

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Karakteristik Wilayah Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY). Universitas Muhammadiyah Yogyakarta merupakan salah satu perguruan tinggi di Yogyakarta yang terletak di Jalan Brawijaya, Tamantirto, Kasihan, Daerah Istimewah Yogyakarta. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta adalah Universitas Islam swasta yang sudah terakreditasi “A” oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN – PT) dan terstandar SNI ISO 9001; 2015 dengan berbagai macam prodi dan fakultas yang sudah terakreditasi.

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta memiliki visi yaitu menjadi universitas yang unggul dalam pengembangan ilmu dan teknologi dengan berlandaskan nilai – nilai islam untuk kemaslahatan umat. Misi Universitas Muhammadiyah Yogyakarta adalah meningkatkan harkat manusia dalam upaya meneguhkan nilai – nilai kemanusiaan dan peradaban, berperan sebagai pusat pengembangan Muhammadiyah, mendukung pengembangan Yogyakarta sebagai wilayah yang menghargai keragaman budaya, menyelenggarakan pendidikan, penelitian dan pengembangan peserta didik agar menjadi

lulusan yang berakhlak mulia, berwawasan dan berkemampuan tinggi dalam ilmu pengetahuan dan teknologi.

Tujuan dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yaitu terwujudnya sarjana muslim yang berakhlak mulia, cakap, percaya Diri, mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta berguna bagi bangsa dan kemanusiaan. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta memiliki tiga program studi yaitu Vokasi, Sarjana, Pasca Sarjana. Program Vokasi memiliki tiga program studi, program Sarjana memiliki delapan fakultas diantaranya fakultas hukum, fakultas ekonomi dan bisnis, fakultas fisipol, fakultas bahasa, fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan, fakultas teknik, fakultas pertanian, dan fakultas agama islam, dan program Pasca Sarjana memiliki dua program yaitu program pasca sarjana dan doktoral.

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai fasilitas yang dapat menunjang proses pembelajaran mahasiswa. Fasilitas yang ada di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang dapat digunakan mahasiswa untuk beraktivitas seperti olahraga diantaranya terdapat GOR *volly*, lapangan basket, lapangan sepak bola. Terdapat juga fasilitas seperti UMY boga yang terletak ditengah antara gedung selatan dan utara, dan terdapat cafeteria yang terletak di gedung bagian selatan dan utara yang dapat mempermudah mahasiswa untuk membeli makanan dan minum disaat istirahat. Selain itu ada fasilitas kesehatan yang dapat digunakan secara gratis oleh mahasiswa UMY

yaitu klinik UMY dan juga klinik Pratama Firdaus yang dapat digunakan mahasiswa untuk cek kesehatan. Di klinik UMY sendiri mahasiswa KKN biasanya mengecek kesehatan di klinik UMY tersebut. Kedua klinik tersebut memiliki fasilitas yang sama terdapat dokter umum dan dokter gigi yang dapat dimanfaatkan oleh mahasiswa.

## 2. Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini diklasifikasikan berdasarkan usia, jenis kelamin, riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat merokok, dan fakultas. Berikut distribusi frekuensi karakteristik responden penelitian yang disajikan dalam bentuk tabel:

**Tabel 5** Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

| Karakteristik Responden | Kelompok Intervensi |                | Kelompok Kontrol |                |
|-------------------------|---------------------|----------------|------------------|----------------|
|                         | Frekuensi (n)       | Persentase (%) | Frekuensi (n)    | Persentase (%) |
| <b>Usia</b>             |                     |                |                  |                |
| 17 tahun                |                     |                | 1                | 3.7            |
| 18 tahun                | 3                   | 11.1           | 5                | 18.5           |
| 19 tahun                | 5                   | 18.5           | 1                | 3.7            |
| 20 tahun                | 9                   | 33.3           | 7                | 25.9           |
| 21 tahun                | 5                   | 18.5           | 9                | 33.3           |
| 22 tahun                | 3                   | 11.1           | 4                | 14.8           |
| 23 tahun                | 2                   | 7.4            |                  |                |
| <b>Total</b>            | 27                  | 100.0          | 27               | 100.0          |
| <b>Jenis Kelamin</b>    |                     |                |                  |                |
| Laki-laki               | 15                  | 55.6           | 12               | 44.4           |
| Perempuan               | 12                  | 44.4           | 15               | 55.6           |
| <b>Total</b>            | 27                  | 100.0          | 27               | 100.0          |

|                                 |    |       |    |       |
|---------------------------------|----|-------|----|-------|
| <b>Riwayat HT pada Keluarga</b> |    |       |    |       |
| Iya                             | 14 | 51.9  | 12 | 44.4  |
| Tidak                           | 13 | 48,1  | 15 | 55.6  |
| <b>Total</b>                    | 27 | 100.0 | 27 | 100.0 |
| <b>Riwayat Merokok</b>          |    |       |    |       |
| Aktif                           | 10 | 37.0  | 7  | 25.9  |
| Pasif                           | 17 | 63.0  | 20 | 74.1  |
| <b>Total</b>                    | 27 | 100.0 | 27 | 100.0 |

*Sumber Data Primer, 2019*

Berdasarkan tabel 5, mayoritas usia responden pada kelompok intervensi berusia 20 tahun yaitu 9 orang (33,3%), sedangkan mayoritas usia responden pada kelompok kontrol berusia 21 tahun yaitu 9 orang (33,3%). Hasil perhitungan jenis kelamin responden adalah laki-laki pada kelompok intervensi 15 orang (56,6%) sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas perempuan 15 orang (56,6%). Hasil perhitungan pada riwayat keluarga dengan hipertensi menunjukkan kelompok intervensi 14 orang (51,6%) dan kontrol sebanyak 15 orang (56,6%) adalah yang memiliki riwayat keluarga dengan hipertensi. Riwayat merokok pada kelompok intervensi 17 orang (63%) kelompok kontrol sebanyak 20 orang (74,1%) adalah mereka yang tidak memiliki riwayat merokok.

### 3. Hasil Analisa Uji Beda *Self-Awareness Pre-Test Dan Post-Test*

**Tabel 6.** Hasil Analisa Uji Beda *Self-Awareness Pre-Test Dan Post-Test* Tentang Penkes Faktor Risiko Hipertensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Dengan Uji *Wilcoxon Signed Ranks* (N=54)

| Karakteristik                       | <i>Pre test</i> (n) | Mean  | Std. Deviasi | <i>Post-test</i> (n) | Mean  | Std. Deviasi | p     |
|-------------------------------------|---------------------|-------|--------------|----------------------|-------|--------------|-------|
| Intervensi<br><i>Self-awareness</i> | 27                  | 18.04 | 1.990        | 27                   | 20.04 | 0,73         | 0.000 |
| Kontrol<br><i>Self-awareness</i>    | 27                  | 19.85 | 1.099        | 27                   | 20.11 | 1.050        | 0.102 |

*Sumber Data: Primer 2019*

Berdasarkan tabel 6, didapatkan nilai signifikansi  $p=0,000$  pada analisa *self-awareness pre-test* dan *post-test* kelompok intervensi, karena nilai  $p<0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa terdapat peningkatan secara signifikan pada *self-awareness pre-test dan post-test* pada kelompok intervensi.

Pada analisa data nilai *pre-test* dan *post-test self-awareness* pada kelompok kontrol didapatkan nilai signifikansi  $p=0,102$ . Hasil tersebut memiliki makna bahwa tidak terdapat perbedaan secara signifikan nilai *self awareness* antara *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol.

#### 4. Hasil Analisa Uji Beda *Self-Awareness Pre-Test*

**Tabel 7.** Hasil analisis *self-awareness pre - test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan uji *Mann-Withney* (N=54)

|            | <i>N</i> | Median | Min | Max | Mean  | s.d   | <i>P</i> |
|------------|----------|--------|-----|-----|-------|-------|----------|
| Intervensi | 27       | 19.00  | 14  | 21  | 18.04 | 1.099 | 0,746    |
| Kontrol    | 27       | 20.00  | 18  | 21  | 19.85 | 1.050 |          |

*Sumber : Data Primer 2019*

Berdasarkan tabel 7, hasil *Mann-Withney U* nilai *pre test self awareness* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai signifikansi 0,746. Hasil tersebut bermakna bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada nilai *pre test self awareness* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum diberikan pendidikan kesehatan.

#### 5. Hasil Analisa Uji Beda *Self-Awareness Post-Test*

**Tabel 8.** Hasil analisis *Self-awareness post-test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan *Mann-Withney U* (N=54)

|            | <i>N</i> | Median | Min | Max | Mean  | s.d   | <i>P</i> |
|------------|----------|--------|-----|-----|-------|-------|----------|
| Intervensi | 27       | 20.00  | 14  | 21  | 20,07 | 0.730 | 0.027    |
| Kontrol    | 27       | 20.00  | 18  | 21  | 20.11 | 1.050 |          |

*Sumber : Data Primer 2019*

Berdasarkan tabel 8, hasil *Mann-Withney U* nilai *post test self awareness* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai signifikansi 0,027. Hasil tersebut bermakna bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada nilai *post test self awareness*

antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan.

## **B. Pembahasan**

### **1. Karakteristik Demografi Responden**

#### **a. Usia dan Jenis Kelamin**

Berdasarkan tabel 5, didapatkan hasil bahwa usia responden antara 20 – 21 tahun. Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) remaja adalah tahapan usia yaitu dari usia remaja 10 – 24 tahun (Infodatin, 2013). Pada usia remaja sudah di mulai perilaku yang kurang baik yang akan berdampak pada kesehatan. Hipertensi tidak hanya terjadi pada orang dewasa atau usia lanjut, tapi juga dapat terjadi pada remaja.

Menurut data Riskesdas 2013 penduduk Indonesia usia 15 tahun ke atas, sebesar 36,3% merokok. Berdasarkan data Riskesdas diatas dapat disimpulkan bahwa usia remaja memiliki faktor risiko hipertensi.

Berdasarkan tabel 5 jenis kelamin responden adalah laki-laki pada kelompok intervensi 15 orang (56,6%) sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas perempuan 15 orang (56,6%). Menurut Riskesdas (2013) prevalensi nasional penderita hipertensi pada usia 15-17 tahun adalah 5,3 persen (laki-laki 6,0% dan perempuan 4,7%). Tekanan darah sistolik

pada remaja laki-laki lebih besar 4 mmHg pada usia 13–15 tahun dibandingkan perempuan dan usia 16–18 tahun memiliki perbedaan tekanan darah mencapai 10 – 14 mmHg lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan (Maranon dan Reckelhoff, 2013). Salah satu perbedaan tersebut disebabkan oleh adanya faktor hormonal seperti: hormon androgen dan testoteron, hormon tersebut berperan dalam pengaturan tekanan darah terkait dengan adanya perbedaan dari kedua jenis kelamin tersebut (Kemenkes RI, 2013).

Pada usia remaja perempuan mempunyai hormon esterogen yang dapat meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Hormon ini dijelaskan sebagai imunitas sebelum wanita mengalami menopause (Raihan dkk, 2014).

Berdasarkan penelitian diatas faktor risiko hipertensi dengan jenis kelamin terdapat hubungan yang sangat erat. Pada usia remaja laki-laki mempunyai risiko lebih tinggi dari pada remaja perempuan.

#### b. Riwayat Hipertensi Pada Keluarga

Berdasarkan tabel 5, menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat 14 orang (51,9%) mempunyai riwayat hipertensi pada keluarga, sedangkan pada kelompok kontrol 15 orang (55,6%) tidak mempunyai riwayat keluarga. Raihan dkk



(2014) mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara riwayat hipertensi pada keluarga dengan kejadian hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian Widyartha dkk (2016) menyebutkan bahwa faktor genetika mempunyai makna yang berhubungan dengan kejadian hipertensi, dimana bila kedua orang tua baik ayah maupun ibu menderita hipertensi maka peluang penyakit itu diturunkan kepada keturunannya sebesar 50%, sedangkan bila hanya salah satu saja orang tuanya yang menderita hipertensi, maka peluang keturunannya terkena hipertensi adalah sebesar 30%.

c. Riwayat merokok

Berdasarkan tabel 5, menunjukkan bahwa sebanyak 20 orang (74,1%) responden laki - laki kelompok intervensi dan 17 orang (63%) kelompok kontrol baik laki – laki maupun perempuan tidak memiliki riwayat merokok. Menurut Priyadarshini (2016) merokok dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah kebiasaan merokok dapat menyebabkan hipertensi yang sangat parah. Sejalan dengan penelitian Setyanda (2015) bahwa rokok mengandung kurang lebih 4000 bahan kimia dan hampir 200 diantaranya beracun, racun utama yang terkandung dalam rokok adalah nikotin. Nikotin jika sudah berada didalam tubuh maka nikotin ini dapat mempengaruhi sistem kerja otak sehingga membuat para perokok menjadi

ketergantungan atau ketagihan, dan karbon dioksida dapat mempengaruhi kemampuan hemoglobin darah, sebagai mana kita ketahui bahwa fungsi hemoglobin adalah untuk mengikat sari-sari makanan dan oksigen yang diperlukan oleh sel dan jaringan, ketika fungsi ini terganggu maka jantung akan bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi apa yang dibutuhkan oleh sel dan jaringan maka disinilah mulai terjadi hipertensi.

Hal itu bertentangan dengan riwayat merokok pada penelitian ini, karena responden dalam penelitian ini didapatkan mayoritas responden adalah laki-laki dan perempuan yang tidak merokok hal ini dipengaruhi oleh lingkungan dan tingkat stress individu, hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Amelia (2013) dimana remaja dapat merokok disebabkan oleh beberapa faktor seperti lingkungan dan teman sebaya sangat berhubungan dengan kejadian merokok pada remaja. Selain itu responden dalam penelitian ini merupakan mahasiswa program sarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, dimana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta memiliki peraturan yaitu kawasan bebas asap rokok. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta bersama pemerintah kabupaten baru saja mengeluarkan peraturan "Pemerintah Pusat telah menerbitkan Peraturan

Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan” (BHP UMY, 2018).

## **2. Pengaruh pendidikan kesehatan faktor risiko hipertensi (merokok dan alkohol)**

### **a. Uji berpasangan *pre-test post-test self-awareness* kelompok kontrol**

Berdasarkan tabel 6, Pada analisa data nilai *pre test* dan *post test self-awareness* pada kelompok kontrol didapatkan nilai signifikansi  $p=0,102$ . Hasil tersebut memiliki makna bahwa tidak terdapat perbedaan secara signifikan nilai *self awareness* antara *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol. Dari data peneliti tidak terdapat adanya perbedaan yang signifikan pada kelompok kontrol *pre-test* dan *post-test* dikarenakan kelompok kontrol hanya mengisi kuisisioner *pre-test* dan *post-test* dan diberikan leaflet PHBS. Selain itu, responden kelompok kontrol tidak diberikan pendidikan kesehatan tentang faktor risiko hipertensi (merokok dan alkohol). Hal tersebut sesuai dengan penelitian Sugiyono (2010), yang menyatakan bahwa kelompok kontrol merupakan kelompok yang tidak diberi intervensi sehingga tidak akan ada pengaruh pada kelompok tertentu sebelum atau setelah intervensi dilakukan.

**b. Uji berpasangan *pre-test post-test self-awareness* kelompok intervensi dan uji tidak berpasangan**

Berdasarkan tabel 6 dan 8, Berdasarkan tabel 6, didapatkan nilai signifikansi 0,000 pada analisa *self-awareness pre-test* dan *post-test* kelompok intervensi, dan hasil *Mann-Withney U* nilai *post-test self awareness* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai signifikansi 0,027. Hasil tersebut bermakna bahwa terdapat perbedaan yang signifikan  $p < 0,05$  pada nilai *pre-test* dan *post-test* kelompok intervensi dan *post-test self awareness* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Pendidikan atau edukasi yang diberikan bertujuan untuk mempengaruhi pola pikir seseorang dan juga dapat merubah perilakunya berdasarkan dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki masing-masing orang. Pendidikan merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan seseorang. Pendidikan dapat diberikan pada berbagai bidang, salah satunya adalah kesehatan. Notoatmodjo (2014) menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang dapat meningkatkan derajat kesehatan seseorang. Pendidikan kesehatan dapat diberikan kepada seluruh sasaran, namun harus menggunakan metode yang tepat agar informasi yang diberikan dapat diterima dengan baik. Hal ini sejalan dengan penelitiannya

Nofitasari (2014) pendidikan kesehatan yang diterima oleh responden menunjukkan adanya pengaruh yang positif sehingga sikap responden pada kelompok intervensi menjadi lebih baik dibandingkan responden kelompok kontrol.

Pemberian pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan serta *self-awareness* mahasiswa agar dapat merubah pola hidup dan mencegah terjadinya hipertensi pada usia remaja. Menurut Mamonto (2014) yang menyatakan bahwa pendidikan kesehatan memberikan pengaruh signifikan terhadap tingkat pengetahuan dan sikap remaja tentang penyakit menular seksual dengan *p value*  $(0,000) < \alpha (0,05)$ . Dengan adanya pengetahuan seseorang dapat menentukan keputusan yang dapat diambil untuk menentukan tindakan yang dapat diambil terhadap suatu masalah (Subramaniam, 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan Navidian, dkk (2015), menunjukkan bahwa intervensi pendidikan atau dukungan dapat meningkatkan perilaku perawatan diri, meningkatkan kualitas hidup, dan meningkatkan status mental pasien dengan gagal jantung tanpa memperhatikan status depresi subjek. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Singh dkk (2017), bahwa setelah diberikan intervensi pendidikan kesehatan efektif dalam meningkatkan kesadaran tentang kanker mulut dan faktor risikonya di daerah kumuh perkotaan Chandigarh.

Selain itu, pendidikan kesehatan efektif dalam memotivasi beberapa dari mereka untuk berhenti dari kebiasaan tembakau dan alkohol. Pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang dan dapat memulai perubahan perilaku yang menguntungkan seseorang di masyarakat.

Perilaku responden selama penelitian ini baik dimana responden dapat mengikuti penelitian ini dari awal hingga selesai responden aktif bertanya selama proses penelitian. Tujuan dari pendidikan kesehatan adalah agar tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Yanti dkk, 2015).

Perubahan perilaku yang terjadi pada responden bisa dipengaruhi pada media yang digunakan saat pemberian edukasi. Pada penelitian ini menggunakan media *power point* dengan metode ceramah. Hasil penelitian tentang efektifitas promosi kesehatan melalui media audiovisual mengenai HIV/AIDS terhadap peningkatan pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS didapatkan hasil bahwa, pemberian promosi kesehatan tentang HIV/AIDS melalui media audiovisual efektif dalam meningkatkan pengetahuan siswa-siswi mengenai HIV/AIDS (Nadeak, 2014).

### **C. Kekuatan Dan Kelemahan Penelitian**

#### 1. Kekuatan Penelitian

- a. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasy experiment* dengan menggunakan pendekatan *pre-test* dan *post-test with control grup design*.
- b. Penelitian tentang *Self Awareness* faktor risiko hipertensi (merokok dan alkohol) sebelumnya belum pernah dilakukan.

#### 2. Kelemahan Penelitian

- a. Data demografi riwayat alkohol belum terdapat pada kuisisioner peneliti.
- b. Kesulitan menyesuaikan waktu luang responden untuk memberikan intervensi berupa edukasi faktor risiko hipertensi.