Pendidikan Kesehatan Diet Hipertensi DASH

Whatsapp adalah aplikasi media sosial berbasis pesan yang dapat diakses menggunakan smartphone dan komputer berupa web (*web.Whatsapp.com*). Berbagai *fitur* dalam aplikasi *Whatsapp* dapat dimanfaatkan untuk media pendidikan kesehatan diet hipertensi. Pengaplikasian *fitur Whatsapp* yang dapat dijadikan media pendidikan kesehatan diet hipertensi DASH adalah sebagai berikut :

1. *Whatsapp texts*

Proses pelaksanaan pendidikan kesehatan diet hipertensi DASH identic dengan kegiatan penyuluhan kesehatan, dimulai dengan tahap awal (perkenalan, penyampaian tujuan), tahap penyampaian materi dan tahap evaluasi. *Fitur Whatapp texts* dapat digunakan untuk mengirim pesan teks kepada pengguna secara personal maupun grup. Penggunaan *fitur* ini dapat dimanfaatkan pada setiap tahap pendidikan kesehatan diet DASH. Pengaplikasian *Whatsapp texts* dalam setiap tahap pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut :

a. Tahap awal atau pembukaan

Tahap ini bertujuan untuk membangun hubungan antara petugas dengan sasaran yang akan diberikan pendidikan kesehatan. Konfirmasi kesediaan dan kontrak waktu dengan sasaran untuk mengikuti tahap pendidikan kesehatan juga dapat dilakukan melalui *fitur Whatsapp texts*.

b. Tahap penyampaian materi

Penggunaan *fitur Whatsapp texts* dalam tahap penyampaian materi dapat dipergunakan untuk mengkonfirmasi apakah sasaran sudah menyimak setiap paparan materi yang disampaikan oleh petugas. Sasaran bisa mengirimkan komentar atau konfirmasi apakah penyampaian setiap materi sudah disimak secara keseluruhan atau belum. *Fitur* ini juga dapat dimanfaatkan oleh sasaran untuk menyampaikan pertanyaan terkait materi yang disampaikan

oleh petugas. Waktu komentar sasaran dapat diatur sedemikian rupa sehingga penyampaiannya dapat dilakukan secara tertib.

c. Tahap Evaluasi

Whatsapp texts dalam tahap ini dapat dimanfaatkan untuk penyampaian umpan balik dari sasaran, evaluasi dalam proses penyampaian materi dan kontrak waktu untuk pendidikan kesehatan berikutnya.

2. *Voice Messages*

Fitur ini dapat digunakan untuk merekam dan mengirimkan pesan suara. Pengaplikasian *fitur* ini dalam setiap tahap pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut :

a. Tahap awal atau pembukaan

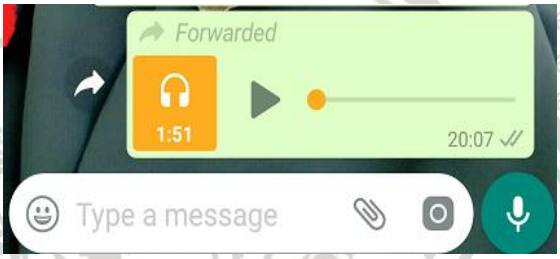
Fitur voice messages dapat digunakan untuk megirimkan pesan suara berisi salam (*greeting*), menyampaikan perkenalan sekilas tentang profil petugas (nama, profesi, asal institusi) dan penjelasan tujuan dari pendidikan kesehatan diet DASH yang akan diberikan.

b. Tahap penyampaian materi

Pemanfaatan *fitur* pesan suara pada tahap penyampaian materi dapat digunakan untuk menjelaskan materi dalam tiap slide, gambar, ataupun foto. *Fitur* ini bisa diidentikan dengan metode ceramah dalam pendidikan kesehatan yang dilakukan secara tatap muka dengan sasaran.

c. Tahap evaluasi

Tahap evaluasi pendidikan kesehatan dapat diisi dengan pesan suara yang berisi apresiasi terhadap partisipasi sasaran, pemberian motivasi untuk menerapkan diet DASH secara konsisten dan salam penutup. Contoh tampilan pesan suara (*voice messages*) seperti gambar dibawah ini :



Gambar 2.1 Tampilan Pesan Suara

3. Photo dan video

Fitur ini adalah *fitur* yang paling dominan pada tahap penyampaian materi. Materi inti tentang diet DASH dapat dipresentasikan menggunakan *fitur* foto dan video. Pengaplikasian *fitur* foto dan video dalam penyampaian materi diet DASH adalah sebagai berikut :

a. Video

Video dapat ditampilkan pada tahap awal penyampaian materi yang berisi tentang paparan penyakit hipertensi, mulai dari pengertian, penyebab, proses terjadinya penyakit, tanda gejala dan penatalaksanaanya. Video lebih efektif untuk memberikan pemahaman tentang proses terjadinya hipertensi,

hal ini dikarenakan sasaran dapat melihat secara detail proses yang terjadi di dalam pembuluh darah. Berikut contoh gambar video tentang hipertensi :

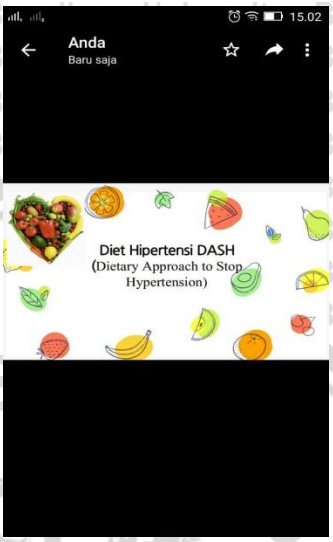
Gambar 2.2 Tampilan Video Materi Hipertensi

b. Foto

Penggunaan *fitur* foto (gambar) dalam penyampaian materi berisi tentang uraian dari diet DASH, mulai dari pengertian, tujuan, prinsip diet DASH dan panduan diet DASH. Setiap satu foto uraian materi diikuti oleh satu pesan suara yang berisi tentang penjelasan dari isi materi dalam foto. Berikut ini merupakan contoh penyampaian materi menggunakan *fitur* foto :

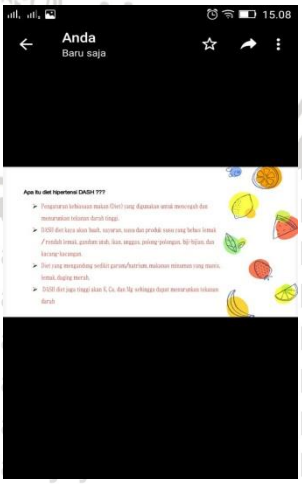
Awal materi diet DASH dapat dimulai dengan menampilkan judul atau pokok materi yang akan dibahas.

Contoh tampilan gambar/foto judul materi diet DASH seperti gambar dibawah ini :



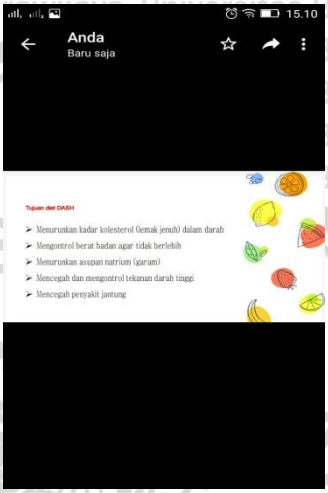
Gambar 2.3 Tampilan Materi Diet DASH 1

Tampilan gambar/foto selanjutnya yaitu materi tentang pengertian diet DASH, berikut ini adalah contoh tampilan gambar/foto pengertian diet DASH:



Gambar 2.4 Tampilan Materi Diet DASH 2

Tampilan foto selanjutnya adalah materi yang berisi tentang tujuan pemberian diet DASH. Contoh tampilan foto seperti gambar dibawah ini :

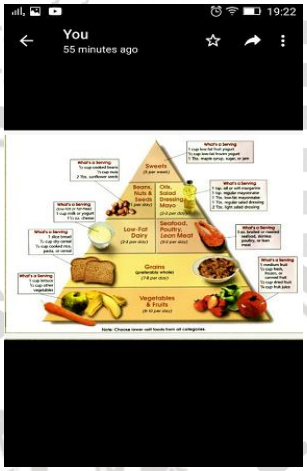


Gambar 2.5 Tampilan Materi Diet DASH 3

Materi selanjutnya adalah tentang prinsip dan syarat diet DASH. Bentuk tampilan foto/gambar seperti dibawah ini :

Gambar 2.6 Tampilan Materi Diet DASH 4

Materi terakhir dalam pendidikan kesehatan diet DASH adalah materi tentang panduan diet DASH. Contoh tampilan fotonya seperti gambar dibawah ini :



Gambar 2.7 Tampilan Materi Diet DASH 5

4. *Whatsapp group Chat*

Sasaran dari pendidikan kesehatan tidak hanya individu, tetapi juga kelompok dan masyarakat. Pendidikan kesehatan melalui *Whatsapp* dengan sasaran kelompok dapat memanfaatkan *fitur Whatsapp group chat. Fitur* ini memungkinkan petugas yang memberikan pendidikan kesehatan dapat membagikan konten materi pendidikan kesehatan berupa pesan teks, pesan suara, foto, video, dokumen/file (PDF, powerpoint) kepada 256 orang sasaran sekaligus.

Fitur Whatsapp group juga dapat dimanfaatkan oleh sasaran untuk berinteraksi dan berdiskusi dengan petugas terkait konten materi dimana hasil diskusi dapat disimak oleh seluruh peserta grup. Petugas juga dapat mengidentifikasi tingkat partisipasi atau

keaktifan sasaran dalam mengikuti proses pendidikan kesehatan menggunakan *fitur* ini.

5. *Whatsapp on Web and Dekstop*

Fitur Whatsapp on Web and Dekstop dapat digunakan untuk memudahkan petugas pendamping memandu jalannya proses pendidikan kesehatan terutama dengan sasaran kelompok. Pengiriman materi dalam bentuk pesan suara, pesan gambar/foto dan video lebih mudah karena biasanya file materi disimpan secara tersusun di laptop ataupun desktop. Layar desktop yang lebih lebar dibandingkan layar smartphone menambah kenyamanan dalam mengatur setiap tahap dalam pendidikan kesehatan. Pemantauan absensi kehadiran, pengaturan chat block, penampungan pertanyaan dari sasaran lebih mudah jika menggunakan *fitur* ini. Pembuatan daftar kehadiran/absensi dari sasaran dapat dibuat secara *online* dengan bantuan *fitur* lain diluar *fitur Whatsapp* (misalnya *google docs*).

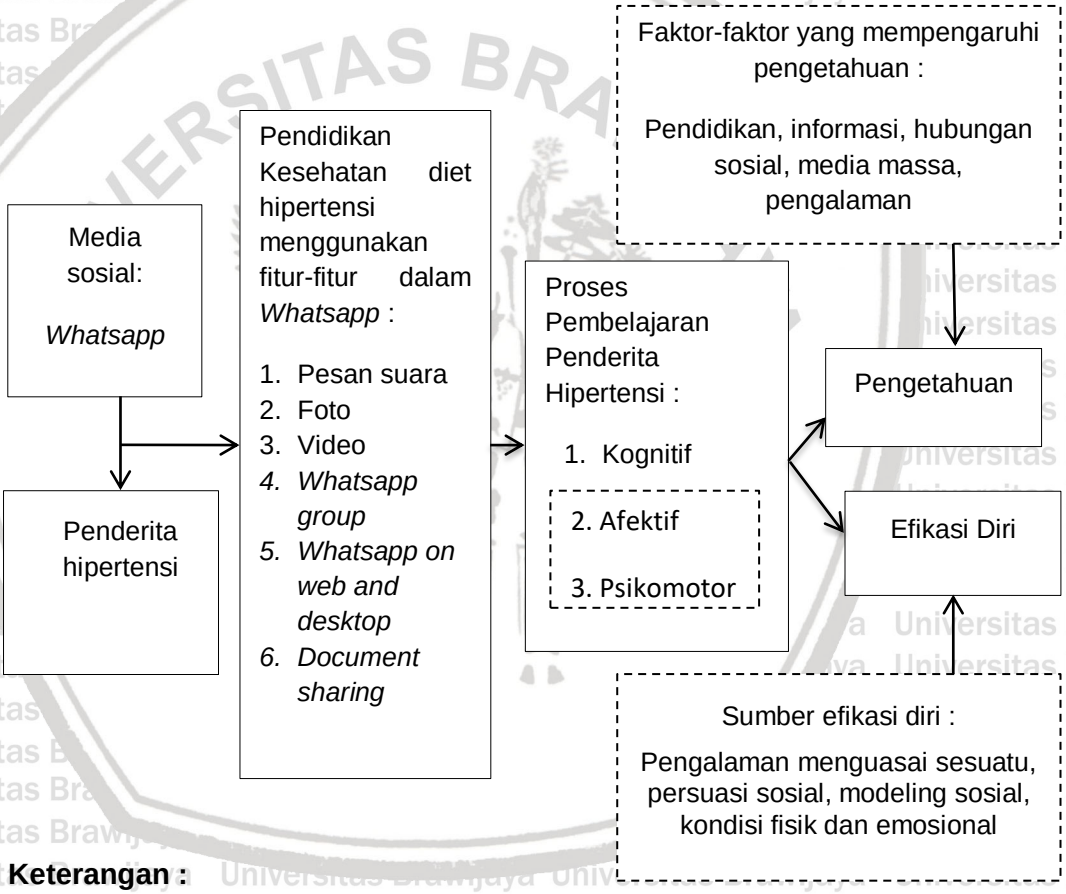
6. *Documents Sharing*

Fitur ini dapat dimanfaatkan untuk mengirimkan materi pendidikan kesehatan dalam bentuk *soft file* untuk dijadikan bahan bacaan bagi sasaran. Fitur ini juga dapat mengirimkan poster, booklet, leaflet yang biasa diberikan dalam penyuluhan konvensional dalam bentuk *soft file*. Dokumen atau file dalam bentuk PDF, tampilan slide, spreadsheet lebih dari 100 MB bisa dikirimkan menggunakan *fitur* ini..

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

= Diteliti

= Tidak diteliti

Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konsep penelitian "pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi"

Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari input, proses, dan output. Variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp,* sedangkan variabel dependennya adalah pengetahuan dan efikasi diri. Penderita hipertensi adalah individu yang memiliki tekanan darah sistolik ≥140 mmHg atau diastolik ≥90 mmHg dan atau pernah didiagnosa hipertensi oleh dokter. Penderita hipertensi yang memiliki alat komunikasi (gadget) terinstal aplikasi media sosial *Whatsapp* diberikan pendidikan kesehatan diet hipertensi dengan memanfaatkan fitur-fitur *Whatsapp*. Fitur yang digunakan dalam proses pendidikan kesehatan yaitu fitur pesan suara, foto, video, *Whatsapp group, Whatsapp on web and desktop*. Pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi dalam menerapkan diet hipertensi.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini terdiri dari 2 hipotesis, yaitu :

1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap pengetahuan penderita hipertensi.
2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap efikasi diri penderita hipertensi

BAB 4
METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian dalam penelitian ini adalah *quasy experiment* dengan pendekatan *pretest and post-test with control group*. Desain penelitian *quasy experiment pretest and post-test with control group* digambarkan dalam bagan berikut :

Gambar 4.1 Desain *quasy experiment* penelitian "pengaruh pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp* terhadap pengetahuan dan efikasi diri penderita hipertensi"

Keterangan :

R : Responden

R1 : Kelompok perlakuan

R2 : Kelompok kontrol

X1 : Intervensi pendidikan kesehatan diet hipertensi DASH secara tatap muka dan menggunakan media sosial *Whatsapp*

X0 : Intervensi pendidikan kesehatan diet hipertensi DASH secara tatap muka

O1 : *Pretest* tentang pengetahuan dan efikasi diri tentang diet hipertensi DASH)

O2 : *Post-test* tentang pengetahuan dan efikasi diri tentang diet hipertensi DASH)

R1-R2: Perbedaan pengetahuan dan efikasi diri antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini penderita hipertensi yang berkunjung ke Puskesmas Pandanwangi dan Puskesmas Janti pada bulan September 2019.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah individu yang pernah didiagnosa oleh dokter atau terdata oleh Puskesmas Janti dan Puskesmas Pandanwangi sebagai pasien hipertensi serta memenuhi kriteria inklusi.

a. Besar sampel

Besar sampel dihitung berdasarkan rumus perhitungan besar sampel penelitian eksperimen :

$$n = \left[\frac{(Z_1\text{-}\alpha/2 + Z_1\text{-}\beta) X \sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

$$= \left[\frac{(1{,}96 + 1{,}282)\ 10{,}42}{6} \right]^2$$

$$= 17$$

Keterangan :

n : Besar sampel minimal

Z-α/2 : Standar normal deviasi untuk α

Z_1-ß : Standar normal deviasi untuk ß

$\mu_1 - \mu_2$: beda mean yang dianggap bermakna

σ : Estimasi standar deviasi berdasarkan literature

Responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan telah menandatangani *informed consent* berjumlah 53 responden, namun hanya 38 responden saja yang hadir dalam kegiatan pendidikan kesehatan tatap muka, sisanya sebanyak 15 responden tidak hadir. *Post-test* dilakukan 14 hari setelah dilakukan intervensi, terdapat 2 responden yang tidak hadir pada saat *post-test* sehingga jumlah akhir sampel sebanyak 36 responden.

b. Tehnik Pengambilan sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling* yaitu *Purposive sampling*. Peneliti memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi, sementara untuk penentuan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan peneliti melakukan pengundian sederhana dari 36 sampel yang sudah diberikan pendidikan kesehatan tatap muka, 18 nama yang keluar pertama dijadikan sebagai responden kelompok perlakuan, sedangkan sisanya 18 nama masuk kedalam kelompok kontrol.

c. Kriteria inklusi

Subjek yang termasuk ke dalam kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Individu yang pernah didiagnosis hipertensi oleh dokter atau terdata di puskesmas sebagai penderita hipertensi
2. Usia 18 - < 60 tahun (non lansia)
3. Memiliki gadget (alat komunikasi) yang terinstall aplikasi *Whatsapp*
4. Biasa berkomunikasi menggunakan media sosial *Whatsapp*

d. Kriteria Eksklusi

Subyek yang termasuk kedalam kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Penderita hipertensi dengan penyakit komplikasi yang tidak memungkinkan untuk mengikuti tahapan dalam penelitian
2. Penderita hipetensi yang memiliki gangguan penglihatan dan pendengaran.
3. Tidak hadir dalam kegiatan pendidikan kesehatan tatap muka
4. Tidak mengikuti *post test*
5. Meninggalkan grup *whatsapp* (*left group*) sebelum kegiatan intervensi selesai
6. Mengundurkan diri sebagai responden

4.3 Variabel Penelitian

1. Variabel Independen

Variabel Independent dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan diet hipertensi menggunakan media sosial *Whatsapp*.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan efikasi diri.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

   Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Pandanwangi dan Puskesmas Janti Dinas Kesehatan Kota Malang.

2. Waktu Penelitian

   Penelitian dilakukan selama 2 bulan dimulai dari bulan September-Oktober 2019.

4.5 Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrument berupa kuesioner yang berisi pernyataan yang berkaitan dengan variabel penelitian. Kuesioner yang di gunakan berjumlah 2 jenis kuesioner yaitu :

1. Kuesioner pengetahuan (Kuesioner 1)

Kuesioner pengetahuan yang digunakan dalam penelitian ini mengadopsi kuesioner pengetahuan (Nuridayanti, 2016) yang dimodifikasi oleh peneliti. Kuesioner terdiri dari 20 pernyataan yang berkaitan dengan pengetahuan tentang diet hipertensi. Pilihan jawaban

pada setiap pernyataan berjumlah 2 yaitu benar dan salah. Kisi-kisi kuesioner pengetahuan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Kisi-kisi Kuesioner Pengetahuan

Variabel	Parameter	Nomor pernyataan	Jumlah Pernyataan
Pengetahuan	1. Penyakit hipertensi (Pengertian, penyebab, komplikasi)	1, 2, 3	3
	2. Pengertian diet hipertensi DASH	4	1
	3. Tujuan diet hipertensi DASH	5, 6, 7, 8	4
	4. Prinsip diet hipertensi DASH	9, 10, 11	3
	5. Makanan yang dianjurkan dalam diet hipertensi DASH	12, 13, 14, 15	4
	6. Makanan yang dibatasi dalam diet hipertensi DASH	16, 17, 18	3
	7. Makanan yang harus dihindari dalam diet hipertensi DASH	19, 20	2
Jumlah			20

Skor nilai pernyataan yang benar jika dijawab dengan jawaban “benar” diberikan skor 1 tetapi bila pilihan jawaban “salah” maka diberi skor 0. Skor nilai pernyataan yang salah jika dijawab dengan pilihan jawaban “salah” diberi skor 1, jika pilihan jawabannya adalah “benar” maka diberi skor 0. Perhitungan skor dilakukan dengan mengitung persentasi pernyataan yang dijawab dengan benar oleh responden dibagi seluruh pernyataan dikalikan 100. Skor tertinggi adalah 100 dan skor terendah 0.

Rumus perhitungan skor pengetahuan adalah sebagai berikut :

$$S = \frac{a}{b} \times 100$$

S : Skor

a : Jumlah jawaban benar

b : Jumlah seluruh pernyataan

2. Kuesioner efikasi diri (Kuesioner 2)

Kuesioner efikasi diri diet hipertensi yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuesioner *Diet Self-Efficacy Scale* (KnÃ ¤ uper, 2013) yang dimodifikasi oleh peneliti dengan menambahkan konsep *general self efficacy scale* (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Pertanyaan efikasi diri diet hipertensi terkait dengan keyakinan reponden dalam mengatasi situasi yang dapat menghambat penerapan diet hipertensi. Situasi tersebut terdiri dari godaan makanan tinggi natrium dan lemak, faktor internal dan sosial, kondisi emosional yang dapat menghambat penerapan diet hipertensi. Skala efikasi diri diet hipertensi dibuat berdasarkan skala efikasi diet (KnÃ ¤ uper, 2013) yaitu sangat yakin, yakin, cukup yakin, kurang yakin, tidak yakin. Kisi-kisi kuesioner efikasi diri diet hipertensi adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2 Kisi-kisi Kuesioner Efikasi Diri

Variabel	Parameter	Nomor Pernyataan	Jumlah Pernyataan
Efikasi diri	1. Keyakinan mengatasi godaan makanan tinggi natrium dan lemak	2, 3, 5, 10,11	5
	2. Keyakinan mengatasi faktor internal dan sosial yang dapat menghambat penerapan diet hipertensi	1, 6, 7, 8	4
	3. Keyakinan mengatasi Kejadian atau kondisi emosional yang dapat menghambat penerapan diet hipertensi	4, 9	2
Jumlah pernyataan		11	

Skor nilai pada setiap pilihan jawaban yaitu sangat yakin = 4, yakin = 3, cukup yakin = 2, kurang yakin = 1, tidak yakin = 0. Perhitungan skor dilakukan dengan menghitung total skor jawaban yang dipilih responden dibagi dengan total skor tertinggi yaitu 44 dikalikan 100. Skor tertinggi efikasi diri adalah 100 dan skor terendah adalah 0. Rumus perhitungan skor efikasi diri adalah sebagai berikut :

$$S = \frac{a}{b} \times 100$$

S = skor

a = jumlah skor jawaban responden

b = jumlah skor tertinggi

4. Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen

Uji validitas dan reabilitas dilakukan terhadap kuesioner pengetahuan dan kuesioner efikasi diri selama 1 minggu mulai tanggal 27 Agustus sampai dengan 3 September 2019 di Puskesmas Bareng Dinas Kesehatan Kota Malang. Kuesioner diujicobakan kepada 12 responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti.

a. Kuesioner pengetahuan (kuesioner 1)

1. Hasil uji validitas

Uji validitas dilakukan pada kuesioner pengetahuan menggunakan formula korelasi *pearson product moment*. Pernyataan dianggap valid jika nilainya r hitung lebih besar dari r tabel (≥ 0,576). Dari 20 pernyataan yang diujicobakan terdapat 16 pernyataan dengan nilai korelasi ≥ 0,576 (valid) dan 4 pertanyaan

dengan nilai korelasi <0,576 (tidak Valid). Pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan nomor 1, 11, 14 dan 15 sehingga peneliti mengeluarkan butir pernyataan tersebut dari kuesioner.

2. Uji reabilitas

Uji reabilitas pada kuesioner pengetahuan dilakukan dengan menggunakan formula *Cronbach Alpha*. Hasil uji reabilitas kuesioner pengetahuan menunjukkan nilai nilai rα 0,797 (> 0,576) sehingga kuesioner pengetahuan dianggap *reliable*.

b. Kuesioner efikasi diri (kuesioner 2)

1. Hasil uji validitas

Uji validitas dilakukan pada kuesioner efikasi diri menggunakan formula korelasi *pearson product moment*. Pernyataan dianggap valid jika nilainya r hitung lebih besar dari r tabel (≥ 0,576). Dari 11 pernyataan yang diujicobakan secara keseluruhan nilai korelasi setiap pernyataan ≥ 0,576 (valid), sehingga kuesioner dianggap valid.

2. Uji reabilitas

Uji reabilitas pada kuesioner efikasi diri dilakukan dengan menggunakan formula *Cronbach Alpha*. Hasil uji reabilitas kuesioner efikasi diri menunjukkan nilai rα 0,894 (> 0,576), sehingga kuesioner dianggap *reliable*..

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.3 Variabel, Definisi Operasional, Parameter, Cara Ukur dan Alat Ukur, Hasil, Skala

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	2		3	4	5
Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh penderita hipertensi tentang diet hipertensi DASH meliputi pengertian diet hipertensi DASH, tujuan diet hipertensi DASH, prinsip diet hipertensi DASH, makanan yang dianjurkan dalam diet hipertensi DASH dan makanan yang harus dihindari dalam diet hipertensi DASH	Mengetahui: 1. Penyakit hipertensi (pengertian, penyebab, komplikasi) 2. Pengertian diet hipertensi DASH 3. Tujuan diet hipertensi DASH 4. Prinsip diet hipertensi DASH 5. Makanan yang dianjurkan dalam diet hipertensi DASH 6. Makanan yang dibatasi dalam diet hipertensi DASH 7. Makanan yang harus dihindari dalam diet hipertensi DASH	Kuesioner pengetahuan menggunakan skala *Guttman* : 0 = salah 1 = benar	Score terendah = 0 Score tertinggi = 100	Interval
Efikasi diri	Keyakinan penderita hipertensi tentang kemampuannnya untuk menerapkan diet hipertensi DASH	1. Keyakinan mengatasi godaan makanan tinggi natrium dan lemak 2. Keyakinan mengatasi faktor internal dan sosial yang dapat menghambat	Kuesioner efikasi diri berdasarkan The Diet Self-Efficacy scale (The DIET-SE) yang	Score terendah: 0 Score tertinggi : 100	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	2		3	4	5
		penerapan diet hipertensi 3. Keyakinan mengatasi Kejadian atau kondisi emosional yang dapat menghambat penerapan diet hipertensi	dimodifikasi oleh peneliti. Skala yang digunakan : 0 = Tidak yakin 1 = Kurang yakin 2 = Cukup yakin 3 = Yakin 4 = Sangat yakin		
Penderita Hipertensi	Individu yang pernah didiagnosa oleh dokter atau terdata oleh Puskesmas sebagai pasien hipertensi	Pernah didiagnosa hipertensi oleh dokter dan Tercatat di Puskesmas sebagai pasien hipertensi	Register pasien Puskesmas		
Pendidikan kesehatan diet hipertensi	Pemberian informasi tentang diet hipertensi DASH meliputi pembahasan sekilas tentang penyakit hipertensi, pengertian diet hipertensi DASH, tujuan diet hipertensi DASH, prinsip diet hipertensi DASH, makanan yang dianjurkan dalam diet hipertensi DASH dan makanan yang harus dihindari dalam diet hipertensi DASH	Penyampaian materi diet hipertensi DASH meliputi : 1. Pembahasan sekilas tentang penyakit hipertensi 2. Pengertian diet hipertensi DASH 3. Tujuan diet hipertensi DASH 4. Prinsip diet hipertensi DASH 5. Makanan yang dianjurkan dalam diet hipertensi DASH 6. Makanan yang harus dibatasi dalam diet	Pembagian kelompok : kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	0 = Kelompok kontrol mendapatkan pendidikan kesehatan diet hipertensi DASH secara tatap muka 1= Kelompok perlakuan diberikan pendidikan kesehatan diet hipertensi DASH secara tatap	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	2		3	4	5
		hipertensi DASH 7. Makanan yang harus dihindari dalam diet hipertensi DASH		muka dan menggunakan media sosial *Whatsapp*	
Media sosial Whatsapp	Media komunikasi yang digunakan untuk media pendidikan kesehatan diet hipertensi DASH melalui pemanfaatan *fitur* foto, video, pesan suara, Whatsapp group, Whatsapp on web and desktop.				

4.7 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data

a. Prosedur Administrasi

Penelitian dilakukan setelah dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik penelitian Keperawatan Fakulatas Kedokteran Universitas Brawijaya dan memenuhi prosedur administrasi yang berlaku di Dinas Kesehatan Kota Malang, Puskesmas Pandanwangi dan Puskesmas Janti.

b. Prosedur Teknis

Prosedur penelitian secara teknis adalah sebagai berikut :

1. Peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Puskesmas dan Pengelola program yang terkait dengan pelaksanaan penelitian.
2. Peneliti memperkenalkan diri kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi dilanjutkan dengan memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, manfaat dan kegiatan yang akan dilakukan jika responden bersedia untuk berpartisipasi.
3. Peneliti meminta kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).
4. Peneliti melakukan *pretest* pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.
5. Peneliti memberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan diet hipertensi secara tatap muka dan menggunakan *Whatsaap*. Rincian intervensi pada kedua kelompok adalah sebagai berikut :

a. Kelompok kontrol

Pada kelompok kontrol peneliti memberikan intervensi pendidikan kesehatan diet hipertensi secara tatap muka dalam 1 kali sesi pertemuan, lama sesi ± 40 menit. Pelaksanaan disesuaikan dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) puskesmas.

b. Kelompok Perlakuan

Pada kelompok perlakuan peneliti memberikan intervensi pendidikan kesehatan diet hipertensi secara tatap muka yang diberikan dalam 1 kali sesi pertemuan, selanjutnya peneliti melakukan intervensi pendidikan kesehatan menggunakan *whatsapp*. Peneliti menjelaskan kepada responden *fitur-fitur Whatsapp* yang akan digunakan dalam pendidikan kesehatan. Rincian intervensi pendidikan kesehatan menggunakan whatsapp yang dilakukan adalah sebagai berikut :

a) Peneliti membuat grup *Whatsapp* yang beranggotakan responden kelompok perlakuan
b) Peneliti menjelaskan tata tertib dalam grup ketika kegiatan pendidikan kesehatan sedang berlangsung
c) Peneliti menjelaskan dan memberi pilihan kontrak waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan yang akan dilaksanakan dalam 3 sesi. Waktu pelaksanaan setiap sesi berselang 1 hari dengan sesi berikutnya, Lama waktu setiap sesi ± 60 menit yang dibagi dalam 3 yaitu tahap I (pembukaan) selama 5 menit, tahap II (penyampaian materi) selama 15 menit dan tahap III (diskusi dan penutup) selama 40 menit, pada setiap sesi diskusi

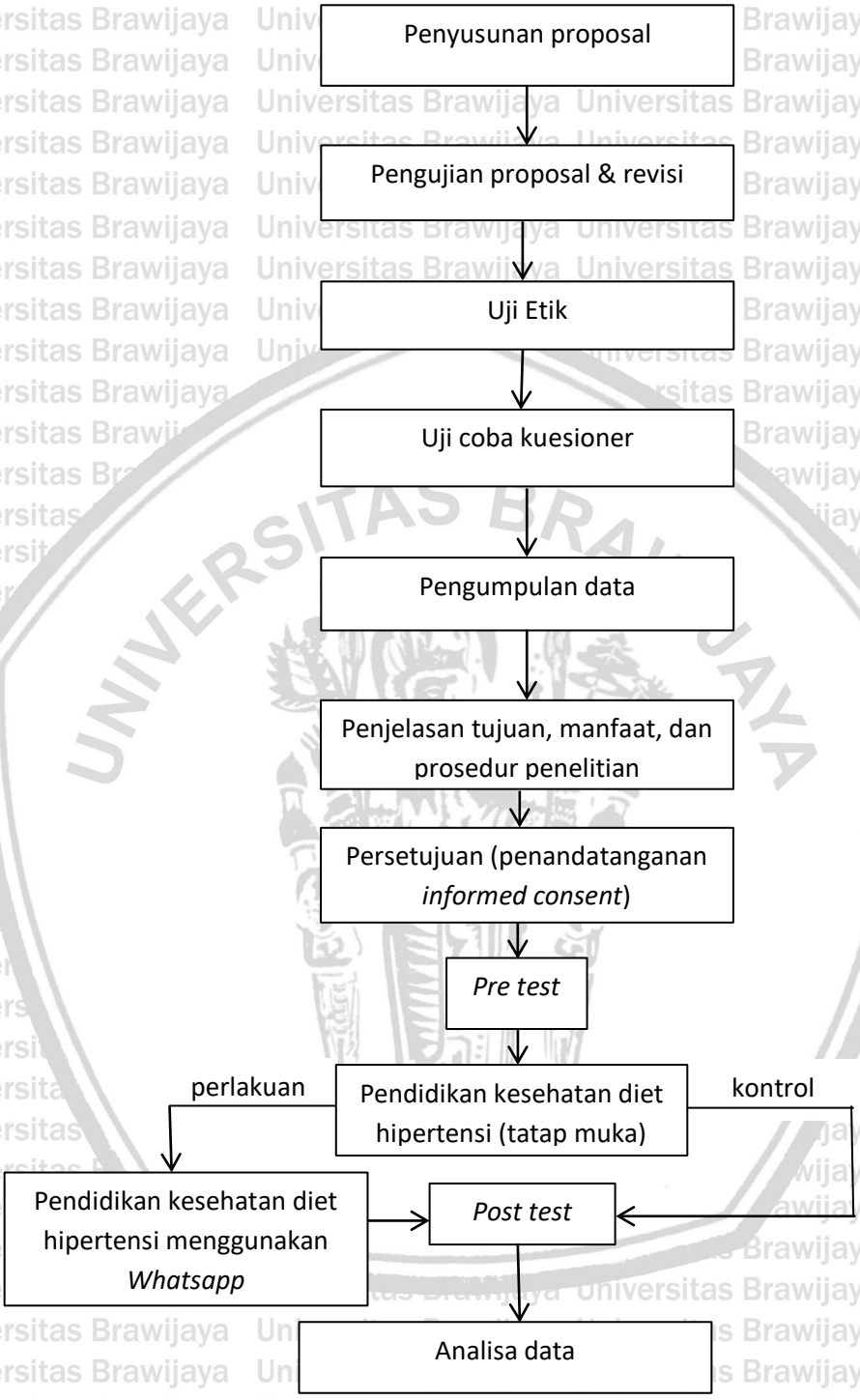
responden diberikan kesempatan untuk menyampaikan maksimal 2 pertanyaan.

d) Peneliti memberikan pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp*. Tahapan pendidikan kesehatan disesuaikan dengan modul satuan acara edukasi yang peneliti pelajari selama masa perkuliahan..

e) Peneliti menanyakan kepada responden frekuensi responden membaca materi yang disampaikan pada sesi sebelumnya, data ini peneliti butuhkan untuk menilai tingkat keaktifan atau partisipasi responden dalam mempelajari materi.

f) Peneliti juga mencatat jumlah komentar yang dikirimkan oleh setiap responden selama berlangsungnya pendidikan kesehatan untuk menilai tingkat partisipasi responden dalam mengikuti pendidikan kesehatan.

6. Peneliti melaksanakan *post test* pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan 14 hari setelah diberikan intervensi.
7. Setelah data terkumpul peneliti melakukan pengolahan dan analisis data dilanjutkan dengan penyusunan laporan hasil penelitian.



Gambar 4.2 Bagan Alur Prosedur Penelitian "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Diet Hipertensi Menggunakan Media Sosial Whatsapp terhadap Pengetahuan dan Efikasi Diri Penderita Hipertensi"

repository.ub.ac.id
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

c. Etika penelitian

Etika Penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian. Etika penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. *Respect for person*

   Peneliti membuat persetujuan dengan responden dengan memberikan lembar persetujuan (*informed consent*). Responden diberi kebebasan untuk memutuskan apakah bersedia ataupun tidak menjadi partisipan. Peneliti selama melakukan pencarian responden menemukan 78 responden yang memenuhi kriteria namun hanya 53 responden yang bersedia untuk berpartisipasi dan menandatangani *informed consent.* Peneliti juga tidak mencantumkan identitas atau nama responden dalam laporan penelitian. Kerahasiaan data responden dalam penelitian ini menjadi tanggung jawab peneliti sebagai bagian dari prinsip etik *confidentiality*.

2. *Beneficence*

   Penelitian ini dapat memberikan manfaat langsung untuk menambah pengetahuan dan keyakinan diri responden dalam hal menerapkan diet yang tepat. Manfaat tidak langsung dari penelitian ini yaitu hasil penelitian dapat dijadikan bahan masukan untuk fasilitas kesehatan dalam melakukan inovasi promosi kesehatan.

3. *Non-Maleficence*

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan tatap muka dan pendidikan kesehatan menggunakan whatsapp, sehingga kecil kemungkinan kegiatan yang dilakukan menimbulkan bahaya fisik pada responden. Peneliti juga menyediakan biaya kompensasi berupa penggantian biaya transport, biaya paket internet dan cinderamata sebagai ucapan terimakasih kepada responden.

4. *Justice*

Peneliti dalam menentukan responden menerapkan kriteria dengan mempertimbangkan kesehatan, kemampuan fisik dan juga aksesibilitas responden untuk dapat mengikuti setiap tahapan dalam penelitian yang dilaksanakan. Penentuan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dilakukan secara *random* sebagai bentuk penerapan prinsip etik keadilan.

4.8 Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa data univariat dilakukan pada data karakteristik responden, tingkat partisipasi responden dalam kegiatan pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp*, pengetahuan responden sebelum intervensi, pengetahuan responden setelah intervensi, efikasi diri responden sebelum intervensi dan efikasi diri responden setelah intervensi. Analisis data terdiri dari analisis distribusi frekuensi dan uji normalitas data. Hasil uji normalitas data dilakukan pada variabel pengetahuan dan efikasi diri

sesudah intervensi menggunakan uji normalitas *Shapiro Wilk*. Hasil uji normalitas digambarkan pada tabel beikut ini :

Tabel 4.4 Hasil Uji Normalitas Pengetahuan dan Efikasi Diri Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sesudah Intervensi (n = 38)

Variabel	*p-value*	
	Kontrol	**Perlakuan**
Pengetahuan sesudah intervensi	0,150*	0,002
Efikasi diri sesudah intervensi	0,657*	0,210*

Sumber: data primer 2019

Hasil uji normalitas data berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan data pengetahuan kelompok kontrol sesudah dilakukan intervensi berdistribusi normal dengan *p-value* 0,150 (α = 0,05), sedangkan untuk data pengetahuan kelompok perlakuan sesudah intervensi memiliki *p-value* 0,002 (α = 0,05) sehingga data dianggap berdistribusi tidak normal. Hasil uji normalitas data efikasi diri sesudah intervensi pada kelompok kontrol menunjukkan data berdistribusi normal dengan *p-value* 0,657 (α = 0,05), begitu juga pada kelompok perlakuan menunjukkan data berdistribusi normal dengan *p-value* 0,210 (α = 0,05).

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan pada variabel pengetahuan dan variabel efikasi diri sesudah dilakukan intervensi dengan tarap kepercayaan (CI 95%). Hasil uji normalitas data pada variabel pengetahuan menunjukkan data tidak berdistribusi normal sehingga uji statistik yang digunakan yaitu uji statistik *non parametrik Mann Whitney*, sementara untuk variabel

efikasi diri digunakan uji statistik *parametrik independent t-test* dikarenakan hasil uji normalitas data menunjukkan data berdistribusi normal. Analisa antar variabel dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 4.5 Analisa Bivariat

Variabel	Analisa	Skala Ukur	Uji Statistik
Pengetahuan	Perbedaan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah intervensi	Numerik	*Mann Whitney*
Efikasi Diri	Perbedaan efikasi diri antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah dilakukan intervensi	Numerik	*Independent t-test*

BAB 5
HASIL PENELITIAN

5.1 Karakteristik Responden

Responden dikarakteristikan berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan partisipasi dalam kegiatan intervensi.

1. Karakteristik berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan

Tabel 5.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan

Karakteristik	Kontrol (n=18)		Perlakuan (n=18)	
	F	%	F	%
Usia				
26-35 tahun			3	16,7
36-45 tahun	5	27,8	3	16,7
46-55 tahun	10	55,6	13	66,7
56-59 tahun	3	16,7		
Jenis Kelamin				
Laki-laki			3	16,7
Perempuan	18	100	15	83,3
Pendidikan				
SD	8	44,4	2	11,1
SMP	3	16,7	6	33,3
SMA	5	27,8	7	38,9
SARJANA	2	11,1	3	16,7
Pekerjaan :				
IRT	15	83,3	9	50,0
Wiraswasta	2	11,1	5	27,8
Karyawan swasta			2	11,1
PNS	1	5,6	2	11,1

Sumber : data primer 2019

Karakteristik usia responden berdasarkan tabel diatas menunjukkan pada kelompok kontrol sebagian besar responden berusia 46-55 tahun yaitu sebanyak 10 responden (55,6%) dan paling sedikit adalah responden berusia 56-59 tahun sebanyak 3 responden (16,7%), begitu juga pada kelompok perlakuan sebagian besar responden berusia 46-55 tahun sebanyak 13 responden (66,7%) sementara responden yang paling sedikit adalah berusia 26-35 tahun dan 36-45 tahun masing-masing 3 responden (16,7%).

Jenis kelamin responden pada kelompok kontrol seluruhnya perempuan berjumlah 18 responden (100%), sementara pada kelompok perlakuan sebanyak 15 responden berjenis kelamin perempuan (83,3%) dan 3 responden berjenis kelamin laki-laki (16,7%). Proporsi responden berjenis kelamin laki-laki yang sangat kecil disebabkan oleh banyaknya responden laki-laki yang tidak bersedia menjadi responden dengan alasan kesibukan dan pekerjaan.

Tingkat pendidikan responden kelompok kontrol sebagian besar berpendidikan SD yaitu sebanyak 8 responden (44,4%) sementara tingkat pendidikan responden yang paling sedikit adalah sarjana sebanyak 2 orang (11,1%). Kelompok perlakuan sebagian besar respondennya berpendidikan SMA yaitu sebanyak 7 responden (38,9%) dan yang paling sedikit responden berpendidikan SD sebanyak 2 responden (11,1%).

Pekerjaan responden pada kelompok kontrol sebagian besar adalah ibu rumah tangga (IRT) yaitu sebanyak 15 responden (83,3%) dan pekerjaan responden yang paling sedikit adalah PNS sebanyak 1

responden (5,6%), demikian juga pada kelompok perlakuan pekerjaan responden sebagian besar adalah ibu rumah tangga (IRT) sebanyak 9 responden (50%) sementara pekerjaan yang paling sedikit adalah PNS dan karyawan swasta masing-masing 2 responden (11,1%).

2. Karakteristik responden berdasarkan partisipasi responden dalam kegiatan intervensi

Partisipasi responden dalam pendidikan kesehatan tatap muka dinilai dari kehadiran dan jumlah pertanyaan yang disampaikan saat diskusi, sedangkan untuk pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* partisipasi yang dinilai terdiri dari jumlah komentar atau respon baik berupa pesan teks maupun gambar, frekuensi mempelajari/membaca materi dan jumlah pertanyaan yang diajukan setiap sesi. Partisipasi responden dalam kegiatan intervensi digambarkan dalam tabel-tabel dibawah ini :

Tabel 5.2 Partisipasi Responden berdasarkan Jumlah Kehadiran dan Pertanyaan pada Kegiatan Intervensi Pendidikan Kesehatan Tatap Muka

Jenis Partisipasi	Kontrol (n=18)	Perlakuan (n=18)	Total
Jumlah Kehadiran	18	18	36
Jumlah Pertanyaan	1	2	3

Sumber : data primer 2019

Tabel 5.2 menunjukkan Kehadiran responden pada saat pendidikan kesehatan tatap muka berjumlah 36 responden yang terdiri dari 18

responden kelompok kontrol dan 18 responden kelompok perlakuan, sedangkan untuk jumlah pertanyaan yang diajukan saat sesi diskusi berjumlah 3 pertanyaan.

Tabel 5.3 Partisipasi Responden Kelompok Perlakuan berdasarkan Jumlah Pesan teks/Respon, Pertanyaan dan Frekuensi mempelajari Materi pada setiap Sesi Pendidikan Kesehatan menggunakan Whatsapp

Jenis Partisispasi	Jumlah tiap Sesi			Total	Rata-rata tiap Sesi
	I	II	III		
Pesan teks/respon	85	71	68	224	74,6
Pertanyaan terkait materi	13	15	4	32	10,6
Frekuensi Materi dipelajari (kali)	28	18	15	61	20,3

Sumber : data primer 2019

Tabel 5.3 menunjukkan jumlah pesan teks/komentar/respon yang dikirimkan responden pada saat sesi pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* secara keseluruhan berjumlah 224 pesan. Pesan teks/komentar/respon paling banyak dikirimkan pada sesi I yaitu sebanyak 85 pesan, sementara pesan teks/komentar/respon paling sedikit dikirimkan pada sesi III yaitu sebanyak 68 pesan. Rata-rata pesan teks/komentar/respon yang dikirimkan setiap sesi adalah 75 pesan.

Partisipasi responden yang berupa pertanyaan terkait materi pendidikan kesehatan secara keseluruhan berjumlah 32 pertanyaan. Jumlah pertanyaan yang paling banyak adalah pada sesi II sebanyak 15 pertanyaan, sementara untuk jumlah pertanyaan yang paling sedikit adalah pada sesi III yaitu sebanyak 4 pertanyaan. Rata-rata pertanyaan yang dikirimkan setiap sesi adalah 11 pertanyaan.

Frekuensi responden dalam mempelajari/membaca materi secara keseluruhan adalah 61 kali. Frekuensi mempelajari materi yang paling sering adalah pada sesi I yaitu sebanyak 28 kali, sedangkan frekuensi mempelajari/membaca materi yang paling sedikit adalah pada sesi III yaitu sebanyak 15 kali. Rata-rata Frekuensi mempelajari/membaca materi tiap sesi adalah 20 kali.

5.2 Pengetahuan dan efikasi diri sebelum intervensi

Gambaran pengetahuan dan efikasi diri kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum diberikan intervensi dijelaskan dalam tabel berikut ini :

Tabel 5.4 Pengetahuan dan Efikasi Diri Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sebelum Intervensi

Variabel	n	Mean	SD	95% CI
Pengetahuan				
Kontrol	18	73,67	6,362	70,50-76,83
Perlakuan	18	73,00	11,225	67,42-78,58
Efikasi diri				
Kontrol	18	50,78	20,493	40,59-60,97
Perlakuan	18	45,22	23,376	33,60-56,85

Sumber : data primer 2019

Berdasarkan tabel 5.4 pengetahuan responden pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum intervensi memiliki nilai rata-rata yang hampir sama, kelompok kontrol memiliki nilai rata-rata 73,67 dan kelompok perlakuan memiliki nilai rata-rata 73,00. Efikasi diri kelompok kontrol

sebelum intervensi memiliki nilai rata-rata 50,78, sementara efikasi diri kelompok perlakuan sebelum intervensi memiliki nilai rata-rata lebih rendah daripada kelompok kontrol yaitu 45,22.

5.3 Pengetahuan dan efikasi diri sesudah intervensi

Post-test dilakukan pada hari ke-14 setelah dilakukan intervensi, Tabel berikut menggambarkan pengetahuan dan efikasi diri pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sesudah intervensi.

Tabel 5.5 Pengetahuan dan Efikasi diri Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sesudah Intervensi

Variabel	n	Mean	Minimum-maksimum	Median	SD	95% CI
Pengetahuan						
Kontrol	18	88,06	69-100	88,00	8,207	83,97-92,14
Perlakuan	18	87,78	69-94	88,00	7,191	84,20-91,35
Efikasi diri						
Kontrol	18	50,17	7-84	48,00	21,247	36,10-60,73
Perlakuan	18	52,22	11-100	48,50	27,928	38,33-66,11

Sumber : data primer 2019

Tabel 5.5 menunjukkan pengetahuan kelompok kontrol sesudah dilakukan intervensi memiliki nilai rata-rata 88,06 meningkat dari sebelum intervensi yaitu 73,67. Pada kelompok perlakuan pengetahuan sesudah dilakukan intervensi memiliki nilai rata-rata 87,78 meningkat dari sebelum intervensi yaitu 73,00 . Efikasi diri sesudah dilakukan intervensi pada kelompok kontrol memiliki nilai rata-rata 50,17, sementara untuk kelompok perlakuan nilai rata-

rata efikasi diri sesudah intervensi adalah 52,22 meningkat dari sebelum intervensi yaitu 45,22.

5.4 Perbedaan pengetahuan sesudah intervensi

Uji beda yang digunakan yaitu uji statistik non parametrik *Mann Whitney*. Hasil uji beda pengetahuan sesudah intervensi antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dijelaskan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 5.6 Hasil Uji Beda Pengetahuan antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sesudah Intervensi

Variabel	Maksimum-minimum	Median	*p-value*
Pengetahuan			
Kontrol	69-100	88,00	0,934
Perlakuan	69-94	88,00	

Sumber : data primer 2019

Hasil uji beda pada tabel 5.6 menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah dilakukan intervensi (*p-value* = 0,934;α = 0,05).

5.5 Perbedaan efikasi diri sesudah intervensi

Uji statistik untuk mengetahui perbedaan efikasi diri sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan menggunakan uji stastistik *independent t-test*. Hasil uji beda efikasi diri sesudah intervensi dijelaskan pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.7 Hasil Uji Beda Efikasi Diri Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan sesudah Intervensi

Variabel	n	Mean	SD	SE	*P-value*
Efikasi diri					
Kontrol	18	50,17	21,247	8,271	0,805
Perlakuan	18	52,22	27,928		

Sumber : data primer 2019

Hasil uji beda pada tabel 5.7 menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan efikasi diri antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah intervensi (*p-value* =0,805;α=0,05).

BAB 6
PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

1. Pengetahuan dan Efikasi Diri kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebelum intervensi

a. Pengetahuan sebelum intervensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan sebelum dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan memiliki nilai rata-rata yang hampir sama. Nilai rata-rata skor pengetahuan yang sama tersebut dimungkinkan karena masing-masing kelompok belum terpapar oleh pendidikan kesehatan diet hipertensi.

Peneliti berpendapat walaupun terdapat perbedaan karakteristik responden terutama pada tingkat pendidikan dimana sebagian besar kelompok kontrol berpendidikan SD sedangkan kelompok perlakuan sebagian besar berpendidikan SMA tidak berhubungan dengan pengetahuan responden tentang diet hipertensi sebelum dilakukan intervensi. Pendapat peneliti tersebut dikuatkan oleh hasil penelitian Lumangkun dan Kumaat (2014) yang menyatakan bahwa tingkat

pendidikan tidak berhubungan dengan pengetahuan responden. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan formal seseorang tidak berbanding lurus dengan pengetahuan tentang kesehatan.

b. Efikasi Diri sebelum Intervensi

Hasil penelitian menunjukkan efikasi diri kelompok kontrol sebelum intervensi memiliki nilai rata-rata lebih tinggi dibandingkan dengan efikasi diri kelompok perlakuan. Bandura (1998), menjelaskan bahwa efikasi diri merupakan keyakinan individu akan kemampuannnya untuk bisa melakukan sesuatu, dalam konteks penelitian ini efikasi diri dikaitkan dengan keyakinan responden untuk menerapkan diet hipertensi.

Nilai rata-rata efikasi diri sebelum diberikan intervensi baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan menunjukkan bahwa keyakinan responden untuk menerapkan diet hipertensi masih belum optimal. Kondisi tersebut dapat dijelaskan secara teori dimana proses aktivasi efikasi diawali oleh proses kognitif termasuk didalamnya aspek pengetahuan. Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pendidikan yaitu suatu proses pengubahan sikap dan tatalaku seseorang melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Sehingga efikasi diri yang belum optimal dalam menerapkan diet hipertensi dapat disebabkan oleh masih kurangnya pendidikan kesehatan yang diperoleh.

2. Pengetahuan dan Efikasi Diri kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sesudah intervensi

a. Pengetahuan sesudah intervensi

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sesudah intervensi mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan pengetahuan sebelum intervensi. Pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan individu. Peningkatan pengetahuan baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi menunjukkan tujuan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan tercapai.

Beberapa penelitian sejenis juga menyatakan hasil yang sama dimana setelah diberikan pendidikan kesehatan pengetahuan responden meningkat. Penelitian Tang *et al*., (2018) menyatakan bahwa pengetahuan responden meningkat sesudah diberikan edukasi melalui *mobile messaging*. Penelitian lain yang dilakukan oleh Abujilban *et al.*, (2018) juga menunjukkan hasil terdapat peningkatan pengetahuan responden sesudah mengikuti program edukasi menggunakan *whatsapp*.

b. Efikasi diri sesudah intervensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa efikasi diri sesudah intervensi pada kelompok perlakuan meningkat dibandingkan dengan efikasi diri sebelum intervensi, sementara efikasi diri kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan. Penelitian Fellendorf *et al.*, (2019) juga menunjukan hasil yang sama dimana terdapat peningkatan efikasi diri

responden setelah diberikan edukasi menggunakan pendekatan *mobile smartphone*. Peningkatan efikasi diri kelompok perlakuan sesudah dilakukan intervensi dimungkinkan karena pada kelompok perlakuan diberikan pendidikan kesehatan secara tatap muka dan menggunakan *Whatsapp* yang dilaksanakan dalam beberapa sesi.

Pendidikan kesehatan yang diberikan dalam beberapa sesi memungkinkan terpicunya proses kognitif aktivasi efikasi diri secara berulang. Pendidikan kesehatan merupakan sumber efikasi diri dimana dalam proses pendidikan kesehatan terjadi interaksi antara petugas kesehatan dengan individu yang diberikan pendidikan kesehatan. Interaksi tersebut berupa pemberian informasi, arahan, bimbingan dari petugas kesehatan yang bisa dikategorikan sebagai bagian dari persuasi sosial sumber efikasi diri.

3. Pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* terhadap pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah dilakukan intervensi (*p-value* = 0,934; α = 0,05). Penelitian sejenis yang dilakukan oleh Rina *et al*., (2019) pada hasil *post test* setelah diberikan satu kali konseling melalui media sosial menunjukkan hasil yang sama dimana tidak ada perbedaan signifikan pengetahuan antara kelompok yang diberikan konseling media sosial dengan kelompok yang diberikan konseling konvensional, namun pada hasil *post test* setelah diberikan konseling kedua melalui media sosial didapatkan hasil terdapat

perbedaan signifikan pengetahuan antara kelompok yang diberikan konseling melalui media sosial dan kelompok yang diberikan konseling secara konvensional. Hasil penelitian tersebut mengambarkan bahwa evaluasi berulang diperlukan untuk memastikan responden menyerap atau mempelajari materi yang diberikan.

Peneliti berpendapat bahwa tidak terdapatnya perbedaan skor pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol disebabkan karena evaluasi pada setiap sesi pendidikan kesehatan yang kurang maksimal. Data partisipasi responden dalam pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* menunjukan responden aktif mengikuti setiap sesi pendidikan kesehatan, namun hal tersebut belum dapat memastikan apakah konten pendidikan kesehatan setiap sesi dipelajari oleh responden. Pencatatan partisipasi responden dalam bentuk komentar, pertanyaan, ataupun frekuensi membaca materi tidak cukup untuk dijadikan bahan evaluasi bahwa reponden benar-benar mempelajari setiap materi yang diberikan.

Evaluasi baik subyektif maupun obyektif pada setiap sesi pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* diperlukan untuk mengetahui efektivitas intervensi yang diberikan. Kedua evaluasi tersebut sudah peneliti lakukan dalam proses intervensi, namun untuk evaluasi obyektif perlu ditambahkan *post test* pada setiap sesi untuk mendorong responden mempelajari dengan baik setiap konten atau materi yang diberikan. *Post test* dapat dilakukan dengan beberapa cara diantaranya memberikan kuesioner yang bisa diisi secara *online* oleh responden atau *post test* berupa kuis di setiap akhir sesi pendidikan kesehatan. Penelitian

Simons (2018), juga menggunakan kuis kesehatan yang dibagikan melalui berbagai media *online*, cara tersebut efektif meningkatkan pengetahuan responden dalam konteks gaya hidup sehat.

Pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* memiliki kelebihan dan kekurangan. Efisiensi biaya, waktu dan kemudahan penyebaran informasi merupakan kelebihan dari pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* sedangkan kekurangannya adalah edukator tidak dapat memastikan kehadiran sasaran dan informasi yang diberikan apakah benar-benar dipelajari oleh sasaran. Kekurangan tersebut bisa disiasati dengan mendesain proses pendidikan kesehatan yang dapat mendukung sasaran benar-benar mengikuti proses pembelajaran atau mempelajari materi yang diberikan dengan baik.

4. Pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* terhadap efikasi diri

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan signifikan efikasi diri antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah intervensi (*p-value* = 0,805; α = 0,05). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sejenis yang dilakukan oleh Afsari dan Qudsy (2018) tentang pengaruh *cooperative learning* menggunakan *whatsapp* didapatkan hasil tidak terdapat perbedaan signifikan efikasi diri sesudah diberikan intervensi.

Perbedaan efikasi diri yang tidak signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan bisa disebabkan karena beberapa faktor diantaranya faktor konten pendidikan kesehatan, jangka waktu intervensi

dan model komunikasi. Konten pendidikan kesehatan yang diberikan peneliti masih terfokus hanya pada pengetahuan tentang diet hipertensi. Bandura, (1998) dalam teorinya menyebutkan bahwa untuk membangun efikasi diri seseorang dibutuhkan sumber efikasi diri yang terdiri dari pengalaman menguasai sesuatu (*mastery experience*), *modeling sosial*, persuasi sosial dan kondisi emosional.

Persuasi sosial dapat berupa pemberian informasi, arahan dan bimbingan dari lingkungan sosial. Hasil penelitian Britner dan Pajares (2006) menyatakan terdapat hubungan signifikan antara persuasi sosial dengan efikasi diri siswa dalam pencapaian keilmuan. Persuasi sosial dalam pendidikan kesehatan dilakukan oleh peneliti sebagai petugas kesehatan dengan memberikan informasi dan panduan diet hipertensi kepada reponden sebagai penderita hipertensi. Konten pendidikan kesehatan perlu ditambahkan dengan konten yang berhubungan modeling sosial untuk lebih meningkatkan efikasi diri penderita hipertensi dalam menerapkan diet yang sesuai.

Modeling sosial merupakan sumber efikasi diri yang berasal dari pengamatan pengalaman keberhasilan orang lain dalam melakukan suatu tindakan. Penelitian Freudenberg *et al,*. (2010) menyatakan bahwa pengajaran menggunakan metode praktek lapangan di tempat kerja lebih dapat meningkatkan efikasi diri siswa. Hasil penelitian tersebut menguatkan bahwa dengan melihat secara langsung suatu proses keberhasilan orang lain, maka seseorang akan lebih yakin dapat melakukannya. Modeling sosial dalam konteks pendidikan kesehatan diet hipertensi dapat berupa *testimoni* atau pengalaman keberhasilan

penderita hipertensi dalam menerapkan diet juga dapat berupa *evidence-based* yang membuktikan bahwa diet hipertensi efektif untuk mengontrol tekanan darah. Konten-konten yang berkaitan dengan modeling sosial tersebut belum peneliti sampaikan saat pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp.*

Faktor lain yang bisa berpengaruh terhadap tidak terdapatnya perbedaan efikasi diri kelompok sesudah intervensi adalah waktu pemberian pendidikan kesehatan yang terbilang cukup singkat yaitu satu minggu. Rentang waktu satu minggu tidak cukup untuk membangun keyakinan atau efikasi diri seseorang untuk melakukan sesuatu yang sebelumnya mereka anggap sulit untuk dilakukan. Penelitian Alanzi *et al*., (2016) menunjukkan hasil signifikan perbedaan efikasi diri setelah diberikan intervensi pemberian informasi kesehatan menggunakan *Whatsapp group*, intervensi diberikan setiap minggu selama kurun waktu 8 minggu. Penelitian John *et al*., (2016) juga menunjukkan hasil yang sama dimana efikasi diri dalam melakukan *self-care* meningkat setelah diberikan intervensi edukasi menggunakan *Whatsapp* selama 6 bulan. Hasil-hasil penelitian tersebut membuktikan untuk dapat meningkatkan efikasi diri seseorang dibutuhkan waktu yang tidak sebentar.

Model komunikasi juga memiliki pengaruh terhadap tidak terdapatnya perbedaan efikasi sesudah intervensi. Pencapaian tujuan keperawatan salah satunya ditentukan oleh komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat. Penelitian Witojo dan Widodo (2008), menyatakan bahwa komunikasi terapeutik berpengaruh signifikan terhadap perubahan perilaku klien. Komunikasi terapeutik antara perawat

dan klien mencakup unsur *verbal* dan *non verbal*, dimana dalam pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* unsur *non verbal* tidak sepenuhnya terwakili oleh berbagai macam *fitur* yang tersedia. Hal tersebut menunjukkan pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* tetap harus dikombinasikan dengan pendidikan kesehatan tatap muka secara berkelanjutan.

Pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* terhadap efikasi diri walaupun tidak signifikan namun terbukti dapat meningkatkan efikasi diri dibandingkan dengan pendidikan kesehatan tatap muka. Peneliti berpendapat peningkatan skor efikasi diri pada kelompok perlakuan disebabkan oleh frekuensi pemberian pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* yang diberikan dalam beberapa sesi. Pusthika *et al.*, (2011) dalam hasil penelitiannya menyatakan bahwa frekuensi pemberian konseling berpengaruh signifikan terhadap *health outcome* pasien. Hasil penelitian tersebut mendukung pendapat peneliti tentang berpengaruhnya frekuensi pemberian pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* dalam meningkatkan efikasi diri.

Keseluruhan proses interaksi yang terdapat dalam pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsaap* jika dihubungkan dengan teori efikasi diri Bandura (1998) merupakan bagian dari persuasi sosial sumber efikasi diri. Individu diarahkan dengan diberikan informasi, saran, arahan,sehingga dapat meningkatkan keyakinannya akan kemampuan melakukan sesuatu dalam hal ini menerapkan diet hipertensi. Persuasi sosial yang dilakukan oleh petugas kesehatan lebih dapat meningkatkan keyakinan individu dalam berespon terhadap kondisi kesehatan

dibandingkan dengan persuasi sosial yang dilakukan oleh teman atau keluarga karena petugas kesehatan dianggap sebagai orang yang lebih paham atau *expert.*

6.2 Implikasi terhadap bidang Keperawatan

Pendidikan kesehatan merupakan bagian yang tak terpisahkan dalam pemberian pelayanan keperawatan kepada klien baik sehat maupun sakit. Pemanfaatan kemajuan teknologi informasi saat ini harus dijadikan peluang oleh perawat dalam menciptakan inovasi pemberian pelayanan keperawatan. Tingkat mobilitas klien yang tinggi saat ini membutuhkan penyesuaian pemberian layanan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* belum menghasilkan efek signifikan dalam meningkatkan pengetahuan dan efikasi diri. Pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* tetap harus dikombinasikan dengan pendidikan kesehatan secara tatap muka secara berkelanjutan. Hal tersebut dibutuhkan selain untuk memvalidasi kemajuan klien juga untuk mengoptimalkan komunikasi terapeutik antara perawat dengan klien. Secanggih dan selengkap apapun interaksi yang dilakukan di dunia maya tidak dapat menggantikan pentingnya interaksi langsung antara perawat dan klien di dunia nyata.

Kelebihan pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsaap* dari segi efisiensi biaya dan waktu dapat dijadikan pertimbangan dalam memberikan layanan pendidikan kesehatan kepada klien. Privasi perawat dan klien juga

harus menjadi bahan pertimbangan dalam memberikan pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp*. Pelayanan keperawatan yang inovatif, efektif dan efisien dibutuhkan baik oleh klien sebagai penerima layanan maupun perawat sebagai pemberi layanan, namun pelayanan yang diberikan tetap harus sesuai dengan kebijakan profesional dan kebijakan di *setting* pelayanan kesehatan formal.

6.3 Keterbatasan Penelitian

1. Peneliti tidak dapat memastikan materi pada setiap sesi dibaca dan dipelajari oleh responden.
2. Jangka waktu pemberian intervensi terlalu pendek sehingga pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* belum menghasilkan efek yang signifikan.
3. Konten pendidikan kesehatan hanya menekankan pada aspek pengetahuan tentang diet hipertensi sedangkan untuk konten yang berkaitan dengan modeling sosial belum peneliti sampaikan saat intervensi.

BAB 7
PENUTUP

7.1 Kesimpulan

1. Pengetahuan sebelum intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan memiliki nilai rata-rata yang hampir sama, sedangkan nilai rata-rata efikasi diri sebelum intervensi pada kelompok kontrol lebih tinggi dibanding kelompok perlakuan.
2. Pengetahuan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sama-sama mengalami peningkatan dibandingkan dengan sebelum intervensi, untuk efikasi diri sesudah intervensi pada kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan sementara pada kelompok perlakuan terjadi peningkatan.
3. Tidak terdapat perbedaan signifikan pengetahuan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sesudah intervensi.
4. Tidak terdapat perbedaan signifikan efikasi diri antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sesudah intervensi.

7.2 Saran

1. Perlu dilakukan evaluasi pada setiap sesi pendidikan kesehatan, bentuk evaluasi dapat berupa *post test* ataupun kuis.
2. Perlu pengayaan konten pendidikan kesehatan diet hipertensi, selain informasi tentang diet perlu juga ditambahkan konten modeling sosial,

bisa berupa testimoni ataupun pengalaman keberhasilan penderita hipertensi dalam menerapkan diet hipertensi, dapat ditambahkan juga *evidence-based* pengaruh diet hipertensi terhadap tekanan darah untuk lebih meyakinkan penderita hipertensi dalam menerapkan diet hipertensi.

3. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan penelitian pendidikan kesehatan menggunakan *Whatsapp* yang di*follow-up* dengan pendidikan kesehatan tatap muka secara berseri dalam jangka waktu intervensi yang lebih lama.

DAFTAR PUSTAKA

Abujilban, S., Hatamleh, R., & Shuqerat, S. A.-. (2018). The impact of a planned health educational program on the compliance and knowledge of Jordanian pregnant women with anemia. *Women & Health*, *00*(00), 1–12.

Adzharuddin, N. A., Ramly, N. M., & Ismail, S. (2014). Do you want to get Healthier with Facebook ? *International Journal of Business, Humanities and Technology*, *4*(5), 9–15.

Afsari, N., & Qudsyi, H. (2018). *Whatsapp Cooperative Learning: Metode Pembelajaran Campuran Untuk Meningkatkan Efikasi Diri Dalam Menulis*.

Alanzi, T. M., Bah, S., Jaber, F., Alshammari, S., & Alzahrani, S. (2016). Evaluation of a Mobile Sosial Networking Application for Glycaemic Control and Diabetes Knowledge in Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial Using WhatsApp. *Qatar Foundation Annual Research Conference Proceedings*, *2016*(1)

Bales, C. W., Swain, J. F., Vollmer, W. M., Bray, G. A., Sacks, F. M., Most-Windhauser, M. M., … Moore, T. J. (2018). Effects on blood lipids of a blood pressure–lowering diet: the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *74*(1), 80–89.

Bandura, A. (1998). Self-Efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior (Vol. 4, Pp. 71-81)*, *4*(1994), 71–81.

Blackstock, S., Solomon, S., Watson, M., & Kumar, P. (2016). G534 The use of a whatsapp™ broadcast group to improve knowledge and engagement of adolescents with Type 1 diabetes. *Archives of Disease in Childhood*, *101*(Suppl 1), A315 LP-A316.

Britner, S. L., & Pajares, F. (2006). Sources of science self-efficacy beliefs of middle school students. *Journal of Research in Science Teaching: The Official Journal of the National Association for Research in Science Teaching*, *43*(5), 485–499.

Dewi, N. S., & Dewi, N. S. (n.d.). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan Dan Sikap Dalam Pencegahan Hiv / Aids Pada. 2, 15–22.*

Dharma. (2011). *Metodologi Penelitian keperawatan.* Jakarta: CV. Trans Info Media.

Duangtep, Y., Narksawat, K., Chongsuwat, R., & Rojanavipart, P. (2010). Association between an unhealthy lifestyle and other factors with hypertension among hill tribe populations of Mae Fah Luang district, Chiang Rai Province, Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *41*(3), 726–734.

Fellendorf, F. T., Hamm, C., Platzer, M., Pendl, C., Gruber, R., Weiss, M., … Reininghaus, E. Z. (2019). *Self-Monitoring and Self-Efficacy Increase with a Smartphone Application : A Technical Approach to Treating Bipolar Disorder ? -Study Protocol for a Clinical Validation Trial*. *3*(3), 137–148.

Figar, S., Galarza, C., Petrlik, E., Hornstein, L., Rodr, G., Waisman, G., … Quirós, B. De. (2006). *Effect of Education on Blood Pressure Control in Elderly Persons*. (1640), 737–743.

Fitri, D. E., Krianto, T., & Sari, S. M. (2019). *The Comparison of the Comparison of Diabetes Self Booklet and Whatsapp Group Method against Self Care*. *4*(8), 126–131.

Frank. Sacks, M.D., Laura P. Svetkey, M.D., William M. Vollmer, PH.D., Lawrence J. Apple, M. D., George A. Bray, M.D., David Harsha, PH.D., Eva Obarzanek, PH.D., Paul R. Conlin, M. D., & Edgar R. Miller III, M.D., PH.D., Dense G. Simons-Morton, M.D., PH.D., Njeri Karande, PH.D., And Pao-Hwa Lin, P. D. (2003). Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches To Stop Hypertension (Dash) Diet. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, *21*(3), 176.

Freudenberg, B., Cameron, C., & Brimble, M. (2010). The importance of self: Developing students' self efficacy through work integrated learning. *The International Journal of Learning*, *17*(10), 479–496.

Ghimire, S., Shrestha, N., & Callahan, K. (2018). Barriers to Dietary Salt Reduction among Hypertensive Patients. *Journal of Nepal Health Research Council*, *16*(2), 124–130.

Gilbert, R., & Gollub, E. L. (2008). *Effectiveness of health education on Toxoplasma -related knowledge , behaviour , and risk of seroconversion in pregnancy*. *136*, 137–145.

Giles, T. D., Materson, B. J., Cohn, J. N., & Kostis, J. B. (2009). Definition and classification of hypertension: An update. *Journal of Clinical Hypertension*, *11*(11), 611–614.

Griffiths, W. (1972). Health Education Definitions, Problems, and Philosophies. *Health Education Monographs*, *1*(31), 7–11.

Jahja, Y. (2011). *Psikologi perkembangan*. Prenada Mediagroup.

John, M. E., RN, PhD, FWACN, P. E. S.-A., RN, PhD, FWACN, J. B. E., RN, PhD, FWACN, I. I. A., RN, PhD, F. &E. E. J. M., & BCh, F. (2016).

Enhancing self-care , adjustment and engagement through mobile phones in youth with HIV . 555–561.

Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Sosial Media. *Business Horizons*, *53*(1), 59–68.

Karppanen, H., & Mervaala, E. (2006). Sodium Intake and Hypertension. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *49*(2), 59–75.

Khan, M. S., Bawany, F. I., Mirza, A., Hussain, M., Khan, A., & Lashari, M. N. (2014). Frequency and predictors of non-compliance to dietary recommendations among hypertensive patients. *Journal of Community Health*, *39*(4), 732–736.

Kholid, A. (2012). Promosi kesehatan dengan pendekatan teori perilaku, media, dan aplikasinya. *Jakarta: Raja Grafindo Persada*, 17–26.

KnÃ ¤ uper, B. (2013). *The Diet Self Efficacy Scale (DIET-SE) KnÃ ¤ uper , B* .

Kristianto, J., & Priharti, Dwi, A. (2018). *Efektifitas Peyuluhan Kesehatan Gigi Dan Mulut Dengan Media Video Melalui WhatsApp Dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan*. *1*(1), 8–13.

Kruger, S. (1991). *The Patient E d u c a t o r Role in N u r s i n g*. *4*(1), 19–24.

Lumangkun, P. E., & Kumaat, L. T. (n.d.). *Hubungan Karakteristik Polisi Lalu Lintas Dengan Tingkat Pengetahuan Bantuan Hidup Dasar (BHD) Di Direktorat Lalu Lintas Polda Sulawesi Utara*.

Matram, R. B. (Ed.). (1992). *Pendidikan Kesehatan*. Universitas Udayana dan ITB.

Maulana, H. D. J., Sos, S., & Kes, M. (2009). *Promosi kesehatan*. Egc.

Milner, H. R. (2002). A case study of an experienced English teacher's self-efficacy and persistence through" crisis" situations: Theoretical and practical considerations. *The High School Journal*, *86*(1), 28–35.

Notoatmodjo, S. (2003). Pendidikan dan perilaku kesehatan. *Jakarta: Rineka Cipta*, *16*, 15–49.

Novian, A. (2013). *Kepatuhan diet pasien hipertensi*. *9*(16), 100–105.

Nuridayanti, A. (2016). *Pengaruh Edukasi Diet dan Terapi Obat terhadap Pengetahuan, Perilaku Diet dan Kepatuhan Minum Obat Penderita Hipertensi di Pos Pembinaan Terpadu Kelurahan Mojoroto Kota Kediri Jawa Timur*.

Olin, B. R., & Pharm, D. (2018). *Hypertension : The Silent Killer : Updated JNC-8 Guideline Recommendations*.

Pless, I. B., & Arsenault, L. (1987). *The Role of Health Education in the Prevention of Injuries to Children*. *43*(2), 87–103.

Pun, V. C., Wong, K. Y., Tai, E. S., Fong, A. Y. Y., Tiong, X. T., Sy, R. G., … Castillo-Carandang, N. T. (2018). The association of the dietary approach to stop hypertension (DASH) diet with blood pressure, glucose and lipid profiles in Malaysian and Philippines populations. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *28*(8), 856–863.

Pusthika, I. O., Tjahjono, K., & Nuggetsiana, A. (2011). *Pengaruh Frekuensi Konseling Gizi dan Gaya Hidup terhadap Indeks Massa Tubuh, Lingkar Pinggang, Tekanan Darah, dan Glukosa Darah pada Penderita Diabetes Mellitus*. Faculty of Medicine.

Quinn, F. M. (2000). *The principles and practice of nurse education*. Nelson Thornes.

Rias, Y. A. (2016). *Hubungan Pengetahuan dan Keyakinan dengan Efikasi diri Penyandang Diabetic Foot Ulcer*. *1*(1).

Rina Mitasari, heryudarini Harahap, S. D. (2019). *The influence of Counselling through Sosial Media to knowledge and practice of the management of Hypertension*. *5*(1), 29–33.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*, *1*(1), 35–37.

Seymour, J. W. R. B., & Huber, L. R. B. (2012). *The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults*. 15–24.

Shirky, C. (2011). The Political Power of Sosial Media: Technology, the Public Sphere, and Political Change. *Foreign Affairs*, *90*(1), 28–41.

Siervo, M., Lara, J., Chowdhury, S., Ashor, A., Oggioni, C., & Mathers, J. C. (2015). Effects of the dietary approach to stop hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, *113*(1), 1–15.

Simons, L. P. A. (2018). *eHealth WhatsApp Group for Sosial Support : Preliminary Results*.

Sunaryo, S., & Kes, M. (2004). Psikologi untuk keperawatan. *Jakarta: Rajawali Pers*.

Tang, Y. H., Chong, M. C., Chua, Y. P., Chui, P. L., Tang, L. Y., & Rahmat, N. (2018). The effect of mobile messaging apps on cardiac patient knowledge of coronary artery disease risk factors and adherence to a healthy lifestyle.

Journal of Clinical Nursing, *27*(23–24), 4311–4320.

Wahyuni, A., & Rezkiki, F. (2015). *Pemberdayaan dan Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Melalui Edukasi Terstruktur*. *1*, 28–39.

Wahyuningsih, R. (2013). *Penatalaksanaan Diet pada Pasien* (1st ed). Yogyakarta: Graha Ilmu.

Wass, A. (2000). *Promoting health: the primary health care approach*. Harcourt Brace & Company.

Whelton, P. K., He, J., Appel, L. J., Cutler, J. A., Havas, S., Kotchen, T. A., … Committee, for the N. H. B. P. E. P. C. (2002). Primary Prevention of HypertensionClinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*, *288*(15), 1882–1888.

WHO. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. World Health Organization.

Witojo, D., & Widodo, A. (2008). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Sakit Jiwa Daerah Surakarta*.

Your guide to Lowering Your Blood Pressure With DASH. (2006).

Zagzebski, L. (2017). What is knowledge? *The Blackwell Guide to Epistemology*, 92–116.