

SKRIPSI

**GAMBARAN MEKANISME KOPING LANSIA PENDERITA
HIPERTENSIDI DESA BATU BELAH WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KAMPAR**



NAMA : SELVI OKTAFIA

NIM : 1814201090

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
RIAU
2022**

SKRIPSI

**GAMBARAN MEKANISME KOPING LANSIA PENDERITA
HIPERTENSI DI DESA BATU BELAH WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KAMPAR**



NAMA : SELVI OKTAFIA

NIM : 1814201090

Diajukan Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
RIAU
2022**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI**

Skripsi, Oktober 2022

SELVI OKTAFIA

**GAMBARAN MEKANISME KOPING LANSIA PENDERITA
HIPERTEBSI DI DESA BATU BELAH WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KAMPAR**

x + 65 Halaman + 10 Tabel + 2 Skema + 12 Lampiran

ABSTRAK

Mekanisme koping merupakan upaya atau usaha pertahanan diri terhadap perubahan yang terjadi baik dari dalam maupun dari luar. Penanganan masalah tersebut mencakup semua hal yang dipikirkan atau dilakukan seseorang dalam usaha menyesuaikan diri dengan stres, dengan memilih strategi yang paling sesuai serta menuntut evaluasi yang berkesinambungan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran mekanisme koping lansia penderita hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif non-eksperimental dengan menggunakan desain deskriptif kuantitatif. Sampel dalam penelitian ini adalah lansia penderita hipertensi yang berjumlah 54 orang. Pengolahan data dilakukan dengan analisa univariat. Hasil penelitian didapatkan bahwa ada sebanyak 43 lansia (80%) menggunakan mekanisme koping adaptif dan sebanyak 11 lansia (20%) menggunakan mekanisme koping maladaptif dalam menghadapi penyakitnya. Dapat diambil kesimpulan bahwa mekanisme koping adaptif dan maladaptif seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor bukan hanya jenis kelamin, tetapi usia dan pendidikan mempengaruhi seseorang dalam melakukan usaha-usaha untuk mencapai kesembuhan. Sehingga peran perawat komunitas sangat dibutuhkan untuk memperhatikan masalah psikologis dan memberi dukungan agar lansia dengan hipertensi memiliki mekanisme koping yang adaptif.

Kata kunci : Mekanisme koping, hipertensi, lansia, stress

Daftar bacaan : 12 (2013 – 2021)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat memperoleh kemampuan dalam menyelesaikan skripsi yang berjudul "**Gambaran Mekanisme Koping Lansia Penderita Hipertensi Di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar**"

Penelitian ini diajukan guna memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program S1 Keperawatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai. Dalam penyelesaian skripsi ini, peneliti banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, oleh karna itu peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat :

1. Bapak prof. Dr. Amir Luthfi, selaku rector Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau
2. Ibu Devwi Anggriani Harahap, M kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
3. Ibu Ns. Alini, M.Kep, selaku ketua prodi studi Ilmu Keperawatan sekaligus pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pikiran beliau dalam memberikan bimbingan, petunjuk dan saran kepada panulis sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.
4. Ibu Syafriani M.Kes selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan pikiran beliau dalam memberikan bimbingan, petunjuk dan saran sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.

5. Ibu Ns. Indrawati, S.Kep, MKL selaku penguji I yang telah membeikan kritik dan saran dalam kesempurnaan skripsi ini.
6. Ibu Dini Anggraini Dhilon M.Keb, selaku penguji II yang telah memberikan kritik dan saran dalam kesempurnaan skripsi ni.
7. Seluruh staf dosen pengajar dan administrasi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
8. Orang tua dan Keluarga yang selalu memberikan support dan doa sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi in tepat waktu. Semoga setiap usaha dan hasil yang penulis peroleh bisa membuat mereka bangga dan Bahagia
9. Teman teman yang selalu memberikan semangat dan dukungan selama mengerjakan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan baik dari segi penampilan dan penulisan. Oleh karna itu, peneliti senantiasa mengharapakan saran dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Bangkinang, Oktober 2022

SELVI OKTAFIA
NIM.1814201090

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Teoritis	10
1. Konsep hipertensi	10
2. Konsep Dasar Mekanisme Koping.....	23
3. Konsep Dasar Lansia.....	34
4. Penelitian terkait.....	45
B. Kerangka Teori	47
BAB III METODE PENELITIAN	48
A. Desain penelitian	48
1. Rancangan penelitian	48
2. Prosedur penelitian	49
B. Lokasi dan waktu penelitian.....	50
C. Populasi dan sampel	50
D. Etika Penelitian.....	52
E. Alat pengumpulan data.....	53
F. Prosedur pengumpulan data	54
G. Teknik pengolahan data.....	55
H. Definisi operasional.....	56
I. Analisis data	56
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	58
A. Analisa Univariat.....	58
1. Karakteristik responden berdasarkan umur	58

2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin	58
3. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan.....	59
4. Karakteristik responden berdasarkan pendapatan	59
5. Gambaran mekanisme coping lansia dengan hipertensi	59
BAB V PEMBAHASAN.....	61
BAB VI PENUTUP	64
A. Kesimpulan.....	64
B. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. 1	Jumlah Penderita Hipertensi di 10 Puskesmas Tertinggi di Kabupaten Kampar Tahun 20214
Tabel 1. 2	Jumlah Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Tahun 20215
Tabel 2. 1	Klasifikasi Hipertensi oleh The joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (1988)11
Tabel 2. 2	Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Level Tekanan Darah11
Tabel 3. 1	Tabel 3.1 Defenisi Operasional56
Tabel 4. 1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur58
Tabel 4. 2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin58
Tabel 4. 3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan.....59
Tabel 4. 4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendapatan59
Tabel 4. 5	Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Lansia Dengan Hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar59

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2. 1 Kerangka Teori.....	47
Skema 3. 1 Rancangan Penelitian Analisis Deskriptif.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar ACC Judul
- Lampiran 2 : Surat Rekomendasi Izin Pengambilan Data dari Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian di Desa Batu Belah dari Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
- Lampiran 4 : Surat Balasan Izin Penelitian dari Desa Batu Belah
- Lampiran 5 : Surat Permohonan Responden
- Lampiran 6 : Lembaran Persetujuan Responden
- Lampiran 7 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 8 : Master Tabel
- Lampiran 9 : Output SPSS
- Lampiran 10 : Lembaran Konsultasi
- Lampiran 11 : Hasil Uji Turnitin
- Lampiran 12 : Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan kelompok usia yang rawan terhadap berbagai masalah yang kompleks, mulai dari masalah kesehatan akibat proses penuaan hingga pensiun akibat berkurangnya kapasitas kerja dan terbatasnya aktivitas fisik yang mengakibatkan berkurangnya pendapatan rumah tangga, kesepian yang ditinggalkan pasangan dan anak. Menikah, interaksi sosial dan peran orang dewasa yang lebih tua dalam masyarakat juga menurun (Achmad et al., 2021).

Lanjut usia menurut UU nomor 13 tahun 1998 ialah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Penduduk lanjut usia terus mengalami peningkatan seiring kemajuan di bidang kesehatan yang ditandai dengan meningkatnya angka harapan hidup dan menurunnya angka kematian. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) proporsi lansia di Indonesia meningkat sekitar tiga kali lipat (1971-2020), atau mencapai 9,92% (26 juta), di mana lansia perempuan sekitar 1% lebih besar dari lansia laki laki 10.43% berbanding dengan 9,42%. Diantara seluruh lansia di Indonesia, lansia muda (60-69 tahun) mendominasi sebesar 64,29%, diikuti oleh lansia paruh baya dan lanjut usia (70-79 tahun) serta lansia tua (di atas 80 tahun) 27,23% dan 8,49%.

Mekanisme coping merupakan upaya atau usaha pertahanan diri terhadap perubahan yang terjadi baik dari dalam maupun dari luar. Sebuah

kecemasan dapat meningkat dari level panik, perilaku ditunjukkan oleh seorang menjadi kuat dan kemungkinan ketidakadilan dan kualitas hidup menjadi menurun (Purwaningsih, 2016 dalam Achmad et al., 2021). Koping adalah upaya individu untuk mengatur kebutuhan lingkungan dan semua konflik yang muncul, mengurangi perbedaan atau kesenjangan yang dirasakan antara kebutuhan dan situasi, termasuk kebutuhan dari individu dan lingkungan serta sumber daya untuk mengatasi stres. Koping dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu psikologis dan fisik, koping yang efektif mengarah pada koping yang disebut mekanisme koping adaptif, dan koping yang tidak efektif mengarah pada koping maladaptif. (Windarti, 2019).

Menurut *American Society of Hypertension* (ASH) tekanan darah tinggi atau biasa dikenal dengan nama “hipertensi” merupakan suatu *syndrome* atau sekumpulan gejala kardiovaskuler yang progresif yang disebabkan dari penyakit lain yang kompleks dan saling berhubungan. Menurut World Health Organization (WHO) menyatakan hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik sama atau lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 95 mmHg. Dapat disimpulkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit yang disebabkan oleh peningkatan tekanan darah sistolik yang persisten diatas angka 140 mmHg yang disebabkan oleh penyakit lain yang kompleks dan saling berkaitan. (Nuraini, 2015)

Menurut Kemenkes, (2019) Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 menunjukkan sekitar 1,13 Milyar orang di dunia tercatat menderita

penyakit hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia didiagnosis hipertensi. Jumlah penderita hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Milyar orang akan terkena hipertensi dan diperkirakan setiap tahunnya 10,44 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya.

Berdasarkan data Riskesdas (2018) prevalensi hipertensi di Indonesia pada umur >18 tahun mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2013 yaitu sebesar 25,8% menjadi 34,1% pada tahun 2018. Berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia 18 tahun sebesar 34,1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44,1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%). Hipertensi dapat terjadi pada kelompok umur kisaran 31 hingga 44 tahun (31,%), umur 45 hingga 54 tahun (45,3%) dan umur 55 sampai dengan 64 tahun (55,2%).

Menurut profil kesehatan Provinsi Riau pada tahun 2018 prevalensi hipertensi adalah sebesar 21,15%. Penderita hipertensi tertinggi berada pada kelompok umur 45 hingga 54 tahun sebanyak 892 kasus, diikuti oleh umur 55 hingga 59 tahun sebanyak 746 kasus dan kelompok umur 60 hingga 69 tahun sebanyak 728 kasus. Sedangkan pada tahun 2019, prevalensi penderita hipertensi umur >15 tahun di Provinsi Riau sebesar 297,934 orang.

Berdasarkan pola penyebaran penyakit terbesar di kabupaten Kampar tahun 2016 menunjukkan bahwa Hipertensi merupakan penyakit yang paling banyak dialami oleh masyarakat di Kabupaten Kampar dengan menduduki posisi kedua dengan jumlah sebanyak 5.993 orang. Pada tahun 2017 penyakit

hipertensi mengalami kenaikan yang begitu pesat yaitu berjumlah 24,141 orang. Kemudian terjadi lagi peningkatan penderita hipertensi pada tahun 2021 di Kabupaten Kampar dengan jumlah sebanyak 26.953 orang. Untuk melihat kejadian hipertensi di Kabupaten Kampar tahun 2021 secara lebih detail dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut :

Tabel 1.1 Jumlah Penderita Hipertensi di 10 Puskesmas Tertinggi di Kabupaten Kampar Tahun 2021

No	Puskesmas	Jumlah Penderita Hipertensi	%
1	UPTD Puskesmas Kampar	2.838	10.5
2	UPTD Puskesmas Kampar Timur	2.791	10.3
3	UPTD Puskesmas Salo	1.606	5.9
4	UPTD Puskesmas Kuok	1.760	6.5
5	UPTD Puskesmas Tapung II	1.990	7.3
6	UPTD Puskesmas Kampar Kiri	1.000	3.7
7	UPTD Puskesmas Kampar Kiri Tengah	963	3.5
8	UPTD Puskesmas Siak Hulu I	1.000	3.7
9	UPTD Puskesmas Siak Hulu II	986	3.6
10	UPTD Puskesmas XIII Koto Kampar I	1.000	3.7
	Jumlah	26.953	100,00

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar 2021

Berdasarkan data pada tabel 1.1 di atas, dapat disimpulkan bahwa penderita hipertensi tertinggi terdapat di Puskesmas Kampar dengan jumlah sebesar 2.838 orang dengan persentase 10.5%.

Sedangkan 10 Desa dengan data penderita hipertensi tertinggi di Puskesmas Kampar dapat ditunjukkan oleh tabel 1.2 berikut ini :

Tabel 1.2 Jumlah Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kampar Tahun 2021

No	Desa	Jumlah Penderita Hipertensi			
		Laki-laki	Perempuan	Jumlah	%
1	Batu Belah	563	584	1.147	15.42
2	Airtiris	489	499	988	13.28
3	Penyasawan	472	501	973	13.08
4	Padang Mutung	418	433	851	11.44
5	Rumbio	356	389	745	10.02
6	Koto Tibun	309	324	633	8.51
7	Tanjung Berulak	276	314	590	7.93
8	Pulau Jambu	271	284	555	7.46
9	Naumbai	251	259	510	6.86
10	Ranah	217	228	445	5.98
Jumlah		3622	3815	7.437	100,00

Sumber : Puskesmas Kampar, 2021

Berdasarkan tabel 1.2 diatas, dapat dilihat bahwa Desa Batu Belah merupakan desa dengan jumlah penderita hipertensi paling banyak dibandingkan dengan desa lainnya, dengan jumlah penderita hipertensi dengan jumlah 1.147 orang yang terdiri dari 563 orang pria dan 583 orang wanita dengan persentase sebesar 15.42%. Lansia penderita hipertensi di Desa Batu Belah yang berusia 60 tahun keatas berjumlah 117 orang. Berdasarkan data yang diperoleh dari Kantor Desa Batu Belah, jumlah lansia sebanyak 292 orang dan lansia dengan kategori usia 60-69 tahun sebanyak 82 orang.

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan penyakit multifaktorial yang disebabkan oleh interaksi beberapa faktor. Tekanan darah juga meningkat seiring bertambahnya usia, dan setelah usia 45 tahun, dinding arteri menebal dan pembuluh darah secara bertahap menyempit dan menjadi kaku. Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dapat menimbulkan berbagai

komplikasi, jika mengenai jantung dapat menyebabkan infark miokard, penyakit jantung koroner, gagal jantung kongestif, jika mengenai otak dapat menyebabkan stroke, ensefalopati hipertensif, jika mengenai ginjal Menyebabkan kronis gagal ginjal, dan jika mempengaruhi mata, terjadi retinopati hipertensi (Nuraini, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Hidayat & Agnesia, 2021) tentang hubungan antara umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, kebiasaan mengkonsumsi makanan asin dan stress yang dilakukan di wilayah kerja UPTD Kuok kecamatan Kuok kabupaten Kampar dengan sampel sebanyak 563 masyarakat yang berumur 18-60 tahun. Didapatkan hasil menunjukkan tidak ada korelasi yang signifikan antara umur dengan kejadian hipertensi. Kemudian untuk hasil penelitian tentang jenis kelamin menunjukkan bahwa Sebagian besar subjek penelitian berjenis kelamin laki laki (50,5%) dengan hasil analisis kejadian hipertensi diketahui bahwa persentase kejadian hipertensi di subjek penelitian ini lebih banyak dibandingkan perempuan. Hasil penelitian riwayat keluarga dengan hipertensi menunjukkan bahwa subjek penelitian yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi mempunyai persentase kejadian hipertensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan subjek yang tidak mempunyai riwayat keluarga hipertensi. Kemudian untuk kebiasaan mengkonsumsi makanan asin, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 58,7% subjek penelitian yang tidak sering mengkonsumsi makanan asin. Subjek penelitian yang tidak cenderung mengkonsumsi makanan asin lebih cenderung menderita hipertensi

dibandingkan subjek penelitian yang tidak pernah mengonsumsi makanan asin. Hasil penelitian ini mengenai stress dengan kejadian hipertensi menunjukkan bahwa stress yang tidak dikelola dengan baik dapat menimbulkan berbagai penyakit yang salah satunya dapat menyebabkan hipertensi.

Mekanisme koping pada dasarnya adalah mekanisme pertahanan diri terhadap perubahan yang terjadi baik dari dalam maupun dari luar. Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Mekanisme koping dikategorikan menjadi dua, yaitu koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*) dan koping berfokus pada emosi (*emotion focused coping*). Mekanisme koping dilakukan individu untuk menangani masalah dan menyeimbangkan emosi dalam situasi yang menekan (Ezdha et al., 2021)

Koping (*coping*) dilakukan individu untuk menangani masalah dan menyeimbangkan emosi dalam situasi yang penuh tekanan karena mengalami penyakit kronis. Penanganan masalah tersebut mencakup semua hal yang dipikirkan atau dilakukan seseorang dalam usaha menyesuaikan diri dengan stres, dengan memilih strategi yang paling sesuai serta menuntut evaluasi yang berkesinambungan (Suyanta et al, 2013).

Di Indonesia penelitian tentang koping pada lansia telah dilakukan oleh beberapa peneliti, antara lain oleh (Fitriyani & Nursasi, 2012). Mereka meneliti tentang koping lansia yang mengalami gangguan fungsi gerak, dan

hasil menunjukkan bahwa sebagian besar responden menggunakan koping yang adaptif, sedangkan koping maladaptif digunakan oleh 30,43% responden. Penelitian ini juga mendapatkan hasil bahwa Perbedaan usia tidak menentukan jenis koping yang digunakan. Ada kecenderungan pada lansia yang lebih jompo tidak menggunakan koping yang berfokus pada status emosi tetapi lebih banyak pada upaya-upaya penyelesaian masalah. Kemudian, perbedaan jenis kelamin menunjukkan adanya perbedaan dalam pemilihan koping. Lansia wanita tampak lebih bersemangat dalam mencari jalan keluar untuk mengatasi masalah yang dihadapinya dibandingkan dengan lansia pria serta status perkawinan dan kebutuhan keluarga juga memberi dampak yang menentukan pada upaya pemilihan koping yang digunakan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti kepada 8 orang lansia yang menderita hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar, didapatkan 3 responden mengatakan semenjak ia menderita penyakit hipertensi ia menjadi mudah marah, merasa tersinggung dan mudah lelah. Sedangkan responden lainnya mengatakan setiap mereka merasa stress mereka lebih memilih untuk mengungkapkan secara langsung perasaannya dan cenderung berdiam diri menghindari orang. Berdasarkan fenomena tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Gambaran Mekanisme Koping Lansia Penderita Hipertensi di Wilayah Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Gambaran Mekanisme Koping Lansia Penderita Hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran mekanisme koping lansia penderita Hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran mekanisme koping adaptif lansia pengidap hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas kampar
- b. Untuk mengetahui gambaran mekanisme koping maladaptif lansia pengidap hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas kampar

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori dan menambah hasil informasi ilmiah yang berhubungan dengan gambaran mekanisme koping lansia penderita hipertensi.

2. Aspek Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dijadikan pertimbangan bagi tenaga kesehatan, pendidik dan mahasiswa dalam menangani pasien dengan hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep hipertensi

a. Definisi hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus menerus lebih dari suatu periode. Hal ini terjadi apabila arteri konstiksi. Konstiksi arteri membuat darah sulit mengalir dan meningkatkan tekanan melawan dinding arteri. Hipertensi menambah beban kerja jantung dan arteri yang bila berlanjut dapat menimbulkan kerusakan jantung dan pembuluh darah. (Udjianti;101, 2010)

Hipertensi juga didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik >140 mmHg dan atau tekanan darah diastolic >90 mmHg yang terjadipada seorang klien pada tiga kejadian terpisah. Menurut WHO, Batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg, sedangkan tekanan darah >160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Tekanan darah diantara normotensi dan hipertensi disebut sebagai borderline hypertension. (Udjianti;101, 2010)

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah abnormal yang dapat menjadi penyebab utama timbulnya penyakit kardiovaskuler. (Ansar J, Dwinata I, 2019). Umumnya, seseorang dikatakan mengalami hipertensi jika tekanan darah berada di atas

140/90 mmHg. Hipertensi dibedakan menjadi dua macam, yakni hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi dipicu oleh beberapa faktor risiko, seperti faktor genetik, obesitas, kelebihan asupan natrium, dislipidemia, kurangnya aktivitas fisik, dan defisiensi vitamin D (Sudarsono et al., 2017).

b. Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi oleh The joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (1988)

Batasan tekanan darah (mmHg)	Kategori
Diastolik	
<85	Tekanan darah normal
85 – 89	Tekanan darah normal – tinggi
90 – 104	Hipertensi ringan
105 – 114	Hipertensi sedang
≥ 115	Hipertensi berat
Sistolik, saat diastolic <90 mmHg	
<140	Tekanan darah normal
140 – 159	Garis batas hipertensi sistolik terisolasi
≥160	Hipertensi sistolik terisolasi

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Level Tekanan Darah

Tekanan darah sistolik dan diastolic blood pressure (SBP dan DBP)	
Normotensi	<140 SBP dan <90 DBP
Hipertensi ringan	140-180 SBP dan 90 -105 DBP
Subgroup: garis batas	140-160 SBP dan <90-105 DBP
Subgroup: garis batas	140-160 SBP dan <90 DBP
Hipertensi sedang dan berat	>180 SBP atau >105 DBP
Hipertensi sistolik terisolasi	>140 SBP dan <90 DBP

c. Etiologi hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi atas dua golongan, yaitu hipertensi esensial atau hipertensi primer yang dialami pada 90% penderita hipertensi sedangkan 10% sisanya disebabkan karena hipertensi sekunder dimana hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang terjadi akibat penyebab yang jelas. Etiologi yang pasti dari hipertensi esensial masih belum diketahui pasti. Namun, sejumlah interaksi beberapa energi homeostatik saling terkait. Faktor hereditas berperan penting dalam mengelola kadar natrium normal. Kelebihan intake natrium dapat meningkatkan volume cairan dan curah jantung. Pembuluh darah memberikan reaksi atas peningkatan aliran darah melalui konstriksi atau peningkatan tahanan perifer. Tekanan darah tinggi adalah hasil awal dari peningkatan curah jantung yang kemudian dipertahankan pada tingkat yang lebih tinggi sebagai suatu timbal balik peningkatan tahanan perifer. (Udjiati;107, 2010)

Etiologi hipertensi sekunder pada umumnya diketahui. Adapun beberapa kondisi yang menjadi penyebab hipertensi sekunder ialah :

1) Penggunaan kontrasepsi hormonal

Oral kontrasepsi yang berisi estrogen yang dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme Renin-aldosteron-mediated volume expansion. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah dapat normal kembali setelah beberapa bulan.

2) Penyakit parenkim dan vaskular ginjal

Hipertensi renovaskular berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal disebabkan oleh aterosklerosis.

3) Gangguan endokrin

Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal-mediated hypertension disebabkan kelebihan primer aldosterone, kortisol dan katekolamin.

4) *Coarctation aorta*

Merupakan penyempitan aorta kongenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta torasik atau aorta abdominal. Penyempitan menghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah di atas area konstruksi.

5) *Neurogenic*: tumor otak, encephalitis dan gangguan psikiatrik

d. Faktor hipertensi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan cardiac output atau peningkatan tekanan perifer. Namun, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi antara lain:

1) Genetic

Adanya faktor genetik keluarga akan menyebabkan keluarga tersebut mempunyai resiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan

rendahnya rasio individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai resiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi.

2) Obesitas

Berat badan merupakan faktor determinan pada tekanan darah pada kebanyakan kelompok etnik di semua umur. Menurut Hall (1994) perubahan fisiologis dapat menjelaskan hubungan antara kelebihan berat badan dengan tekanan darah, yaitu terjadinya resistensi insulin dan hiperinsulinemia, aktivasi saraf simpatis dan sistem renin angiotensin dan perubahan fisik pada ginjal. (Nuraini, 2015)

3) Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria sama dengan Wanita. Namun Wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause salah satunya adalah penyakit jantung koroner. Wanita yang belum mengalami masa menopause dilindungi oleh hormone estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Oleh sebab itu penyakit hipertensi pada Wanita umumnya mulai terjadi pada Wanita umur 45-55 tahun.

4) Stress

Stress dapat meningkatkan tekanan darah sewaktu. Hormone adrenaline akan meningkat sewaktu waktu saat stress,

dan itu dapat mengakibatkan jantung memompa darah lebih cepat sehingga tekanan darah pun dapat meningkat.

5) Kurang olahraga

Olahraga banyak dihubungkan dengan pengelolaan penyakit tidak menular, karena olahraga isotonic dan teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah dan melatih otot jantung sehingga menjadi terbiasa apabila jantung harus melakukan pekerjaan yang lebih berat.

6) Pola asupan garam dalam diet

World Health Organization (WHO) merekomendasikan pola konsumsi garam yang dapat mengurangi resiko terjadinya hipertensi. Kadar sodium yang direkomendasikan adalah tidak lebih dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram garam) perhari.

7) Kebiasaan merokok

Merokok dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah. Perokok berat dapat dihubungkan dengan peningkatan insiden hipertensi maligna dan resiko terjadinya stenosis arteri renal yang mengalami aterosklerosis.

e. Patofisiologi Hipertensi

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan total peripheral resistance. Apabila terjadi peningkatan salah satu dari variabel tersebut yang tidak terkompensasi maka dapat menyebabkan

timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti reflek kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleksi kemoreseptor, respon iskemik, susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga interstisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka Panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ.

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama.

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

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara reabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah. (Nuraini, 2015)

f. Tanda dan Gejala Hipertensi

Biasanya hipertensi terjadi tanpa gejala atau tanda tanda peringatan oleh karena itu hipertensi kerap disebut sebagai “silent killer”. Pada kasus hipertensi berat, gejala yang dialami pasien yaitu: sakit kepala (rasa berat pada tengkuk), palpitasi, kelelahan, mual, muntah, ansietas, keringat berlebihan, tremor otot, nyeri dada,

epistaksis, pandangan kabur atau ganda, tinnitus (telinga berdenging), serta kesulitan tidur. (Udjianti, 2010)

g. Komplikasi hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongestif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Tekanan darah yang tinggi umumnya meningkatkan resiko terjadinya komplikasi tersebut. Hipertensi yang tidak diobati akan mempengaruhi semua sistem organ dan akhirnya memperpendek harapan hidup sebesar 10-20 tahun. Mortalitas pada pasien hipertensi lebih cepat apabila penyakitnya tidak terkontrol dan telah menimbulkan komplikasi ke beberapa organ vital. Sebab kematian yang sering terjadi adalah penyakit jantung dengan atau tanpa disertai stroke dan gagal ginjal.

Komplikasi yang terjadi pada hipertensi ringan dan sedang biasanya mengenai mata, ginjal, jantung dan otak.

1) Otak

Stroke merupakan kerusakan target organ pada otak yang diakibatkan oleh hipertensi. Stroke timbul karena perdarahan, tekanan intrakranial yang meninggi, atau akibat emboli yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang mendarahi otak mengalami hipertrofi atau penebalan, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya akan

berkurang. Arteri-arteri di otak yang mengalami arterosklerosis melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Ensefalopati juga dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna atau hipertensi dengan onset cepat. Tekanan yang tinggi pada kelainan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan kapiler, sehingga mendorong cairan masuk ke dalam ruang interstitium di seluruh susunan saraf pusat. Hal tersebut menyebabkan neuron-neuron di sekitarnya kolap dan terjadi koma bahkan kematian.

2) Kardiovaskular

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner mengalami arterosklerosis atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah yang melalui pembuluh darah tersebut, sehingga miokardium tidak mendapatkan suplai oksigen yang cukup. Kebutuhan oksigen miokardium yang tidak terpenuhi menyebabkan terjadinya iskemia jantung, yang pada akhirnya dapat menjadi infark.

3) Ginjal

Penyakit ginjal kronik dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan glomerulus akan mengakibatkan darah mengalir ke unit-unit fungsional ginjal, sehingga nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksia dan kematian ginjal. Kerusakan membran glomerulus juga akan menyebabkan protein

keluar melalui urin sehingga sering dijumpai edema sebagai akibat dari tekanan osmotik koloid plasma yang berkurang. Hal tersebut terjadi pada hipertensi kronik.

4) Retinopati

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Makin tinggi tekanan darah dan makin lama hipertensi tersebut berlangsung, maka semakin berat pula kerusakan yang dapat ditimbulkan. Kelainan lain pada retina yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Penderita retinopati hipertensif pada awalnya tidak menunjukkan gejala, yang pada akhirnya dapat menjadi kebutaan pada stadium akhir. (Nuraini, 2015)

h. Penatalaksanaan Hipertensi

Pencapaian tekanan darah target secara umum dapat dilakukan dengan dua cara sebagai berikut:

1) Non farmakologis

Terapi non farmakologis terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan berlebih, konsumsi alkohol berlebih, asupan garam dan asupan lemak, latihan fisik serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur.

- a. Menurunkan berat badan bila status gizi berlebih: peningkatan berat badan di usia dewasa sangat berpengaruh terhadap tekanan darahnya. Oleh karena itu, manajemen berat badan sangat penting dalam prevensi dan kontrol hipertensi.
- b. Meningkatkan aktivitas fisik: orang yang aktivitasnya rendah berisiko terkena hipertensi 30-50% daripada yang aktif. Oleh karena itu, aktivitas fisik antara 30-45 menit sebanyak >3x/hari penting sebagai pencegahan primer dari hipertensi.
- c. Mengurangi asupan natrium
- d. Menurunkan konsumsi kafein dan alkohol: kafein dapat memacu jantung bekerja lebih cepat, sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya. Sementara konsumsi alkohol lebih dari 2-3 gelas/hari dapat meningkatkan risiko hipertensi.

2) Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis yaitu obat antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC VII yaitu diuretika, terutama jenis thiazide (Thiaz) atau aldosteron antagonis, beta blocker, calcium channel blocker atau calcium antagonist, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), Angiotensin II Receptor Blocker atau AT1 receptor antagonist/ blocker (ARB) diuretik tiazid (misalnya bendroflumetiazid). Adapun contoh contoh obat antihipertensi antara lain yaitu:

- a. Beta-bloker, (misalnya propranolol, atenolol),
- b. Penghambat angiotensin converting enzymes (misalnya captopril, enalapril),
- c. Antagonis angiotensin II (misalnya candesartan, losartan),
- d. Calcium channel blocker (misalnya amlodipin, nifedipin) dan

i. Pencegahan Hipertensi

Pengobatan hipertensi memang penting tetapi tidak lengkap jika tanpa dilakukan tindakan pencegahan untuk menurunkan faktor resiko penyakit kardiovaskuler akibat hipertensi. Menurut Bustan MN (1995) dan Budistio (2001), upaya pencegahan dan penanggulangan hipertensi didasarkan pada perubahan pola makan dan gaya hidup. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan meliputi:

- 1) Perubahan pola makan
- 2) Pembatasan penggunaan garam hingga 4-6 gr per hari, makanan yang mengandung soda kue, bumbu penyedap dan pengawet makanan.
- 3) Mengurangi makanan yang mengandung kolesterol tinggi (jeroan, kuning telur, cumi-cumi, kerang, kepiting, coklat, mentega, dan margarin).
- 4) Menghentikan kebiasaan merokok, minum alkohol
- 5) Olah raga teratur
- 6) Hindari stress

2. Konsep Dasar Mekanisme Koping

a. Definisi mekanisme koping

Menurut Lazarus (2007), yang dikutip oleh Potter and Perry (2010), Koping adalah usaha individu untuk mengatasi stress psikologis. Efektivitas strategi koping tergantung pada kebutuhan individu, usia individu dan latar belakang budaya mempengaruhi kebutuhan tersebut. Tidak ada strategi koping yang tunggal bekerja pada setiap orang atau untuk setiap stress. (Ariasti & Pratiwi, 2016)

Menurut Stuart (2012), mekanisme koping adalah upaya yang ditujukan untuk penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan pertahanan ego yang digunakan untuk melindungi diri. Mekanisme koping adalah salah satu cara yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap stress (Saam, 2014).

b. Penggolongan Mekanisme

Menurut Nasir (2011) penggolongan Mekanisme Koping terbagi menjadi dua yaitu:

1) Adaptif

Merupakan mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan.

2) Maladaptif

Tingkah laku maladaptif, individu tidak dapat menyesuaikan diri sehingga cenderung muncul tingkah laku destruktif sehingga menyebabkan respon maladaptif. Respon maladaptif dapat timbul

pada kecemasan berat dan panik. Mekanisme koping maladaptif adalah koping destruktif misalnya marah-marah, mudah tersinggung, menyerang dan depresi.

c. Aspek koping

Stuart (2012) mengemukakan bahwa terdapat dua kategori koping yang dapat digunakan untuk mengatasi stress dan kecemasan:

1) Reaksi yang berorientasi pada tugas

a) Perilaku menyerang

Individu menggunakan energinya untuk melakukan perlawanan dalam rangka mempertahankan integritas pribadinya dan perilaku yang ditunjukkan dapat berupa konstruktif maupun destruktif. Digunakan untuk menghilangkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.

b) Perilaku menarik diri

Individu menunjukkan perilaku pengasingan diri dari lingkungan dan orang lain, jadi secara fisik dan psikologik meninggalkan lingkungan yang menjadi sumber stresor.

c) Kompromi

Kompromi merupakan tindakan konstruktif yang dilakukan oleh individu untuk menyelesaikan masalah yang dilakukan dengan bermusyawarah atau negoisasi. Digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu,

mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.

2) Reaksi yang berorientasi pada ego

Membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Tetapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif pada tingkat tidak sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, mekanisme ini dapat menjadi respon maladaptif terhadap stres.

Adapun mekanisme pertahanan diri yang bersumber dari ego yaitu;

a) Kompensasi

Proses individu dengan citra diri yang kurang berupaya menggantinya dengan menonjolkan kelebihan lain yang dianggapnya sebagai aset.

b) Denial (Penyangkalan)

Menghindari realitas yang tidak menyenangkan dengan mengabaikan atau menolak untuk mengakuinya; kemungkinan merupakan mekanisme pertahanan yang paling sederhana dan paling primitif.

c) Displacement (Pengalihan)

Mengalihkan emosi yang seharusnya diarahkan pada orang atau benda tertentu ke benda atau orang yang biasanya netral atau tidak membahayakan.

d) Disosiasi

Disosiasi adalah pemisahan suatu kelompok proses mental atau perilaku dari sisa kesadaran atau identitas.

e) Identifikasi

Proses individu mencoba untuk menjadi seseorang yang dikaguminya dengan menirukan pikiran, perilaku, atau kesukaannya.

f) Intelektualisasi

Intelektualisasi adalah Pengguna logika atau alasan yang berlebihan untuk menghindari perasaan-perasaan yang mengganggu yang dialami.

g) Introyeksi

Introyeksi adalah tipe identifikasi yang intens yang di dalamnya individu itu menyatukan kualitas atau nilai-nilai orang lain atau kelompok ke dalam struktur egonya sendiri; salah satu mekanisme terdini pada anak-anak; penting dalam pembentukan hati nurani.

h) Isolasi

Isolasi adalah pemisahan komponen emosional dari pikiran, yang dapat bersifat sementara atau jangka panjang.

i) Proyeksi

Proyeksi adalah menyatakan pikiran atau impuls diri, terutama keinginan, perasaan emosional, atau motivasi yang tidak dapat ditoleransi kepada orang lain.

j) Rasionalisasi

Rasionalisasi memberikan penjelasan yang diterima secara sosial atau tampak masuk akal untuk membenarkan impuls, perasaan, perilaku, dan motif yang tidak dapat diterima.

k) Reaksi formasi

Pembentukan sikap dan pola perilaku yang disadari, yang berlawanan dengan apa yang sebenarnya dirasakan atau ingin dilakukan individu

l) Regresi

Regresi adalah kemunduran karakteristik perilaku dari tahap perkembangan yang lebih awal akibat stres.

m) Represi

Represi adalah pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran, impuls, atau memori yang menyakitkan atau bertentangan dari kesadaran; pertahanan ego primer, yang cenderung memperkuat mekanisme pertahanan lainnya.

n) Splitting

Splitting adalah memandang orang atau situasi sebagai semuanya baik atau semuanya buruk; gagal untuk mengintegrasikan kualitas positif dan negatif diri.

o) Sublimasi

Sublimasi adalah penerimaan tujuan pengganti yang diterima secara sosial karena dorongan yang merupakan saluran normal ekspresi terhambat.

p) Supresi

Supresi adalah Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analogi represi yang disadari, pengesampingan yang disengaja tentang suatu topik dari kesadaran, suatu ketika dapat mengarah pada represi yang berikutnya.

q) Undoing

Undoing adalah tindakan atau komunikasi yang sebagian meniadakan yang sudah ada sebelumnya; merupakan mekanisme pertahanan primitif.

r) Fiksasi

Berhentinya tingkat perkembangan pada salah satu aspek tertentu, seperti: emosi, tingkah laku, atau pikiran sehingga perkembangan selanjutnya terhambat.

s) Simbolisasi

Menggunakan benda atau tingkah laku sebagai simbol pengganti suatu keadaan atau hal yang sebenarnya.

t) Konversi

Konversi adalah transformasi konflik emosional kedalam bentuk gejala-gejala jasmani.

d. Gaya koping

Menurut Stuart (2012) Gaya koping merupakan penentuan dari gaya seseorang atau ciri-ciri tertentu dari seseorang dalam memecahkan suatu masalah berdasarkan tuntutan yang dihadapi. Gaya koping dicirikan sebagai berikut:

1) Gaya koping positif

Merupakan gaya koping yang mampu mendukung integritas ego dibagi menjadi beberapa yaitu:

a) Problem Solving

Problem Solving merupakan usaha untuk memecahkan suatu masalah. Masalah harus dihadapi dan dipecahkan, dan bukan dihindari atau ditekan di alam bawah sadar, seakan – akan itu tidak berarti. Strategi pemecahan masalah bertujuan untuk mengatasi atau menanggulangi masalah atau ancaman yang ada dengan kemampuan pengamatan secara realistis.

b) Utilizing Social Support

Utilizing Social Support merupakan tindak lanjut dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi, ketika masalah itu belum terselesaikan. Maka carilah dukungan orang lain yang dapat dipercaya dan mampu memberikan bantuan dalam bentuk masukan dan saran. Semakin banyak dukungan dari orang lain, maka semakin efektif upaya penyelesaian masalahnya.

c) Looking for Silver Lining

Manusia harus berfikir positif dan mengambil hikmah dari segala masalah yang terjadi.

2) Gaya koping negatif

Gaya koping negatif merupakan gaya koping yang akan menurunkan integritas ego, dalam penentuan gaya koping akan merusak dan merugikan diri sendiri, dibagi menjadi beberapa yaitu:

a) Avoidance

Avoidance merupakan bentuk dari proses internalisasi terhadap suatu pemecahan masalah kedalam alam bawah sadar yang menghilangkan atau membebaskan diri dari suatu tekanan mental akibat masalah – masalah yang dihadapi. Cara ini dapat dikatakan sebagai usaha untuk mengatasi situasi tekanan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindari masalah yang

berujung pada penumpukan masalah dikemudian hari. Bentuk pelarian diri diantaranya dengan beralih pada hal lain seperti makanan, minuman, merokok, atau menghilangkan masalah sesaat untuk tujuan sesaat, padahal hanya merupakan upaya untuk menunda masalah dan bukan menyelesaikan masalah.

b) Self Blame

Self Blame merupakan bentuk dari ketidakberdayaan atas masalah diri sendiri tanpa evaluasi diri yang optimal. Kegagalan orang lain dialihkan dengan menyalahkan diri sendiri tanpa evaluasi diri yang optimal sehingga menekan kreativitas dan ide yang berdampak pada penarikan diri dari struktur sosial.

c) Wishfull Thinking

Kegagalan dalam mencapai tujuan yang diinginkan seharusnya menjadikan seseorang berada pada kesedihan yang mendalam. Hal ini terjadi karena dalam penentuan standar diri, riset, atau dikondisikan terlalu tinggi sehingga sulit untuk dicapai. Penentuan standar yang terlalu tinggi menjadikan seseorang terbuai khayalan dan impian tanpa kehadiran fakta yang nyata. Menyesali kegagalan berakibat kesedihan yang mendalam merupakan bentuk dari berduka yang disfungsi, dimana hal tersebut merupakan pintu dari seseorang mengalami gangguan.

e. Faktor faktor yang mempengaruhi koping

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping, yaitu (Lazarus dan Folkman, 1984 dalam (Nasir, Abdul dan Muhith, 2011):

1) Kesehatan fisik

Kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengalami stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar.

2) Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (external locus of control) yang mengarahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (helplessness) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe : problem solving focused coping.

3) Keterampilan memecahkan masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

4) Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat.

5) Dukungan sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya. Aspek-aspek koping terhadap stres : Keaktifan diri, perencanaan, kontrol diri, mencari dukungan sosial, mengingkari, penerimaan, religiusitas.

6) Tekanan ekonomi

Suatu keluarga yang berpendapatan rendah tentunya akan sulit memenuhi seluruh kebutuhan keluarga. Strategi yang paling efektif dipilih keluarga dalam menyikapi dampak krisis adalah mengurangi pengeluaran untuk makanan dan non makanan serta meningkatkan produktivitas usaha. (Firdaus & Sunarti, 2009)

f. Klasifikasi koping

Mekanisme berdasarkan penggolongan dibagi menjadi dua (Stuart dan Sundeen, 1995, dalam Nasir dan Muhith).

- 1) Mekanisme koping adaptif merupakan mekanisme yang mendukung fungsi integrasi (kesempurnaan atau keseluruhan),

pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang, memiliki persepsi luas, dapat menerima dukungan dari orang lain dan aktivitas konstruktif.

- 2) Mekanisme koping maladaptif merupakan mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi (kesempurnaan atau keseluruhan memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi, dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah perilaku cenderung merusak, melakukan aktifitas yang kurang sehat seperti obat-obatan, jamu dan alkohol, tidak mampu berpikir apa-apa atau disorientasi dan tidak mampu menyelesaikan masalah.

3. Konsep Dasar Lansia

a. Definisi lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti di dalam Undang-Undang No 13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah

menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang semakin membaik dan usia harapan hidup semakin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua. (Kholifah, 2016)

b. Batasan lansia

- 1) WHO (1999) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut :
 - a) Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun,
 - b) Usia tua (old) :75-90 tahun, dan
 - c) Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun.
- 2) Depkes RI (2005) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:
 - a) Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 40-59 tahun,
 - b) Usia lanjut yaitu usia 60 – 75 tahun.
 - c) Lanjut usia tua 75 – 90 tahun

c. Karakteristik lansia

Adapun karakteristik lansia yaitu:

- 1) Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

- 2) Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

- 3) Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan

sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

4) Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah. (Kholifah, 2016)

d. Perubahan pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah dan Lilik M, 2011, dalam Kholifah, 2016)

1) Perubahan Fisik

a) Sistem Indra

Sistem pendengaran; Presbikusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara

atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

b) Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami atrofi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

c) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi.. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan. Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamati adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur. Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi,

penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen dan fascia mengalami penuaan elastisitas.

d) Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e) Sistem respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

f) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap. menurun, rasa lapar

menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

g) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

h) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

i) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2) Perubahan Kognitif

- a) Memori (Daya ingat, Ingatan)
- b) IQ (Intelligence Quotient)
- c) Kemampuan Belajar (Learning)
- d) Kemampuan Pemahaman (Comprehension)
- e) Pemecahan Masalah (Problem Solving)

- f) Pengambilan Keputusan (Decision Making)
 - g) Kebijaksanaan (Wisdom)
 - h) Kinerja (Performance)
 - i) Motivasi
- 3) Perubahan mental
- Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :
- a) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
 - b) Kesehatan umum
 - c) Tingkat pendidikan
 - d) Keturunan (hereditas)
 - e) Lingkungan
 - f) Gangguan saraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
 - g) Gangguan konsep diri akibat kehilangan kehilangan jabatan.
 - h) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan famili.
 - i) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.
- 4) Perubahan spiritual
- Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (mature) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

5) Perubahan psikososial

Pada umumnya setelah seorang lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik (kognitif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia. Beberapa perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan 5 tipe kepribadian lansia sebagai berikut :

- a) Tipe Kepribadian Konstruktif (Construction personality), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejolak, tenang dan mantap sampai sangat tua.
- b) Tipe Kepribadian Mandiri (Independent personality), pada tipe ini ada kecenderungan mengalami post power syndrome, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.
- c) Tipe Kepribadian Tergantung (Dependent personality), pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi oleh kehidupan keluarga, apabila kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada masa

lansia tidak bergejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang ditinggalkan akan menjadi merana, apalagi jika tidak segera bangkit dari kesukaannya.

- d) Tipe Kepribadian Bermusuhan (Hostility personality), pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang kadang kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menjadi morat-marit.
- e) Tipe Kepribadian Kritik Diri (Self hate personality), pada lansia tipe ini umumnya terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya.

e. Permasalahan lansia

Menurut Suardiman (2011), Kuntjoro (2007), dan Kartinah (2008) usia lanjut rentan terhadap berbagai masalah kehidupan. Masalah umum yang dihadapi oleh lansia diantaranya:

1) Masalah ekonomi

Usia lanjut ditandai dengan penurunan produktivitas kerja, memasuki masa pensiun atau berhentinya pekerjaan utama. Disisi lain, usia lanjut dihadapkan pada berbagai kebutuhan yang semakin meningkat seperti kebutuhan akan makanan yang bergizi seimbang, pemeriksaan kesehatan secara rutin, kebutuhan sosial dan rekreasi. Lansia yang memiliki pensiun kondisi ekonominya

lebih baik karena memiliki penghasilan tetap setiap bulannya. Lansia yang tidak memiliki pensiun, akan membawa kelompok lansia pada kondisi tergantung atau menjadi tanggungan anggota keluarga (Suardiman, 2011).

2) Masalah sosial

Memasuki masa lanjut usia ditandai dengan berkurangnya kontak sosial, baik dengan anggota keluarga atau dengan masyarakat. kurangnya kontak sosial dapat menimbulkan perasaan kesepian, terkadang muncul perilaku regresi seperti mudah menangis, mengurung diri, serta merengek-rengok jika bertemu dengan orang lain sehingga perilakunya kembali seperti anak kecil (Kuntjoro, 2007).

3) Masalah kesehatan

Peningkatan usia lanjut akan diikuti dengan meningkatnya masalah kesehatan. Usia lanjut ditandai dengan penurunan fungsi fisik dan rentan terhadap penyakit (Suardiman, 2011).

4) Masalah psikososial

Masalah psikososial adalah hal-hal yang dapat menimbulkan gangguan keseimbangan sehingga membawa lansia ke arah kerusakan atau kemerosotan yang progresif terutama aspek psikologis yang mendadak, misalnya, bingung, panik, depresif, dan apatis. Hal itu biasanya bersumber dari munculnya stressor

psikososial yang paling berat seperti, kematian pasangan hidup, kematian sanak saudara dekat, atau trauma psikis. (Kartinah, 2008)

4. Penelitian terkait

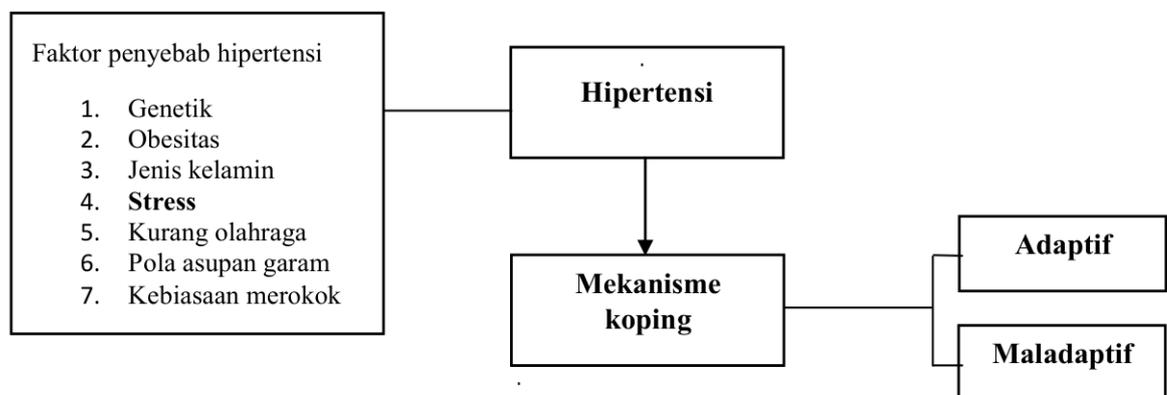
- a. Penelitian yang dilakukan oleh (Urifah et al., 2018) yang berjudul “gambaran hipertensi pada lansia di wilayah kerja puskesmas cukir jombang” fakultas Kesehatan program studi keperawatan. Rancangan penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Populasi pada penelitian adalah lansia yang memiliki hipertensi dan memeriksakan diri di puskesmas Cukir, Jombang. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling, sebanyak 124 sampel. Pada penelitian ini didapatkan mayoritas partisipan adalah perempuan (72,5%), seluruh partisipan bersuku jawa (100%) dan lebih dari 6 bulan (90,4%) dan partisipan menyatakan bahwa mereka tidak meminum obat anti hipertensi sebelum datang mengikuti kegiatan penelitian. Distribusi frekuensi pada lansia didapati bahwa sebanyak (56,5%) memiliki hipertensi pada tingkat hipertensi tahap 1 yaitu tekanan darah sistol berkisar pada 140-159 mmHg dan sebanyak 43,5% partisipan memiliki hipertensi tahap 2 yaitu memiliki tekanan sistolik >160 mmHg. Sedangkan pengukuran didapatkan (56,5%) partisipan memiliki hipertensi tahap 1 dengan diastole antara 90-99 mmHg dan hanya (16,9%) partisipan memiliki pre hipertensi yaitu tekanan diastole 80-89 mmHg.

b. Penelitian yang dilakukan oleh (Fitriyani & Nursasi, 2012) yang berjudul “Koping lanjut usia terhadap penurunan fungsi gerak di Kelurahan Cipinang Muara Kecamatan Jatinegara Jakarta timur” fakultas ilmu keperawatan, Universitas Indonesia. tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi koping yang umum digunakan lansia terhadap penurunan fungsi gerak. Terdapat sebanyak 46 responden dalam penelitian ini dengan kisaran usia sekitar 60-89 tahun. Responden yang masih mempunyai pasangan hidup sebanyak 52,17% dan sisanya hidup tanpa pasangan yaitu janda 41,30% dan duda 6,52%. Angket dikembangkan mengacu pada delapan jenis koping sesuai pedoman koping oleh Folkman & Lazarus yaitu konfrontasi, dukungan sosial, penyelesaian masalah, kontrol diri, penanggulangan peristiwa, penilaian yang positif, menerima tanggung jawab, pengingkaran. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia menggunakan ke delapan jenis koping tersebut. Dari hasil perhitungan didapatkan bahwa usia tidak menentukan jenis koping yang dipilih oleh responden. Sebagian besar responden menggunakan koping yang adaptif, sedangkan koping maladaptif digunakan oleh 30,43% responden untuk koping kontrol diri; 13,04% responden untuk koping penanggulangan peristiwa dan 63,04% untuk koping pengingkaran. Selanjutnya, perbedaan yang nyata dalam penerapan koping tampak pada jenis kelamin. Sebagian besar responden wanita berupaya untuk melawan kondisi penurunan fungsi gerak. 47,83% responden wanita

menggunakan koping konfrontasi dan 36,96% menggunakan koping dukungan sosial. Berbeda dengan responden pria hanya 21,7% responden yang menggunakan konfrontasi dan 17,39% yang menggunakan dukungan sosial. Penggunaan koping oleh para responden juga dapat dilihat berdasarkan status pernikahan

B. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah suatu gambaran atau batasan batasan tentang teori-teori yang akan dipakai sebagai landasan penelitian yang akan dilakukan, adalah teori mengenai variabel variabel permasalahan yang akan diteliti (Mardialis, 2009). Kerangka pola penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut ini :



Skema 2. 1 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

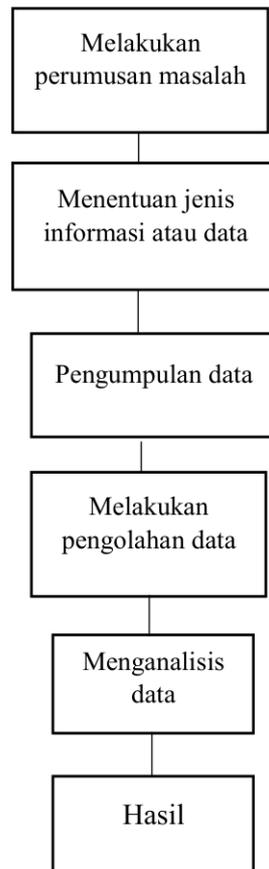
A. Desain penelitian

Desain penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif non-eksperimental dengan menggunakan desain deskriptif. Penelitian deskriptif adalah suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk mendeskripsikan mengenai suatu fenomena yang ditemukan baik satu variabel atau lebih (Sugiyono, 2008). Desain penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran mekanisme koping pada lansia penderita hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar.

1. Rancangan penelitian

Rancangan penelitian merupakan hasil akhir pada suatu keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2013). Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang bertujuan untuk menyajikan gambaran lengkap mengenai suatu fenomena. Pada penelitian ini rancangan penelitiannya adalah untuk menggambarkan bagaimana mekanisme koping lansia penderita hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar.

Rancangan penelitian dapat dilihat dengan skema dibawah ini:



Skema 3. 1 Rancangan Penelitian Analisis Deskriptif

2. Prosedur penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan penelitian dengan prosedur sebagai berikut :

- a. Mengajukan surat permohonan izin kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, Fakultas Ilmu Kesehatan untuk melakukan penelitian di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar.
- b. Setelah mendapatkan surat izin, peneliti memohon izin kepada kepala kelurahan untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.

- c. Peneliti akan memberikan informasi secara lisan dan tulisan tentang manfaat dan etika penelitian serta menjamin kerahasiaan responden
- d. Jika calon responden bersedia menjadi responden, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan menjadi responden yang diberikan peneliti
- e. Setelah responden menjawab semua pertanyaan, maka kuesioner dikumpulkan Kembali untuk dikelompokkan.

B. Lokasi dan waktu penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 08 – 30 September 2022

C. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi merupakan seluruh jumlah objek maupun subjek dengan karakteristik dan kualitas tertentu untuk diteliti dan ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah 117 lansia yang menderita hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo,2010).

Untuk menentukan jumlah sampel pada populasi kecil atau lebih kecil dari 10.000 seperti pada penelitian kali ini, maka penulis memakai rumus sampel menurut Notoatmodjo (2010) :

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

keterangan :

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan

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

$$n = \frac{117}{1 + 117 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{117}{1 + 117 (0,01)}$$

$$n = \frac{117}{2,17}$$

$$n = 53,91 \quad = 54$$

a. Kriteria inklusi

- 1) Lansia dengan hipertensi
- 2) Lansia yang berumur 40-55 tahun (fase verilitas), 56-65 tahun (fase prasenium), 65 tahun keatas (fase senium).
- 3) Lansia yang bisa membaca dan mendengar
- 4) Lansia yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi

- 1) Lansia yang tidak bersedia menjadi responden

3. Jumlah sampel

Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 54 orang lansia penderita hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar.

4. Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan Teknik *simple random sampling* dimana semua individu dalam populasi baik secara sendiri atau bersama sama diberi kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai responden.

D. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, banyak hal yang harus dipertimbangkan, tidak hanya metode, desain, dan aspek lainnya tetapi ada hal yang sangat penting dan serius yang harus diperhatikan oleh peneliti yaitu etika penelitian (Swarjana, 2015). Menurut Hidayat (2011) mengungkapkan bahwa etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan dengan manusia. Maka dari segi etika penelitian yang harus diperhatikan sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed Consent merupakan bentuk antara persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka

harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain : partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

E. Alat pengumpulan data

Pada penelitian ini peneliti menggunakan kuesioner untuk mengumpulkan data. Instrumen kuesioner terbagi menjadi 2 yaitu kuesioner A dan Kuesioner B.

1. Instrument a

Instrument a berisikan mengenai data demografi responden yaitu umur 40-55th kode “1”, umur 56-65th kode “2”, diatas umur 65th kode “3”, jenis kelamin kode “1” untuk responden laki laki dan kode “2” untuk responden perempuan, pendapatan <3jt kode “1” dan untuk pendapatan lebih 3jt kode”2”, Pendidikan kode “1” untuk tidak bersekolah “2” untuk SD, “3” untuk SMP, kode”4” untuk SMA, kode”5” untuk perguruan tinggi.

2. Instrument b

Instrument b berisikan pernyataan tentang mekanisme koping lansia dengan hipertensi yang berjumlah 30 pertanyaan yang terdiri dari mekanisme koping adaptif berjumlah 15 dan mekanisme koping maladaptive 15. Responden mengisi dengan cara memberikan tanda ceklis (√) pada kolom yang disediakan dengan pilihan benar dan salah dengan nilai minimal 0 dan maksimal 30. Instrumen penelitian ini dinyatakan valid dan reliabel yang telah digunakan pada penelitian Lestari Herly dengan judul “Gambaran mechanism koping lansia dengan Hipertensi di RW 04 Desa Padasuka Kecamatan Ciomas Kabupaten Bogor” pada tahun 2017.

F. Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data primer. Data primer merupakan data yang dikumpulkan secara langsung oleh peneliti

melalui responden yang diteliti dengan menggunakan kuesioner yang berisi sejumlah pertanyaan yang dijawab oleh responden.

G. Teknik pengolahan data

Menurut Hidayat (2011) menyatakan bahwa data yang sudah diperoleh terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus dilakukan diantaranya sebagai berikut :

1. *Editing* (Penyuntingan)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2. *Coding* (Pengkodean)

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan data dan analisis data menggunakan komputer.

3. *Entry Data*

Entry data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi

4. Melakukan Teknik Analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis.

H. Definisi operasional

Tabel 3. 1 Tabel 3.1 Defenisi Operasional

No	Variable	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil	Skala
1	Usia	Umur seseorang yang dihitung dari bulan, tanggal dilahirkannya.	Kuesioner	1.(fase verilities) 40-55 th 2.fase prasenium 56-65 th 3. fase senium >65 th	Ordinal
2	Jenis kelamin	Individu yang membedakan individu dengan individu lainnya	Kuesioner	1. laki laki 2. perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Jenis Pendidikan formal yang diselesaikan	Kuesioner	1.tidak bersekolah 2. SD 3.SMP 4. SMA 5.Perguruan tinggi	Ordinal
4	Pendapatan	Penghasilan yang dihasilkan dari pekerjaan individu	Kuesioner	1. ≤ 3jt 2. ≥ 3jt	Ordinal
5	Mekanisme koping lansia dengan hipertensi	Cara yang dilakukan lansia untuk menangani stress yang dihadapinya.	Diukur dengan kuesioner skala <i>Guttman</i> . Jawaban positif: Benar :B 1 Salah: S, 0	Adaptif = skor ≥17 dari nilai mean. Malapatif = skor ≤16 dari nilai mean	Ordinal

I. Analisis data

1. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Analisa

univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diteliti yaitu dengan melihat suatu distribusi data dalam penelitian.

Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel, dengan rumus :

$$\frac{P f X 100}{N}$$

Keterangan :

p = Persentase

F = Frekuensi

N = Jumlah seluruh observasi

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan tanggal 07-30 September 2022, dengan jumlah responden sebanyak 54 orang lansia yang menderita hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar. Data yang diambil pada penelitian ini adalah gambaran mekanisme coping lansia dengan hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas kampar yang diukur menggunakan kuesioner. Dari penyebaran kuesioner, didapat hasil sebagai berikut :

A. Analisa Univariat

1. Karakteristik responden berdasarkan umur

Tabel 4. 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur

no	Umur	Frekuensi	Presentase
1	40-55th	15	28%
2	56-65th	25	46%
3	>65th	14	26%
Total		54	100%

Sumber: penyebaran kuesioner

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa dari 54 responden yang telah mengisi kuesioner, dengan cakupan umur 40-55 tahun dengan persentase 28%, umur 56-65 tahun dengan persentase 46%, dan umur >65 tahun sebanyak 26%.

2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

no	Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Laki laki	7	13%
2	Perempuan	47	87%
Total		54	100%

Sumber: penyebaran kuesioner

Dari tabel 4.2 dapat diketahui bahwa dari 54 responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 47 (87%) .

3. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1.	Tidak sekolah	12	22%
2.	SD	29	54%
3.	SMP	6	11%
4.	SMA	6	11%
5.	Perguruan Tinggi	1	2%
Total		54	100%

Sumber: penyebaran kuesioner

Dari tabel 4.3 dapat diketahui bahwa dari 54 responden sebagian besar berpendidikan SD dengan jumlah 29 (54%)

4. Karakteristik responden berdasarkan pendapatan

Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendapatan

no	Pendapatan	Frekuensi	Persentase
1.	<3jt	39	72%
2.	>3jt	15	28%
Total		54	100%

Sumber: penyebaran kuesioner

Dari tabel 4.4 dapat diketahui bahwa dari 54 responden sebagian besar berpendapatan <3jt dengan jumlah 39 (72%).

5. Gambaran mekanisme coping lansia dengan hipertensi

Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Mekanisme Coping Lansia Dengan Hipertensi di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar

no	Mekanisme coping	Frekuensi	Persentase
1	Adaptif	43	80%
2	Maladaptif	11	20%
Total		54	100%

Sumber: penyebaran kuesioner

Dari tabel 4.5 dapat diketahui distribusi frekuensi hasil penelitian yang telah dilakukan di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar ialah dimana dari 54 responden sebagian besar responden memiliki mekanisme koping Adaptif dengan jumlah 43 responden atau (80%), sedangkan yang memiliki mekanisme koping jenis maladaptif yaitu 11 responden atau 20%.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 07 sampai 30 september 2022 yang dilakukan pada 54 lansia dengan hipertensi didapatkan sebagian besar lansia dengan jumlah 43 lansia (80%) menggunakan mekanisme koping adaptif untuk menghadapi penyakitnya dan sebagian kecil lansia dengan jumlah 11 orang menggunakan mekanisme koping maladaptif dalam menghadapi penyakit hipertensi nya.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Stuart dan Sundeen dalam Ernawati (2009) bahwa seseorang yang memiliki harapan hidup yang tinggi dalam menghadapi penyakit terminal atau kronis dapat mengurangi stress dengan memperkuat hubungan sosial dan mengarahkan dirinya ke hal-hal yang lebih positif sehingga klien menggunakan mekanisme koping yang adekuat atau adaptif.

Meskipun mekanisme koping yang banyak digunakan oleh responden adalah mekanisme koping adaptif tetapi masih ada beberapa responden dalam penelitian ini yang masih menggunakan mekanisme koping maladaptive. Menurut Stuart dan Sundeen dalam Ermawati (2009) mengenai penyakit terminal dan kronis dapat mengakibatkan penyimpangan dengan perasaan tidak aman dan cenderung putus asa akan penyakitnya dapat membuat klien menggunakan mekanisme koping maladaptif dalam menghadapi penyakitnya.

Terdapat beberapa faktor karakteristik yang dapat mempengaruhi mekanisme koping, yaitu usia, jenis kelamin, Pendidikan, keyakinan atau pandangan positif dan keterampilan dalam memecahkan masalah. Dalam

penelitian yang telah dilakukan terdapat karakteristik responden yang mempengaruhi mekanisme koping yaitu usia. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 54 lansia dengan hipertensi menunjukkan, sebagian kecil 14 lansia (26%) berusia diatas 65 tahun, kemudian 25 lansia (46%) berusia 56 hingga 65 tahun dan 15 lansia (28%) yang berusia 40 – 55 tahun. Dari data yang didapat menyatakan bahwa usia yang menggunakan mekanisme koping adaptif adalah mereka yang berusia 56-65 tahun yang sebanyak 19 dari 25 lansia.

Karakteristik responden lainnya yang dapat mempengaruhi mekanisme koping adalah jenis kelamin. Jenis kelamin merupakan identitas atau gender yang dimiliki seseorang. Jenis kelamin terbanyak pada responden yang diteliti adalah perempuan dengan jumlah 47 orang dan laki-laki sebanyak 7 orang. Dari hasil penelitian yang lebih banyak menggunakan mekanisme koping maladaptif adalah perempuan dengan jumlah 11 orang dibandingkan dengan responden laki-laki. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan dalam penggunaan mekanisme koping. Dalam beberapa penelitian mengemukakan bahwa perempuan lebih cenderung menggunakan strategi koping yang bertujuan untuk mengubah respon emosi dalam keadaan stress. Sedangkan laki-laki cenderung lebih menggunakan mekanisme koping yang berfokus dalam mengatasi masalah saat dalam keadaan yang stressfull. (Endler and Parker, (1990) dalam Kelly et. al 2008).

Menurut Yin et. al dalam Mutoharoh (2013) menyatakan bahwa ada perbedaan antara laki laki dan perempuan dalam kontrol diri. Laki laki lebih cenderung menunjukkan perilaku yang berlebihan dan terkadang melakukan kegiatan yang bersifat agresif, menonjolkan emosi dan menyembunyikan sisi

lembut mereka akan kasih sayang, sedangkan perempuan lebih menggunakan kelembutan, sensitivitas dan perasaan kasih.

Karakteristik responden lainnya yang mempengaruhi mekanisme koping adalah Pendidikan. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat sebagian kecil 1 lansia (2%) memiliki pendidikan terakhir lulusan perguruan tinggi, kemudian 6 lansia (11%) memiliki pendidikan terakhir lulusan SMA, dan 6 lansia (11%) memiliki Pendidikan terakhir lulusan SMP, dan 12 lansia (22%) tidak sekolah dan lebih dari setengahnya 29 lansia (54%) lulusan SD. Dari data ini menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah responden lulusan SD. Hasil penelitian yang didapatkan menunjukkan bahwa lulusan SD yang menderita penyakit hipertensi paling banyak menggunakan mekanisme koping maladaptive.

Karakteristik lain yang mempengaruhi mekanisme koping adalah pendapatan. Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar responden memiliki pendapatan <3jt sebanyak 39 orang (72%) dan 15 orang (28%) memiliki pendapatan >3jt. Terdapat kajian yang telah dilakukan mengenai pendapatan keluarga dan tekanan ekonomi keluarga serta dampaknya terhadap kesejahteraan keluarga menurut Firdaus & Sunarto, (2009) Suatu keluarga yang berpendapatan rendah akan sulit memenuhi seluruh kebutuhan keluarga, strategi yang paling efektif yang dapat dipilih oleh keluarga dalam menyikapi dampak krisis adalah dengan mengurangi pengeluaran untuk pangan dan non pangan serta meningkatkan produktivitas usaha.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil yang telah dilakukan di Desa Batu Belah pada 54 lansia responden di Desa Batu Belah Wilayah Kerja Puskesmas Kampar yaitu tentang gambaran mekanisme coping lansia penderita hipertensi, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Sebagian besar lansia memiliki mekanisme coping adaptif yaitu sebanyak 43 orang (80%).
2. Sebagian lansia lainnya memiliki mekanisme coping maladaptif yaitu sebanyak 11 orang (20%).

B. Saran

1. Aspek teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori dan menambah hasil informasi ilmiah yang berhubungan dengan mekanisme coping pada lansia.

2. Aspek praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi tenaga kerja yang berada di pusat kesehatan untuk dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya untuk masyarakat tentang stress dan mekanisme coping pada lansia.

a. Bagi pelayanan kesehatan

Sebagai bahan masukan bagi pihak, khususnya puskesmas kampar dalam memberikan penyuluhan dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat mengenai stress dan strategi koping dalam menghadapi stress tersebut.

b. Bagi instansi pendidikan keperawatan Universitas pahlawan

Untuk melengkapi bahan bacaan di perpustakaan Universitas Pahlawan serta menjadi Ilmu yang berguna untuk pengembangan pengetahuan atau penelitian terkait dengan mekanisme koping.

c. Bagi masyarakat atau responden

Diharapkan kepada lansia untuk dapat mengetahui informasi lebih mengenai Mekanisme Koping.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad, N., Fatmalia, D., Fauzar, M., & Hijrah, A. (2021). Dukungan Keluarga Dengan Mekanisme Koping Lansia Penderita Hipertensi Di Puskesmas Sendana 1 Kabupaten Majene. *Journal of Health, Education and Literacy*, 4(1), 65–71.
- Ansar J, Dwinata I, M. A. (2019). Determinan Kejadian Hipertensi Pada Pengunjung Posbindu Di Wilayah Kerja Puskesmas Ballaparang Kota Makassar. *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan*, 1(3), 28–35.
- Ariasti, D., & Pratiwi, T. N. (2016). HUBUNGAN ANTARA MEKANISME KOPING TERHADAP STRES DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA WARGA DI DESA NGELOM SROYO JATEN KARANGANYAR. *KOSALA: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(1). <https://doi.org/10.37831/jik.v4i1.87>
- Ezdha, A. U. A., Abdurrahman Hamid, & Arlina Waruwu. (2021). Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Lansia pada Masa Pandemi Covid-19 di Wilayah Kerja Puskesmas Rejosari Pekanbaru. *Health Care: Jurnal Kesehatan*, 10(2), 353–358. <https://doi.org/10.36763/healthcare.v10i2.159>
- Firdaus, F., & Sunarti, E. (2009). Hubungan antara Tekanan Ekonomi dan Mekanisme Koping dengan Kesejahteraan Keluarga Wanita Pemetik Teh. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 2(1), 21–31. <https://doi.org/10.24156/jikk.2009.2.1.21>
- Fitriyani, P., & Nursasi, A. Y. (2012). Jakarta Timur Jakarta Timur. *Makara Kesehatan*, 6(2), 59–65.
- Hidayat, R., & Agnesia, Y. (2021). Faktor Risiko Hipertensi Pada Masyarakat Di Desa Pulau Jambu Uptd Blud Kecamatan Kuok Kabupaten Kampar. *Jurnal Ners*, 5(1), 8–19.
- Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *J Majority*, 4(5), 10–19.
- Sudarsono, E. K. R., Sasmita, J. F. A., Handyasto, A. B., Kuswantiningsih, N., & Arissaputra, S. S. (2017). Peningkatan Pengetahuan Terkait Hipertensi Guna Perbaikan Tekanan Darah pada Pemuda di Dusun Japanan, Margodadi, Seyegan, Sleman, Yogyakarta. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement)*, 3(1), 26. <https://doi.org/10.22146/jpkm.25944>
- Suyanta, & Ekowarni, E. (2013). Pengalaman Emosi dan Mekanisme Koping Lansia yang Mengalami Penyakit Kronis. *Jurnal Psikologi UGM*, 39(2),

206–219.

Urifah, S., Suwandi, E. W., Program, S., & Jombang, U. (2018). *Gambaran hipertensi pada lansia di wilayah kerja puskesmas cukir jombang 1,2, 3.* 2(2).

Windarti, A. (2019). *Strategi Coping Stress Pada Guru Pendamping (Shadow Teacher) Anak Berkebutuhan Khusus Di Tk "X."* 12–52.