

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* TERHADAP  
*SELF EFFICACY* PADA PASIEN HIPERTENSI  
DI RSUD BALIKPAPAN**

**SKRIPSI**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2020**

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* TERHADAP  
*SELF EFFICACY* PADA PASIEN HIPERTENSI  
DI RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIBOWO  
BALIKPAPAN**

**SKRIPSI**

Untuk Memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana  
(S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA  
SAMARINDA  
2020**

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* TERHADAP**  
***SELF EFFICACY* PADA PASIEN HIPERTENSI**  
**DI RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIWOWO**  
**BALIKPAPAN**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh :

**DWI KUSRINI**  
**NIM : B21825005901**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji  
Pada tanggal 20 agustus 2020

Penguji I

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.kep, MKep, Sp.K.M  
NIK : 113072.88.16.088

Penguji II

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep, M.Kep  
NIK : 113072.82.09.006

Penguji III

Ns. Abdurrahman, S.Kep, M.Kep  
NIK : 113702.85.19.138

Mengesahkan  
Rektor Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains  
Wiyata Husada Samarinda

Mengetahui,  
Ketua Program Studi

Dr. Eka Ananta Sidharta, SE, MM, Ak, CA, C.FrA  
NIDN : 0021077202

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.kep, MKep, Sp.K.MB  
NIK : 113072.88.16.088

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dwi Kusrini

NIM : B21825005901

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul Skripsi : Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* Terhadap *Self Efficacy* Pada Pasien Hipertensi di RSUD dr. kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Menyatakan bahwa Skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, 20 Agustus 2020

Yang membuat pernyataan

Dwi Kusrini

NIM. B21825005901

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Bimbingannya peneliti dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* Terhadap *Self Efficacy* Pada Pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”. Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana (S.Kep) pada Program Studi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak H. Mujito Hadi, S.Pd., MM selaku Ketua Yayasan ITKES Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta, SE., MM., AK., CA., CSRS., CSRA., CfrA., selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp. KMB selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda
4. Ns. Abdurrahman, S.Kep, M.Kep. selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran serta kesabaran beliau dalam membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini
5. Ns. Rusdi S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing II yang penuh semangat dan sabar membimbing dan mengarahkan serta memberikan masukan-masukan yang sangat membantu serta ketelitian beliau sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik
6. Seluruh staf pengajar dan karyawan program studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda

7. Keluarga dan teman-teman yang selalu mendukung dan menyemangati saya dalam penyusunan skripsi ini.

Penyusunan ini, peneliti berterimakasih juga kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, 20 Agustus 2020

Peneliti



## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwi Kusrini

NIM : B21825005901

Program Studi : S.1 Keperawatan

Dengan in menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPHY* TERHADAP *SELF EFFICACY* PADA PASIEN HIPERTENSI DI RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Itkes Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Balikpapan, 20 Agustus 2020

Yang menyatakan

( Dwi Kusrini )

## ABSTRAK

### PENGARUH COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TERHADAP SELF EFFICACY PADA PASIEN HIPERTENSI DI RSUD BALIKPAPAN

Dwi Kusri<sup>1</sup>, Abdurrahman<sup>2</sup>, Rusdi<sup>3</sup>

Email : [dwikusri0711@gmail.com](mailto:dwikusri0711@gmail.com), [abdurrahman150785@gmail.com](mailto:abdurrahman150785@gmail.com), [Rusdi@stikeswhs.ac.id](mailto:Rusdi@stikeswhs.ac.id)

**Latar Belakang :** Hipertensi merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas yang paling sering terjadi di seluruh dunia. Dalam memodifikasi gaya hidup, pasien hipertensi seyogyanya meski diberikan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dan harus memiliki keyakinan diri atau kemampuan diri (*self efficacy*) yang tinggi untuk memotivasi dan meyakinkan diri sendiri mampu mencapai gaya hidup yang sehat. **Tujuan :** Penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy Terhadap Self Efficacy* Pada Pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan **Metode :** Penelitian ini menggunakan *quasi experimental* dengan pendekatan *one group pretest-posttest* yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara memberikan pretest (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum dilakukan intervensi, kemudian diberikan intervensi. Setelah dilakukan intervensi, dilakukan *post-test* (pengamatan akhir) untuk melihat pengaruh suatu intervensi dengan jumlah responden 30 responden dengan metode sampling *consecutive sampling*. Uji analisa *Paired Sample T test* **Hasil :** Hasil penelitian menunjukkan nilai  $p\text{ value} = 0,000 < \alpha 0,05$ , Terdapat pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap *self efficacy* pada pasien hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. **Kesimpulan :** *Cognitive Behavior Therapy* metode terapi yang baik untuk meningkatkan kepercayaan diri. **Saran :** Memberikan pelatihan pada setiap perawat agar mampu diterapkan pada pasien dengan hipertensi.

**Kata Kunci :** *CBT, Self Efficacy* , Hipertensi,

<sup>1</sup>Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda

## ABSTRACT

### PENGARUH COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TERHADAP SELF EFFICACY PADA PASIEN HIPERTENSI DI RSUD BALIKPAPAN

Dwi Kusrini<sup>1</sup>, Abdurrahman<sup>2</sup>, Rusdi<sup>3</sup>

Email : [dwikusrini0711@gmail.com](mailto:dwikusrini0711@gmail.com), [abdurrahman150785@gmail.com](mailto:abdurrahman150785@gmail.com), [Rusdi@stikeswhs.ac.id](mailto:Rusdi@stikeswhs.ac.id)

**Background:** Hypertension causes frequent morbidity and mortality across the globe. In modifying life style, hypertensive patients should ideally be given *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* and should have confidence or high *self efficacy* to be able to motivate and to assure him or herself that he or she is able to achieve such a healthy life style. **Purpose:** This study was aimed at finding out about the influence of the *Cognitive Behavior Therapy* upon *Self Efficacy* in hypertensive patients in dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan hospital. **Method:** This study used *quasi experimental* design using *one group pre-test (preliminary observation) before proceeding with the post-test (final observation) to see the effect of intervention with 30 respondents as samples in which the consecutive sampling technique was employed. Analysis was done using the Paired Sample t-test.* **Results:** Results of the study showed  $p \text{ value} = 0,000 < \alpha 0,05$ , there was an influence of the *cognitive behavior therapy* upon *self efficacy* in hypertensive patients in dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan hospital. **Conclusion:** the *Cognitive Behavior Therapy* is a good therapeutical method to build confidence. **Suggestions:** To provide training to every nurse to be able to implement such an issue to hypertensive patients.

**Kata Kunci :** *CBT, Self Efficacy* , Hypertension,

<sup>1</sup>Student of the Nursing Science Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Faculty member of the Nursing Science Study Program ITKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Faculty Member of the Nursing Science Study Program ITKES Wiyata Husada Samarinda



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR SKEMA .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Penelitian Terkait .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
A. Telaah Pustaka .....	10
1. Konsep self efficacy .....	10
2. Konsep CBT.....	20
3. Konsep Hipertensi .....	30
B. Kerangka teori.....	42
C. Hipotesis penelitian .....	48
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>49</b>
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	49
B. Kerangka konsep penelitian.....	49
C. Populasi dan Sampel.....	50
D. Variabel Penelitian .....	51
E. Definisi Operasional.....	52
F. Tempat dan waktu penelitian .....	53
G. Uji Validitas dan Realibilitas .....	53
H. Sumber data dan Instrumen Penelitian .....	54
I. Prosedur pengumpulan Data.....	54
J. Pengolahan data .....	55
K. Analisa data.....	57
L. Etika Penelitian .....	58
M. Alur Penelitian .....	60
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>61</b>
A. Gambaran Lokasi Penelitian .....	61
B. Hasil Penelitian .....	62
C. Pembahasan.....	66

D. Keterbatasan penelitian..... 73

BAB V PENUTUP..... 74

A. Kesimpulan ..... 74

B. Saran ..... 74

DAFTAR PUSTAKA  
BIODATA PENELITI  
LAMPIRAN-LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Klasifikasi tekanan darah pada dewasa ( <i>Guideline</i> AHA 2017) ....	36
Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian.....	53
Tabel 3.2	kisi-kisi Instrument <i>Self Efficacy</i> .....	54
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan umur .....	62
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik Jenis Kelamin.....	62
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik Pendidikan.....	62
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik pekerjaan .....	63
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Olahraga .....	63
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan merokok.....	63
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan lama hipertensi.....	64
Tabel 4.8	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan <i>Self Efficacy Pre</i> dan <i>Post Cognitive Behavior Therapy</i> .....	64
Tabel 4.9	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan <i>Self Efficacy Pre</i> dan <i>Post Cognitive Behavior Therapy</i> .....	65
Tabel 4.10	Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy Terhadap Self Efficacy</i> .....	65

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Stimulus, kognitif, dan Respon (Sudiyanto, 2007) .....	22
Skema 2.2	Skema Kerangka Keperawatan Orem .....	25
Skema 2.3	Sistem Keperawatan Dasar Orem (2001) .....	25
Skema 2.3	Skema Kerangka Teori Penelitian.....	25
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	49
Skema 3.2	Alur Skema Penelitian .....	60



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Pemohonan Jadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Kuesioner
- Lampiran 5 : SPO
- Lampiran 6 : Master Tabel
- Lampiran 7 : Hasil Olah Data
- Lampiran 8 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 9 : Surat – surat





# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas yang paling sering terjadi di seluruh dunia. Orang yang menderita hipertensi biasanya tidak sadar akan kondisinya. Tekanan darah pasien harus dipantau secara teratur karena hipertensi merupakan kondisi seumur hidup begitu penyakit ini diderita (Smeltzer, Suzanne C., 2002 dalam Manuntung, 2015). Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan peningkatan tekanan darah persisten yang juga dijuluki pembunuh diam-diam atau *silent killer* karena tidak memiliki gejala yang khas sehingga seseorang yang mengidap Hipertensi selama bertahun-tahun tidak menyadari sampai terjadi kerusakan organ vital yang cukup berat yang bahkan dapat menyebabkan kematian. Organ vital yang paling dominan terganggu adalah pembuluh darah yang merupakan masalah kesehatan utama di Negara maju maupun berkembang dan menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia setiap tahunnya (Hafiz, Weta, & Ratnawati, 2016 dalam Amila, *et al*, 2018).

Hipertensi salah satu penyakit yang sangat penting untuk diobati dengan cepat karena merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi di dunia. Data *World Health Organization* menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang Hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang Hipertensi terus meningkat diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena Hipertensi, diperkirakan setiap tahunnya 10,44 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya. Diperkirakan tahun 2025 sekitar 1,56 miliar orang dewasa akan hidup dengan hipertensi (WHO, 2015). Hipertensi di Indonesia menjadi masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi yaitu sebesar 25,8%. Prevalensi tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%), Jawa Barat (29,4%), Gorontalo (29,4%) dan Sumatera Utara (25%). Penyakit hipertensi di Kota Bandung sebesar 1.275.000 jiwa (26%) (Riskesdas, 2013; Pusdatin,

2014). Penderita hipertensi disarankan mengubah pola hidupnya agar tetap bisa beraktifitas dengan baik (Mulyana H & Irawan, E, 2019). Data dari Riskesdas 2018 menyatakan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun sebesar 34,1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44.1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2 %) (P2PTM Kemenkes, 2019).

Faktor risiko hipertensi harus waspada serta melakukan upaya pencegahan sedini mungkin. Penanganan Hipertensi terdiri dari penatalaksanaan farmakologi atau dengan obat yang saat ini memang telah mengalami kemajuan, tetapi terdapat banyak laporan yang menyampaikan bahwa penderita hipertensi yang datang ke Rumah Sakit akan datang lagi dengan keluhan tekanan darahnya tidak mengalami penurunan bermakna meskipun sudah minum obat sehingga harus diikuti dengan penatalaksanaan *non-farmakologi* dengan memodifikasi gaya hidup (Suoth, Bidjuni, & Malara, 2014).

Memodifikasi gaya hidup, pasien hipertensi harus memiliki keyakinan diri atau kemampuan diri (*self efficacy*) yang tinggi untuk memotivasi dan meyakinkan diri sendiri mampu mencapai gaya hidup yang sehat. Hasil penelitian Warren-Findlow (2012) kemampuan diri (*self efficacy*) yang baik secara signifikan dihubungkan dengan kepatuhan pengobatan, diet rendah garam. Dengan memiliki *self efficacy* yang tinggi pasien hipertensi mampu menjalankan gaya hidup sehat sehingga meminimalkan komplikasi serta meningkatkan kualitas hidupnya dan pasien yang memiliki *self efficacy* yang rendah lebih cenderung tidak memperhatikan gaya hidup sehat (Indah, Mamat, & Supriadi, 2014). *Self efficacy* adalah keyakinan terhadap kemampuan dalam menghasilkan tindakan sesuai tujuan dan memiliki pengaruh pada kehidupan mereka (indlow, W. J., Seymour, R. B., Huber, L., R. B., 2012). Tingginya *Self efficacy* pada seseorang tidak lepas faktor yang mempengaruhinya. Menurut Beberapa faktor yang mempengaruhi *Self efficacy* adalah usia, jenis kelamin, pendidikan dan pengalaman (Pramudianti, Raden, & Suryaningsih, 2014).

*Self efficacy* memberikan kontribusi terhadap pemahaman seseorang dengan *self efficacy* yang rendah akan menganggap bahwa kemampuan yang dimiliki belum tentu dapat membuat dia mampu untuk mendapatkan hasil yang diharapkan (Arsyita, 2016). Efikasi diri (*self efficacy*) merupakan hal yang penting dalam pengobatan Hipertensi baik di Rumah maupun di Rumah Sakit. Sehingga efikasi diri (*self efficacy*) sangat penting pada orang dengan Hipertensi dalam mengontrol penyakitnya (Purwanti, 2014).

Selain *self efficacy* terdapat hal lain yang mempengaruhi kesembuhan penyakit Hipertensi yaitu dengan terapi perilaku kognitif (*cognitive behavior therapy*). Istilah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* merupakan terapi yang dikembangkan oleh Beck (1976) konsep dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian *stimulus-kognisi-responsif (SKR)*, yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana proses *cognitive* akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa, dan bertindak bahkan akan menentukan seseorang melakukan sesuatu untuk menyembuhkan dirinya dari penyakit tertentu (Sung, J., Woo, J.M., Kim, W., Lim, S.K., & Chung, E.J., 2012).

*Cognitive behavior therapy* menggunakan teori dan riset tentang proses-proses kognitif menggunakan gabungan paradigma kognitif dan belajar. Para terapis perilaku kognitif memberikan perhatian pada peristiwa-peristiwa dalam diri, pemikiran, persepsi, penilaian, pernyataan diri, bahan asumsi yang tidak diucapkan (tidak disadari) dan telah mempelajari serta memanipulasi proses-proses tersebut dalam upaya memahami dan mengubah perilaku bermasalah yang terlihat maupun tidak terlihat (Zadeh, Z. F. & Lateef, M., 2012). Beberapa hasil penelitian menyebutkan bahwa tinggi rendahnya *self efficacy* pada diri seseorang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pengalaman (Wantiyah, 2010). Hasil penelitian lain menunjukkan ada hubungan antara *self efficacy* dengan perawatan diri lansia yang mengalami penyakit hipertensi (Okatiranti, Irawan, & Amelia, 2017).

Menurut Alfeus M (2015) menunjukkan ada pengaruh yang signifikan dalam peningkatan *self efficacy* pasien Hipertensi sebelum dan sesudah pemberian CBT dan ada hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dan *self care behavior*. Penelitian lainnya juga mengungkapkan bahwa CBT berpengaruh terhadap *self efficacy* pada pasien Hipertensi, dan terdapat hubungan antara *self efficacy* pasien hipertensi (Andri Setyorini, 2018).

Perawat sebagai educator (pendidik) dan counselor bagi pasien menurut Orem dalam Tomey dan Alligood (2006) dapat memberikan bantuan pada pasien dalam bentuk *supportive educative system* dengan memberikan pendidikan kesehatan ataupun konseling dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan Hipertensi secara mandiri. Salah satu teknik konseling yang digunakan adalah *self efficacy* dan *cognitive behavioral therapy (CBT)* dimana merupakan pendekatan psikoterapi yang digunakan untuk menangani emosi disfungsional, perilaku *mal-adaptif* dan proses kognitif dan isinya melalui bertujuan yang berorientasi, prosedur sistematis eksplisit (Beck, Judith S, 2011). Dalam melakukan perubahan gaya hidup, pasien hipertensi membutuhkan *Self efficacy* yang kuat (Rizka, 2012).

Ketidaktahuan pasien hipertensi akan bahaya dan komplikasi hipertensi membuat pasien hipertensi terganggu *self efficacy*. Pasien hipertensi beranggapan bahwa dengan konsumsi obat saja sudah cukup mengontrol tekanan darahnya. Pada pasien hipertensi yang mampu mengatur perilakunya seperti mengontrol pola makan dan berolah raga, kecil kemungkinan untuk meningkat komplikasi. Pada saat seseorang didiagnosis hipertensi, tenaga kesehatan akan meminta pasien untuk mengatur gaya hidupnya. Mulai dari pengaturan pola makan, asupan garam, pembatasan konsumsi kopi dan alkohol, peningkatan aktifitas fisik atau olahraga, menghentikan kebiasaan merokok, mengatur stress atau kondisi marah, dan mengikuti program pengobatan (Hastuti, 2019).

Pasien hipertensi yang memiliki perilaku *compliance* yang buruk dapat meningkatkan derajat hipertensinya dan mengarah pada komplikasi meliputi infark miokard, stroke, gagal ginjal, dan kematian jika tidak

dideteksi secara dini dan ditangani dengan tepat (James, *et al.*, 2014). Pada kenyataannya tidak semua penderita hipertensi dapat mengatur gaya hidupnya. Terkait dengan mematuhi saran petugas kesehatan, pasien hipertensi akan melakukan penilaian terhadap kondisi kesehatannya. Perbedaan akan penghayatan penyakit yang diderita oleh pasien hipertensi, berkaitan dengan penilaian pasien akan ancaman dari suatu penyakit (Schneider, J., *et al.*, 2011 dalam Hastuti, 2019).

Provinsi Kalimantan Timur Hipertensi menduduki urutan kedua setelah penyakit ISPA (Dinkes Kaltim, 2018). Dari studi pendahuluan peneliti pada Desember 2019 di Rumah Sakit Umum Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, penyakit Hipertensi masih menduduki urutan ke-3 dari 10 besar. Data dari rekam medik bahwa pasien dengan Hipertensi pada tahun 2017 jumlah Kunjungan sebanyak 530 orang, Hipertensi Kasus sebanyak 1.208 orang. Sedangkan pasien pada tahun 2018 jumlah Hipertensi kunjungan sebanyak 629 orang, Hipertensi Kasus sebanyak 1.252 orang sehingga terjadi kenaikan dari tahun ke tahun penyakit Hipertensi (Data Rekam Medik RS Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, 2019).

Peneliti telah melakukan studi pendahuluan pada bulan Januari 2020 di Rumah Sakit Umum Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan mewawancarai 17 orang pasien Hipertensi dan didapatkan hasil 13 orang menyatakan bahwa tekanan darah (Hipertensi) yang mereka alami hanya bisa diturunkan dengan obat dan mereka kurang mampu atau yakin bisa mengendalikan tekanan darah dan mereka malas melakukan pencegahan dan melakukan pengobatan. Dengan alasan karena tidak merasa bahwa dirinya sakit dan merasa baik-baik saja jadi untuk apa berobat. Alasan lainnya juga kurang mendapat motivasi dari keluarga untuk berobat dan sisanya menyatakan kurangnya melakukan terapi tertentu untuk sembuh dari penyakitnya. Di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo saat ini penanganan penyakit Hipertensi masih berbasis kuratif dan belum ada penelitian terkait penanganan penyakit Hipertensi berbasis konseling dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan Hipertensi secara mandiri. Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan kajian tentang “Pengaruh *Cognitive*

*Behavior Therapy Terhadap Self Efficacy Pada Pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan*”.

## B. Rumusan Masalah

Prevalensi Hipertensi akan semakin meningkat apabila penanganan Hipertensi tidak dilakukan sejak dini. Individu yang mempunyai faktor risiko Hipertensi harus waspada serta melakukan upaya pencegahan sedini mungkin. Penanganan Hipertensi terdiri dari penatalaksanaan farmakologi atau dengan obat yang saat ini memang telah mengalami kemajuan, tetapi terdapat banyak laporan bahwa penderita hipertensi yang datang ke Rumah Sakit akan datang lagi dengan keluhan tekanan darahnya tidak mengalami penurunan bermakna meskipun sudah minum obat sehingga harus diikuti dengan penatalaksanaan *non-farmakologi* dengan memodifikasi gaya hidup.

Dalam memodifikasi gaya hidup, pasien hipertensi harus memiliki keyakinan diri atau kemampuan diri (*self efficacy*) yang tinggi untuk memotivasi dan meyakinkan diri sendiri mampu mencapai gaya hidup yang sehat. Perawat sebagai *educator* (pendidik) dan *conselor* bagi pasien dapat memberikan bantuan pada pasien dalam bentuk *supportive educative system* dengan memberikan pendidikan kesehatan ataupun konseling dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan Hipertensi secara mandiri. Salah satu teknik konseling yang digunakan adalah *self efficacy* dan *cognitive behavioral therapy (CBT)*.

Dari uraian fenomena permasalahan dilatar belakang diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy Terhadap Self Efficacy Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan*”?.

### C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah :

#### 1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis pengaruh *Cognitive Behavior Therapy Terhadap Self Efficacy* pada pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi *self efficacy* pre intervensi *Cognitive Behavior Therapy* pada pasien Hipertensi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Untuk mengidentifikasi *self efficacy* post intervensi *cognitive behaviour therapy* pada pasien Hipertensi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- c. Untuk menganalisis pengaruh *self efficacy* pre dan post *cognitive behavior therapy* pada pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### D. Manfaat Penelitian

1. Menambah ilmu pengetahuan keperawatan tentang penanganan penyakit hipertensi dengan memberikan informasi tentang *cognitive behavior therapy* terhadap *self efficacy* pada pasien hipertensi.
2. Membantu perawat dan tenaga kesehatan yang lain dalam upaya penanganan penyakit hipertensi.
3. Sebagai masukan pada manajemen rumah sakit untuk melakukan inovasi pelayanan yang lebih baik lagi.

### E. Penelitian Terkait

1. Penelitian oleh (Manuntung, 2015) pengaruh *cognitive behavioral therapy* terhadap *self efficacy* dan *self care behavior* pasien hipertensi di kota palangka raya. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* terhadap *self efficacy* dan *self care behaviour* pasien hipertensi di kota Palangkaraya. Desain yang

digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan design penelitian *non randomized control group pretest posttest design*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*, 12 pasien hipertensi di Puskesmas Kayon, Kota Palangkaraya sebagai kelompok intervensi dan 12 pasien hipertensi di Puskesmas Panarung, Kota Palangkaraya sebagai kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) bermakna meningkatkan *self efficacy* pasien hipertensi di kota Palangka Raya ( $p = 0,000$ ) dan juga meningkatkan *self care behaviour* pasien hipertensi di kota Palangka Raya ( $p = 0,000$ ). Persamaan penelitian ini adalah sama-sama meneliti pasien hipertensi. Sedangkan perbedaannya terletak pada waktu, tempat, jumlah sampel penelitiannya.

2. Penelitian oleh (Andri S, 2018). Dengan judul Hubungan *Self-Efficacy* dengan *Self-Care* management lansia yang menderita hipertensi di Posyandu Lansia Padukuhan Panggang III binaan Puskesmas Panggang I Gunungkidul. Menggunakan metode deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini menunjukkan bahwa lansia dengan hipertensi di Posyandu Lansia Padukuhan Panggang III memiliki *self-efficacy* (efikasi diri) dalam kategori kurang, yaitu sejumlah 21 lansia (84%) dan *self-care* management sebagian besar termasuk dalam kategori kurang, yaitu 16 lansia (64%). Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *self-efficacy* (efikasi diri) dengan *self-care* management dengan nilai  $p = 0.002 < 0.05$ . Kesimpulannya adalah ada hubungan antara *self-efficacy* dengan *self-care* mangement pada lansia yang menderita hipertensi di Posyandu Lansia Padukuhan Panggang III. Persamaan penelitian ini adalah sama-sama meneliti pasien hipertensi. Sedangkan perbedaannya terletak pada waktu, tempat, jumlah sampel penelitiannya juga analisa datanya nanti.
3. Penelitian oleh (Hastuti, 2019) Pengaruh *health coaching* berbasis teori *health belief model* terhadap tekanan darah pada lansia dengan hipertensi. tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pembinaan kesehatan terhadap aktivitas fisik. metode: penelitian ini menggunakan

desain eksperimen semu dengan desain kelompok kontrol *pre-post test*. teknik pengumpulan sampel adalah dengan purposive sampling. jumlah sampel adalah 26 orang untuk setiap kelompok. hasil penelitian mengungkapkan pembinaan kesehatan hanya berpengaruh pada tekanan darah sistolik. uji perbedaan pada kelompok perlakuan yang menggunakan wilcoxon memperoleh nilai  $p < 0,000$ , sedangkan uji beda dengan mann whitney mendapatkan nilai  $p < 0,000$ . diskusi: ada perbedaan tekanan darah antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. diharapkan penderita hipertensi harus selalu melakukan penggunaan manajemen hipertensi untuk mengontrol tekanan darah. Persamaan penelitian adalah sama-sama meneliti tentang CBT sedangkan perbedaan terletak pada subyek penelitian, tempat lokasi dan variabel independent.



## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. TELAAH PUSTAKA

#### 1. *Self Efficacy*

##### a. Pengertian *self efficacy*

Teori efikasi diri (*self efficacy*) dikembangkan oleh Albert Bandura (1997) menyatakan bahwa efikasi diri (*self efficacy*) sebagai keyakinan individu akan kemampuannya dalam mengatur dan melakukan tindakan yang membantu untuk mendapatkan hasil sesuai dengan yang diharapkan (Kusuma, 2013).

*Self Efficacy* (Efikasi diri) adalah keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mengelola situasi yang terjadi. Efikasi diri dapat mempengaruhi bagaimana individu merasa, berperilaku, berfikir, dan memotivasi diri untuk mencapai suatu tujuan. Apabila individu memiliki efikasi diri kuat maka semakin besar usaha yang dilakukan untuk meningkatkan perilaku sehat (Bandura, 1994 dalam fitria A, 2019). *Self efficacy* didefinisikan sebagai kepercayaan pada kemampuan seseorang dalam mengatur dan memutuskan suatu tindakan yang di butuhkan untuk mencapai hasil tertentu (Sharon j. tucker, *et al*, 2009).

Adanya perawat pelaksana yang memiliki nilai tertinggi *self-efficacy* pada penelitian ini dapat bersumber dari adanya peningkatan kekuatan keyakinan melalui orang lain (persuasi verbal). Individu yang diberikan informasi secara lisan atau individu mendapat bujukan maupun sugesti untuk percaya bahwa dapat mengatasi masalah yang akan muncul cenderung memiliki penguasaan tinggi terhadap berbagai tugas yang diberikan (Bandura, 2008). Persuasi secara verbal juga merupakan hal yang sering digunakan dalam mengubah sikap dan perilaku individu. Hal ini didasarkan pada dorongan pihak luar mengenai pengarahannya perilaku individu sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Peningkatan

keyakinan tersebut dapat menjadi sumber munculnya *self efficacy* yang tinggi pada individu (Saam & Wahyuni, 2013).

Secara umum *self efficacy* merupakan penilaian diri seseorang terhadap kemampuannya dalam mengerjakan suatu pekerjaan tertentu untuk mencapai tujuan tertentu (Lee *et al.*, 2014). *Self efficacy* bersifat subjektif karena menekankan pada keyakinan seseorang sebagai hasil persepsi terhadap kemampuan yang dimilikinya (Abrahamson, Arling, & Gillette, 2012). *Self-efficacy* mempengaruhi mekanisme atau arah perilaku individu, yaitu menghadapi atau menghindari suatu tugas atau situasi (Bandura dalam Fitria A, 2019). Menurut Bandura dalam Fitria A, (2019) *self efficacy* menentukan apakah seseorang akan menunjukkan perilaku seseorang dapat tertentu, sekuat apa seseorang dapat bertahan saat menghadapi kesulitan atau kegagalan dan bagaimana kesuksesan dan kegagalan dalam satu tugas tertentu.

*Self efficacy* membuat perbedaan dalam pikiran, perasaan, dan tindakan orang. Individu dengan tingkat *self efficacy* yang tinggi memilih untuk melakukan tugas yang lebih menantang, memulai dan melanjutkan kegiatan, mencapai hasil yang positif, dan menetapkan tujuan yang lebih tinggi untuk diri mereka sendiri, yang akhirnya meningkatkan komitmen mereka terhadap tujuan (Bandura & Locke, 2003). *Self efficacy* menciptakan motivasi dan meningkatkan kinerja. Selain itu, tingkat *self efficacy* yang tinggi meningkatkan rasa kontrol diri dan penampilan dan membantu seseorang untuk melakukan tugas pada tingkat yang lebih tinggi (DeVellis, 2013). *Self efficacy* memiliki dampak pada kinerja melalui mediasi hubungan antara eksposur dan tindakan sebelumnya (Lauder W et al, 2013). Di sisi lain, orang yang kurang memiliki *self efficacy* lebih cenderung menghadapi masalah dalam melakukan aktivitas tertentu (Bandura dalam Fitia A, 2019).

*Self efficacy* dalam keperawatan berpengaruh terhadap ketrampilan kinerja. Keyakinan *self efficacy* telah ditunjukkan dapat

membantu pemikiran analitik yang efisien dalam situasi pengambilan keputusan yang kompleks (Sharon, Marianne E, 2009) Secara umum *self efficacy* seorang perawat berkorelasi dengan otonomi dan pemberdayaan profesional. Perawat dengan tingkat *self efficacy* tinggi menganggap hambatan sebagai peluang bukan ancaman (Soudagar, Rambod, & Behesh, 2015). Selain itu, individu dengan keyakinan memadai akan *self efficacy* mereka bertujuan mengatasi situasi sulit daripada menghindarinya. Mereka lebih mampu mengatasi situasi tertentu dan lebih cenderung melakukan tugas sampai mereka unggul dalam hal itu (Bandura dalam Fitria A, 2019 ).

b. Dimensi *Self Efficacy*

Menurut (Bandura dalam Fitria A, 2019), *self efficacy* pada diri individu akan berbeda antara satu individu dengan yang lainnya berdasarkan tiga dimensi. Berikut ini adalah tiga dimensi tersebut :

1) Dimensi tingkat (*magnitude*).

Dimensi ini berkaitan dengan derajat kesulitan tugas ketika individu merasa mampu untuk melakukannya. Apabila individu dihadapkan pada tugas-tugas yang disusun menurut tingkat kesulitannya, maka *self efficacy* 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 masing-masing tingkat. Dimensi ini memiliki implikasi terhadap pemilihan tingkah laku yang berada diluar batas kemampuan yang dirasakannya.

2) Dimensi 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 tingkat yaitu makin tinggi taraf kesulitan tugas, makin lemah keyakinan yang dirasakan untuk menyelesaikannya.

3) Dimensi generalisasi (*generality*)

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

c. Indikator *self efficacy*

Indikator *self efficacy* mengacu pada 3 dimensi *self efficacy* yaitu dimensi *level*, dimensi *generality* dan dimensi *strength*. Brown dkk dalam Yunianti Elis *et al*, (2016) merumuskan beberapa indikator *self efficacy* yaitu :

- 1) Yakin dapat menyelesaikan tugas tertentu, individu yakin bahwa dirinya mampu menyelesaikan tugas tertentu, yang mana individu sendirilah yang menetapkan tugas (target) apa yang harus di selesaikan.
- 2) Yakin dapat memotivasi diri untuk melakukan tindakan yang diperlukan dalam menyelesaikan tugas, individu mampu menumbuhkan motivasi pada diri sendiri untuk bisa memilih dan melakukan tindakan - tindakan yang di perlukan dalam rangka menyelesaikan tugas.
- 3) Yakin bahwa dirinya mampu berusaha dengan keras, gigih dan tekun adanya usaha yang keras dari individu untuk menyelesaikan tugas yang di tetapkan dengan menggunakan segala daya yang di miliki.
- 4) Yakin bahwa diri mampu menghadapi hambatan dan kesulitan. Individu mampu bertahan saat menghadapi kesulitan dan hambatan yang muncul serta mampu bangkit dari kegagalan.

5) Yakin dapat menyelesaikan tugas yang memiliki range yang luas ataupun sempit (spesifik). Individu yakin bahwa dalam setiap tugas apapun dapat ia selesaikan meskipun itu luas atau spesifik.

d. Sumber-Sumber *Self Efficacy*.

Bandura dalam Fitria A (2019), mengatakan SE dibentuk dari empat sumber informasi, yaitu :

1) *Mastery experience* (Pengalaman keberhasilan)

Yaitu keberhasilan sebelumnya dalam mencapai sesuatu yang mirip dengan perilaku baru. Keberhasilan yang sering didapatkan akan meningkatkan *self efficacy* yang dimiliki seseorang, sedangkan kegagalan akan menurunkan *self efficacy* nya. Apabila keberhasilan yang didapat seseorang lebih banyak karena faktor-faktor di luar dirinya, biasanya tidak akan membawa pengaruh terhadap peningkatan *self efficacy*. Akan tetapi, jika keberhasilan tersebut didapatkan dengan melalui hambatan yang besar dan merupakan hasil perjuangannya sendiri, maka hal itu akan membawa pengaruh pada peningkatan *self efficacy*-nya.

2) *Vicarious experience* atau modeling (meniru)

Yaitu pengalaman keberhasilan orang lain yang memiliki kemiripan dengan individu dalam mengerjakan suatu tugas biasanya akan meningkatkan *self efficacy* seseorang dalam mengerjakan tugas yang sama. *Self efficacy* tersebut didapatkan melalui *social models* yang biasanya terjadi padadiriseseorang yang kurang pengetahuan tentang kemampuan dirinya sehingga mendorong seseorang untuk melakukan modeling. Namun, *self efficacy* yang didapat tidak akan terlalu berpengaruh bila model yang diamati tidak memiliki kemiripan atau berbeda dengan model.

### 3) *Verbal persuasion* (persuasi verbal)

Yaitu individu yang mendapat bujukan atau sugesti untuk percaya bahwa ia dapat mengatasi masalah - masalah yang akan dihadapinya. Persuasi verbal dapat mengarahkan individu untuk berusaha lebih giat untuk mencapai tujuan dan kesuksesan. Akan tetapi *self efficacy* yang tumbuh dengan metode ini biasanya tidak bertahan lama, apalagi kemudian individu mengalami peristiwa traumatis yang tidak menyenangkan.

### 4) *Physiological & emotional state*

Yaitu kecemasan dan stres yang terjadi dalam diri seseorang ketika melakukan tugas sering diartikan sebagai suatu kegagalan. Pada umumnya seseorang cenderung akan mengharapkan keberhasilan dalam kondisi yang tidak diwarnai oleh ketegangan atau tidak merasakan adanya keluhan atau gangguan somatik lainnya. *Self efficacy* biasanya ditandai oleh rendahnya tingkat stres dan kecemasan sebaliknya *self efficacy* yang rendah ditandai oleh tingkat stres dan kecemasan yang tinggi pula.

#### e. Klasifikasi *self efficacy*

Secara garis besar *self efficacy* dibagi atas dua bentuk yaitu *self efficacy* tinggi dan *self efficacy* rendah.

##### 1) *Self efficacy* tinggi

Dalam melakukan suatu tugas, individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan cenderung untuk memilih terlibat langsung. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi cenderung mengerjakan tugas tertentu, sekalipun tugas yang dikerjakan adalah tugas yang sulit. Mereka tidak memandang tugas sebagai suatu ancaman yang harus mereka hindari. Selain itu, mereka mengembangkan minat instrinsik dan ketertarikan yang mendalam terhadap suatu aktivitas, mengembangkan tujuan, dan berkomitmen dalam mencapai tujuan tersebut.

Mereka juga meningkatkan usaha mereka dalam mencegah kegagalan yang mungkin timbul. Mereka yang gagal dalam melaksanakan sesuatu, biasanya cepat mendapatkan kembali *self efficacy* mereka setelah mengalami kegagalan tersebut (Bandura, A. 1994).

Individu yang memiliki *self efficacy* tinggi menganggap kegagalan sebagai akibat dari kurangnya usaha yang keras, pengetahuan dan ketrampilan. Di dalam melaksanakan berbagai tugas, orang yang mempunyai *self efficacy* tinggi adalah sebagai orang yang berkinerja sangat baik. Mereka yang mempunyai *self efficacy* tinggi dengan senang hati menyongsong tantangan (Bandura, A. 1997).

Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi memiliki ciri-ciri sebagai berikut: mampu menangani masalah yang mereka hadapi secara efektif, yakin terhadap kesuksesan dalam menghadapi masalah atau rintangan, masalah dipandang sebagai suatu tantangan yang harus dihadapi bukan untuk dihindari, gigih dalam usahanya menyelesaikan masalah, percaya pada kemampuan yang dimilikinya, cepat bangkit dari kegagalan yang dihadapinya, suka mencari situasi yang baru.

## 2) *Self efficacy* rendah

Individu yang ragu akan kemampuan mereka (*self efficacy* yang rendah) akan menjauhi tugas-tugas yang sulit karena tugas tersebut dipandang sebagai suatu ancaman bagi mereka. Individu yang seperti ini memiliki aspirasi yang rendah serta komitmen yang rendah dalam mencapai tujuan yang mereka pilih atau mereka tetapkan. Ketika menghadapi tugas-tugas yang sulit, mereka sibuk memikirkan kekurangan-kekurangan diri mereka, gangguan-gangguan yang mereka hadapi, dan semua hasil yang dapat merugikan mereka. Dalam mengerjakan suatu tugas, individu yang memiliki *self efficacy*

rendah cenderung menghindari tugas tersebut (Bandura,A.1994).

Individu yang memiliki *self efficacy* yang rendah tidak berfikir tentang bagaimana cara yang baik dalam menghadapi tugas-tugas yang sulit. Saat menghadapi tugas yang sulit, mereka juga lamban dalam membenahi atau pun mendapatkan kembali *self efficacy* mereka ketika menghadapi kegagalan (Bandura,A.1994). Didalam melaksanakan berbagai tugas, mereka yang memiki *self efficacy* rendah mencoba pun tidak bisa tidak peduli betapa baiknya kemampuan mereka yang sesungguhnya. Rasa percaya diri meningkatkan hasrat untuk berprestasi, sedangkan keraguan menurunkannya.

Individu yang memiliki *self efficacy* yang rendah memiliki ciri-ciri sebagai berikut: lamban dalam membenahi atau mendapatkan kembali *self efficacy* ketika menghadapi kegagalan, tidak yakin bisa menghadapi masalahnya, menghindari masalah yang sulit (ancaman dipandang sebagai suatu yang harus dihindari), mengurangi usaha dan cepat menyerah ketika menghadapi masalah, ragu pada kemampuan diri yang dimilikinya, tidak suka mencari situasi yang baru, aspirasi dan komitmen pada tugas lemah.

f. Fungsi *Self efficacy*

Banyak penelitian telah dilakukan pada empat proses psikologis utama dimana kepercayaan diri terhadap khasiat mempengaruhi fungsi manusia (Bandura, dalam Fitria A,2019). *Self efficacy* yang telah terbentuk akan mempengaruhi dan memberi fungsi pada aktivitas individu. (Bandura dalam Fitria A 2019) menjelaskan tentang pengaruh dan fungsi tersebut, yaitu :

- 1) Proses afektif: Proses yang mengatur keadaan emosional dan elisitasi reaksi emosional,
- 2) Proses Kognitif: Proses berpikir terlibat dalam akuisis,
- 3) Pengorganisasian dan penggunaan informasi,

- 4) Motivasi: Aktivasi untuk bertindak. Tingkat motivasi tercermin dalam pilihan tindakan, dan intensitas dan ketekunan usaha,
  - 5) Perwujudan *Self Efficacy*: Keyakinan orang tentang kemampuan mereka untuk menghasilkan efek,
  - 6) *Self Regulation*: Latihan pengaruh atas motivasi diri sendiri, proses berpikir, keadaan emosional dan pola perilaku.
- g. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Self efficacy*

Secara umum, *self efficacy* dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Self efficacy* diyakini sebagai konstruksi dinamis yang berubah seiring berjalannya waktu dalam menanggapi pengalaman baru, seperti pengalaman pendidikan dan klinis. Pengalaman sosial mempengaruhi *self efficacy* dan menentukan apakah seseorang memiliki tingkat *self efficacy* tinggi atau rendah (Soudagar, Rambod, & Behe, 2015). Bandura dalam Fitri A (2019) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat *self efficacy* seseorang yaitu jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, penghasilan, budaya, dukungan keluarga, stress, motivasi, edukasi, sifat tugas yang dihadapi, reward dan status atau peran individu dalam lingkungannya.

1) Budaya

Budaya mempengaruhi *self efficacy* melalui nilai (*value*), kepercayaan (*beliefs*), dalam proses pengaturan diri (*self regulatory proses*) yang berfungsi sebagai sumber penilaian *self efficacy* dan juga sebagai konsekuensi dari keyakinan akan *self efficacy*.

2) Gender

Perbedaan gender juga berpengaruh terhadap *self efficacy*. Wanita memiliki efikasi yang lebih tinggi dalam mengelola perannya. Wanita yang memiliki peran selain sebagai ibu rumah tangga, juga sebagai wanita karir akan memiliki *self efficacy* yang tinggi dibandingkan dengan pria yang bekerja.

3) Sifat dari tugas yang dihadapi

Derajat dari kompleksitas dari kesulitan tugas yang dihadapi oleh individu akan mempengaruhi penilaian individu tersebut terhadap kemampuan dirinya sendiri. Semakin kompleks tugas yang dihadapi oleh individu maka akan semakin rendah individu tersebut menilai kemampuannya. Sebaliknya, jika individu dihadapkan pada tugas yang mudah dan sederhana maka akan semakin tinggi individu tersebut menilai kemampuannya.

4) Intensif eksternal

Faktor lain yang dapat mempengaruhi *self efficacy* individu adalah insentif yang diperolehnya. Bandura menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self efficacy* adalah *potent continges incentive*, yaitu insentif yang dapat diberikan orang lain yang merefleksikan keberhasilan seseorang.

5) Status atau peran individu dalam lingkungan

Individu yang memiliki tugas yang lebih tinggi akan memperoleh derajat kontrol yang lebih besar sehingga *self efficacy* yang dimilikinya juga tinggi. Sedangkan individu yang memiliki status yang lebih rendah akan memiliki kontrol yang lebih kecil sehingga *self efficacy* yang dimilikinya juga rendah.

6) Informasi tentang kemampuan diri

Individu yang memiliki *self efficacy* tinggi, jika ia memperoleh informasi positif mengenai dirinya, sementara individu akan memiliki *self efficacy* yang rendah, jika ia memperoleh informasi negatif mengenai dirinya.

Dalam memodifikasi gaya hidup, pasien hipertensi harus memiliki *self efficacy* yang tinggi untuk memotivasi dan meyakinkan diri sendiri mampu mencapai gaya hidup yang sehat. Hasil penelitian Warren-Findlow (2012) *self efficacy* yang baik secara signifikan dihubungkan dengan kepatuhan

pengobatan, diet rendah garam. Dengan memiliki *self efficacy* yang tinggi pasien hipertensi mampu menjalankan gaya hidup sehat sehingga meminimalkan komplikasi serta meningkatkan kualitas hidupnya dan pasien yang memiliki *self efficacy* yang rendah lebih cenderung tidak memperhatikan gaya hidup sehat (Indah, Mamat, & Supriadi, 2014 dalam (Amila, Sinaga, & Sembiring, 2018)

## 2. *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*

Seorang pakar keperawatan *Hildegard Peplau* mempublikasikan model teori keperawatan yang bersifat psikodinamik pada tahun 1952. Ia melihat Pelayanan keperawatan sebagai proses interpersonal terapeutik sangat penting. Teori ini berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif. Tujuan dari keperawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarganya serta membantu klien mencapai kematangan perkembangan personal, perkembangan kepribadian kearah pribadi dan kehidupan sosial yang kreatif, konstruktif dan produktif. Menurut Peplau terdapat 4 (empat) fase dari hubungan perawat - pasien yaitu: Orientasi, identifikasi, eksploitasi dan resolusi. Dalam teori Peplau juga terdapat 6 peran perawat yaitu sebagai orang asing, ahli dengan akses keberbagai sumber, guru, pemimpin, pengganti atau wali dan sebagai konselor (Nur Aini, 2018).

*Cognitive Behavior Therapy* adalah terapi yang dikembangkan oleh Beck tahun 1976, yang konsep dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian Stimulus–Kognisi–Respon (SKR), yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana proses cognitive akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak.

Terapi perilaku kognitif (*CBT-Cognitive Behavior Therapy*) menggunakan teori dan riset tentang proses-proses kognitif. Pada faktanya terapi tersebut menggunakan gabungan paradigma kognitif dan belajar. Para terapis perilaku kognitif memberikan perhatian pada

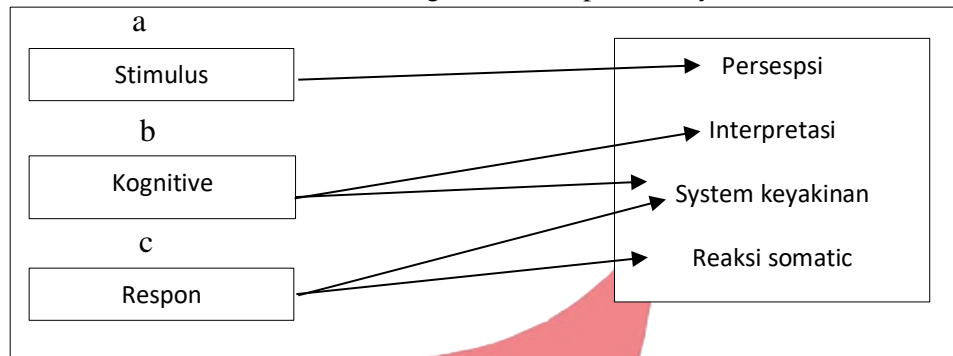
peristiwa-peristiwa dalam diri, pemikiran, persepsi, penilaian, pernyataan diri, bahan asumsi-asumsi yang tidak diucapkan (tidak disadari), dan telah mempelajari serta memanipulasi proses-proses tersebut dalam upaya memahami dan mengubah perilaku bermasalah yang terlihat maupun tidak terlihat.

Sesuai dengan aliran kognitif dan perilaku (behavior), *CBT* menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui rangkaian proses Stimulus-Kognisi-Respon (SKR), yang saling berkaitan membentuk semacam jaringan dalam otak. Proses kognitif merupakan faktor penentu bagi pikiran, perasaan, dan perbuatan (perilaku). Semua kejadian yang dialami berlaku sebagai stimulus yang dapat dipersepsi secara positif (rasional) maupun negatif (irasional). Isi pikiran yang positif akan mempengaruhi perasaan dan perilaku yang positif (normal), sedangkan isi pikiran yang negatif mengakibatkan gangguan emosi (perasaan). Selanjutnya menurut konsep dasar ini emosi atau perasaan akan mempengaruhi tingkah laku atau perbuatan, baik secara positif atau negatif. Dengan *CBT*, dilakukan modifikasi fungsi pikiran, perasaan, dan perbuatan (perilaku), dengan cara menekankan fungsi kognitif (otak) dalam menganalisis, memutuskan, bertanya, berkehendak, dan memutuskan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaan, diharapkan pasien dapat merubah perilakunya dari negatif menjadi positif (Sudiyanto, 2015).

Semua kejadian yang dialami dapat berlaku sebagai *activating event* (A) dan akan dipersepsi dan diinterpretasi, selanjutnya kumpulan dari persepsi dan interpretasi tersebut akan membentuk suatu sistem keyakinan atau belief (B) yang akan mempengaruhi reaksi fisiologis (somatik) dan perilaku sebagai *consequences* (C). Dengan *CBT*, dilakukan intervensi sehingga dapat menggoyahkan dan menyusun kembali sistem keyakinan pasien (B) dari negatif (irasional atau mengalami penyimpangan/ distorsi) ke positif (rasional atau realistik) dengan demikian dapat menghambat atau menghilangkan dampak negatif

pada perilaku dan reaksi somatik sebagai konsekuensinya (C) (Sudiyanto, 2005).

**Skema 2.1** Stimulus, kognitif, dan Respon (Sudiyanto, 2007)



Dalam *CBT*, terapis berperan sebagai guru dan pasien sebagai murid dan dalam hubungan ini diharapkan terapis dapat secara efektif mengajarkan kepada pasien mekanisme SKR baru yang lebih positif dan rasional, mengganti struktur kognitif lama yang negatif, irasional, atau mengalami distorsi (Sudiyanto, 2015).

#### a. Pengertian

Terapi Kognitif-Behavioral (TKB) atau *Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)* merupakan salah satu bentuk konseling yang bertujuan membantu klien agar dapat menjadi lebih sehat, memperoleh pengalaman yang memuaskan, dan dapat memenuhi gaya hidup tertentu, dengan cara memodifikasi pola pikir dan perilaku tertentu. Pendekatan kognitif berusaha memfokuskan untuk menempatkan suatu pikiran, keyakinan atau bentuk pembicaraan diri (*self talk*) terhadap orang lain (misalnya, hidup saya sengsara sehingga sulit untuk dapat menentukan tujuan hidup saya). Selain itu, terapi juga memfokuskan pada upaya membelajarkan klien agar dapat memiliki cara berpikir yang lebih positif dalam berbagai peristiwa kehidupan dan tidak hanya sekedar berupaya mengatasi penyakit atau gangguan yang sedang dialaminya. Dengan kata lain, konseling kognitif memfokuskan pada kegiatan mengelola dan memonitor pola pikir klien sehingga dapat mengurangi pikiran negatif dan mengubah isi pikiran agar dapat diperoleh emosi yang lebih positif. Sedangkan Konseling Behavioral memfokuskan pada

kegiatan (tindakan) yang dilakukan klien, menentukan bentuk imbalan (rewards) yang dapat mendorong klien untuk melakukan tindakan tertentu, pemberian konsekuensi yang tidak menyenangkan, guna mencegah klien melakukan tindakan yang tidak dikehendaki.

Bush mengungkapkan bahwa *CBT* merupakan perpaduan dari dua pendekatan dalam psikoterapi yaitu *cognitive therapy* dan *behavior*. Terapi kognitif memfokuskan pada pikiran, asumsi dan kepercayaan. Terapi kognitif memfasilitasi individu belajar mengenali dan mengubah kesalahan. Terapi kognitif tidak hanya berkaitan dengan *positive thinking*, tetapi berkaitan pula dengan *happy thinking*. Sedangkan terapi tingkah laku membantu membangun hubungan antara situasi permasalahan dengan kebiasaan mereaksi permasalahan. Individu belajar mengubah perilaku, menenangkan pikiran dan tubuh sehingga merasa lebih baik, berfikir lebih jelas dan membantu membuat keputusan yang tepat. *CBT* didasarkan pada konsep mengubah pikiran dan perilaku negatif yang sangat mempengaruhi emosi. Melalui *CBT*, konseling terlibat aktivitas dan berpartisipasi dalam training untuk diri dengan cara membuat keputusan, penguatan diri dan strategi lain yang mengacu pada *self-regulation*.

Terapi kognitif adalah terapi yang memfokuskan pada bagaimana mengubah pemikiran atau keyakinan yang negatif (Beck, 1979; Martin & Pear, 2003; Antony & Swinson, 2000). Karena banyaknya penelitian yang menunjukkan bahwa kesuksesan penerapan teknik kognitif akan lebih besar bila disertai teknik-teknik modifikasi tingkah laku (misalnya pemberian tugas-tugas rumah dan exposure) daripada teknik “menyerang” pemikiran irasional semata-mata yang merupakan prosedur terapi kognitif (Martin & Pear, 2003) maka teknik yang akan digunakan untuk mengatasi gangguan obsesif-kompulsif dalam penelitian ini adalah gabungan dari kedua pendekatan tersebut yaitu *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* (Suryaningrum, 2013).



b. Pengertian *Cognitive Behavior Therapy*

Terapi kognitif-behavioral (*cognitive behavioral therapy*) ini berusaha untuk mengintegrasikan teknik-teknik terapeutik yang berfokus untuk membantu individu melakukan perubahan-perubahan, tidak hanya perilaku nyata tetapi juga dalam pemikiran, keyakinan, dan sikap yang mendasarinya. Terapi kognitif-behavioral memiliki asumsi bahwa pola pikir dan keyakinan mempengaruhi perilaku, dan perubahan pada kognitif ini dapat menghasilkan perubahan perilaku yang diharapkan.

c. Tujuan *Cognitive Behavior Therapy*

Terapi kognitif perilaku umumnya digunakan untuk menangani masalah kesehatan mental, seperti kecemasan dan depresi. Namun tidak hanya itu, ternyata terapi kognitif perilaku juga bisa digunakan untuk membantu penderita gangguan kesehatan fisik, bahkan membantu Anda menghadapi masalah yang ditemui sehari-hari.

Tujuan *Cognitive Behavior Therapy* adalah untuk mengajak konseling menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi. Terapis diharapkan mampu menolong klien untuk mencari keyakinan yang sifatnya dogmatis dalam diri klien dan secara kuat mencoba menguranginya. Terapis harus waspada terhadap munculnya pemikiran yang tiba-tiba mungkin dapat dipergunakan untuk merubah mereka. Dalam proses ini, beberapa ahli *cognitive behavior* memiliki pendapat bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam terapi, karenanya *cognitive behavior* lebih banyak bekerja pada status kognitif masa kini untuk dirubah dari negatif menjadi positif.

d. Manfaat Terapi Kognitif Perilaku bagi Kesehatan

Terapi kognitif perilaku digunakan untuk membantu penderita gangguan kesehatan mental dalam mengenali

permasalahan atau situasi menantang dalam hidupnya, yang berisiko mengganggu kualitas hidup maupun kesehatan mental dan fisik. Selain itu, terapi kognitif perilaku dilakukan untuk membantu Anda mencari pendekatan dan solusi masalah yang sesuai dengan kondisi yang Anda alami.

Selain gangguan kecemasan dan depresi, terapi kognitif perilaku juga terbukti sebagai cara yang efektif dalam menangani gangguan kesehatan mental lainnya, seperti :

- 1) Fobia
- 2) Gangguan pola makan
- 3) Gangguan tidur
- 4) Penyalahgunaan alcohol
- 5) Gangguan panic
- 6) Gangguan seksual
- 7) Gangguan bipolar
- 8) Skizofrenia
- 9) *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD)
- 10) *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD)

Penyakit fisik seperti *irritable bowel syndrome* (IBS) merupakan salah satu contoh gangguan kesehatan fisik yang juga menerapkan terapi kognitif perilaku sebagai metode pengobatannya.

e. Teknik *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

CBT adalah pendekatan psikoterapeutik yang digunakan oleh konselor untuk membantu individu kearah yang lebih positif. Berbagai variasi teknik perubahan kognisi, emosi, dan tingkah laku menjadi bagian terpenting dalam *Cognitive Behavior Therapy*. Metode ini berkembang sesuai dengan kebutuhan konseling, dimana konselor bersifat aktif, direktif, terbatas waktu, berstruktur dan berpusat pada konseling. Konselor atau terapis *Cognitive Behavior* biasanya menggunakan berbagai teknik intervensi untuk mendapatkan kesepakatan perilaku sasaran dengan konseling.

Teknik yang biasa dipergunakan oleh para ahli dalam *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* yaitu :

- 1) Menata keyakinan irasional.
- 2) *Bibliotherapy*, menerima kondisi emosional internal sebagai sesuatu yang menarik ketimbang sesuatu yang menakutkan.
- 3) Mengulang kembali penggunaan beragam pernyataan diri dalam *role play* dengan konselor.
- 4) Mencoba berbagai penggunaan pernyataan diri yang berbeda dalam situasi riil.
- 5) Mengukur perasaan, misalnya mengukur perasaan cemas yang dialami pada saat ini dengan skala 0-100.
- 6) Menghentikan pikiran. Konseling belajar untuk menghentikan pikiran negatif dan mengubahnya menjadi pikiran positif.
- 7) *Desensitization systematic*. Digantinya respon takut dan cemas dengan respon relaksasi dengan cara mengemukakan permasalahan secara berulang-ulang dan berurutan dari respon takut terberat sampai yang teringan untuk mengurangi intensitas emosional konseling.
- 8) Pelatihan keterampilan sosial. Melatih konseling untuk dapat menyesuaikan dirinya dengan lingkungan sosialnya.
- 9) *Assertiveness* skill training atau pelatihan keterampilan supaya bisa bertindak tegas.
- 10) Penugasan rumah. mempraktikkan perilaku baru dan strategi kognitif antara sesi konseling.
- 11) *In vivo exposure*. Mengatasi situasi yang menyebabkan masalah dengan memasuki situasi tersebut.
- 12) *Convert conditioning*, upaya pengkondisian tersembunyi dengan menekankan kepada proses psikologis yang terjadi didalam diri individu. Peranannya didalam mengontrol perilaku berdasarkan kepada imajinasi dan persepsi

f. Prinsip-prinsip *Cognitive Behavior Therapy*

Berikut ini adalah prinsip-prinsip dari *CBT* berdasarkan kajian yang diungkapkan oleh Aron T Beck :

- 1) Prinsip 1: *Cognitive Behavior Therapy* berdasarkan pada formulasi yang terus berkembang dari permasalahan konseling dan konseptualisasi kognitif konseling. Formulasi konseling terus diperbaiki seiring dengan perkembangan evaluasi dari setiap sesi konseling. Pada momen yang strategis, konselor mengkoordinasikan penemuan-penemuan konseptualisasi kognitif konseling yang menyimpang dan meluruskannya sehingga dapat membantu konseling dalam penyesuaian antara berpikir, merasa dan bertindak.
- 2) Prinsip 2: *Cognitive Behavior Therapy* didasarkan pada pemahaman yang sama antara konselor dan konseling terhadap permasalahan yang dihadapi konseling. Melalui situasi konseling yang penuh dengan kehangatan, empati, peduli, dan orisinalitas respon terhadap permasalahan konseling akan membuat pemahaman yang sama terhadap permasalahan yang dihadapi konseling. Konseling tersebut akan menunjukkan sebuah keberhasilan dari konseling.
- 3) Prinsip 3: *Cognitive Behavior Therapy* memerlukan kolaborasi dan partisipasi aktif. Menempatkan konseling sebagai tim dalam konseling. Maka keputusan konseling merupakan keputusan yang disepakati dengan konseling. Konseling akan lebih aktif dalam mengikuti setiap sesi konseling, karena konseling mengetahui apa yang harus dilakukan dari setiap sesi konseling.
- 4) Prinsip 4: *Cognitive Behavior Therapy* berorientasi pada tujuan dan berfokus pada permasalahan. Setiap sesi konseling selalu dilakukan evaluasi untuk mengetahui tingkat pencapaian tujuan. Melalui evaluasi ini diharapkan adanya respon konseling terhadap pikiran-pikiran yang mengganggu tujuannya, dengan kata lain tetap berfokus pada permasalahan konseling.

- 5) Prinsip 5: *Cognitive Behavior Therapy* berfokus pada kejadian saat ini. Konseling dimulai dari menganalisis permasalahan konseli pada saat ini dan disini. Perhatian konseling beralih pada dua keadaan. Pertama, ketika konseling mengungkapkan sumber kekuatan dalam melakukan kesalahannya. Kedua, ketika konseli terjebak pada proses berpikir yang menyimpang dan keyakinan konseling di masa lalunya yang berpotensi merubah kepercayaan dan tingkah laku ke arah yang lebih baik.
- 6) Prinsip 6: *Cognitive Behavior Therapy* merupakan edukasi, bertujuan mengajarkan konseling untuk menjadi terapis bagi dirinya sendiri, dan menekankan pada pencegahan. Sesi pertama *CBT* mengarahkan konseling untuk mempelajari sifat dan permasalahan yang dihadapinya termasuk proses konseling cognitive-behavior serta model kognitifnya karena *CBT* meyakini bahwa pikiran mempengaruhi emosi dan perilaku. Konselor membantu menetapkan tujuan konseling, mengidentifikasi dan mengevaluasi proses berpikir serta keyakinan konseli. Kemudian merencanakan rancangan pelatihan untuk perubahan tingkah lakunya.
- 7) Prinsip 7: *Cognitive Behavior Therapy* berlangsung pada waktu yang terbatas. Pada kasus-kasus tertentu, konseling membutuhkan pertemuan antara 6 sampai 14 sesi. Agar proses konseling tidak membutuhkan waktu panjang, diharapkan secara kontinyu konselor dapat membantu dan melatih konseling untuk melakukan *self-help*.
- 8) Prinsip 8: *Cognitive Behavior Therapy* yang terstruktur ini terdiri dari tiga bagian konseling. Bagian awal, menganalisis perasaan dan emosi konseling, menganalisis kejadian yang terjadi dalam satu minggu kebelakang, kemudian menetapkan agenda untuk setiap sesi konseling. Bagian tengah, meninjau pelaksanaan tugas rumah, membahas permasalahan yang muncul dari setiap sesi yang berlangsung, serta merancang

pekerjaan rumah baru yang akan dilakukan. Bagian akhir, melakukan umpan balik terhadap perkembangan dari setiap sesi konseling. Sesi konseling yang terstruktur ini membuat proses konseling lebih dipahami oleh konseling dan meningkatkan kemungkinan mereka mampu melakukan *self-help* diakhir sesi konseling.

9) Prinsip 9: *Cognitive Behavior Therapy* mengajarkan konseling untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan menanggapi pemikiran disfungsional dan keyakinan mereka. Setiap hari konseling memiliki kesempatan dalam pemikiran-pemikiran otomatisnya yang akan mempengaruhi suasana hati, emosi dan tingkah laku mereka. Konselor membantu konseling dalam mengidentifikasi pikirannya serta menyesuaikan dengan kondisi realita serta perspektif adaptif yang mengarahkan konseling untuk merasa lebih baik secara emosional, tingkah laku dan mengurangi kondisi psikologis negatif.

10) Prinsip 10: *Cognitive Behavior Therapy* menggunakan berbagai teknik untuk merubah pemikiran, perasaan, dan tingkah laku. Pertanyaan-pertanyaan yang berbentuk sokratik memudahkan konselor dalam melakukan konsling *cognitive-behavior*. Pertanyaan dalam bentuk sokratik merupakan inti atau kunci dari evaluasi konseling. Dalam proses konseling, *CBT* tidak mempermasalahkan konselor menggunakan teknik-teknik dalam konseling lain seperti teknik Gestalt, Psikodinamik, Psikoanalisis, selama teknik tersebut membantu proses konseling yang lebih singkat dan memudahkan konselor dalam membantu konseling. Jenis teknik yang dipilih akan dipengaruhi oleh konseptualisasi konselor terhadap konseling, masalah yang sedang ditangani, dan tujuan konselor dalam sesi konseling tersebut.

Perawat dapat memberikan bantuan pada pasien dengan memberikan psikoterapi dengan tujuan pasien mampu melakukan

perawatan hipertensi secara mandiri. Salah satu psikoterapi yang digunakan adalah *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* yaitu pendekatan psikoterapi yang digunakan untuk menangani emosi disfungsional, perilaku maladaptif dan proses kognitif melalui tujuan yang berorientasi dan prosedur sistematis. *CBT* dianggap efektif untuk pengobatan berbagai kondisi atau masalah kesehatan. Banyak program perawatan *CBT* untuk gangguan tertentu telah dievaluasi keberhasilannya (Manuntung, 2015).

### 3. Hipertensi

Tekanan darah tinggi merupakan penyakit degenerative yang umumnya tekanan darah bertambah secara perlahan dengan bertambahnya umur. Risiko penderita hipertensi yang tadinya tekanan darahnya normal pada populasi > 55 tahun adalah 99%.

Hipertensi merupakan suatu penyakit kronis yang sering disebut silent killer karena pada umumnya pasien tidak mengetahui bahwa mereka menderita penyakit hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya. Selain itu penderita hipertensi umumnya tidak mengalami suatu tanda atau gejala sebelum terjadi komplikasi. Walaupun muncul gejala, seringkali dianggap sebagai gangguan biasa, sehingga penderita terlambat menyadari penyakit hipertensi tersebut.

Pada tanggal 13 November 2017, *American Heart Association (AHA)* dan *American College of Cardiology (ACC)* mengeluarkan pedoman hipertensi terbaru. Pedoman ini berisikan banyak perubahan besar dalam pengelolaan hipertensi. Salah satu lompatan terbesar pedoman ini adalah perubahan klasifikasi atau bahkan definisi hipertensi dimana sebelumnya hipertensi dinyatakan sebagai peningkatan tekanan darah arteri sistemik yang menetap dimana tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg. Pada pedoman hipertensi tersebut maka hipertensi ditetapkan apabila tekanan darah sistolik  $\geq 130$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 80$  mmHg.

a. Pengertian hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah didalam arteri. Seseorang dikatakan terkena hipertensi bila mempunyai tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\leq 90$  mmHg. Pengukuran dilakukan 2 kali dengan waktu yang berbeda dan dilakukan pada saat istirahat dengan posisi duduk atau berbaring (Promkes Sardjito, 2018). Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya dimana tekanan darah persisten diatas 140/90 mmHg. Pada manula hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistoliknya 160 mmhg dan tekanan diastoliknya 90 mmhg (Brunner dan suddarth, 2013). Hipertensi adalah penyakit yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah secara menetap. Umumnya, seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah berada di atas 140/90 mmHg. Kekuatan tekanan darah ini bisa berubah dari waktu ke waktu, dipengaruhi oleh aktivitas apa yang sedang dilakukan jantung (misalnya sedang berolahraga atau dalam keadaan normal/istirahat) dan daya tahan pembuluh darahnya.

b. Tanda dan gejala hipertensi

- 1) Sakit kepala
- 2) Kelelahan
- 3) Mual
- 4) Muntah
- 5) Sesak nafas
- 6) Gelisah
- 7) Pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal.
- 8) Cara berjalan yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat.

9) Nokturia yang disebabkan peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.

10) Edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler.

c. Etiologi hipertensi

Sampai saat ini penyebab hipertensi esensial tidak diketahui dengan pasti. Hipertensi primer tidak disebabkan oleh faktor tunggal dan khusus. Hipertensi ini disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Hipertensi sekunder disebabkan oleh faktor primer yang diketahui seperti kerusakan ginjal, gangguan obat tertentu, stress akut, kerusakan vaskuler dan lain-lain. Adapun penyebab paling umum pada penderita hipertensi maligna adalah hipertensi yang tidak terobati. Risiko relatif hipertensi tergantung pada jumlah dan keparahan dari faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi (Zaenurrohmah, D. H. and Rachmayanti, R. D. 2017).

d. Patofisiologi hipertensi

Patofisiologi hipertensi adalah suatu proses perjalanan penyakit hipertensi. Ginjal adalah organ yang berperan besar dalam proses terbentuknya hipertensi, ia melibatkan interaksi beberapa organ tubuh lainnya. Faktor-faktor yang berperan penting dalam patofisiologi hipertensi adalah genetika, aktivasi sistem saraf dan hormon (sistem saraf simpatik dan sistem renin-angiotensin-aldosteron), obesitas, dan peningkatan asupan garam di menu makanan.

Pembuluh darah pada hipertensi biasanya akan menegang dan kaku. Tekanan darah itu sendiri adalah produk akhir dari curah jantung plus tahanan pembuluh darah. Beberapa faktor yang terlibat dalam pengaturan tekanan darah jangka pendek dan panjang adalah :

- 1) Curah jantung dan volume sirkulasi darah
- 2) Elastisitas, luas penampang, dan reaktivitas pembuluh darah
- 3) Hormon

#### 4) Stimulasi saraf

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen.

Rangsangan pusat vasomotor di hantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis.

Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah.

Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi.

Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah.

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal.

Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. Untuk pertimbangan gerontology. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut.

Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah.

Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Brunner & Suddarth, 2015).

e. Klasifikasi hipertensi

- 1) Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebab terbagi menjadi
  - a) Hipertensi Primer / Hipertensi Esensial, Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi.
  - b) Hipertensi Sekunder / Hipertensi Non Esensial Hipertensi yang diketahui penyebabnya. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB).
- 2) Berdasarkan bentuknya hipertensi dibagi menjadi :
  - a) Hipertensi diastolik (diastolic hypertension),
  - b) Hipertensi campuran (sistol dan diastol yang meninggi),
  - c) Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*).
- 3) Terdapat jenis-jenis hipertensi yang lain yaitu :

a) Hipertensi Pulmonal

Suatu penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah arteri paru-paru yang menyebabkan sesak nafas, pusing dan pingsan pada saat melakukan aktivitas. Berdasarkan penyebabnya hipertensi pulmonal dapat menjadi penyakit berat yang ditandai dengan penurunan toleransi dalam melakukan aktivitas dan gagal jantung kanan. Hipertensi pulmonal primer sering didapatkan pada usia muda dan usia pertengahan, lebih sering didapatkan pada perempuan dengan perbandingan 2:1, angka kejadian pertahun sekitar 2-3 kasus per 1 juta penduduk, dengan mean survival / sampai timbulnya gejala penyakit sekitar 2-3 tahun. Kriteria diagnosis untuk hipertensi pulmonal merujuk pada *National Institute of Health*; bila tekanan sistolik arteri pulmonalis lebih dari 35 mmHg atau "mean" tekanan arteri pulmonalis lebih dari 25 mmHg pada saat istirahat atau lebih 30 mmHg pada aktifitas dan tidak didapatkan adanya kelainan katup pada jantung kiri, penyakit miokardium, penyakit jantung kongenital dan tidak adanya kelainan paru.

b) Hipertensi Pada Kehamilan

Pada dasarnya terdapat 4 jenis hipertensi yang umumnya terdapat pada saat kehamilan, yaitu :

- (1) Pre eklampsia atau disebut juga sebagai hipertensi yang diakibatkan kehamilan/ keracunan kehamilan (selain tekanan darah yang meninggi, juga didapatkan kelainan pada air kencingnya). Pre eklampsia adalah penyakit yang timbul dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan.
- (2) Hipertensi kronik yaitu hipertensi yang sudah ada sejak sebelum ibu mengandung janin.

(3) Pre eklampsia pada hipertensi kronik, yang merupakan gabungan pre eklampsia dengan hipertensi kronik.

(4) Hipertensi gestasional atau hipertensi yang sesaat. Penyebab hipertensi dalam kehamilan sebenarnya belum jelas. Ada yang mengatakan bahwa hal tersebut diakibatkan oleh kelainan pembuluh darah, ada yang mengatakan karena faktor diet, tetapi ada juga yang mengatakan disebabkan faktor keturunan, dan lain sebagainya.

4) *American College of Cardiology (ACC)* dan *American Heart Association (AHA)* bekerjasama dengan beberapa perhimpunan kardiologi telah merilis panduan terbaru hipertensi pada tahun 2017. Berdasarkan panduan tersebut, tekanan darah pada dewasa diklasifikasikan sebagai berikut :

**Table 2.1** Klasifikasi tekanan darah pada dewasa (*Guideline AHA 2017*)

Kategori	Sistolik	Dan	Diastolic
Normal	< 120 mmHg	Dan	< 80 mmHg
Meningkat	120-129 mmHg	Dan	< 80 mmHg
Hipertensi			
Stage I	130-139 mmHg	Atau	80-90 mmHg
Stage II	≥ 140 mmHg	Atau	≥ 90 mmHg

f. Faktor pencetus hipertensi

Hipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko yang dikelompokkan menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah diantaranya adalah jenis kelamin, umur dan keturunan. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah diantaranya adalah pola makan (banyak mengonsumsi garam, kolesterol, kafein, alkohol), kebiasaan olahraga, merokok, obesitas, dan Stres. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa usia > 55 tahun, mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, pola makan tinggi natrium dan lemak, mengalami obesitas dan tidak melakukan olah raga mempunyai risiko yang lebih besar untuk terkena hipertensi.

Faktor risiko hipertensi terdiri atas faktor yang dapat diubah dan tidak dapat diubah :

### 1) Faktor Risiko Yang Tidak Dapat Diubah

Faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi faktor genetik dan penuaan, yaitu :

- a) Genetik: Studi genomik terbaru menemukan 107 lokus gen yang berperan dalam regulasi tekanan darah. Studi genomik dengan sampel meliputi populasi Eropa, Asia Tenggara dan Asia Timur menunjukkan polimorfisme pada 12 lokus gen secara signifikan berkontribusi terhadap fenotip hipertensi. Pada populasi Asia, studi terhadap 1136 etnis china menyimpulkan polimorfisme nukleotida gen SORBS1 secara signifikan berasosiasi dengan timbulnya hipertensi.
- b) Penuaan: Pada populasi lanjut usia studi menunjukkan TD diastolik menetap atau mulai menurun sedangkan TD sistolik meningkat. Hal ini menunjukkan kekakuan progresif pada pembuluh darah yang mungkin mengakibatkan hipertensi. Kekakuan diduga terkait fragmentasi serta penurunan kadar serat elastin dan peningkatan deposisi kolagen yang lebih kaku, penurunan kadar nitrit oxide, peradangan, serta disfungsi neurohormonal (peningkatan sensitivitas terhadap garam, peningkatan aldosterone, peningkatan saraf simpatis).

### 2) Faktor Risiko Yang Dapat Diubah

Faktor risiko yang dapat diubah meliputi:

- a) Obesitas Faktor risiko penyebab hipertensi yang diketahui dengan baik adalah obesitas. Secara fisiologis, obesitas didefinisikan sebagai suatu keadaan akumulasi lemak yang berlebihan. kondisi obesitas berhubungan dengan peningkatan volume intravaskuler dan curah jantung. Daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita hipertensi dengan obesitas lebih tinggi dibandingkan

dengan penderita hipertensi yang memiliki berat badan normal.

b) Strespsikologis

*Hans Selye* dalam Dede Rahmad mendefinisikan stress sebagai “suatu respon umum non spesifik terhadap tuntutan fisik ataupun emosional, baik dari dalam maupun luar lingkungan”. Berdasarkan deinisi tersebut, stres dapat diartikan :

- (1) Bentuk ketegangan yang mempengaruhi alat-alat tubuh.
- (2) Suatu kondisi dimana pengalaman negatif yang dialami sekarang mengganggu stabilitas kehidupan sehari-hari.
- (3) Perasaan terancam yang disertai usaha-usaha yang bertujuan mengurangi ancaman tersebut (sumber stres).
- (4) Stres merupakan suatu reaksi fisik dan psikis terhadap setiap tuntutan dalam kehidupan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa stres adalah suatu reaksi fisik dan psikis terhadap setiap tuntutan yang menyebabkan ketegangan dan mengganggu stabilitas kehidupan sehari-hari.

c) Merokok

Menurut *Winnifor* dalam Falsado dan Cecep, rokok dapat meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung melalui mekanisme sebagai berikut: Volume tersebut mengakibatkan bertambahnya tekanan darah dalam arteri. Dalam *Kapita Selekta Kedokteran*, konsumsi garam yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah <6 gram/hari).

d) Hiperlipidemia

Hiperlipidemia adalah kondisi kelebihan lemak jahat dalam tubuh. Membatasi konsumsi lemak dilakukan agar kadar kolesterol dalam darah tidak meningkat. Peningkatan kadar kolesterol dalam darah dapat mengakibatkan penyumbatan pembuluh darah yang secara teknis dapat

memperparah dan meningkatkan resiko komplikasi dari hipertensi. Beberapa contoh makanan yang mengandung lemak jahat adalah makanan bersantan, produk olahan ayam potong, makanan berminyak dll.

g. Komplikasi hipertensi

Tekanan darah tinggi bisa merusak pembuluh darah dan organ-organ lain di dalam tubuh. Jika dibiarkan hipertensi bisa menimbulkan penyakit-penyakit serius, seperti:

- 1) Aterosklerosis
- 2) Kehilangan penglihatan
- 3) Terbentuk aneurisma
- 4) Gagal ginjal

h. Pencegahan hipertensi

Untuk mencegah tekanan darah tinggi (hipertensi), ada beberapa tips yang dapat dilakukan :

- 1) Kurangi konsumsi garam dalam makanan. Jika anda sudah menderita tekanan darah tinggi sebaiknya hindari makanan yang mengandung garam.
- 2) Konsumsi makanan yang mengandung kalium, magnesium dan kalsium, karena mampu mengurangi tekanan darah tinggi.
- 3) Hindari konsumsi alkohol.
- 4) Olahraga secara teratur. Jika anda telah menderita tekanan darah tinggi, pilih olahraga yang ringan seperti berjalan kaki, bersepeda, lari santai, dan berenang. Lakukan selama 30 hingga 45 menit sehari sebanyak 3 kali seminggu.
- 5) Makan sayur dan buah yang berserat tinggi seperti sayuran hijau, pisang, tomat, wortel, melon, dan jeruk.
- 6) Jalankan terapi anti stress agar mengurangi stress dan mampu mengendalikan emosi.
- 7) Berhenti merokok juga berperan besar untuk mengurangi tekanan darah tinggi (hipertensi).
- 8) Kendalikan kadar kolesterol.

- 9) Kendalikan diabetes.
  - 10) Hindari obat yang bisa meningkatkan tekanan darah, dan selalu konsultasikan ke dokter.
- i. Pengobatan hipertensi

Pengobatan hipertensi penting untuk mengurangi risiko kematian karena penyakit jantung. Beberapa obat yang sering diresepkan dokter untuk mengatasi hipertensi adalah:

- 1) **Diuretik:** chlorotiazide, chlorthalidone, hydrochlorotiazide/HCT, indapamide, metolazone, bumetanide, furosemide, torsemide, amilorid, triamterene).
  - 2) **Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor:** captopril, enalapril, lisinopril, benazepril hydrochloride, perindopril, ramipril, quinapril hydrochloride, dan trandolapril.
  - 3) **Betablocker** : atenolol, propranolol, metoprolol, nadolol, betaxolol, acebutolol, bisoprolol, esmilol, nebivolol, dan sotalol).
  - 4) **Penghambat aliran kalsium:** amlodipine, clevidipine, diltiazem, felodipine, isradipine, nicardipine, nifedipine, nimodipine, dan nisoldipine.
  - 5) **Alfa-blocker:** doxazosin, terazosin hydrochloride, dan prazosin hydrochloride.
  - 6) **Vasodilator:** hydralazine dan minoxidil.
  - 7) **Central-acting agents:** clonidine, guanfacine, dan methyldopa.
- Obat darah tinggi pun harus dikonsumsi rutin dan tepat dosis untuk manfaatnya bisa dirasakan.

*Self efficacy* pasien hipertensi atau keyakinan tentang kemampuannya untuk mengontrol tekanan darah juga masih sangat kurang. Ketika tekanan darah sudah kembali normal, maka pasien cenderung menganggap kesembuhannya permanen. Pemahaman pasien dan kemampuan penatalaksanaan atau perawatan mandiri pasien hipertensi (*hypertension self management*) juga masih sangat rendah.

Ketidakpatuhan terhadap perilaku perawatan diri (*self care*) ini dapat berdampak buruk terhadap kesehatan yang dialami pasien hipertensi. Membantu individu untuk memahami bahwa hipertensi merupakan suatu kondisi yang dikelola dapat meningkatkan keyakinan mereka tentang hidup dengan penyakit hipertensi. *Self efficacy* atau keyakinan terhadap kemampuan seseorang untuk berpartisipasi dalam perilaku tertentu merupakan elemen penting dalam program yang dirancang untuk meningkatkan manajemen diri pasien hipertensi (Datak, Sylvia, & Manuntung, 2018).

Penatalaksanaan hipertensi saat ini masih berfokus pada farmakologi. Tindakan farmakologi dengan pemberian obat anti hipertensi efektif dapat menurunkan tekanan darah tetapi hasil penelitian lainnya dilaporkan sebanyak 36% yang mengkonsumsi captopril dan 45% pasien yang mengkonsumsi obat amlodipine mengalami bengkak pada kaki, pusing, mual lemas dan gangguan pada lambung (Kristanti 2015). Tindakan non farmakologi modifikasi gaya hidup sudah terbukti berhasil dapat menurunkan tekanan darah dan meminimalkan komplikasi akibat hipertensi serta tidak memiliki efek samping. Hasil penelitian melaporkan bahwa pola makan yang sehat (rendah garam) dapat menurunkan 3 mmHg tekanan sistol, menurunkan resiko 8% kematian akibat stroke dan 5% akibat kerusakan pembuluh darah (Appel, et al. 2006). Konsumsi buah dan sayuran menurunkan 5 mmHg untuk sistol, mengurangi konsumsi alkohol kurang dari 2 gelas perhari 3,3 mmHg sistolik (M.Hedge & Scott D. Solomon 2015) dan rutin melakukan aktifitas fisik menurunkan 5-7 mmHg sistol (Primatesta, et al. 2001). Perilaku kepatuhan gaya hidup sehat sangat diperlukan agar pasien hipertensi menerapkan gaya hidup sehat sehingga tekanan darah dapat dikontrol dan komplikasi tidak terjadi (Khotimah, 2018).

## **B. Kerangka Teori Penelitian**

Pandangan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan

mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Dalam konsep praktik keperawatan, Orem mengembangkan teori *Self Care Deficit* meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu : 1) *Self Care*, 2) *Self care defisit* dan 3) *nursing system*. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; *self care*, *self care agency*, kebutuhan *self care terapeutik*, *self care defisit*, *nursing agency*, dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar). Penerapan teori *self care* Dorothea Orem berfokus pada peran manusia dalam menyeimbangkan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya dengan merawat diri mereka sendiri. Peran perawat adalah memenuhi kebutuhan perawatan diri klien untuk mencapai kemandirian dan kesehatan yang optimal (Tomey & Alligood, 2010).

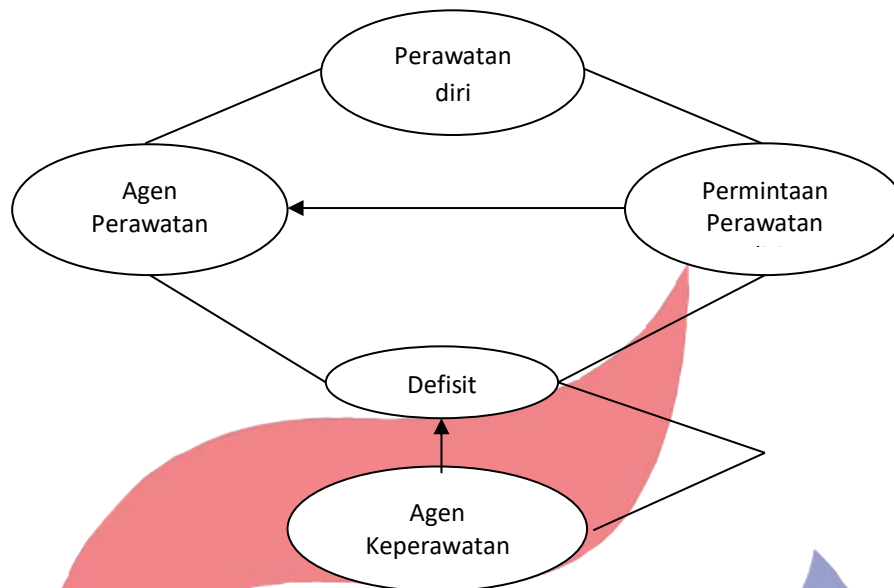
Teori keperawatan defisit perawatan diri adalah teori umum yang terdiri dari empat teori yang terkait sebagai berikut (1) teori perawatan diri yang menjelaskan mengapa dan bagaimana orang merawat diri mereka sendiri. (2) teori ketergantungan perawatan, yang menjelaskan bagaimana anggota keluarga dan atau teman - teman memberikan perawatan untuk orang yang ketergantungan secara social, (3) teori defisit perawatan diri, yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa orang dapat dibantu melalui keperawatan. (4) teori sistem keperawatan, yang menggambarkan dan menjelaskan hubungan yang harus dilakukan dan dipelihara untuk menghasilkan keperawatan.

Perawatan diri terdiri dari kegiatan praktik yang mendewasakan dan orang dewasa memulai dan melakukan dalam kerangka waktu, atas nama mereka sendiri dalam rangka kepentingan mempertahankan hidup, memfungsikan kesehatan, melanjutkan pengembangan pribadi, dan kesejahteraan dengan memenuhi syarat yang dikenal untuk pengaturan fungsional dan perkembangan (Orem,2001,hal. 522). Ketergantungan perawatan mengacu pada perawatan yang diberikan kepada seseorang yang karena faktor yang berhubungan, tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri yang diperlukan dalam mempertahankan hidup, memfungsikan kesehatan, melanjutkan pengembangan pribadi dan kesejahteraan. Permintaan

ketergantungan diri yaitu penjumlahan dari langkah - langkah perawatan pada suatu titik waktu atau selama durasi waktu tertentu untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri terapeutik ketergantungan, ketika agen perawatan dirinya tidak memadai atau operasional (Taylor, Renspenning, Geden, *et al*, 2001, hal 41).

Agen perawatan diri adalah kemampuan orang dewasa atau orang menuju pendewasaan yang diperoleh secara kompleks untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhan mereka yang terus - menerus pada tindakan yang disengaja dan memiliki tujuan untuk mengatur fungsi dan pengembangan kemanusiaan mereka sendiri (Orem, 2001, hal.522).

Agen ketergantungan perawatan mengacu pada kemampuan yang diperoleh dari seseorang untuk mengetahui permintaan perawatan diri terapeutik dari orang yang ketergantungan dan atau mengatur pengembangan dan pelaksanaan agen ketergantungan perawatan diri. Agen keperawatan terdiri dari kemampuan yang dikembangkan dari orang - orang yang dididik sebagai perawat yang memberdayakan mereka untuk mewakili diri mereka sebagai perawat dan dalam kerangka hubungan interpersonal yang sah untuk bertindak, mengetahui dan untuk membantu orang - orang dalam hubungan tersebut untuk memenuhi tuntutan perawatan diri terapeutik mereka dan untuk mengatur pengembangan atau pelaksanaan agen keperawatan diri mereka (Orem, 2001, hal 518). Agen keperawatan juga menggabungkan kemampuan perawat dalam membantu orang - orang yang memberikan ketergantungan perawatan untuk mengatur pengembangan atau pelaksanaan agen ketergantungan perawatan mereka.



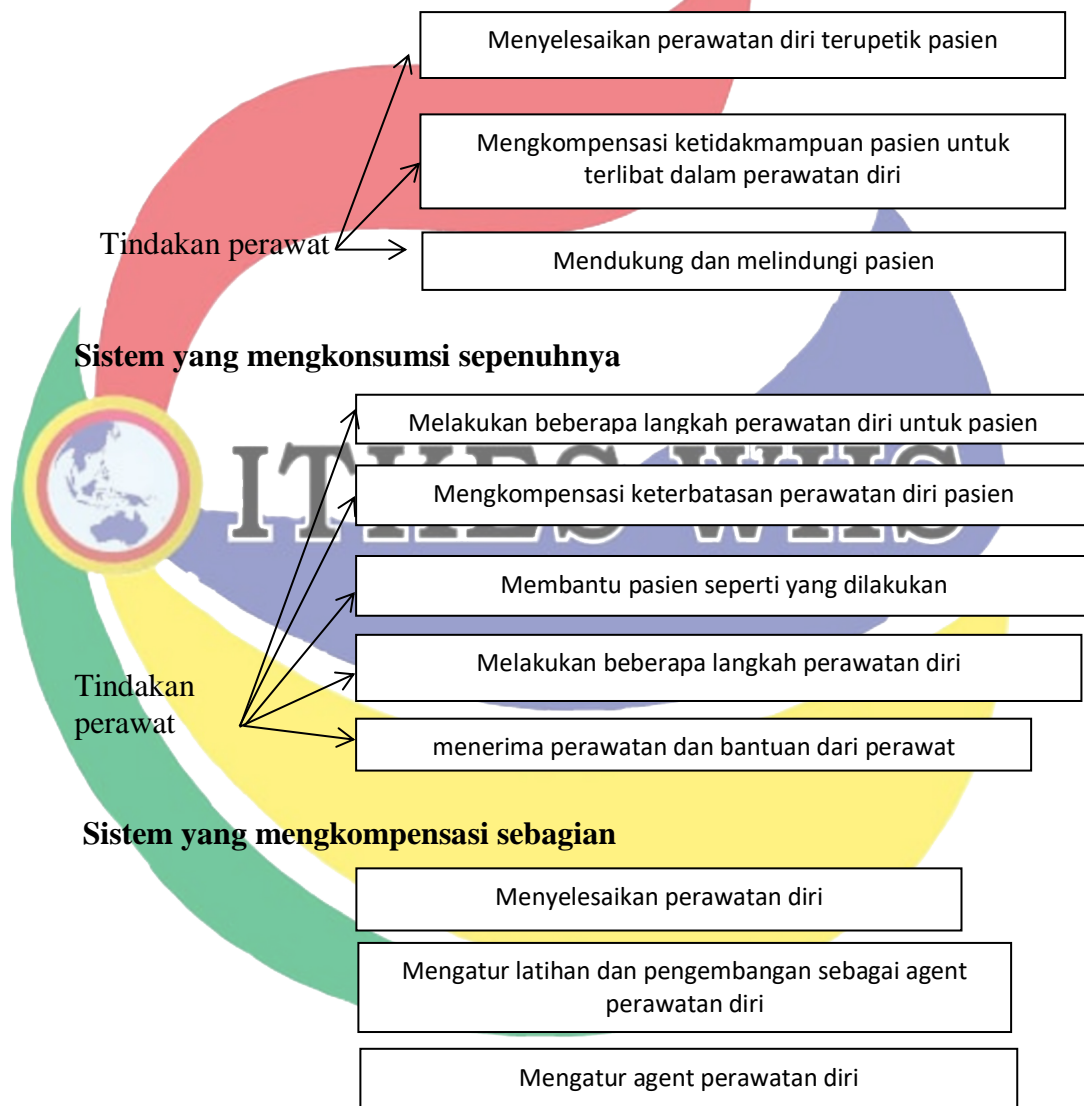
**Skema 2.2** Skema Kerangka Keperawatan Orem, R hubungan; hubungan defisit saat ini atau proyeksi (Orem, 2001)

Teori ketergantungan perawatan “menjelaskan bagaimana sistem keperawatan diri dimodifikasi dan diarahkan kepada orang yang secara sosial tergantung dan membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya”(Taylor & Renpenning, 2011, hal 24). Untuk orang - orang yang secara sosial tergantung dan tidak dapat memenuhi permintaan perawatan diri mereka sendiri, bantuan dari orang lain diperlukan.

Dalam banyak hal perawatan diri dan ketergantungan perawatan adalah sejajar, dengan perbedaan utama bahwa ketika memberikan ketergantungan perawatan, orang tersebut memenuhi kebutuhan perawatan diri oleh orang lain. Agen ketergantungan perawatan dapat mempengaruhi atau mengkondisikan permintaan perawatan diri agen terapeutik dan agen perawatan diri. Kebutuhan ketergantungan perawatan diperkirakan bertambah dengan bertambahnya penduduk usia lanjut dan jumlah orang yang hidup dengan kondisi penyakit kronis dan kondisi kecacatan.

Wawasan Orem menuntun pada formalisasi awal dan ekspresi berikutnya dari konsep umum keperawatan. Generalisasi ini kemudian memungkinkan pemikiran induktif dan deduktif tentang keperawatan. Bentuk teori ditunjukkan dalam banyak model yang telah di kembangkan oleh orem.

Orem menggambarkan model dan pentingnya mereka untuk pengembangan dan pemahaman tentang relaitas. Model ini “diarahkan untuk mengetahui dengan merawat diri mereka sendiri. Jika individu tidak mampu memenuhi kebutuhannya (keharusan perawatan diri), maka terjadi defisit perawatan diri dan timbul tuntutan perawatan diri terapeutik yang mengarah pada bantuan perawatan (bagan 2.1 *wholly compensatory system*/ kompensatori utuh, *partial compensatory system*/ kompensatori sebagian, dan sistem dukungan pendidikan).



**Skema 2.3** Sistem Keperawatan Dasar Orem (2001)

Keperawatan Orem membahas tentang teori defisit diri. Berdasarkan sistem keperawatan dasar Orem Teori keperawatan defisit perawatan diri

adalah teori umum yang terdiri dari empat teori yang terkait sebagai berikut (1) teori perawatan diri yang menjelaskan mengapa dan bagaimana orang merawat diri mereka sendiri. (2) teori ketergantungan perawatan, yang menjelaskan bagaimana anggota keluarga atau teman - teman memberikan perawatan untuk orang yang ketergantungan secara sosial. (3) teori defisit perawatan diri, yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa orang dapat dibantu melalui keperawatan. (4) teori sistem keperawatan, yang menggambarkan dan menjelaskan hubungan yang harus dilakukan dan dipelihara untuk menghasilkan keperawatan.

Perawatan diri terdiri dari kegiatan praktik yang mendewasakan dan orang dewasa memulai dan melakukan dalam kerangka waktu, atas nama mereka sendiri dalam rangka kepentingan mempertahankan hidup, memfungsikan kesehatan, melanjutkan pengembangan pribadi, dan kesejahteraan dengan memenuhi syarat yang dikenal untuk pengaturan fungsional dan perkembangan (Orem,2001,hal. 522). Ketergantungan perawatan mengacu pada perawatan yang diberikan kepada seseorang yang karena faktor yang berhubungan, tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri yang diperlukan dalam mempertahankan hidup, memfungsikan kesehatan, melanjutkan pengembangan pribadi dan kesejahteraan.

Permintaan ketergantungan diri yaitu penjumlahan dari langkah - langkah perawatan pada suatu titik waktu atau selama durasi waktu tertentu untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri terapeutik ketergantungan, ketika agen perawatan dirinya tidak memadai atau operasional (Taylor, Renspenning, Geden, *et al*, 2001, hal 41). Agen perawatan diri adalah kemampuan orang dewasa atau orang menuju pendewasaan yang diperoleh secara kompleks untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhan mereka yang terus - menerus pada tindakan yang disengaja dan memiliki tujuan untuk mengatur fungsi dan pengembangan kemanusiaan mereka sendiri (Orem, 2001, hal.522).

Agen ketergantungan perawatan mengacu pada kemampuan yang diperoleh dari seseorang untuk mengetahui permintaan perawatan diri terapeutik dari orang yang ketergantungan dan atau mengatur pengembangan

dan pelaksanaan agen ketergantungan perawatan diri. Agen keperawatan terdiri dari kemampuan yang dikembangkan dari orang - orang yang dididik sebagai perawat yang memberdayakan mereka untuk mewakili diri mereka sebagai perawat dan dalam kerangka hubungan interpersonal yang sah untuk bertindak, mengetahui dan untuk membantu orang - orang dalam hubungan tersebut untuk memenuhi tuntutan perawatan diri terapeutik mereka dan untuk mengatur pengembangan atau pelaksanaan agen keperawatan diri mereka (Orem, 2001, hal 518). Agen keperawatan juga menggabungkan kemampuan perawat dalam membantu orang - orang yang memberikan ketergantungan perawatan untuk mengatur pengembangan atau pelaksanaan agen ketergantungan perawatan mereka.

### 1. Aplikasi Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan Teori Keperawatan Dorothea E. Orem Dalam Pemberian *Cognitive Behavior Therapy* Terhadap *Self Efficacy* pasien Hipertensi



**Skema 2.4** Skema Kerangka Teori Penelitian

( Orem, 2001 ; Suryaningrum, 2013 ; Bandura dalam Fitria A, 2019 ; Datak, Sylvia, & Manuntung, 2018 ; Brunner dan suddarth, 2013 ).

### C. HIPOTESIS

Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian. Setiap hipotesis terdiri atas suatu unit atau bagian dari permasalahan (Nursalam, 2013). Jadi hipotesa dari penelitian ini adalah :

Hipotesa nol ( $H_0$ ) adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik. Hipotesis nol dapat sederhana atau kompleks dan bersifat sebab atau akibat. Dengan kata lain hipotesa nol adalah keadaan yang mencerminkan tidak terbuktinya dugaan hipotesa (Nursalam, 2013). Kebenaran harus berangkat dari keraguan dan netralitas yang tidak memihak. Hipotesa alternatif ( $H_a$ ) menyatakan suatu hubungan, pengaruh dan perbedaan antara dua atau lebih variabel (Nursalam, 2013). Dengan kata lain hipotesis alternatif adalah hipotesis yang diterima apabila hipotesis nol ditolak (Purwanto, 2008).

Hipotesis dalam penelitian adalah :

1.  $H_0$  : Tidak ada pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap *self efficacy* pada pasien Hipertensi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
2.  $H_a$  : Ada pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap *self efficacy* pada pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

## BAB III METODE PENELITIAN

### A. Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan bentuk rancangan yang akan digunakan dalam melakukan prosedur penelitian. Penelitian ini menggunakan *quasi experimental* dengan pendekatan *one group pretest-posttest* yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara memberikan pretest (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum dilakukan intervensi, kemudian diberikan intervensi. Setelah dilakukan intervensi, dilakukan *post-test* (pengamatan akhir) untuk melihat pengaruh suatu intervensi (Nursalam, 2015).

Adapun rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Subjek	<i>Pre-Test</i>	Perlakuan	<i>Post-Test</i>
R	O	I	OI

Keterangan:

- R : Subjek
- O : Nilai tes awal
- I : Intervensi Pendidikan Kesehatan
- OI : Nilai tes akhir sesudah intervensi

### B. Kerangka Konsep penelitian

Kerangka konsep terdiri dari variabel-variabel yang berhubungan satu dengan yang lainnya. Kerangka konsep merupakan sebuah kerangka hubungan antara konsep-konsep dalam bentuk variabel yang akan diteliti.



Keterangan :

- : Variabel Penelitian
- : Arah Hubungan

## C. Populasi Dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien hipertensi yang datang berobat di poli penyakit dalam Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi dan aspek-aspeknya. Sampel adalah bagian dari populasi yang diambil untuk diteliti (Sugiyono 2017). Sampel pada penelitian ini adalah pasien Hipertensi yang datang berobat di poli penyakit dalam dalam Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang sesuai dengan kriteria inklusi.

Adapun teknik pengambilan besar sampel (*sampling*) yang akan digunakan teknik *non-probability sampling* yaitu pengambilan sampel secara tidak di acak. Menggunakan teknik metode *accidental sampling*. Teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan yaitu sampel yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat di gunakan sebagai sampel, bila di pandang cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2011)

Adapun besar ditentukan dengan rumusan masalah analitik numerik berpasangan (Dahlan, S, 2018). Dengan demikian, rumus besar sampel atau replikasi yang digunakan adalah :

$$n_1 = n_2 \geq \left( \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})S}{X_1 - X_2} \right)^2$$

Adapun besar sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 orang responden

### 3. Tekhnik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode *non probability sampling* yaitu dengan teknik

pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/ kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, dengan teknik *consecutive sampling* yaitu memilih sampel setelah sebelumnya sudah ditetapkan kriteria yang harus dipenuhi. Sampel diambil dalam suatu kurun waktu yang telah ditetapkan oleh peneliti sampai jumlah sampel terpenuhi (Nursalam, 2015). Kriterianya adalah kriteria *inklusi* dan *Eksklusi*

a. Kriteria *inklusi*

Kriteria *inklusi* adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2015). Kriteria *inklusi* dalam penelitian ini adalah:

- 1) Responden umur >18 tahun
- 2) Bersedia menjadi responden
- 3) Responden yang mampu membaca dan menulis
- 4) Responden yang mampu berkomunikasi dengan baik
- 5) Pasien dengan tekanan darah persisten diatas 140/90 mmHg

b. Kriteria *eksklusi*

Kriteria *eksklusi* adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria *inklusi* dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2015). Kriteria *eksklusi* pada penelitian ini adalah:

- 1) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden
- 2) Pasien dengan komplikasi
- 3) Keluarga pasien menolak untuk mendatangi *inform consent*

#### D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu yang didefinisikan tersebut. Sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulang lagi oleh orang lain (Nursalam, 2018).

**Tabel. 3.2** Definisi Operasional Variabel penelitian

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Cognitive behavior therapy	Merupakan terapi yang digunakan untuk menangani masalah kesehatan penderita hipertensi yang berhubungan dengan psikologisnya.	SOP		
<i>Self efficacy</i>	Keyakinan perawat tentang kemampuan atau kompetensi yang dimiliki untuk melakukan tugas dan menghasilkan suatu prestasi.	Kuisisioner yang berupa pernyataan yang dibuat menggunakan skala likert.	Mean, median, min, max, std deviation  Menggunakan <i>cut of point</i> <i>Pre Intervensi</i> 1. Baik jika skor $\geq$ <i>mean</i> 9.37 2. Kurang baik jika skor $<$ <i>mean</i> 9.37  <i>Post Intervensi</i> 1. Baik jika skor $\geq$ <i>mean</i> 12.30 2. Kurang baik jika skor $<$ <i>mean</i> 12.30	Interval  Ordinal

## E. Tempat Dan Waktu Penelitian

### 1. Tempat

Tempat penelitian telah dilaksanakan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### 2. Waktu

Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan 10 mei – 10 juni tahun 2020.

## F. Sumber data dan Instrumen Penelitian

### 1. Sumber Data

Sumber data adalah segala sesuatu yang dapat memberikan informasi mengenai data. Sumber data yang digunakan oleh peneliti adalah dari data primer yaitu berupa kuisisioner. Data primer yaitu data yang dibuat oleh peneliti untuk maksud khusus menyelesaikan permasalahan yang sedang ditanganinya.

Penelitian ini menggunakan data primer melalui Kuisisioner dikumpulkan sendiri oleh peneliti langsung dari sumber pertama atau tempat objek penelitian dilakukan.

## 2. Instrumen Penelitian

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner tentang *self efficacy* dan kuesioner tentang *cognitive behavior therapy* serta tensi meter untuk mengukur tekanan darah.

Alat ukur dalam instrumen ini berupa angket (kuesioner), dimana suatu cara pengumpulan data atau penelitian suatu mengenai suatu masalah yang umumnya menyangkut kepentingan umum (orang banyak). Angket (kuesioner) ini dilakukan dengan mengedarkan pertanyaan diajukan secara tertulis kepada sejumlah responden untuk mendapat tanggapan, informasi, jawaban, dan sebagainya (Notoadmodjo, 2013). Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuisisioner model tertutup, dimana responden hanya diberi kesempatan menentukan alternatif pilihan yang sudah tersedia. Kuisisioner yang digunakan untuk mengetahui *self efficacy* klien Hipertensi. Data yang dikumpulkan merupakan data primer karena diperoleh langsung dari responden. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuisisioner terstruktur.

- a. Kuisisioner A, data demografi merupakan pertanyaan tentang data karakteristik responden yang dibuat sendiri oleh peneliti terdiri dari 5 pertanyaan meliputi tentang data responden, yang terdiri dari enam pertanyaan antara lain: kode responden, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, obesitas, stress, olahraga, merokok, minum-minuma beralkohol, konsumis garam, dan lama hipertensi.
- b. Kuisisioner B, merupakan pernyataan yang berkaitan dengan *self efficacy*. Kuisisioner *self efficacy* mengadopsi (Kott dalam Ariani, 2011)

Tabel 3.2 kisi-kisi Instrument *Self Efficacy*

Atribut Variabel ( <i>Self Efficacy</i> )	Distribusi Pernyataan		Jumlah
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
• Tingkatan	1, 4, 7,10		4
• Kekuatan	8, 9, 13,	3,14	5
• Luas bidang tingkah laku	2, 5, 6, 12, 15	11	6
Total	12	3	15

## G. Uji Validitas dan Realibilitas

### 1. Uji Validitas

Sebelum kuesioner diberikan kepada responden, maka kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu agar instrumen yang digunakan benar-benar memenuhi persyaratan untuk digunakan sebagai alat ukur data (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas dilakukan di ruang Pelamboyan A Rumah Sakit Kanudjoso Datiwibowo Balikpapan sebanyak 20 responden pada tanggal 7 mei 2020. Hasil uji validitas untuk kuesioner *self efficacy* nilai  $r$  hitung didapatkan dalam rentang  $0.611 - 0.952 >$  dari  $r$  table 0.4683 artinya semua item pertanyaan dalam kuesioner valid.

### 2. Realibilitas

Pada penelitian ini uji reliabilitas dilakukan dengan pengujian reliabilitas internal karena uji reliabilitas tersebut diperoleh dengan cara menganalisis data 1 kali pengtesan (Arikunto, 2012). Reliabilitas berarti dapat dipercaya artinya, instrumen dapat memberikan hasil yang tepat. Alat ukur instrument dikategorikan reliabel jika menunjukkan konstanta hasil pengukuran dan mempunyai ketetapan hasil pengukuran sehingga terbukti bahwa alat ukur itu benar-benar dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya (Arikunto, 2013).

Hasil uji realibilitas pada pnelitian ini adalah 0.967. Dari data tersebut didapatkan nilai lebih besar dari 0,06 yang artinya semua item pada kedua kuesioner reliable.

## H. Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum penelitian ini dilakukan, peneliti melakukan persiapan, yaitu dengan mengajukan izin penelitian kepada kepala RSUD Dr. Djatiwibowo Balikpapan. Setelah mendapatkan izin dari kepala Rumah Sakit, peneliti kemudian mengajukan izin kepada kepala keperawatan yang menjadi lokasi penelitian. Peneliti menjelaskan mengenai tujuan, manfaat, prosedur, resiko penelitian, waktu pelaksanaan, serta hak yang akan diperoleh responden. Setelah mendapatkan izin, peneliti mempersiapkan diri untuk melakukan penelitian.

Pada saat memulai penelitian, peneliti mendatangi responden disetiap ruangan sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Peneliti melakukan kontrak waktu dengan calon responden. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan penelitian, hak dan kewajiban responden dan peneliti, selama proses penelitian berlangsung sebelum kuesioner di serahkan kepada responden. Responden diminta kesediaannya untuk mengisi lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika responden setuju, maka kuesioner diberikan kepada responden untuk dipelajari tata cara pengisian kuisisioner. Melakukan kontrak waktu kapan kuisisioner dapat diambil. Peneliti kembali datang untuk mengambil hasil kuisisioner dan memeriksa kelengkapannya. Selanjutnya peneliti memberikan kode nomor responden serta dilakukan skoring terhadap masing-masing item. Kemudian melakukan analisa menggunakan aplikasi SPSS (*Statical Package For The Social Science*).

Dalam penelitian ini, peneliti tetap memperhatikan tentang prosedur penelitian sesuai ketentuan umum dan regulasi Rumah Sakit dalam masa pandemic Covid19 dengan menjalankan regulasi tersebut peneliti

1. Peneliti menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) sesuai standard
2. Peneliti menjaga jarak dengan responden minimal 1 Meter
3. Peneliti mengikuti segala aturan yang ada selama masa pandemic covid19

## I. Pengolahan Data

Notoadmodjo (2012), menjelaskan bahwa proses kegiatan pengolahan data (*data processing*) terdiri dari 5 (lima) jenis kegiatan, yakni :

### 1. Memeriksa data (*Editing*)

Data-data hasil pengumpulan diperiksa yang berupa lembar kuesioner daftar pertanyaan, kartu, buku dan lain-lain. Kegiatan ini meliputi hal-hal berikut :

- a. Perhitungan data
- b. Penjumlahan data

Pada penelitian ini peneliti menghitung lembaran observasi, lembaran kuisisioner atau daftar pertanyaan yang sudah diisi, tujuannya untuk mengetahui apakah semua data yang diperlukan telah diisi lengkap ataukah tidak.

### 2. Koreksi

Termasuk dalam kegiatan koreksi ini adalah untuk melihat hal-hal sebagai berikut :

- a. Memeriksa kelengkapan data
- b. Memeriksa kesinambungan data
- c. Memeriksa keseragaman data

Pada penelitian ini peneliti melakukan koreksi terhadap data yang sudah dimasukkan ke dalam tabel data dalam bentuk data mentah dan melihat apakah data yang dimasukkan sudah benar ataukah belum.

### 3. Memberi Kode (*Coding*)

Memudahkan dalam pengolahan data, maka semua jawaban atau data hasil penelitian dianggap sangat perlu untuk disederhanakan agar supaya pada saat pengolahan data dapat dilakukan dengan mudah. Salah satu cara untuk menyederhanakan data hasil penelitian tersebut adalah dengan memberikan simbol-simbol tertentu untuk masing-masing data yang sudah diklasifikasikan diberikan skor 1,2,3,4 dan seterusnya kemudian di masukkan ke program SPSS.

Pada penelitian ini umur diberikan kode 1 : 30 – 45 tahun, kode 2 : 46 – 55 tahun, dan kode 3 : 56 – 70 tahun. Agama diberikan kode 1 :

Islam, kode 2 : Kristen katolik, dan kode 3 : Kristen protestan. Jenis kelamin diberikan kode 1 : Laki – laki, dan kode 2 : perempuan. Pendidikan diberikan kode 1 : SD, Kode 2 : SMP, Kode 3 : SMA, dan kode 4 : PT. Pekerjaan diberikan kode 1 : PNS, Kode 2 : Petani, kode 3 : wiraswasta, kode 4 : nelayan, kode 5 : IRT, dan kode 6 : lainnya. Aktifitas olahraga diberikan kode 1 : ya dan kode 2 : kadang – kadang. Merokok diberikan kode 1 : ya dan kode 2 : tidak. Lama hipertensi diberikan kode 1 : 1 - 5 tahun, dan kode 2 : 6 – 10 tahun. Self efficacy diberikan kode 1 : baik, dan kode 2 : kurang baik

#### 4. **Tabulasi Data (*Tabulating*)**

Tabulasi data adalah menyusun dan mengorganisir sedemikian rupa, sehingga akan dapat dengan mudah untuk dilakukan penjumlahan, disusun dan disajikan dalam bentuk tabel atau grafik. Pelaksanaannya dilakukan dengan cara :

- a. *Manual*
- b. *Elektronis* (komputer)

Tabulasi data dilakukan baik secara manual maupun dengan komputer. Tabulasi manual dilakukan pada saat merekap data Responden. Setelah direkap secara manual dan dicatat di kertas, selanjutnya dilakukan rekap secara elektronik dengan cara memasukkan data manual ke dalam komputer program excel.

#### 5. **Pembersihan data (*Cleaning*)**

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidak lengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

### J. **Analisa Data**

Analisa data dilakukan dengan menggunakan program *software* komputer. Analisa data pada penelitian ini menggunakan analisa univariat dan bivariat. Sebelum menggunakan analisa univariat dan bivariat maka dilakukan uji normalitas data (Notoadmojo, S., 2018).

### 1. Uji Normalitas Data

Uji normalitas data dilakukan untuk mengetahui apakah data tersebut mengikuti distribusi normal atau tidak. Uji normalitas merupakan bagian dari uji persyaratan analisis statistik asumsi dasar. Dalam penelitian ini uji normalitas yang digunakan adalah uji Shapiro Wilk karena jumlah sampel  $< 50$  orang.

Hasil analisis menggunakan program komputisasi SPSS versi 20.0 didapatkan data pre dan post terdistribusi normal dengan nilai uji Shapiro wilk pre 0.200 dan nilai post 0.198 yang menjelaskan nilai lebih dari nilai  $\alpha 0,05$

### 2. Analisa Univariat

Pada analisa univariat penelitian ini menjelaskan data karakteristik responden (Umur, agama, jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, aktivitas olahraga, lama hipertensi), yang disajikan secara kategorik. data pre intervensi dan data post intervensi akan disajikan dalam bentuk mean median, min, max, dan std deviation.

### 3. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk pengaruh *Cognitive Behavior Therapy Terhadap Self Efficacy* sebelum dan sesudah dilakukan. Uji analisis data yang digunakan adalah uji *paired t-test* untuk melihat perbedaan sebelum dan sesudah perlakuan, apabila data tidak berdistribusi normal maka digunakan uji *Wilcoxon* (Dahlan M. S., 2016)

Pada penelitian ini data terdistribusi normal maka uji yang digunakan untuk mengetahui pengaruh pengaruh *Cognitive Behavior Therapy Terhadap Self Efficacy* sebelum dan sesudah dilakukan adalah *paired sample t test*.

## K. Etika Penelitian

Dalam suatu penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan (Dahlan, 2014).

1. *Informed Consent* (Penjelasan dan Persetujuan)

*Informed Consent* merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden yang dilakukan peneliti dengan memberikan lembar persetujuan untuk bersedia dijadikan responden sebelum penelitian dilakukan. Sebelum melakukan penelitian responden diberikan informasi tentang tujuan penelitian agar responden memahami maksud, tujuan serta dampaknya.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Kerahasiaan responden akan tetap terjaga, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu atau berupa inisial dari nama responden.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

*Confidentiality* adalah masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2017).

4. *Respect for person*

Sebelum dilakukan penelitian, responden menandatangani *informed consent* kesediaan menjadi responden penelitian yang telah disediakan sebelumnya. Setelah menandatangani, peneliti berkewajiban untuk melindungi responden dalam pengambilan keputusan, dan menjaga kerahasiaan, sesuai dengan yang tercantum.

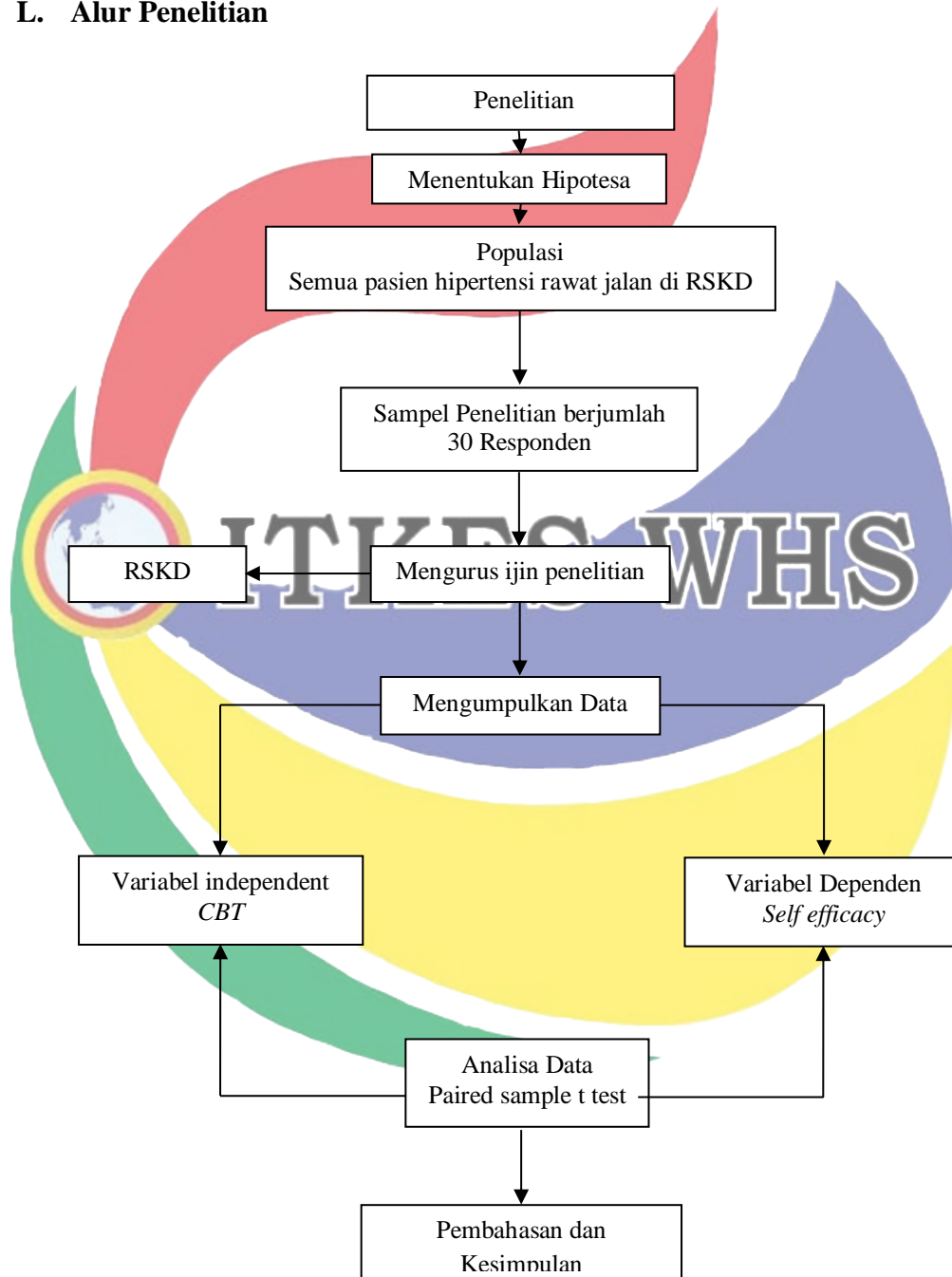
5. *Beneficence*

Penelitian melakukan yang terbaik dalam selama penelitian berlangsung dan memiliki tujuan yang menguntungkan bagi responden, tetapi dalam hal ini peneliti menyampaikan kepada responden atau keluarga apabila merasa tidak nyaman selama proses penelitian maka responden berhak mengundurkan diri.

## 6. Justice

Dalam pelaksanaan penelitian ini responden diperlakukan secara adil dan mendapatkan perlakuan yang sama dari peneliti, baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa ada diskriminasi pada masing-masing responden

### L. Alur Penelitian



Skema 3.2 Alur Penelitian

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Lokasi Penelitian

Pada BAB ini diuraikan hasil penelitian tentang Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy Terhadap Self Efficacy* Pada Pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.. Penelitian ini dilakukan bulan Mei tahun 2020. Responden penelitian ini adalah pasien Hipertensi yang datang berobat di poli penyakit dalam dalam di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. RS dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Rumah Sakit ini berada di Provinsi di kota Balikpapan berlokasi di jl. Mt Haryono Balikpapan dengan luas lahan 24,2 Ha. Rumah Sakit ini merupakan Rumah Sakit rujukan yang memiliki fasilitas dan dokter yang memadai. Tunjangan alat kesehatan, karyawan yang professional dan pemeriksaan yang lengkap. Rumah sakit ini juga sudah terakreditasi dengan akreditasi paripurna dari SNARS.

Rumah Sakit ini juga didukung oleh banyak penghargaan. Rumah Sakit dr. Kanudjoso Djatiwibowo didukung oleh tenaga medis dan non medis dengan jumlah 1.234 orang yang berasal dari tenaga PNS dan non PNS. Saat pandemic covid 19 tahun 2020 rumah sakit ini menjadi rujukan bagi pasien yang terpapar virus *Covid19*. Pelayanan yang diberikan berupa layanan isolasi dan layanan intensif Covid yang memiliki keluhan dan membutuhkan pelayanan yang intensif Salah satu pelayanan yang ada di rumah sakit ini adalah pelayanan Pada pasien Hipertensi.

## B. Hasil Penelitian

### 1. Data Karakteristik Responden

#### a. Umur

**Tabel 4.1** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan umur di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Umur	Frequency	Percent
30 - 45 tahun	6	20.0
46 - 55 tahun	11	36.7
56 - 70 tahun	13	43.3
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2020.

Berdasarkan tabel 4.1 hasil analisis didapatkan paling banyak umur responden adalah yang berumur 56 - 70 tahun sebanyak 13 (43,3%) sementara yang berusia paling sedikit adalah yang berumur 30 - 45 (20,0%).

#### b. Jenis Kelamin

**Tabel 4.2** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Jenis Kelamin	Frequency	Percent
laki-laki	19	63.3
Wanita	11	36.7
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2020.

Berdasarkan tabel 4.2 hasil analisis didapatkan paling banyak responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 19 (63,3%) sementara yang berjenis kelamin wanita sebanyak 11 (36,7%).

#### c. Pendidikan responden

**Tabel 4.3** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pendidikan	Frequency	Percent
SD	2	6.7
SMP	4	13.3
SMA	17	56.7
Sarjana	7	23.3
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.3 hasil analisis didapatkan paling banyak responden berpendidikan SMA sebanyak 17 (56,7%) sementara yang rendah adalah berpendidikan SD sebanyak 2 (6,7%).

d. Pekerjaan Responden

**Tabel 4.4** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pekerjaan	Frequency	Percent
PNS	6	20.0
Petani	3	10.0
Wiraswasta	12	33.3
Nelayan	1	3.3
IRT	8	26.7
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.4 hasil analisis didapatkan paling banyak responden berprofesi sebagai wiraswasta sebanyak 12 (40%) sementara yang rendah adalah sebagai Nelayan sebanyak 1 (3,3%).

e. Aktivitas kegiatan Olahraga responden

**Tabel 4.5** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Olahraga di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pekerjaan	Frequency	Percent
Ya	15	50.0
Kadang-kadang	15	50.0
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.5 hasil analisis didapatkan paling banyak responden menyatakan berolahraga sebanyak 21 (70%) sementara yang kadang-kadang melakukan olahraga yaitu 9 (30%).

f. Kebiasaan merokok

**Tabel 4.6** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan merokok di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Merokok	Frequency	Percent
Ya	5	16.7
Tidak	25	83.3
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.6 hasil analisis didapatkan paling banyak responden Merokok sebanyak 5 (16,7%) sementara yang tidak melakukan merokok sebanyak 25 (83,3%).

## g. Lama mengalami Hipertensi

**Tabel 4.7** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Hipertensi di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Lama Hipertensi	Frequency	Percent
1-5 tahun	27	90.0
6-10 tahun	3	10.0
Total	30	100.0

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.7 hasil analisis didapatkan responden paling lama mengalami hipertensi 1-5 tahun 27 (90%) sementara yang berada pada kisaran 6-10 tahun sebanyak 3 (10%).

## 2. Analisa Univariat

**Tabel 4.8** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Self Efficacy Pre* dan *Post Cognitive Behavior Therapy* di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

<i>Self efficacy</i> pasien HT	N	Mean	Median	Std. Deviation	Min	Max
Pre intervensi <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	30	9.37	9	1.884	6	13
Post Intervensi <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	30	12.30	13	2.003	8	15

Sumber : Data Primer, 2020.

Berdasarkan table 4.8 ditemukan data bahwa dari 30 responden nilai *self efficacy* pre intervensi *Cognitive Behavior Therapy* rata – rata 9.37 nilai minimum 6, maximal 13 dengan std deviation 1.884. Sedangkan nilai *self efficacy* post intervensi *Cognitive Behavior Therapy* rata – rata 12.30 nilai minimum 8, maximal 15 dengan std deviation 2.003. dari data tersebut terlihat ada perubahan nilai *self efficacy* antara pre dan post intervensi.

**Tabel 4.9** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Self Efficacy Pre* dan *Post Cognitive Behavior Therapy* di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

<i>Self Efficacy</i>	Pre	Percent	Post	Percent
Baik	14	46.7	17	56.7
Kurang Bik	16	53.3	13	43.3
Total	30	100	30	100

Sumber : Data Primer, 2020.

Berdasarkan tabel 4.9 hasil analisis didapatkan data pre intervensi *Cognitive Behavior Therapy* dominan kurang baik 16 responden (53,3%). Data post intervensi *Cognitive Behavior Therapy* dominan baik 17 responden (43,3%).

### 3. Analisa Bivariat

**Tabel 4.10** Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Self Efficacy Pre* dan *Post Cognitive Behavior Therapy* di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

	Paired Differences					t	df	P Value
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pre Self Efficacy - Post Self Efficacy	-2.933	1.413	.258	-3.461	-2.406	-11.374	29	.000*

Sumber : Data Primer, 2020

\*Paired sample t test < a 0,05

Berdasarkan tabel 4.10 hasil analisis didapatkan selisih nilai mean sebelum dan sesudah kegiatan sebesar -2.933. Selisih nilai minimum sebelum dan sesudah sebesar -3.461. Selisih nilai maximum sebelum dan sesudah sebesar -2.406. Nilai t 11.374 > dari r table 2.045 artinya ada perbedaan yang signifikan nilai *Self Efficacy* pre intervensi dan post intervensi *Cognitive Behavior Therapy*

Hasil uji statistik didapatkan nilai *significancy p value* = 0,000, yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima sehingga dapat disimpulkan secara statistik terdapat pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* Terhadap *Self Efficacy* pada pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

## C. Pembahasan

### 1. *Self Efficacy* Pasien Hipertensi Pre Intervensi *Cognitive Behavior Therapy*

Efikasi diri (*self efficacy*) sebagai keyakinan individu akan kemampuannya dalam mengatur dan melakukan tindakan yang

membantu untuk mendapatkan hasil sesuai dengan yang diharapkan (Bandura dalam Kusuma, 2017).

Dari hasil penelitian ditemukan data bahwa dari 30 responden nilai *self efficacy* pre intervensi *Cognitive Behavior Therapy* rata – rata 9.37 nilai minimum 6, maximal 13 dengan std deviation 1.884. Nilai *self efficacy* pada pasien hipertensi cukup bervariasi, menurut observasi peneliti akibat dari latar belakang yang berbeda. Jika disajikan dalam bentuk kategorik dari 30 responden pre intervensi ditemukan *self efficacy* baik 14 responden dan kurang baik 16 responden.

Menurut teori Bandura dalam Fitri A (2019) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat *self efficacy* seseorang yaitu jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, penghasilan, budaya, dukungan keluarga, stress, motivasi, edukasi, sifat tugas yang dihadapi, reward dan status atau peran individu dalam lingkungannya.

Sedangkan menurut Ada beberapa faktor yang mempengaruhi *self efficacy* menurut Greenberg dan Baron (Dalam Meisah, 2018) mengatakan ada dua faktor yang mempengaruhi *self efficacy* yaitu pengalaman langsung dan pengalaman tidak langsung. Pengalaman langsung merupakan pengalaman yang dilakukan sejak lama dan terjun dalam keadaan tersebut. Pengalaman tidak langsung merupakan pengalaman yang dipersepsikan oleh individu dengan melihat kejadian.

Menurut teori diatas, dalam penelitian ini *self efficacy* berdasarkan karakteristik responden. faktor umur ditemukan umur 30 – 45 tahun *self efficacy* baik 2 orang dan kurang baik 4 orang, .umur 46 – 55 tahun *self efficacy* baik 6 orang dan kurang baik 5 orang, dan umur 56 – 70 tahun *self efficacy* baik 6 orang dan kurang baik 7 orang. umur yang muda dan matang membantu individu untuk berpikir secara jernih sehingga mampu memiliki *self efficacy* yang tinggi. Namun pada rentang umur 30 – 45 tahun ada 4 responden yang *self efficacy* kurang baik. Hal ini akibat dari pendidikan yang rendah yaitu SMP sehingga pendidikan yang kurang akan mempengaruhi cara berpikir individu.

Kemudian pada rentang umur 56 – 70 tahun ada responden yang memiliki *self efficacy* yang baik, hal ini terjadi karena masih mampu bekerja dan aktivitas yang masih aktif.

Hasil ini sesuai dengan teori yang di ungkapkan oleh Bandura dalam Fitri A (2019). Umur memiliki pengaruh terhadap cara berpikir dan tingkat kemampuan individu. Semakin tua umur maka semakin menurun tingkat penalaran dan kemampuan individu. Penurunan kemampuan ini mengakibatkan distress yang tak terkontrol, informasi kemampuan fisik yang menurun sehingga berdampak pada *self efficacy* individu yang menurun.

Factor selanjutnya adalah jenis kelamin ditemukan jenis kelamin laki laki *self efficacy* baik 7 orang dan kurang baik 14 orang. Untuk jenis kelamin perempuan *self efficacy* baik 7 orang dan kurang baik 4 orang. Hal ini terjadi karena perempuan memiliki tingkat efikasi diri yang lebih tinggi dari laki laki.

Hasil ini sesuai dengan teori yang di ungkapkan oleh Bandura dalam Fitri A (2019) Perbedaan gender juga berpengaruh terhadap *self efficacy*. Wanita memiliki efikasi yang lebih tinggi dalam mengelola perannya. Wanita yang memiliki peran selain sebagai ibu rumah tangga, juga sebagai wanita karir akan memiliki *self efficacy* yang tinggi dibandingkan dengan pria yang bekerja

Hasil ini juga didukung penelitian yang dilakukan oleh Amir (2017). Dalam penelitiannya ditemukan responden wanita lebih dominan baik dari pada laki laki. Dalam penelitiannya mengungkapkan alasan wanita lebih tinggi karena responden yang dilakukan penelitian rata – rata wanita karir.

Factor selanjutnya adalah tingkat pendidikan ditemukan pendidikan SD *self efficacy* baik 1 orang dan kurang baik 1 orang. SMP *self efficacy* baik 1 orang dan kurang baik 3 orang. SMA *self efficacy* baik 7 orang dan kurang baik 10 orang. Sarjana *self efficacy* baik 5 orang dan kurang baik 2 orang. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin baik *self efficacy*. Dalam penelitian ini tingkat pendidikan tertinggi

adalah sarjana, namun ada 2 responden yang kurang baik. Hal ini terjadi masih kurangnya pengalaman tentang hipertensi, dan umur dalam rentang 56 – 70 tahun.

Menurut teori Bandura dalam Fitri A (2017) pendidikan memiliki sisi tertentu terhadap *self efficacy*. Tingkat pendidikan menjadi salah satu factor yang mempengaruhi *self efficacy*. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan cara berpikir yang tidak terbuka. Sedangkan untuk *self efficacy* perlu pemikiran yang terbuka tanpa dibebani dan penekanan stress.

Faktor selanjutnya adalah penghasilan (intensif), penghasilan dikaitkan dengan pekerjaan responden. Hasil penelitian ditemukan *self efficacy* berdasarkan pekerjaan PNS *self efficacy* baik 2 orang dan kurang baik 4 orang. PNS dinyatakan pekerjaan yang diidamkan oleh semua orang namun tingkat stress merupakan hal utama dalam posisi tersebut. Sehingga pada saat penelitian 4 reponden memiliki tekanan pekerjaan yang tinggi sehingga *self efficacy* yang terdataa rendah. Petani dan nelayan *self efficacy* baik tidak ada dan kurang baik 3 responden petani dan 1 responden nelayan. Hal ini terjadi karena penghasilan yang diterima tidak menentu, sehingga mempengaruhi *self efficacy*. IRT *self efficacy* baik 5 orang dan kurang baik 3 orang. IRT dalam penelitian ini adalah ibu yang bukan wanita karir, sehingga 3 responden memiliki *self efficacy* kurang baik. Namun ada 5 responden *self efficacy* baik, hal ini terjadi karena pendidikan dan suami responden memiliki pekerjaan yang mapan.

Teori Bandura dalam Fitri A (2017) Faktor lain yang dapat mempengaruhi *self efficacy* individu adalah insentif yang di perolehnya. Bandura menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self efficacy* adalah *petent continges incentive*, yaitu insentif yang dapat diberikan orang lain yang merefleksikan keberhasilan seseorang

Faktor selanjutnya menurut teori Greenberg dan Baron pengalaman mempengaruhi *self efficacy*. Hasil penelitian ditemukan lama hipertensi 1 – 5 tahun *self efficacy* baik 13 orang dan kurang baik

14 orang. Lama hipertensi 6 – 10 tahun *self efficacy* baik 1 orang dan kurang baik 2 orang. Jika dilihat dari lama responden mengalami hipertensi seharusnya semakin lama mengalami semakin baik *self efficacy* karena pengalaman yang sudah lama. Namun ini disebabkan karena kebiasaan sehari-hari yang tidak baik. Seperti masih merokok, olahraga yang kadang – kadang.

Menurut asumsi peneliti baik atau kurang baiknya *self efficacy* disebabkan oleh individu itu sendiri. Selain itu faktor eksternal juga mengambil andil didalamnya seperti penghasilan oleh individu yang bersangkutan.

## 2. *Self Efficacy* Pasien Hipertensi Post Intervensi *Cognitive Behavior Therapy*

Terapi perilaku kognitif (*CBT-Cognitive Behavior Therapy*) menggunakan teori dan riset tentang proses-proses kognitif. Pada faktanya terapi tersebut menggunakan gabungan paradigma kognitif dan belajar. Para terapis perilaku kognitif memberikan perhatian pada peristiwa-peristiwa dalam diri, pemikiran, persepsi, penilaian, pernyataan diri, bahan asumsi-asumsi yang tidak diucapkan (tidak disadari), dan telah mempelajari serta memanipulasi proses-proses tersebut dalam upaya memahami dan mengubah perilaku bermasalah yang terlihat maupun tidak terlihat.

Dari hasil penelitian ditemukan data bahwa dari 30 responden nilai *self efficacy* post intervensi *Cognitive Behavior Therapy* rata – rata 12.3 nilai minimum 8, maksimal 15 dengan std deviation 2.003. Nilai *self efficacy* pada pasien hipertensi post intervensi. Terapi perilaku kognitif (*CBT-Cognitive Behavior Therapy*) jika dibandingkan dengan pre intervensi mengalami peningkatan. Dari rata – rata 9.37 menjadi rata – rata 12.30. Jika disajikan dalam bentuk kategorik dari 30 responden post intervensi ditemukan *self efficacy* baik meningkat menjadi 17 responden dan kurang baik menurun menjadi 13 responden.

Terapi kognitif perilaku digunakan untuk membantu penderita gangguan kesehatan mental dalam mengenali permasalahan atau situasi

menantang dalam hidupnya, yang berisiko mengganggu kualitas hidup maupun kesehatan mental dan fisik. Selain itu, terapi kognitif perilaku dilakukan untuk membantu Anda mencari pendekatan dan solusi masalah yang sesuai dengan kondisi yang Anda alami. (Suryaningrum, 2013)

*CBT-Cognitive Behavior Therapy* mampu mengubah perilaku, pemahaman dan persepsi seseorang terhadap sesuatu. *Self efficacy* dipengaruhi oleh beberapa factor diantaranya stress yang diakibatkan oleh persepsi. Sehingga dalam penggunaan terapi ini akan membantu dalam peningkatan *self efficacy* individu. (Susiani, 2017)

Terapi *CBT-Cognitive Behavior Therapy* tidak dapat dilakukan hany sekali saja. Namun harus dilakukan berapa kali, namun untuk sekali terapi sudah memperlihatkan hasil yang signifikan. Perubahan tersebut sesuai dengan keadaan individu dan motivasi keluarga yang mendukung jalannya terapi. (megawati (2016)

Menurut asumsi peneliti peningkatan nilai *self efficacy* post intervensi *CBT-Cognitive Behavior Therapy* akan lebih menonjol jika dilakukan beberapa kali. Dalam penelitian ini responden hanya sekali dilakukan terapi tersebut. Sehingga hasil yang didapatkan ada peningkatan tetapi tidak terlalu jauh.

### **3. Pengaruh *self efficacy pre dan post cognitive behavior therapy* pada pasien Hipertensi**

Hasil penelitian melihat data antara pre dan post intervensi *cognitive behavior therapy*. Ditemukan peningkatan nilai *self efficacy*. Nilai *self efficacy* pre intervensi ditemukan rata - rata 9.37 kemudian meningkat menjadi 12.30 post intervensi. Nilai *self efficacy* terendah pre intervensi 6 meningkat menjadi 8 post intervensi. Kemudian nilai maximum pre intervensi 13 meningkat menjadi 15 post intervensi. Jika dilihat dari data ini sudah dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan nilai *self efficacy* pre dan pot intervensi. Sehingga *cognitive behavior therapy* memiliki pengaruh dalam nilai *self efficacy*. Selain data di atas ditemukan Nilai t hitung 11.374 > dari r table 2.045 artinya ada perbedaan yang

signifikan nilai *Self Efficacy* pre intervensi dan post intervensi *Cognitive Behavior Therapy*

Hasil penelitian menggunakan uji *Sample paired t test* di dapatkan nilai  $p\text{ value} = 0,000 < \alpha 0,05$ , yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima sehingga dapat disimpulkan secara statistik terdapat pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap *self efficacy* pada pasien hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Tujuan *Cognitive Behavior Therapy* adalah untuk mengajak konseling menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dihadapi. Terapis diharapkan mampu menolong klien untuk mencari keyakinan yang sifatnya dogmatis dalam diri klien dan secara kuat mencoba menguranginya. Terapis harus waspada terhadap munculnya pemikiran yang tiba-tiba mungkin dapat dipergunakan untuk merubah mereka. Dalam proses ini, beberapa ahli *cognitive behavior* memiliki pendapat bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam terapi, karenanya *cognitive behavior* lebih banyak bekerja pada status kognitif masa kini untuk dirubah dari negatif menjadi positif. Perawat dapat memberikan bantuan pada pasien dengan memberikan psikoterapi dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan hipertensi secara mandiri. Salah satu psikoterapi yang digunakan adalah *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* yaitu pendekatan psikoterapi yang digunakan untuk menangani emosi disfungsional, perilaku maladaptif dan proses kognitif melalui tujuan yang berorientasi dan prosedur sistematis. *CBT* dianggap efektif untuk pengobatan berbagai kondisi atau masalah kesehatan. Banyak program perawatan *CBT* untuk gangguan tertentu telah dievaluasi keberhasilannya (Manuntung, 2015)

Menurut Zadeh, Z. F. & Lateef, M (2012) mengemukakan bahwa peran seorang terapis perilaku kognitif (*CBT*) akan memberikan perhatian pada peristiwa-peristiwa dalam diri, pemikiran, persepsi, penilaian, pernyataan diri, bahan asumsi yang tidak diucapkan (tidak disadari) dan telah mempelajari serta memanipulasi proses-proses

tersebut dalam upaya memahami dan mengubah perilaku bermasalah yang terlihat maupun tidak terlihat.

Berdasarkan teori pernyataan diatas bahwa peningkatan nilai terhadap *self efficacy* pada pasien hipertensi di pengaruhi oleh kemampuan terapis dalam menemukan masalah yang dialami pasien. Dalam penelitian ini responden belum melakukan terapi berulang. Sehingga peneliti belum bisa menemukan semua masalah yang dialami responden.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Asmir (2016) dimana dalam penelitiannya juga menemukan ada pengaruh yang signifikan terdapat pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap *self efficacy* pada pasien hipertensi.

Menurut asumsi peneliti bahwa *cognitive behavior therapy* memiliki pengaruh terhadap *self efficacy*. Untuk hasil yang optimal harus dilakukan beberapa kali sehingga terapi yang diterapkan lebih mendalam terhadap responden.

#### **D. Keterbatasan Penelitian**

Dalam melakukan penelitian ini masih terdapat berbagai kelemahan dan kekurangan, walaupun peneliti berupaya semaksimal mungkin dengan berbagai usaha untuk membuat hasil penelitian ini menjadi sempurna. Peneliti menyadari bahwa terdapat keterbatasan dalam penelitian ini. Hasil penelitian mungkin akan berpengaruh akibat kelemahan dan kesulitan yang tidak bisa dihindari. Adapun keterbatasan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Masa pandemi covid-19 menyebabkan responden terlalu dekat dalam melakukan komunikasi langsung dengan jarak minial 1 meter sesuai standar protocol covid19. Sehingga penyampaian kepada responden kadang terganggu.
2. Kurang obyektif dalam proses Observasi karena kurang mengetahui kondisi yang dirasakan responden itu sendiri. Kerena pertemuan responden hanya sekali terapi saja.

## BAB V PENUTUP

### A. Kesimpulan

1. Hasil penelitian menunjukkan nilai *self efficacy* pre intervensi *Cognitive Behavior Therapy self efficacy* baik 14 responden dan kurang baik 16 responden dengan nilai rata – rata 9.37 nilai minimum 6, maximal 13 dengan std deviation 1.884.
2. Hasil penelitian menunjukkan nilai *self efficacy* post intervensi *Cognitive Behavior Therapy self efficacy* baik 17 responden dan kurang baik 13 responden dengan nilai rata – rata 12.3 nilai minimum 8, maximal 15 dengan std deviation 2.003.
3. Hasil uji *Sample paired t test* di dapatkan nilai  $p\ value = 0,000 < \alpha\ 0,05$ , Terdapat pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap *self efficacy* pada pasien hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### B. Saran

#### 1. Bagi Responden

Responden yang mengalami *self efficacy* kurang baik bisa melakukan terapi diri sendiri melalui praktek terapi *cognitive behavior therapy* yang diperaktekkan peneliti.

#### 2. Bagi Institusi pelayanan Kesehatan

Institusi pelayanan kesehatan khususnya Dr. mvKanujoso Djatiwibowo Balikpapan mampu menjadikan tolak ukur dalam pengembangan sumber daya dalam meningkatkan kegiatan pelatihan terapis *CBT* dalam meningkatkan *self efficacy* pada pasien secara umum

#### 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan adanya penelitian lebih lanjut tentang pengaruh *CBT* terhadap *self efficacy* pasien hipertensi dengan lingkup lebih luas yaitu meliputi seluruh pasien dan variabel independen berbedaatau memodifikasi dan lain sebagainya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amila, A., Sinaga, J., & Sembiring, E. (2018). *Self Efficacy dan Gaya Hidup Pasien Hipertensi*. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 360. <https://doi.org/10.26630/jk.v9i3.974>
- Bandura, A. (2004). *Health Promotion by Social Cognitive Means*. Health Education & Behaviour.
- Datak, G., Sylvia, E. I., & Manuntung, A. (2018). Pengaruh *Cognitive Behavioral Therapy* Terhadap *Self Efficacy* dan *Self Care Behavior* Pasien Hipertensi di Kota Palangka Raya. *Jurnal Surya Medika*, 3(2), 132–143. <https://doi.org/10.33084/jsm.v3i2.113>
- Dinkes Kaltim. (2018). Profil Kesehatan Kalimantan Timur Tahun 2017. Profil Kesehatan Indonesia 2017. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Dahlan M. S. (2016). *Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran Dan Kesehatan (Seri 3 Edi)*. Jakarta: Sagung Seto.
- Beck, Judith S., 2011. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Findlow, W.J., Seymour, R. B., Huber, L., R. B. (2012). *The Association Between Self Efficacy and Hypertension Self Care Activities Among African American Adults*. *Journal of Community Health*, 37(1), 15-24.
- Harsono, J. (2017). Hubungan Efikasi Diri dengan Management Perawatan Diri pada Penderita Hipertensi di Desa Pringapus Kecamatan Pringapus Kabupaten Semarang. Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Ngudi Waluyo Ungaran.
- Khotimah, N. K. (2018). Model Peningkatan Kepatuhan Gaya Hidup sehat Pada Pasien Hipertensi Berbasis Social Cognitive Theory di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bima. *Kesehatan Masyarakat, (ilmu Perilaku Kesehatan)*, 1–210.
- Gad Datak, Ester Inung Sylvia, Alfeus, Manuntung (2018) pengaruh *cognitive behavioral therapy* terhadap *self efficacy* dan *self care behavior* pasien Hipertensi di Kota Palangka Raya. *Jurnal Surya Medika* Volume 3 No. 2
- Nursalam. (2014). Metodologi penelitian ilmu keperawatan: pendekatan praktis. In Metodologi penelitian Ilmu keperawatan: pendekatan praktis.
- Nursalam, N (2017). *The Effectiveness Of Supportive Educative In Increasing Self Regulation, Self Efficacy, And Self Care Agency To Control Glicemic* 2017. <https://doi.org/10.20473/jn.v8i2.3828>

- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. In *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Notoadmojo, S. (2013). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmojo, S. (2018). Metodologi Penelitian Kesehatan. *Indonesian Journal On Medical Science*. <https://doi.org/S0887899401003605>
- Manuntung, A. (2015). Pengaruh *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* terhadap *Self Efficacy* dan *Self Care Behavior* pada Pasien Hipertensi. *Mutiara Medika: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 15(1), 40–51. Retrieved from <http://journal.umy.ac.id/index.php/mm/article/view/2493/2557>
- Mulyana, H., & Kencana, S. M. (2019). Gambaran *Self Efficacy* Penderita Hipertensi, 15(1).
- Molaie, A., Shahidi, S., Vazifeh, S., & Bagherian, S., 2010. 'Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and movie therapy on improving abstinence self-efficacy in Iranian substance dependent adolescents'. *Procedia Sosial and Behavioral Sciences* 5 (2010) 1180–1184. <http://www.sciencedirect.com/>
- Pramudianti *et al.*, (2014). Hipertensi. Jakarta.
- Rizka, R. (2012). Hubungan *Self Efficacy* dengan *Treatment Adherence* pada Penderita Hipertensi di RSI Siti Hajar. <https://digilib.unisby.ac.id/9967>
- Kott dalam Aini, U. F., rifai, A & wijayanti, A. (2016). Associate between family support with self-care behavior of patients with diabetes mellitus type 2. (studies in work a rea of public health jelakombo in jombang regency). *Jurnal keperawatan*, 2(2).
- Sugiyono. (2012). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D. Bandung: Alfabeta. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R & D. Bandung: Alfabeta. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Sung, J., Woo, J.M., Kim, W., Lim, S.K., & Chung, E.J., 2012. 'The effect of cognitive behavior therapy-based "forest therapy" program on blood pressure, salivary cortisol level, and quality of life in elderly hypertensive patients'. *Clin Exp Hypertens*. 2012;34(1):1-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Stallard, P. (2004). *Think Good - Feel Good : A Cognitive Behavioral Therapy Workbook for Children and Young People*. West Sussex : John Wiley & Sons.
- Westbrook, D., Kennerly, & Kirk, J. (2007). *An Introduction to Cognitive Behavioral Therapy : Skills and Applications*. Los Angeles : Sage Publication.
- WHO. (2014). *Global Tuberculosis Report 2014*. In World Health Organization.

<https://doi.org/10.3917/spub.092.0139>

WHO. (2013). *World Health Organization. a Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis*

Zaenurrohmah, D. H. and Rachmayanti, R. D. (2017) 'Hubungan Pengetahuan Dan Riwayat Hipertensi Dengan Tindakan Pengendalian Tekanan Darah Pada Lansia' *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5 (June 2017), pp. 174–184.

doi: [10.20473/jbe.v5i2.2017.174-184](https://doi.org/10.20473/jbe.v5i2.2017.174-184)

Zadeh, Z.F. & Lateef, M., 2012. 'Effect of cognitive behavioural therapy (CBT) on depressed female university students in Karachi'. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 69 (2012) 798–806. Diakses dari <http://www.sciencedirect.com/>



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **I. Data Pribadi**

1. Nama : Dwi Kusrini
2. Tempat dan Tanggal Lahir : Sragen , 11 Juli 1980
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Status Pernikahan : Menikah
6. Warga Negara : Indonesia
7. Alamat : Jalan Gunung Steling RT .052 No.50  
Kel. Gunung Samarinda Kec.  
Balikpapan Utara, Kota Balikpapan
8. Nomor Telepon / HP : 081347122455
10. e-mail : dwikusrini0711@gmail.com
11. Kode Pos : 76126

### **II. Pendidikan Formal**

- : SDN Bedoro 3 Sragen 1993
- SMPN 1 Sragen 1996
- SMU Karang Malang Sragen 1999
- AKPER Ngudi Waluyo Semarang 2002

### **III. Pendidikan Non Formal**

- : BTCLS

### **IV. Riwayat Pengalaman Kerja**

- : Perawat Pelaksana
- RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo  
Balikpapan sejak 2000 s/d sekarang

## Lampiran 1

### Lembar Penjelasan Penelitian

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwi Kusrini

Nim : B21825005901

Program studi : S1 Keperawatan

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul : “Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* Terhadap *Self Efficacy* Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”. Berikut ini adalah penjelasan tentang penelitian yang dilakukan dan terkait dengan keikutsertaan penderita hipertensi sebagai responden dalam penelitian ini :

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *cognitive behavior therapy* Terhadap *self efficacy* pada penderita hipertensi.
2. Responden penelitian diminta untuk mengisi lembar kuesioner.
3. Apabila selama penelitian responden merasa tidak nyaman, responden mempunyai hak untuk mengatakannya kepada peneliti.
4. Keikutsertaan responden pada penelitian ini bukanlah suatu paksaan melainkan atas dasar suka rela, oleh karena itu responden berhak untuk melanjutkan atau menghentikan keikutsertaannya karena alasan tertentu dan telah dikomunikasikan dengan peneliti terlebih dahulu.
5. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan dalam bentuk kode-kode dalam forum ilmiah dan tim
6. Apabila ada yang perlu ditanyakan atau didiskusikan selama penelitian responden bisa menghubungi peneliti via telepon/sms dinomor yang sudah tercantum diatas.

Demikian penjelasan mengenai penelitian ini disampaikan. Saya berharap kepada calon responden bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Atas kesediaanya saya ucapkan terimakasih.

Balikpapan, Maret 2020

Peneliti

(Dwi Kusrini)

**Lampiran 2****LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada/Yth :

Bapak/Ibu Calon Responden

Dengan hormat, Saya yang bertanda tangan dibawah ini mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda, dengan :

Nama : Dwi Kusrini

Nim : B21825005901

Program studi : S1 Keperawatan

Hendak melaksanakan penelitian dengan judul “Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap *Self Efficacy* Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan” bahwa penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang telah diberikan akan dijaga dan digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden tidak ada ancaman maupun sanksi bagi Bapak/Ibu.

Balikpapan, Maret 2020

Peneliti

(Dwi Kusrini)

**Lampiran 3****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN****(INFORMED CONCENT)**

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Pekerjaan :

Alamat :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia) menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Dwi Kusriani, mahasiswa S1 Keperawatan Program Studi S1 Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda yang berjudul “Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap *Self Efficacy* Pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan” .

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sejujur-jujurnya tanpa paksaan pihak manapun.

Balikpapan, Maret 2020

Responden

( )

## Lampiran 4

### KUESIONER DATA UMUM

#### Petunjuk pengisian :

A. Bacalah dengan teliti pertanyaan terlebih dahulu

B. Isilah secara singkat jawaban dan berilah tanda *check list* (√) pada kotak yang tersedia

#### 1. Data Responden

- 1) Nama :
- 2) No. Responden :
- 3) Umur : tahun
- 4) Tanggal :
- 5) Alamat :
- 6) Jenis Kelamin :
- 7) Pendidikan :  SD  
 SMP  
 SMA  
 PT
- 8) Pekerjaan :  IRT  
 Petani  
 PNS  
 Pegawai swasta  
 Wiraswasta  
 Lain-lain
- Olah raga :  Rutin  
 Tidak
- 9) Merokok :  Ya  
 Tidak
- 10) Lama hipertensi :  1 – 5 tahun  
 6 – 10 tahun  
 > 10 tahun

### KUESIONER EFIKASI DIRI (*SELF EFFICACY*)

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda checklist (  $\checkmark$  ) pada kolom yang telah disediakan sesuai kondisi dan keadaan Bapak/Ibu/Saudara/i

Tidak Mampu (TM) : bila anda merasa Tidak Mampu melakukan sesuai pernyataan tersebut

Mampu (M) : bila anda merasa Mampu melakukan pernyataan tersebut.

No	Pernyataan	M	TM
1.	Saya mampu memeriksa Tekanan darah sendiri jika perlu		
2.	Saya mampu mengoreksi Tekanan darah sendiri ketika hasil Tekanan darah saya terlalu tinggi		
3.	Saya mampu mengoreksi Tekanan darah sendiri ketika hasil Tekanan darah saya terlalu rendah		
4.	Saya mampu memilih makanan yang benar		
5.	Saya mampu mempertahankan berat badan yang sesuai		
6.	Saya mampu memeriksa keadaan sakit kepala saya jika ada kelainan kulit atau luka		
7.	Saya mampu melakukan penyesuaian makan ketika saya sakit		
8.	Saya mampu mengikuti aturan makan yang sehat dari waktu ke waktu		
9.	Saya mampu berolahraga ketika dokter menasehati saya untuk olahraga		
10.	Saya mampu menyesuaikan rencana makan saya ketika saya berolahraga		
11.	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya berada diluar rumah		
12.	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya mengikuti acara pesta		
13.	Saya mampu mengikuti penyesuaian rencana makan ketika saya sedang stress (tertekan) atau bersemangat		

14.	Saya mampu mengatur dan minum obat secara teratur		
15.	Saya mampu melakukan penyesuain pengobatan ketika saya sedang sakit		

Sumber: *The Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (Kott dalam Ariani, 2011)



## Lampiran 5

**STANDART OPERASIONAL PROSEDURE COGNITIVE BEHAVIORAL  
THERAPY**

Pengertian	<i>Cognitive behavioral therapy</i> adalah salah satu psikoterapi untuk mengubah pola pikir dan perilaku seseorang.	Penilaian	
Tujuan	Untuk menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka.		
Media	Menggunakan perkataan dengan kalimat-kalimat yang positif.	Baik	Kurang Baik
Prosedure	<p>1. Sesi 1 : Pengkajian</p> <p>Tahap pengkajian dimulai dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan kepada klien bagaimana terapi ini dapat menolong klien</li> <li>2) Tanyakan harapan klien terhadap terapi ini? Apa yang terjadi jika harapan ini tidak tercapai?</li> <li>3) Jelaskan keterlibatan klien. Datang tepat waktu pada seluruh sesi yang telah disepakati serta partisipasi aktif sangat diharapkan.</li> <li>4) Tanyakan data-data responden meliputi : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nama klien :</li> <li>b. Umur :</li> <li>c. Suku :</li> <li>d. Pendidikan terakhir :</li> <li>e. Pekerjaan :</li> <li>f. Alamat :</li> </ol> </li> <li>5) Latar belakang keluarga <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bagaimana nilai-nilai keluarga</li> </ol> </li> </ol>		

	<p>yang dianut?</p> <p>b. Bagaimana kualitas hubungan keluarga?</p> <p>c. Riwayat kesehatan keluarga</p> <p>d. Riwayat gangguan psikiatrik keluarga</p> <p>6) Latar belakang personal klien</p> <p>a. Riwayat tumbuh kembang</p> <p>b. Riwayat kesehatan fisik</p> <p>c. Riwayat gangguan jiwa</p> <p>d. Riwayat penggunaan obat-obatan</p> <p>e. Bagaimana hubungan dengan teman sebaya</p> <p>7) Tanyakan permasalahan yang klien hadapi saat ini :</p> <p>a. Masalah klien saat ini dirasakan sangat mengganggu :</p> <p>a) Deskripsikan masalah tersebut</p> <p>b) Kapan pertama kali kejadiannya? Jadi sampai saat ini sudah berapa lama? Apakah kejadiannya bertambah baik atau malah bertambah buruk? Apakah selalu datang kemudian hilang kembali?</p> <p>b. Pikiran/persepsi sehubungan dengan masalah tersebut</p> <p>c. Penyebab masalah atau situasi yang sulit saat ini</p> <p>d. Reaksi terhadap masalah dari perasaan (emosional), fisiologis,</p>		
--	---	--	--

	<p>dan perilaku?</p> <p>e. Pengobatan sebelumnya terhadap masalah tersebut</p> <p>f. Adakah masalah tambahan lain?</p> <p>8) Berikan PR kepada klien untuk mengingat kembali kejadian-kejadian baru-baru ini yang menimbulkan masalah</p> <p>2. Sesi 2 : konseptualisasi kasus</p> <p>Langkah-langkah kerjanya :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Setting</i> harapan terapi yang <i>realistic</i></li> <li>2) Bina hubungan saling percaya</li> <li>3) Buat daftar masalah dan tujuan (terlampir)</li> </ol> <p>3. Sesi 3 : konseptualisasi kasus lanjutan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Validasi ulang hasil interaksi pada sesi ke 2 mengenai situasi tertentu yang dapat menimbulkan masalah utama yang terkait dan gejala utama yang terjadi saat menghadapi masalah tersebut</li> <li>5) Berikan <i>psikoedukasi</i> dengan menjelaskan oleh terapis hubungan antara situasi-pikiran-perasaan-perilaku</li> <li>6) Rumuskan kembali masalah atau gejala yang sangat mengganggu bagi klien, perhatikan lembar kerja tujuan terapi, kemudian katakan pada klien “bayangkan jika terapi ini berhasil, bagaimana anda akan hidup berbeda. Apa yang akan membedakan secara</li> </ol>		
--	--	--	--

	<p>spesifik?” → tulis sebagai tujuan terapi</p> <p>7) Buat perencanaan terapi, gunakan lembar kerja perencanaan terapi</p> <p>8) Buat jadwal aktifitas sehari-hari yang dapat dilakukan oleh klien (gunakan format jadwal aktifitas harian)</p> <p>4. Sesi 4 : intervensi perilaku</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Review</i> kegiatan sehari-hari</li> <li>2) Revisi jadwal jika klien menunjukkan kemampuan lebih</li> <li>3) <i>Training skills</i></li> </ol> <p>5. Sesi 5 : intervensi kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Restrukturisasi kognitif : gunakan <i>thought record</i> (model terlampir)</li> <li>2) Identifikasi sumber-sumber stress dan pikiran negatif</li> <li>3) Ajarkan klien mengenali sumber-sumber stress yang dapat menyebabkan pikiran yang irasional</li> </ol> <p>6. Sesi 6 : intervensi kognitif lanjutan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ajarkan latihan inokulasi stress (<i>stress inoculation training</i>), meliputi :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Latihan relaksasi : ajarkan klien untuk mengontrol rasa takut dan cemasnya melalui relaksasi sekelompok otot (relaksasi otot progresif) secara sistematis. Latihan kombinasi seperti relaksasi, <i>reaxation plus pernafasaan</i> dalam, dan relaksasi</li> </ol> </li> </ol>		
--	--	--	--

	<p>ditambah pernafasan dalam ditambah dengan <i>biofeedback</i>, secara efektif dapat meningkatkan terjadinya perubahan</p> <p>b. Latihan pernafasan : ajarkan secara perlahan melalui pernafasan abdominal untuk membantu relaksasi klien serta menghindari hipoventilasi</p> <p>c. <i>Positive thinking</i> dan <i>self talk</i> : ajarkan seseorang bagaimana caranya mengganti pemikiran negatif (seperti saya tidak bisa mengontrol diri saya lagi) dengan pemikiran positif (seperti baiklah saya tidak melakukannya dulu dan sekarang saya juga bisa melakukannya) jika <i>stressor</i> tersebut dapat diantisipasi atau mengganggu</p> <p>d. Latihan <i>asertif</i> : ajarkan klien bagaimana cara mengekspresikan harapan, pendapat serta emosinya yang sesuai dengan perasaannya tanpa mengancam atau membahayakan orang lain</p> <p>e. Berhenti berpikir : teknik distraksi untuk mengatasi pikiran yang menekan dengan berkata/menghardik diri sendiri untuk “<i>stop</i> berpikir”</p>		
--	---	--	--

	<p>2) Latih teknik tersebut secara perlahan-lahan sampai klien mampu melakukannya dengan baik</p> <p>3) Berikan pendidikan kesehatan tentang manajemen pencegahan kekambuhan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Minum obat teratur</li><li>b. Kontrol teratur</li><li>c. Minta bantuan jika masalah tidak dapat diatasi</li></ol> <p>Catatan : pertemuan 6 ini dibagi ke dalam beberapa pertemuan tergantung dari kemampuan klien menerima</p> <p>7. sesi 7 : intervensi evaluasi kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Review keseluruhan sesi</li><li>2) Tanyakan kesiapan keseluruhan latihan yang telah diberikan</li><li>3) Terminasi akhir</li></ol>		
--	--	--	--

## Lampiran 6

Master Tabel

Rsp	Inisial	Umur	Agama	Sex	Pendidikan	Pekerjaan	Olahraga	Merokok	lama Hipertensi	Self Efficacy			
										Pre	Kode Pre	Post	Post Kode
1	A	2	1	1	2	3	1	2	1	6	2	13	1
2	P	3	1	1	3	1	2	2	1	7	2	9	2
3	H	2	1	1	1	3	1	2	1	11	1	13	1
4	Ji	3	1	1	1	2	1	2	1	9	2	10	2
5	K	3	1	2	3	5	2	2	1	11	1	13	1
6	M	1	1	1	2	3	2	2	1	8	2	10	2
7	N	3	1	1	4	1	1	2	1	9	2	12	2
8	Ji	3	1	1	2	3	1	1	1	11	1	14	1
9	P	2	1	1	3	3	1	2	1	9	2	11	2
10	U	1	1	1	3	3	1	1	1	9	2	14	1
11	O	3	1	2	3	5	2	2	1	9	2	12	2
12	F	1	3	1	2	1	2	1	1	7	2	9	2
13	F	3	1	2	3	1	2	2	2	8	2	11	2
14	G	1	1	1	4	1	2	2	1	10	1	13	1
15	H	2	1	2	3	5	2	2	1	12	1	13	1
16	Y	3	2	2	4	5	2	2	1	11	1	14	1
17	E	3	1	2	3	5	1	2	1	8	2	9	2
18	S	1	1	2	3	5	2	2	1	6	2	8	2
19	Q	1	1	1	3	3	1	1	1	10	1	15	1
20	A	2	2	2	4	1	1	2	1	10	1	14	1
21	X	3	1	1	3	2	2	2	1	8	2	12	2
22	Z	2	1	1	4	3	1	2	1	12	1	15	1
23	Ji	2	1	2	3	3	2	2	1	10	1	13	1

24	K	2	1	1	4	4	2	2	2	9	2	13	1
25	L	3	1	1	3	5	1	2	1	11	1	12	2
26	O	3	1	2	3	6	1	2	1	10	1	14	1
27	H	2	1	1	3	2	2	2	1	9	2	14	1
28	D	2	1	1	3	3	1	1	1	12	1	14	1
29	R	3	1	2	4	5	1	2	2	13	1	15	1
30	N	2	1	1	3	6	2	2	1	6	2	10	2

## Keterangan

## Umur :

1 : 30 -45 tahun

2 : 46 – 55 tahun

3 : 56 – 70 tahun

## Jenis Kelamin

1 : Laki – laki

2 : Perempuan

## Pendidikan

1 : SD

2 : SMP

3 : SMA

4 : Sarjana

## Pekerjaan

1 : PNS

2 : Petani

3 : Wiraswasta

4 : Nelayan

5 : IRT

## Olahraga

1 : Ya

2 : Kadang kadang

## Merokok

1 : Ya

2 : Tidak

## Lama Hipertensi

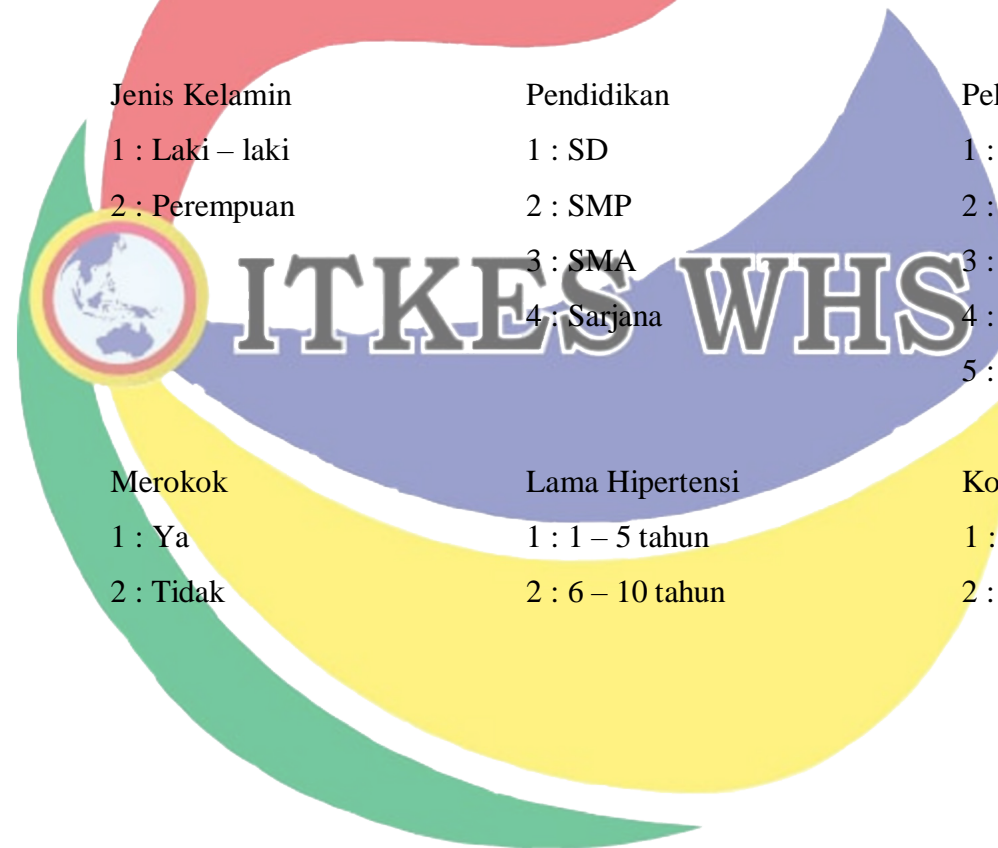
1 : 1 – 5 tahun

2 : 6 – 10 tahun

## Kode Pre dan Kode post

1 : Baik

2 : Kurang baik



## Lampiran 7

### Hasil Olahan Data Uji Validitas dan Realibilitas

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=CORR
/SUMMARY=TOTAL.
```

## Reliability

		Notes
Output Created		8-mei-2020 13:11:34
Comments		
Input	Data	E:\New folder\skripsi\revisi ujian eka\HASIL\validitas.sav
	Active Dataset	DataSet3
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	20
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=CORR /SUMMARY=TOTAL.
	Processor Time	00:00:00.02
	Resources	
	Elapsed Time	00:00:00.04

[DataSet3] E:\New folder\skripsi\revisi ujian  
eka\HASIL\validitas.sav

## Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.968	.967	15

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	7.80	34.168	.765	.966
p2	7.80	35.011	.611	.969
p3	7.85	34.661	.655	.968
p4	7.90	33.358	.877	.964
p5	7.95	33.313	.880	.964
p6	8.05	33.524	.861	.964
p7	7.85	34.029	.768	.966
p8	7.95	32.997	.938	.963
p9	7.80	34.379	.726	.967
p10	7.95	33.418	.861	.964
p11	7.90	33.674	.819	.965
p12	7.85	33.924	.787	.966
p13	8.00	32.947	.952	.963
p14	7.70	35.274	.628	.968
p15	7.95	33.313	.880	.964

## Normalitas

```

EXAMINE VARIABLES=PRSE PSE
  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
  /COMPARE GROUPS
  /STATISTICS DESCRIPTIVES
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE
  /NOTOTAL.
    
```

### Explore

#### Notes

<b>Output Created</b>	29-agustus-2020 03:15:05	
<b>Comments</b>		
<b>Input</b>	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
<b>Missing Value Handling</b>	Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.
<b>Syntax</b>	EXAMINE VARIABLES=PRSE PSE /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT /COMPARE GROUPS /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.	
<b>Resources</b>	Processor Time	00:00:06.70
	Elapsed Time	00:00:05.17

[DataSet0]

#### Case Processing Summary

	Cases
--	-------

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pre Self Efficacy	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%
Post Self Efficacy	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

### Descriptives

				Statistic	Std. Error
Pre Self Efficacy	Mean			9.37	.344
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		8.66	
		Upper Bound		10.07	
	5% Trimmed Mean			9.37	
	Median			9.00	
	Variance			3.551	
	Std. Deviation			1.884	
	Minimum			6	
	Maximum			13	
	Range			7	
	Interquartile Range			3	
	Skewness			-.142	.427
	Kurtosis			-.588	.833
	Post Self Efficacy	Mean			12.30
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound		11.55	
		Upper Bound		13.05	
5% Trimmed Mean				12.37	
Median				13.00	
Variance				4.010	
Std. Deviation				2.003	
Minimum				8	
Maximum				15	
Range				7	
Interquartile Range				3	
Skewness				-.609	.427
Kurtosis				-.681	.833

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre Self Efficacy	.123	30	.200*	.959	30	.288
Post Self Efficacy	.203	30	.198	.913	30	.218

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



## UNIVARIAT

```
FREQUENCIES VARIABLES=PRSE PSE
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN
  /ORDER=ANALYSIS.
```

### Frequencies

Notes	
Output Created	29-agustus-2020 12:11:46
Comments	
Data	E:\New folder\skripsi\baru\hasil.sav
Active Dataset	DataSet1
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data	30
File	
Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling	Statistics are based on all cases with valid data.
Cases Used	FREQUENCIES VARIABLES=PRSE PSE /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Syntax	
Processor Time	00:00:00.02
Resources	Elapsed Time 00:00:00.01

[DataSet1] E:\New folder\skripsi\baru\hasil.sav

#### Statistics

		Pre Self Efficacy	Post Self Efficacy
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		9.37	12.30
Median		9.00	13.00
Std. Deviation		1.884	2.003
Minimum		6	8
Maximum		13	15

## Frequency Table

**Pre Self Efficacy**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
6	3	10.0	10.0	10.0
7	2	6.7	6.7	16.7
8	4	13.3	13.3	30.0
9	7	23.3	23.3	53.3
Valid 10	5	16.7	16.7	70.0
11	5	16.7	16.7	86.7
12	3	10.0	10.0	96.7
13	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

**Post Self Efficacy**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
8	1	3.3	3.3	3.3
9	3	10.0	10.0	13.3
10	3	10.0	10.0	23.3
11	2	6.7	6.7	30.0
Valid 12	4	13.3	13.3	43.3
13	7	23.3	23.3	66.7
14	7	23.3	23.3	90.0
15	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	





**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Pre Self Efficacy & Post Self Efficacy	30	.737	.000

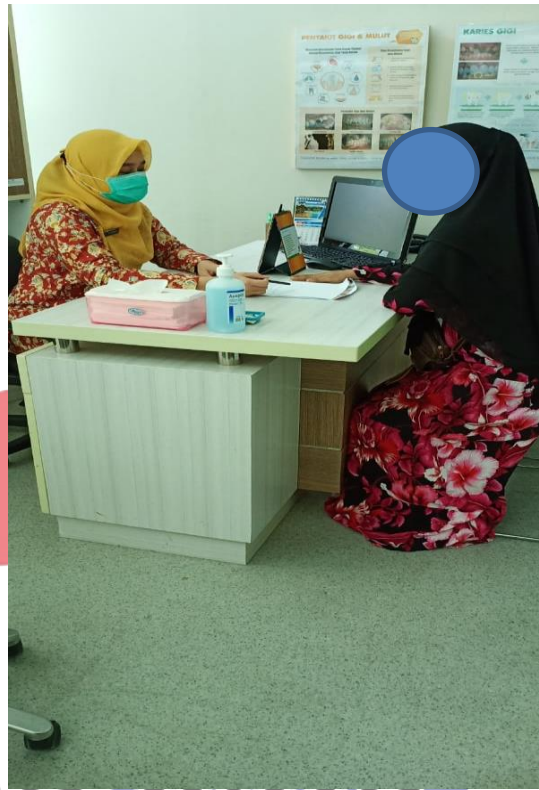
**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Pre Self Efficacy - Post Self Efficacy	-2.933	1.413	.258	-3.461	-2.406	-11.374	29	.000



## Lampiran 8

### Foto Dokumentasi





Lampiran 9

Surat - Surat



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATTIWIBOWO  
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836  
BALIKPAPAN

Balikpapan, 02 Desember 2019

No. : 423/ 3530 /RSKD

Kepada

Lamp : 1 lembar

Yth : STIEKES Wiyata Husada

Prihal : Ijin Permohonan Studi Pendahuluan

Di -

Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 22149/STIEKES-WHS tanggal 22 November 2019 tentang Permohonan Studi Pendahuluan Penelitian di lingkungan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas terlampir.

Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan terlampir melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



dr. Edy Kusnandar, Sp. PD, FINASIM, MARS

Pejabat Tk. I

NIP. 19650528 199707 1 001

Nomor : 4199/SI/IKES-WHS/II/2019

Hal : Lampiran

No	Nama	Nim
1	ALIMUDDIN	B21824105001
2	ARDIYAN ALFIAN ARIZQI	B21824205101
3	ASTUTI	B21824405301
4	ATIK DARWANTI	B21824505401
5	AWALUDDIN	B21824605501
6	BUDI SUJARWO	B21824705601
7	DARMAWAN	B21824805701
8	DWI KUSRINI	B21825005901
9	EKA HARTINI	B21825106001
10	ELIS IDA	B21825206101
11	ENDANG KRISNAWATI	B21825306201
12	ENDANG SRININGSIH	B21825406301
13	ENI FITRIANI	B21825506401
14	FEBRIAN NORMA HANDAYANI	B21825706601
15	HAMIDAH	B21825806701
16	HERI NOTOSUSANTO	B21825906801
17	IDA MAULANI	B21826006901
18	ISTIQOMAH	B21826107001
19	JEVI PRADHANA PUTRA SULISTYO	B21826207101
20	LUCIANA PUJI RAHAYU	B21826307201
21	MUHAMMAD IHSAN	B21826407301
22	MUSLIMAH	B21826507401
23	NANI FERAWATI	B21826607501
24	NARTININGSIH	B21826707601
25	PINARSIH	B21826807701
26	RAMLAH	B21826907801
27	RINA YANTI S	B21827007901
28	SAMSI AH	B21827108001
29	SARIMAH MUDAH	B21827208101
30	SETYO WIRIDIANTORO	B21827308201
31	SITI HUSNUL HARIROH	B21827408301
32	SRI WAHYUNI	B21827508401
33	SUSANTI SUHARDI	B21827608501
34	SUYATMI	B21827708601
35	SYAMSUL HADI	B21827808701
36	SYARIFAH YULIA RACHMAWATI	B21827908801
37	VETA VATA SATUL HUSNAH	B21828109001
38	YULIHA SARAH	B21828209101
39	YUNIATI WININGSIH	B21828409301
40	YUNNI REFFIANA	B21828409301



INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS  
**WIYATA HUSADA SAMARINDA**  
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

itkeswhs  
itkeswhs  
www.itkeswhs.ac.id  
info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 759 /ITKES-WHS/LT/2020  
Lampiran :  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

15 Mei 2020

Kepada Yth.  
**Direktur RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan**  
di -  
Tempat

**Dengan hormat,**  
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : DWI KUSRINI  
NIM : B21825005901  
Semester : III  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Penelitian : **Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) Terhadap Self Efficacy pada pasien Hipertensi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,



**Chandra Sulistyorini, S.ST., M.Keb**  
NIDN: 1121038701

"Hold The Future Now"



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO  
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836  
BALIKPAPAN

Balikpapan, 09 September 2020

No. : 423/9810/PSDM/RSKD/IX-2020  
Lamp :-  
Prihal : Ijin Penelitian

Kepada  
Yth : Wakil Rektor I ITKES  
Wiyata Husada KALTIM  
di -  
Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 759/ITKES-WHS/LT/2020, tanggal 15 Mei 2020 tentang permohonan ijin penelitian untuk tugas akhir berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas :

Nama : **DWI KUSRINI**  
NIM : B 21825005901  
Judul Penelitian : **Pengaruh cognitive Behavioural Therapy (CBT) Terhadap Self Efficacy pada Pasien Hipertensi di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan**

Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan diatas tersebut melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Adapun biaya penelitian sesuai dengan aturan PERGUB Nomor 58 Tahun 2013 sebesar Rp 300.000,- (Tiga Ratus Ribu Rupiah).

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



**Dr. Edy Iskandar, Sp. PD, FINASIM, MARS**  
Ketua Muda  
NIP. 19650528 199707 1 001