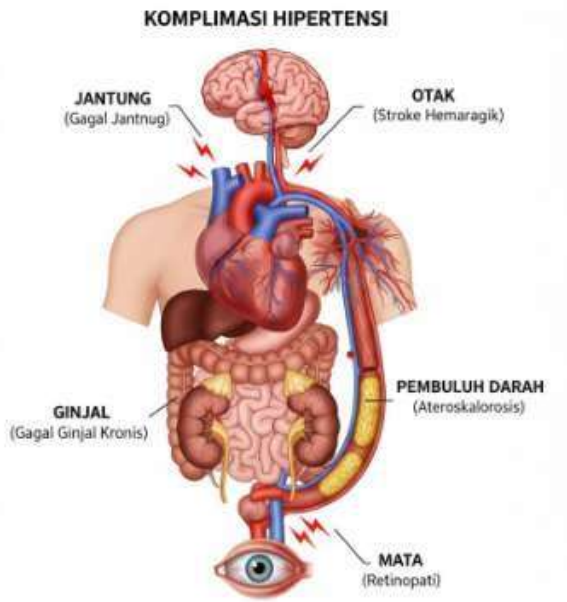
BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) adalah kondisi medis kronis yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah yang menetap dalam jangka waktu lama, didefinisikan secara klinis sebagai tekanan darah sistolik 140\mmHg}dan tekanan darah diastolik 90 mmHg berdasarkan pengukuran berulang (biasanya dua kali atau lebih pada kunjungan yang berbeda). Secara umum, hipertensi diklasifikasikan menjadi dua jenis: Primer (Esensial) yang penyebabnya multifaktorial dan tidak diketahui secara spesifik (sekitar 90–95% kasus), serta Sekunder yang disebabkan oleh kondisi medis lain seperti penyakit ginjal atau gangguan endokrin(Rahmawati, 2024).



Gambar 2. 1 Komplikasi Hipertensi

Hipertensi dijuluki sebagai *"silent killer"* karena seringkali asimtomatik pada tahap awal, padahal secara diam-diam merusak pembuluh darah dan organ vital. Ini terjadi karena tekanan tinggi yang konstan memaksa jantung bekerja lebih keras dan merusak lapisan intima pembuluh darah. Faktor risiko yang berperan besar dalam perkembangan hipertensi meliputi gaya hidup (konsumsi garam berlebihan, kurang aktivitas fisik, merokok, alkohol, obesitas) dan faktor non-modifiable (usia, genetika). Komplikasi yang ditimbulkan oleh hipertensi yang tidak terkontrol sangat serius dan mengancam jiwa, seperti stroke, gagal ginjal kronis, gagal jantung, dan penyakit arteri koroner. Kerusakan organ ini adalah konsekuensi serius yang harus dihindari (PERKI, 2021).

Pengelolaan hipertensi merupakan upaya jangka panjang yang komprehensif, tidak hanya bergantung pada terapi farmakologis, tetapi juga sangat menekankan pada modifikasi gaya hidup. Terapi farmakologis melibatkan penggunaan obat antihipertensi yang sesuai, sementara modifikasi gaya hidup mencakup diet seimbang (seperti diet DASH), aktivitas fisik teratur, manajemen berat badan, pengurangan konsumsi alkohol dan tembakau, serta strategi manajemen stres. Pemahaman yang baik mengenai penyakit, pengobatan, dan kebutuhan perubahan gaya hidup (Pengetahuan) sangat krusial. Pengetahuan yang memadai, bersama dengan keyakinan diri untuk bertindak (Efikasi Diri), menjadi prasyarat penting bagi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan dan perubahan gaya hidup. Dengan adanya kepatuhan yang konsisten, risiko komplikasi berat dapat diminimalkan, dan kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan secara signifikan (Sudoyo et al., 2020).

2.2. Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi merupakan pendekatan komprehensif yang bertujuan untuk menurunkan tekanan darah hingga mencapai batas normal serta mencegah terjadinya komplikasi kardiovaskular seperti stroke, infark miokard, dan gagal ginjal. Upaya penatalaksanaan meliputi modifikasi gaya hidup, terapi farmakologis, serta pemantauan rutin terhadap perkembangan kondisi pasien. Intervensi non-farmakologis menjadi langkah pertama yang sangat dianjurkan bagi seluruh penderita hipertensi, baik yang belum maupun yang sudah menggunakan obat (Sutanto, 2023).

Modifikasi gaya hidup dilakukan melalui penerapan pola makan sehat, seperti diet DASH yang kaya buah, sayuran, serealia utuh, dan produk rendah lemak serta rendah garam. Pembatasan natrium menjadi komponen penting, dengan anjuran konsumsi garam kurang dari 5 gram per hari. Selain itu, peningkatan asupan mineral seperti kalium dan magnesium melalui konsumsi sayuran berdaun hijau, kacang-kacangan, dan buah-buahan turut membantu menjaga keseimbangan tekanan darah. Aktivitas fisik teratur juga menjadi bagian esensial dari penatalaksanaan, di mana latihan aerobik minimal 150 menit per minggu terbukti mampu menurunkan tekanan darah secara signifikan(Rahmawati, 2024).

Pengelolaan berat badan dengan menjaga indeks massa tubuh dalam rentang normal sangat dianjurkan karena setiap penurunan berat badan berkaitan langsung dengan penurunan tekanan darah. Langkah lain seperti penghentian kebiasaan merokok, pembatasan konsumsi alkohol, serta pengelolaan stres melalui teknik relaksasi turut berperan dalam mengontrol tekanan darah (Talango &

Kusdhiarningsih, 2024).

Selain intervensi non-farmakologis, terapi farmakologis diberikan apabila tekanan darah pasien tetap tinggi atau apabila pasien memiliki risiko kardiovaskular yang besar. Terapi obat dilakukan berdasarkan jenis antihipertensi yang sesuai dengan kondisi dan komorbid pasien. Obat yang umum digunakan meliputi diuretik tiazid yang bekerja menurunkan volume cairan tubuh, ACE-Inhibitor yang menghambat pembentukan angiotensin II sehingga menyebabkan vasodilatasi, serta ARB yang bekerja pada reseptor angiotensin II dengan efek samping yang lebih minimal. Obat lain seperti Calcium Channel Blocker berfungsi menghambat masuknya ion kalsium ke otot polos pembuluh darah sehingga mengurangi kekakuan vaskular, sedangkan beta-blocker digunakan terutama pada pasien dengan gangguan jantung atau aritmia karena dapat memperlambat denyut jantung. Pada beberapa kasus, terutama jika target tekanan darah belum tercapai dengan satu jenis obat, dokter akan memberikan kombinasi dua hingga tiga jenis obat antihipertensi untuk memperoleh efek terapetik yang lebih optimal(Sutanto, 2023)..

Penatalaksanaan hipertensi juga mencakup pemantauan dan evaluasi terapi yang dilakukan secara berkala. Pemantauan meliputi pemeriksaan tekanan darah rutin, pengamatan terhadap efek samping obat, serta pemeriksaan laboratorium seperti fungsi ginjal atau kadar elektrolit sesuai jenis obat yang digunakan. Evaluasi ini penting untuk memastikan bahwa terapi memberikan hasil optimal dan tidak menimbulkan komplikasi. Pasien juga perlu diberikan edukasi mengenai pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, bahaya menghentikan obat secara tiba-tiba, dan cara melakukan pengukuran tekanan darah mandiri di rumah. Edukasi ini

membantu meningkatkan kesadaran dan tanggung jawab pasien terhadap kondisi kesehatannya(Talango & Kusdhiarningsih, 2024).

Pada kondisi khusus, penatalaksanaan hipertensi memerlukan penyesuaian tertentu. Pasien dengan diabetes mellitus umumnya dianjurkan mengonsumsi ACEI atau ARB untuk perlindungan terhadap ginjal, sedangkan pada kehamilan digunakan obat yang aman seperti metildopa, labetalol, atau nifedipin. Pada pasien dengan penyakit ginjal kronis, target tekanan darah lebih ketat dengan tujuan mencegah kerusakan ginjal lebih lanjut. Sementara itu, pada lansia, obat antihipertensi jenis diuretik tiazid atau Calcium Channel Blocker sering menjadi pilihan utama karena efektivitasnya pada perubahan fisiologis terkait usia. Penatalaksanaan yang tepat, menyeluruh, dan berkelanjutan diharapkan mampu mengendalikan hipertensi secara optimal serta meningkatkan kualitas hidup pasien(Ardianto Rodin et al., 2024).

2.3. Pengetahuan Pasien tentang Hipertensi

Pengetahuan didefinisikan sebagai hasil dari proses kognitif pendidikan, atau pengajaran. Dalam konteks kesehatan, pengetahuan tidak hanya sekadar mengingat fakta, tetapi merupakan domain kognitif tingkat dasar yang sangat penting sebagai prasyarat utama dalam membentuk sikap positif dan memicu perubahan perilaku seseorang terkait kondisi kesehatannya. Pengetahuan pasien tentang hipertensi mencakup pemahaman yang komprehensif mengenai beberapa dimensi kunci: Definisi dan Klasifikasi (seperti nilai ambang batas tekanan darah), Etiologi dan Faktor Risiko (baik yang dapat dimodifikasi maupun yang tidak), serta Tanda,

Gejala, dan Komplikasi (memahami bahwa hipertensi seringkali tanpa gejala namun dapat merusak organ target). Selain itu, pengetahuan juga harus mencakup Tujuan Terapi dan Pengobatan (dosis, waktu minum obat, efek samping) dan Manajemen *Self-Care* (penerapan Diet DASH, pembatasan natrium, dan aktivitas fisik) (Yayasan Jantung Indonesia, 2020). Pasien yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi terhadap pengobatan, karena mereka memahami rasionalitas di balik setiap anjuran medis dan risiko yang mereka hadapi jika tidak patuh. Pengetahuan yang kuat ini membangun fondasi bagi Efikasi Diri yang lebih tinggi, karena pasien merasa lebih siap dan kompeten untuk menghadapi tantangan manajemen penyakit. Sebaliknya, pengetahuan yang rendah dapat menyebabkan perilaku tidak sehat, seperti konsumsi garam berlebih, ketidakpatuhan minum obat (menghentikan obat ketika merasa sehat), dan pengabaian kontrol tekanan darah, yang secara langsung meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan melalui edukasi atau konseling, seperti Konseling Keperawatan berbasis Model Dorothy E. Johnson, menjadi strategi intervensi yang sangat penting untuk mendukung pengelolaan hipertensi yang berhasil dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Sutanto, 2023).

Menurut (Sutanto, 2023). Pengetahuan Pasien tentang Hipertensi dalam penelitian ini didefinisikan sebagai Hasil tahu dan kesadaran pasien hipertensi mengenai penyakit, pengobatan, dan manajemen *self-care* yang diperoleh setelah intervensi. Pengetahuan diukur melalui kemampuan pasien untuk menjawab pertanyaan yang menguji pemahaman mereka terhadap informasi yang

disampaikan selama intervensi. Pengukuran pengetahuan harus komprehensif dan mencakup aspek-aspek krusial yang diperlukan pasien untuk mengelola hipertensi secara mandiri.

1. Pemahaman Dasar Penyakit (Etiologi dan Gejala)

   Dimensi ini menguji pemahaman kognitif dasar pasien tentang kondisi mereka. Pasien harus mampu mendefinisikan hipertensi, mengidentifikasi faktor risiko atau etiologi (misalnya, riwayat keluarga, obesitas, merokok), dan mengenali tanda dan gejala yang umum maupun atipikal (misalnya, sakit kepala, pusing, atau seringkali *asimptomatik*). Pemahaman dasar membantu pasien menerima diagnosis dan menghilangkan anggapan salah bahwa hipertensi hanya berbahaya ketika gejala muncul.

2. Pengetahuan tentang Pengobatan dan Komplikasi

   Dimensi ini menguji kesadaran pasien tentang aspek farmakologis dan risiko jangka panjang. Pasien harus mengetahui jenis-jenis obat antihipertensi yang mereka konsumsi, pentingnya kepatuhan minum obat seumur hidup (bukan hanya saat tekanan darah tinggi), dan potensi komplikasi serius dari hipertensi yang tidak terkontrol (misalnya, stroke, infark miokard, gagal ginjal, dan retinopati). Pengetahuan ini secara langsung memengaruhi kepatuhan terapeutik dan membantu pasien menghargai pentingnya pengobatan berkelanjutan meskipun merasa sehat.

3. Pengetahuan tentang Self-Care (Diet, Olahraga, dan Monitoring) Dimensi ini menguji pengetahuan prosedural yang diperlukan untuk modifikasi

gaya hidup dan pemantauan mandiri. Pasien harus mengetahui prinsip diet sehat (misalnya, batasan natrium/garam, Diet DASH), jenis dan frekuensi aktivitas fisik yang aman, serta prosedur dan frekuensi monitoring tekanan darah mandiri (kapan dan bagaimana menggunakan tensimeter). Pengetahuan ini menyediakan kerangka kerja kognitif bagi pasien untuk menerapkan perilaku adaptif (Subsistem Ingestif dan Prestasi dalam Model Johnson).

Dalam perhitungan pengetahuan pasien hipertensi digunakan Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS) dikembangkan oleh Tanriveldi dan Okanli pada (2009) sebagai alat ukur baku untuk menilai pengetahuan terkait hipertensi. HK-LS merupakan kuesioner baku yang telah dilakukan translasi versi Bahasa Indonesia dan validasi yang menunjukkan bahwa kuesioner HK-LS valid dan reliabel untuk populasi sasaran penderita hipertensi dengan nilai *Cronbach's alpha coefficient* 0,758. Dalam pengukuran ini menggunakan skala dikotomi (Benar–Salah) sebagai bentuk pengukuran pengetahuan. Skala dikotomi merupakan skala pengukuran paling sederhana dan umum digunakan dalam instrumen penelitian yang bertujuan mengukur pengetahuan dasar atau kemampuan kognitif responden karena hanya menyediakan dua pilihan jawaban yang saling eksklusif, yaitu "Benar" dan "Salah" (Sugiyono, 2021).

Penggunaan skala dikotomi bertujuan memberikan penilaian yang jelas dan langsung terhadap tingkat pemahaman responden mengenai suatu materi. Dalam teori pengukuran psikometri, skala dikotomi termasuk kategori skala nominal karena jawaban hanya dibedakan dalam dua kategori tanpa gradasi nilai, meskipun

dapat diberi skor numerik untuk kepentingan analisis kuantitatif. Meskipun skor HK-LS diperoleh secara numerik, hasil akhirnya diklarifikasikan menjadi tingkat pengetahuan sehingga menjadi data ordinal. Hasil akhir perhitungan dengan kategori 0-7 rendah, 8-14 sedang, dan 15-22 tinggi (Azwar, 2021).

2.4. Efikasi Diri (Self-Efficacy)

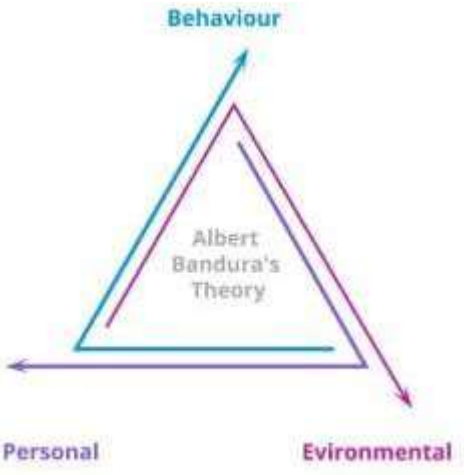
Efikasi Diri (*Self-Efficacy*) adalah inti dari Teori Kognitif Sosial yang diperkenalkan oleh psikolog Albert Bandura. Konsep ini didefinisikan sebagai keyakinan atau harapan individu terhadap kemampuannya melakukan suatu tindakan, mengorganisir dan melaksanakan serangkaian tindakan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Efikasi diri bukanlah sekadar harapan hasil (*outcome expectation*), melainkan keyakinan individu terhadap kompetensinya sendiri, yang sangat memengaruhi bagaimana seseorang memandang suatu tantangan, menentukan tingkat motivasi yang akan dicurahkan, serta memengaruhi ketekunan dalam menghadapi hambatan atau kegagalan. Bandura mengidentifikasi empat sumber utama yang membentuk efikasi diri: pengalaman kinerja yang sukses (*mastery experience*), pengalaman vikarius (pengamatan model), persuasi verbal, dan keadaan fisiologis serta afektif (Arifin, 2021).

Dalam konteks manajemen penyakit kronis seperti hipertensi, efikasi diri berperan penting sebagai prediktor kuat yang memengaruhi perilaku kesehatan pasien. Efikasi diri yang tinggi memungkinkan pasien merasa mampu dan termotivasi untuk mengambil tanggung jawab penuh atas pengelolaan penyakit, yang termanifestasi dalam perilaku spesifik seperti kepatuhan minum obat tepat

waktu dan dosis, disiplin menjalankan diet rendah garam dan pembatasan cairan, memonitor tekanan darah secara mandiri di rumah, serta melakukan modifikasi gaya hidup secara konsisten, termasuk berhenti merokok dan meningkatkan aktivitas fisik (Kemenkes RI, 2022).

Pasien dengan efikasi diri tinggi akan melihat hambatan (seperti efek samping obat atau kesulitan diet) sebagai tantangan yang dapat diatasi, sehingga mereka lebih gigih, ulet, dan mampu mempertahankan perilaku sehat dalam jangka waktu lama, yang pada akhirnya meningkatkan peluang tercapainya target kontrol tekanan darah. Sebaliknya, pasien dengan efikasi diri rendah cenderung merasa tidak mampu, mudah menyerah ketika dihadapkan pada kesulitan, mengalami kecemasan berlebihan, dan menghindari tugas-tugas pengelolaan diri, menyebabkan mereka kesulitan dalam mempertahankan kepatuhan dan mengalami hasil kesehatan yang kurang optimal. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang efektif, seperti konseling berbasis Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson, perlu melibatkan upaya yang disengaja untuk meningkatkan efikasi diri pasien melalui pemberian pengalaman sukses (mastery), demonstrasi perilaku (modeling), dan dukungan verbal (persuasi) (Muttaqin, 2020).

Efikasi diri adalah variabel psikologis yang sentral dalam Teori Kognitif Sosial (*Social Cognitive Theory*) yang dikembangkan oleh Albert Bandura. Konsep ini sangat relevan dalam konteks penyakit kronis seperti hipertensi, karena keberhasilan manajemen penyakit sangat bergantung pada kemampuan dan keyakinan pasien untuk melakukan perubahan perilaku jangka panjang(Muttaqin, 2020).



Gambar 2. 2 Konsep Efikasi diri

Secara fundamental, Efikasi Diri didefinisikan sebagai keyakinan atau kepercayaan individu terhadap kemampuannya untuk berhasil melakukan serangkaian perilaku yang diperlukan guna mencapai hasil yang diinginkan (Bandura, 1997). Ini bukanlah tentang keterampilan yang dimiliki seseorang, melainkan tentang *keyakinan* bahwa ia dapat menggunakan keterampilan tersebut secara efektif dalam berbagai situasi yang menantang. Efikasi Diri dalam penelitian ini adalah Keyakinan atau kepercayaan diri pasien terhadap kemampuan melakukan dan mempertahankan manajemen hipertensi yang direkomendasikan (*self-management*). Keyakinan ini diukur sebagai respons kognitif pasien terhadap kesulitan yang mungkin timbul selama proses *self-care*. Efikasi diri yang kuat memprediksi inisiasi perilaku baru, ketekunan dalam menghadapi hambatan, dan pemulihan dari kemunduran (relaps).

Dimensi Efikasi Diri (Indikator) dalam Konteks Hipertensi, Efikasi diri adalah konstruk spesifik, yang berarti keyakinan harus diukur terkait dengan tugas atau domain tertentu. Dalam manajemen hipertensi, fokus pengukuran diletakkan pada tiga domain perilaku utama Sudoyo et al. (2020):

1. Keyakinan Mengelola Pengobatan (*Medication Management Self-Efficacy*) Ini mengukur keyakinan pasien terhadap kemampuan mereka untuk mempertahankan kepatuhan pengobatan sesuai dengan resep dan anjuran dokter. Pasien harus yakin mereka mampu mengingat untuk minum obat tepat waktu dan dosis, mampu mengatasi kesulitan mendapatkan obat (misalnya, masalah biaya atau transportasi), dan mampu melanjutkan pengobatan meskipun tidak merasakan gejala atau mengalami efek samping ringan. Kepatuhan pengobatan adalah prediktor tunggal terkuat keberhasilan pengendalian tekanan darah.
2. Keyakinan Mengelola Diet & Gaya Hidup (Lifestyle Modification Self-Efficacy) Ini mengukur keyakinan pasien untuk menerapkan dan mempertahankan perubahan gaya hidup yang direkomendasikan untuk menurunkan tekanan darah. Keyakinan mampu mempertahankan diet rendah garam meskipun berada dalam situasi sosial (seperti makan di luar), mampu melakukan aktivitas fisik teratur meskipun merasa lelah atau kurang waktu, dan mampu mengelola berat badan. Perubahan gaya hidup, seperti Diet DASH, adalah fondasi terapi hipertensi yang membutuhkan komitmen dan ketekunan tinggi.
3. Keyakinan Mengatasi Hambatan (Coping Self-Efficacy)

   Ini mengukur keyakinan pasien terhadap kemampuan mereka untuk mengidentifikasi dan mengatasi kesulitan, tekanan, atau hambatan emosional/situasional yang dapat mengganggu program *self-care*. Keyakinan mampu mengatasi stres tanpa mengabaikan pengobatan atau

kembali ke kebiasaan buruk (misalnya, merokok atau makan berlebihan), mampu mengatasi perasaan putus asa atau frustrasi, dan mampu mempertahankan perilaku sehat bahkan ketika tekanan darah tidak langsung terkontrol. Hambatan adalah bagian tak terhindarkan dari manajemen penyakit kronis. Keyakinan untuk mengatasi hambatan (keterampilan *coping*) adalah kunci untuk mencegah *relaps* dan mempertahankan *self-care* jangka panjang.

Menurut Brunner & Suddarth (2020) berdasarkan Teori Kognitif Sosial, Efikasi Diri dapat ditingkatkan melalui empat sumber utama, yang harus diintegrasikan dalam konseling keperawatan:

Tabel 2. 1 Peran Efikasi Diri dalam Konseling Keperawatan

Sumber Peningkatan Efikasi Diri	Mekanisme Konseling Model Johnson
1. Pengalaman Kinerja (Mastery Experience)	Membimbing pasien untuk mencapai keberhasilan kecil yang bertahap (misalnya, berhasil mengurangi asupan garam selama 3 hari), yang membangun rasa kompetensi (Subsistem Prestasi).
2. Pengalaman Vikarius (Vicarious Experience)	Menunjukkan contoh pasien hipertensi lain yang berhasil (misalnya, melalui kesaksian atau kelompok pendukung), meyakinkan pasien bahwa perubahan itu mungkin (Subsistem Afiliatif).
3. Persuasi Verbal (Verbal Persuasion)	Perawat secara eksplisit memberikan dorongan, motivasi, dan umpan balik positif yang konstruktif (Subsistem Ketergantungan).

4. Keadaan Fisiologis/Emosional	Mengajarkan strategi untuk mengelola stres, kecemasan, dan emosi negatif (misalnya, teknik relaksasi), sehingga pasien menafsirkan arousal emosional sebagai hal yang dapat dikelola, bukan sebagai tanda ketidakmampuan (Subsistem Agresif-Protektif).

Intervensi yang berhasil (seperti Konseling Model Johnson) tidak hanya memberikan informasi (Pengetahuan) tetapi secara aktif berupaya untuk meningkatkan keyakinan pasien (*Self-Efficacy*) agar pasien memiliki kepercayaan diri untuk mengimplementasikan perilaku sehat yang telah mereka pelajari.

Skala ordinal merupakan bentuk skala pengukuran kuantitatif yang digunakan untuk menunjukkan tingkat atau urutan kategori, meskipun jarak antar kategori tidak harus sama. Skala ini banyak digunakan dalam penelitian psikologis, perilaku, atau persepsi karena mampu menunjukkan gradasi tingkat respons tanpa memerlukan interval yang setara (Chakrabartty, 2021). Pada penelitian mengenai kepatuhan, self-efficacy, atau perilaku perawatan diri pasien hipertensi, skala ordinal memberikan gambaran yang lebih akurat mengenai variasi tingkat keyakinan atau intensitas aktivitas responden (Polit & Beck, 2021).

Hypertension Self -Care Profile (HBP-SCP) merupakan instrumen baku yang dikembangkan untuk mengukur kemampuan, motivasi, dan efikasi diri pasien dalam melakukan perawatan diri terkait hipertensi. Instrumen ini teridi dari 3 subskala yaitu; Self-Care Behavior, Self-Care Motivation, dan Self-Care Self Efficacy. Masing-masing subskala berisi 20 item, sehingga total 60 item (Han et al.,

2014). Dalam penelitian ini menggunakan instrumen HBP-SCP dengan subskala Sefl-Care Efficacy yaitu mengukur keyakinan pasien bahwa mereka mampu melakukan perilaku perawatan diri seperti diet rendah garam, olahraga, pengendalian stres, minum obat teratur, dan monitoring tekanan darah (Han et al., 2015).

Subskala efikasi diri HBP-SCP menggunakan Skala Likert empat poin (1 = tidak yakin, 2 = kurang yakin, 3 = yakin, 4 = sangat yakin). Semua item bersifat positif, sehingga tidak ada item yang harus dibalik (reverse scoring) (Han et al., 2014). Menurut Anastasi dan Urbina (1997), skor mentah dapat dikategorikan menjadi tingkat untuk kepentingan analisis ordinal, jika skor total 20-80 maka bisa dibuat kategori berikut:

1. Efikasi diri rendah = 20 – 40
2. Efikasi diri sedang = 41 – 60
3. Efikasi diri tinggi = 61 – 80

HBP-SCP telah dimodifikasi dan diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia dengan hasil validitas dinyatakan valid dengan nilai *Content Validity Index* (CVI) yaitu 0,964 dan hasil uji reliabilitas di dapatkan reliabel dengan nilai *cronbach alpha* ≥ 0,9 untuk semua komponen pernyataan pada kuesioner HBP-SCP yaitu motivasi (0,918), *self-efficacy* (0,911), dan perilaku *self-care* (0,955) (Upoyo et al., 2021).

2.5. Konseling Keperawatan

Konseling Keperawatan didefinisikan sebagai suatu proses terapeutik,

kolaboratif, dan interaktif yang melibatkan komunikasi terstruktur antara perawat profesional dan pasien (serta keluarga) untuk membantu pasien memahami secara mendalam masalah kesehatannya, mengeksplorasi pilihan solusi, mengambil keputusan yang tepat, dan yang paling krusial, melakukan perubahan perilaku yang berkelanjutan. Konseling melampaui sekadar memberikan informasi (*edukasi*) karena ia berfokus pada dimensi emosional, psikologis, dan sosial pasien, memvalidasi perasaan dan hambatan yang dihadapi pasien dalam proses *self-management*. Tujuan akhir dari konseling keperawatan adalah untuk memberdayakan pasien, membimbing mereka untuk mencapai tingkat kemandirian yang optimal dalam mengelola kondisi kesehatan kronis mereka (Kemenkes RI, 2022).

Dalam konteks pengelolaan hipertensi, konseling adalah intervensi krusial yang berfungsi di beberapa tingkatan: (1) Kognitif, dengan meningkatkan pemahaman pasien mengenai definisi penyakit, faktor risiko, dan tujuan terapi; (2) Afektif, dengan memberikan dukungan emosional untuk mengurangi kecemasan dan stres terkait penyakit; serta (3) Perilaku, dengan memberikan motivasi kuat untuk perubahan gaya hidup dan, yang terpenting, meningkatkan Efikasi Diri (keyakinan diri) pasien untuk mematuhi regimen pengobatan jangka panjang. Konseling yang efektif harus bersifat interaktif, terarah, dan struktural, dirancang untuk memenuhi kebutuhan individual pasien dengan mempertimbangkan karakteristik unik mereka seperti usia, budaya, tingkat pendidikan, ketersediaan dukungan sosial, dan kondisi psikologis (Wahyudi, 2021).

Penggunaan teori atau model keperawatan sebagai dasar konseling, seperti

Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson dalam penelitian ini, sangat meningkatkan efektivitas intervensi. Model teoritis menyediakan kerangka kerja yang jelas dan terukur bagi perawat untuk mengidentifikasi akar masalah perilaku pasien (misalnya, masalah kepatuhan mungkin berakar pada subsistem *Dependency* atau *Achievement*). Dengan kerangka ini, perawat dapat menyusun intervensi yang tidak hanya berfokus pada gejala, tetapi juga pada penyebab disfungsi perilaku pasien. Oleh karena itu, konseling keperawatan yang terstruktur secara teoritis menjadi fondasi bagi transfer pengetahuan dan penguatan keyakinan diri pasien, yang merupakan kunci keberhasilan dalam memitigasi komplikasi hipertensi (Sari, 2022).

Konseling Keperawatan adalah intervensi terapeutik terstruktur yang menggunakan komunikasi untuk membantu individu membuat keputusan yang sehat, memecahkan masalah, dan meningkatkan kemampuan *self-care*. Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson (Behavioral System Model) memandang individu sebagai sistem perilaku yang terdiri dari serangkaian tujuh subsistem interdependen. Ketika sistem dalam keadaan seimbang, individu mampu beradaptasi dan berfungsi secara optimal. Dalam konteks penyakit kronis seperti hipertensi, ketidakseimbangan (maladaptasi) pada salah satu atau lebih subsistem dapat memicu atau memperburuk kondisi kesehatan (Camm et al. 2021).

Dapat ditarik kesimpulan bahwa konseling keperawatan erupakan proses komunikasi terapeutik terstruktur untuk memfasilitasi pasien mencapai keseimbangan 7 subsistem perilaku menurut Johnson. Intervensi ini dirancang untuk mengatasi perilaku maladaptif pasien hipertensi yang teridentifikasi oleh

perawat, yang diharapkan dapat meningkatkan adaptasi dan *self-management* penyakit. Intervensi ini harus mencakup komunikasi yang menyentuh semua subsistem:

Menurut Goroll & Mulley (2020) model Sistem Perilaku Johnson menekankan bahwa individu adalah sistem perilaku yang terdiri dari tujuh subsistem interdependen. Sistem ini berupaya mencapai dan mempertahankan homeostasis (keseimbangan) dan stabilitas melalui mekanisme regulasi dan kontrol. Ketidakseimbangan (disfungsi) pada subsistem dapat diatasi melalui intervensi keperawatan yang bertujuan mengembalikan perilaku adaptif.

1. Subsistem Ingestif (*Ingestive Subsystem*)

   Subsistem ini berhubungan dengan perilaku yang terkait dengan asupan makanan, cairan, dan substansi lainnya melalui oral. Fungsi utamanya adalah untuk memuaskan kebutuhan biologis akan makanan dan memelihara kebutuhan metabolisme serta kesehatan tubuh. Intervensi berfokus pada regulasi perilaku diet untuk meminimalkan faktor risiko. Perawat mengidentifikasi pola konsumsi natrium yang berlebihan (diet tinggi garam), asupan cairan, dan konsumsi stimulan (seperti kafein). Tujuan konseling adalah mempromosikan perilaku ingestif adaptif, seperti kepatuhan terhadap Diet *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) dan pembatasan asupan yang memicu vasokonstriksi atau retensi cairan.

2. Subsistem Eliminatif (*Eliminative Subsystem*)

   Subsistem ini berkaitan dengan perilaku pembuangan limbah tubuh (usus

dan kandung kemih). Pola perilaku ini sangat dipengaruhi oleh faktor biologis, sosial, dan budaya. Walaupun bukan faktor etiologi primer, perubahan dalam eliminasi dapat mengindikasikan ketidakseimbangan cairan atau stres. Misalnya, konstipasi kronis dapat meningkatkan tekanan intra-abdominal yang berpotensi memicu peningkatan tekanan darah saat mengejan (*Valsalva maneuver*). Konseling mencakup edukasi tentang asupan cairan dan serat yang optimal untuk mendukung eliminasi yang lancar, yang secara tidak langsung berkontribusi pada stabilitas hemodinamik pasien.

3. Subsistem Prestasi (*Achievement Subsystem*)

   Subsistem ini berkaitan dengan perilaku yang berorientasi pada tujuan (*goal-directed behavior*) dan berupaya untuk mencapai standar kompetensi, penguasaan, atau performa yang ditetapkan oleh diri sendiri atau kelompok sosial. Ini adalah subsistem kritis yang mencerminkan *self-management* pasien. Intervensi ditujukan untuk memfasilitasi motivasi dan komitmen pasien dalam mencapai target klinis. Ini termasuk: kepatuhan terapeutik (minum obat tepat waktu), mencapai target tekanan darah yang ditetapkan (misalnya 140/90 mmHg), dan mempertahankan rutinitas aktivitas fisik yang terstruktur. Keberhasilan dalam subsistem ini meningkatkan *self-esteem* pasien dan efikasi diri.

4. Subsistem Ketergantungan (*Dependency Subsystem*)

   Subsistem ini berfokus pada perilaku mencari dan menerima perhatian, bantuan, pengakuan, dan dukungan dari lingkungan sekitar. Tujuannya

adalah untuk mendapatkan rasa aman, nyaman, dan perlindungan. Ketergantungan adaptif penting untuk pasien kronis. Konseling membantu pasien mengidentifikasi dan menggunakan sumber daya eksternal yang sah, seperti tenaga kesehatan (perawat, dokter) untuk informasi dan pengawasan, serta dukungan instrumental dari keluarga (mengingatkan minum obat, menyiapkan makanan). Tujuannya adalah mencegah ketergantungan maladaptif (menyerahkan semua tanggung jawab *self-care*) sambil memastikan kebutuhan dukungan terpenuhi.

5. Subsistem Agresif-Protektif (*Aggressive-Protective Subsystem*)

   Subsistem ini berkaitan dengan perilaku pertahanan diri, perlindungan, dan reaksi terhadap ancaman yang dipersepsikan. Fungsi utamanya adalah untuk menjaga integritas dan keamanan diri serta lingkungan terdekat. Manifestasi disfungsi sering terkait dengan pengelolaan stres dan emosi negatif (kemarahan, frustrasi) yang dapat memicu respons simpatis dan meningkatkan tekanan darah. Intervensi berfokus pada mengajarkan strategi *coping* yang sehat dan adaptif, seperti relaksasi atau *mindfulness*, untuk menggantikan perilaku maladaptif (misalnya, merokok atau *overeating* saat stres) sebagai mekanisme perlindungan diri.

6. Subsistem Afiliatif-Attachment (*Affiliative-Attachment Subsystem*)

   Subsistem ini menekankan kebutuhan untuk membentuk, mempertahankan, dan berpartisipasi dalam ikatan sosial yang erat dan signifikan (kasih sayang, persahabatan, atau keintiman). Subsistem ini penting untuk kualitas hidup dan keberlanjutan *self-care*. Konseling

ditujukan untuk memanfaatkan jaringan sosial pasien. Dengan meningkatkan keterikatan sosial yang positif, pasien cenderung memiliki *peer support* yang kuat, yang dapat meningkatkan motivasi dan kepatuhan. Hal ini berbeda dari *dependency* karena fokusnya adalah pada ikatan emosional timbal balik daripada mencari bantuan spesifik.

7. Subsistem Seksual (*Sexual Subsystem*)

   Subsistem ini berkaitan dengan perilaku yang terkait dengan identitas gender, peran seksual, dan pemenuhan kebutuhan seksual dalam konteks budaya dan biologis. Diskusi mengenai subsistem ini sering kali diperlukan karena hipertensi itu sendiri dan beberapa obat antihipertensi (terutama golongan tertentu) dapat menyebabkan disfungsi seksual. Konseling harus dilakukan secara terapeutik dan sensitif, memberikan informasi akurat dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien untuk mendiskusikan kekhawatiran terkait disfungsi ereksi atau libido yang menurun. Tujuan utamanya adalah untuk memelihara integritas psikoseksual pasien dalam hubungannya dengan kondisi kronis dan terapi yang dijalani.

2.6. Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson

Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson adalah salah satu teori keperawatan utama yang digolongkan sebagai Model Sistem, yang secara fundamental berfokus pada perilaku manusia sebagai suatu sistem yang kompleks dan terorganisir. Johnson memandang bahwa individu berfungsi sebagai Sistem

Perilaku yang berorientasi utama untuk mencapai keseimbangan (*stability* atau *equilibrium*) dan memelihara kelangsungan hidup melalui adaptasi yang efektif terhadap lingkungan. Sistem ini terus berinteraksi dengan lingkungan internal maupun eksternal, dan perilaku yang muncul adalah respons adaptif terhadap tekanan atau stresor. Ketika sistem ini mengalami ketidakseimbangan (disfungsi atau malfungsi pada salah satu subsistem), hal itu dapat menyebabkan gangguan adaptasi dan pada akhirnya berdampak negatif pada status kesehatan individu (Prasetyo, 2021).

Menurut Carey & Mann (2020) model ini secara eksplisit membagi perilaku manusia menjadi tujuh subsistem perilaku yang saling memengaruhi dan beroperasi secara independen namun interdependen, yaitu:

1. Subsistem Afiliatif (*Affiliative-Attachment*): Berfungsi untuk memenuhi kebutuhan akan hubungan sosial, inklusi, dan keintiman, menjamin integrasi sosial.
2. Subsistem Dependensi (*Dependency*): Berfungsi untuk memenuhi kebutuhan akan dukungan, bantuan, dan perhatian dari orang lain, memfasilitasi mendapatkan bantuan saat dibutuhkan.
3. Subsistem Ingestif (*Ingestive*): Berfungsi untuk memenuhi kebutuhan pola makan dan asupan cairan yang sehat, terkait dengan perilaku yang berasosiasi dengan makanan dan lingkungan sekitarnya.
4. Subsistem Eliminatif (*Eliminative*): Berfungsi untuk memenuhi kebutuhan pola eliminasi dan pembuangan zat sisa yang tepat, baik urin maupun feses.

5. Subsistem Seksual (*Sexual*): Berfungsi untuk memenuhi kebutuhan identitas gender dan reproduksi, terkait dengan perilaku seksual dan peran yang ditetapkan berdasarkan jenis kelamin.
6. Subsistem Agresif-Protektif (*Aggressive-Protective*): Berfungsi untuk pertahanan diri, perlindungan, dan memelihara integritas sistem dari ancaman, sering dihubungkan dengan kebutuhan manajemen emosi dan stres.
7. Subsistem Pencapaian (*Achievement*): Berfungsi untuk memenuhi kebutuhan untuk menguasai lingkungan dan mencapai standar keunggulan, terkait dengan prestasi, kinerja, dan pengembangan keterampilan.

Setiap subsistem ini memiliki tujuan fungsional yang spesifik, set perilaku yang khas, dan rentang respons yang menentukan adaptasi individu terhadap lingkungan. Dalam konteks intervensi keperawatan, model ini berfungsi sebagai kerangka kerja diagnostik yang kuat. Perawat menggunakannya untuk mengidentifikasi secara spesifik subsistem mana yang mengalami stres atau disfungsi (misalnya, ketidakpatuhan diet berhubungan dengan Subsistem Ingestif), yang memungkinkan perawat merumuskan masalah perilaku yang memerlukan perubahan. Dengan memahami subsistem yang terganggu, perawat kemudian dapat menyusun intervensi yang sangat terfokus dan bertujuan untuk memulihkan keseimbangan perilaku tersebut, sehingga individu dapat kembali berfungsi secara optimal dan mandiri, yang sangat relevan dalam manajemen penyakit kronis seperti hipertensi (Hidayat, 2020).

2.7. Research Gap

Tabel 2. 2 Tabel Jurnal (Research Gap)

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Variabel	Metode & Instrumen (Skala Ordinal)	Hasil Penelitian	Research Gap
1	Sari (2021)	Pengaruh Edukasi Kesehatan Berbasis Modul terhadap Pengetahuan Pasien Hipertensi	Edukasi, pengetahuan	Quasi eksperimen, kuesioner HK-LS (Hypertension Knowledge-Level Scale)	Pengetahuan meningkat	Tidak menilai efikasi diri dan tidak menggunakan Model Johnson.
2	Upoyo (2021)	Profil Perawatan Diri Hipertensi: Pengembangan dan Pengujian Instrumen Baru	Self care, motivasi, dan efikasi diri	Cross-sectional; HBP-SCP versi Indonesia	Instrument dinyatakan valid dan reliabel untuk pasien Indonesia	Fokus pada validasi; belum ada intervensi untuk meningkatkan efikasi diri.
3	Wati (2024)	Profil self-Care pada Pasien Hipertensi	Self-Care, motivasi, efikasi diri	Deskriptif kuantitatif; HBP-SCP	Efikasi diri kategori sedang; monitoring tekanan darah paling rendah	Tidak menganalisis pengaruh konseling keperawatan terhadap efikasi diri.
4	Ramadhan (2025)	Self-Care dan Kepatuha	Self-Care, kepatuha	Cross-sectional; HBP-SCP	Self care berhubungan	Tidak menilai efikasi

		n Pengobatan terhadap Kontrol Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Indonesia	n, control tekanan darah	+ adherence scale	signifikan dengan kontrol tekanan darah	diri, tidak ada intervensi keperawatan berbasis model teori.
5	Rahayu (2021)	Konseling Keperawatan dan Kepatuhan Pengobatan Pasien Hipertensi	Konseling, kepatuhan	Cross-sectional, kuesioner MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale-8)	Konseling berpengaruh pada kepatuhan	Tidak menilai pengetahuan & efikasi diri, tidak gunakan Model Johnson.
6	Lestari (2022)	Edukasi Berbasis Self-Care Theory pada Manajemen Hipertensi	Edukasi, self-care	Eksperimen, kuesioner H-SCALE (Hypertension Self-Care Activity Level Effects)	Self-care meningkat	Tidak menilai efikasi diri, tidak gunakan Model Johnson.
7	Pratama (2020)	Konseling Motivasi terhadap Perubahan Gaya Hidup Pasien Hipertensi	Konseling, gaya hidup	Quasi eksperimen, kuesioner Lifestyle Profile II (Likert 4 poin)	Gaya hidup meningkat	Tidak menilai pengetahuan & efikasi diri, tidak gunakan Model Johnson.
8	Safitri (2023)	Edukasi Multimedia terhadap Pengetahuan	Edukasi multimedia, pengetahuan	Pre–post test, kuesioner HK-LS (Hypertension	Pengetahuan meningkat	Tidak menilai efikasi diri dan tanpa

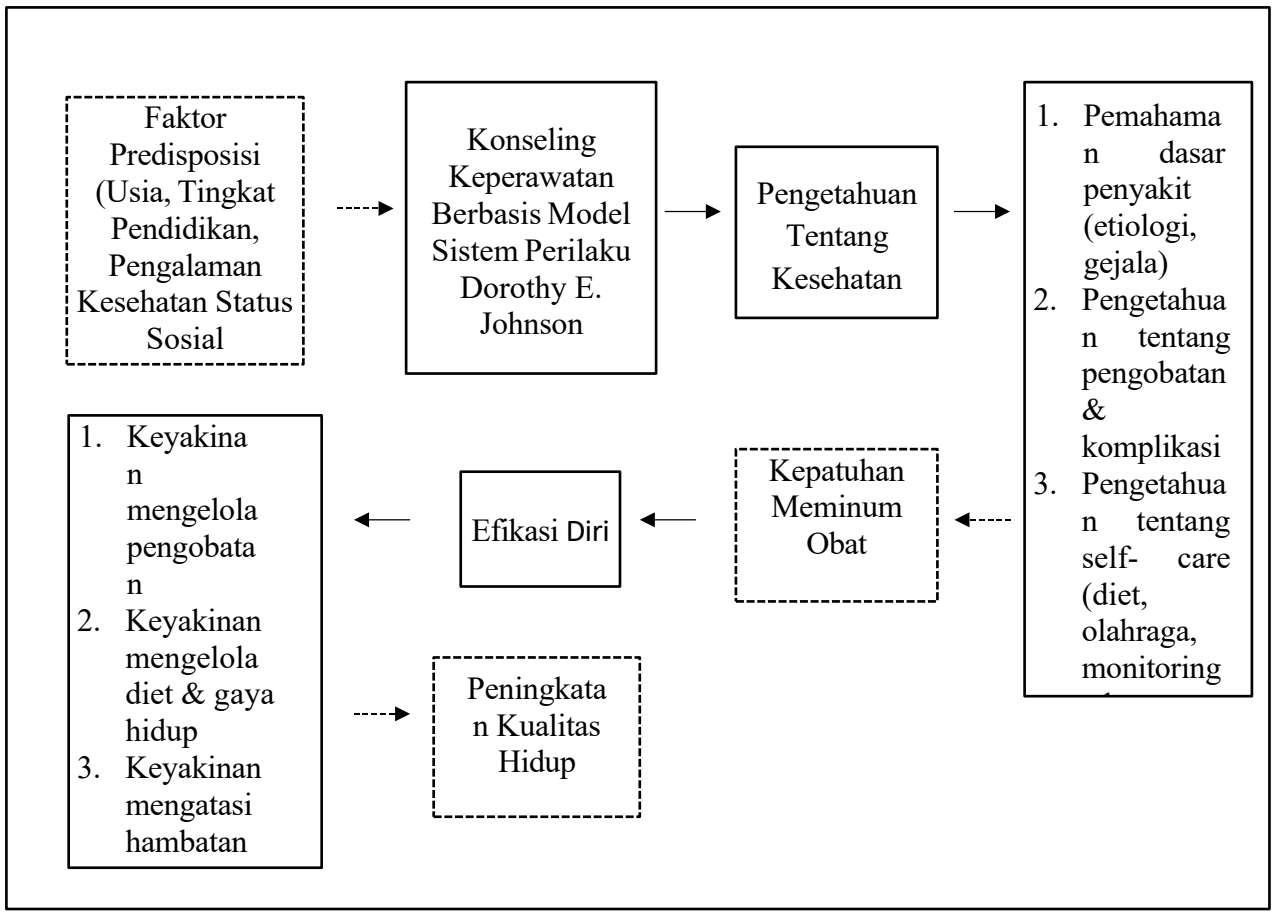
		Pasien Hipertensi		Knowledge-Level Scale)		konseling.
9	Oktaviani & Dewi (2021)	Hubungan Self-Efficacy dengan Pengelolaan Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan	Self-efficacy, manajemen hipertensi	Cross-sectional, kuesioner MASES-R (Medication Adherence Self-Efficacy Scale-Revised)	Efikasi diri berhubungan dengan kemampuan mengelola hipertensi	Tidak ada intervensi konseling dan tidak menilai pengetahuan.
10	Mahendra (2022)	Pengaruh Konseling Edukatif terhadap Pengetahuan dan Sikap Pasien Hipertensi	Konseling edukatif, pengetahuan, sikap	Quasi eksperimen, kuesioner HK-LS (Hypertension Knowledge-Level Scale)	Pengetahuan & sikap meningkat setelah konseling	Tidak memakai Model Johnson dan tidak menilai efikasi diri.

Sumber: Diolah (2025)

2.8. Kerangka Teori

Kerangka pikir penelitian merupakan model konseptual tentang bagaimana sebuah teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah yang penting (Sugiyono, 2021). Pada penelitian ini Kerangka konsep ini menguraikan hubungan antara faktor predisposisi pasien, intervensi keperawatan, pengetahuan, efikasi diri, dan luaran kesehatan. Secara keseluruhan, model ini menempatkan Konseling Keperawatan Berbasis Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson sebagai intervensi utama untuk mempengaruhi pengetahuan pasien yang pada akhirnya meningkatkan efikasi diri dan kualitas hidup. Model dimulai

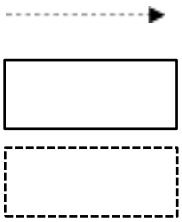
dengan Faktor Predisposisi pasien (Usia, Tingkat Pendidikan, Pengalaman Kesehatan, Status Sosial) yang dapat memengaruhi cara pasien menerima dan merespons intervensi. Intervensi utama yang diuji adalah Konseling Keperawatan Berbasis Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson. Model ini bertujuan untuk menstabilkan dan menyeimbangkan subsistem perilaku pasien, yang dalam konteks ini sangat relevan untuk mengelola perilaku kesehatan terkait hipertensi. Konseling ini secara langsung memengaruhi peningkatan Pengetahuan Tentang Kesehatan pasien.



Gambar 2. 3 Kerangka Teori

Keterangan :

⟶ = Pengaruh Langsun



= Pengaruh Tidak Langsung

= Variabel yang diteliti

= Variabel Tidak diteliti

Peningkatan Pengetahuan Tentang Kesehatan—yang mencakup pemahaman dasar penyakit (etiologi, gejala), pengetahuan tentang pengobatan dan komplikasi, serta pengetahuan tentang *self-care* (diet, olahraga, monitoring tekanan darah)—merupakan hasil langsung dari konseling. Pengetahuan ini kemudian memengaruhi Kepatuhan Meminum Obat (sebagai salah satu perilaku kesehatan spesifik). Selanjutnya, pengetahuan dan kepatuhan ini secara timbal balik memengaruhi Efikasi Diri pasien. Efikasi Diri (keyakinan pasien pada kemampuan mereka untuk melakukan tindakan yang diperlukan) dimanifestasikan dalam tiga aspek utama: Keyakinan mengelola pengobatan, Keyakinan mengelola diet & gaya hidup, dan Keyakinan mengatasi hambatan. Peningkatan efikasi diri ini, pada gilirannya, berkontribusi pada Peningkatan Kualitas Hidup pasien. Selain itu, Efikasi Diri juga berhubungan erat dengan konsep dari kerangka teori pertama, di mana ia dipengaruhi oleh Sumber-sumber Efikasi Diri (pencapaian prestasi, persuasi verbal) dan Faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri (sifat tugas, *reward*, peran, kemampuan).

2.9. Hipotesis Khusus

1. Hipotesis 1

   (H_{01}): Tidak terdapat pengaruh konseling keperawatan berbasis Model

Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson terhadap pengetahuan pasien hipertensi.

(H_{11}): Terdapat pengaruh konseling keperawatan berbasis Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson terhadap peningkatan pengetahuan pasien hipertensi.

2. Hipotesis 2

(H_{02}): Tidak terdapat pengaruh konseling keperawatan berbasis Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson terhadap efikasi diri pasien hipertensi.

(H_{12}): Terdapat pengaruh konseling keperawatan berbasis Model Sistem Perilaku Dorothy E. Johnson terhadap peningkatan efikasi diri pasien hipertensi.