

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Lansia atau lanjut usia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Secara alamiah meningkatkan kualitas hidup lansia konsep dan berbagai Intervensi semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir dari fase kehidupannya (Ekasari *et al.*, 2019).

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang berusia mencapai 60 tahun keatas (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021). Menua bukanlah sebuah penyakit, akan tetapi sebuah proses yang berangsur mengakibatkan perubahan kumulatif yang merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh seperti yang tertuang di dalam Undang- Undang nomor 13 tahun 1998 (Sitanggang *et al.*, 2021).

2.1.2 Batasan Lansia

Kelompok lansia sering dibagi menjadi beberapa kategori. Berdasarkan beberapa sumber berikut dibawah ini, ditentukan karakteristik lansia beserta batasan usia. Batasan usia di bawah ini hanya sebagai pedoman untuk populasi menua. Badan Pusat Statistik

(2010) menjelaskan bahwa batasan usia lansia dibagi menjadi empat kategori yaitu:

1. Usia pra lansia yaitu usia 45-59 tahun
2. Usia lansia muda yaitu usia 60-69 tahun
3. Usia lansia menengah yaitu usia 70-79 tahun
4. Usia lansia tua yaitu 80 tahun keatas (Ekasari et al., 2019).

2.1.3 Karakteristik Lansia

Berikut dibahas mengenai ciri-ciri lansia :

2.1.3.1 Lansia mengalami periode kemunduran

Lansia dapat mengalami kemunduran dari aspek fisik dan psikologis. Lansia yang memiliki motivasi rendah maka cenderung mengalami proses kemunduran fisik secara cepat juga, sedangkan lansia yang memiliki motivasi tinggi, kemungkinan kemunduran fisiknya lambat terjadi.

2.1.3.2 Lansia memiliki status kelompok minoritas

Lansia sebagai kelompok minoritas bisa diakibatkan akibat kurangnya tenggang rasa pada orang lain sehingga sering mengakibatkan persepsi negatif dari masyarakat.

2.1.3.3 Lansia membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran pada lansia dimaksudkan jika lansia memiliki jabatan di masyarakat, akibat penurunan fungsi

diharapkan lansia dapat merubah perannya di masyarakat atas kemauan sendiri.

2.1.3.4 Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia seringkali mengakibatkan konsep diri yang buruk pula dari lansia. Misalnya, jika dalam suatu keluarga, lansia sering tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan karena dianggap pendapatnya kuno. Hal ini bisa menyebabkan gangguan menarik diri dari lansia (Sitanggang *et al.*, 2021).

2.1.4 Klasifikasi Lansia

Lansia dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan.

2.1.4.1 Berdasarkan Depkes RI dalam (Gemini *et al.*, 2021) ada lima klasifikasi pada lansia terdiri dari:

- a. Pralansia (prasenelis) yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
- b. Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia resiko tinggi ialah seseorang berusia 70 tahun atau lebih/seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- d. Lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.

- e. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.4.2 Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:

- a. Usia pertengahan (middle age) usia 45-59 tahun.
- b. Lanjut usia (elderly) usia 60-74 tahun.
- c. Lanjut usia tua (old) usia 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (very old) usia > 90 tahun.

2.1.5 Tipe Lansia

Menurut (Anggraini *et al.*, 2022), beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonomi. Tipe-tipe tersebut diantaranya:

2.1.5.1 Tipe Arif Bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

2.1.5.2 Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman bergaul, dan memenuhi undangan.

2.1.5.3 Tipe tidak Puas

Konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, suka dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.

2.1.5.4 Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan.

2.1.5.5 Tipe Bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

2.1.6 Perubahan Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia suatu proses yang tidak dapat dihindari yang berlangsung secara terus menerus dan berkesinambungan yang selanjutnya menyebabkan perubahan fisik dan fungsi, perubahan mental, perubahan psikososial, perkembangan spiritual, dan dampak kemunduran (Gemini *et al.*, 2021) Perubahan yang terjadi pada lanjut usia, diantaranya yaitu:

2.1.6.1 Perubahan Fisik

Dengan bertambahnya usia, wajar saja bila kondisi dan fungsi tubuh pun makin menurun. Tak heran bila pada usia lanjut, semakin banyak keluhan yang dilontarkan karena tubuh tidak lagi mau bekerja sama dengan baik seperti kala

muda dulu. Menjadi tua membawa pengaruh serta perubahan menyeluruh baik fisik, sosial, mental, dan moral spiritual, yang keseluruhannya saling kait mengait antara satu bagian dengan bagian lainnya. Secara umum, menjadi tua ditandai oleh kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala kemunduran fisik, antara lain: kulit mulai mengendur dan wajah mulai keriput serta garis-garis yang menetap. rambut kepala mulai memutih atau beruban, gigi mulai lepas, penglihatan berkurang, mudah lelah dan mudah jatuh, mudah berkurang, gerakan lambat, kurang lincah, dan pola tidur berubah.

a. Perubahan fisiologis usila pada sel

Sel mengalami perubahan diantaranya jumlah sel menurun/lebih sedikit, ukuran sel lebih besar, jumlah cairan tubuh dan cairan intraselular berkurang, proporsi protein di otot otak ginjal darah dan hati menurun, mekanisme perbaikan sel terganggu, otak menjadi atropi beratnya berkurang 5-10% dan jumlah sel otak menurun lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar.

b. Perubahan fisiologis usila pada sistem pernapasan

Perubahan seperti hilangnya silia dan menurunnya refleks, batuk dan muntah mengubah keterbatasan fisiologis dan kemampuan perlindungan

pada sistem pulmonal, atropi otot-otot pernapasan dan penurunan kekuatan otot dapat meningkatkan resiko kelelahan otot pernapasan pada lansia, alveoli menjadi kurang elastis dan lebih berserabut serta berisi kapiler-kapiler yang kurang berfungsi sehingga oksigen tidak dapat memenuhi permintaan tubuh.

c. Perubahan fisiologis usila pada system pendengaran

Gangguan pendengaran, hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit megerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun. Membran timfani menjadi otoskloresis, terjadi pengumpulan serumen dan mengeras karena peningkatan keratin, tinnitus dan vertigo.

d. Perubahan fisiologis usila pada sistem penglihatan

Sfingter pupil sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinar kornea lebih berbentuk sferis (bola). lensa menjadi suram, menjadi katarak, meningkatnya ambang pengamatan, daya akomodasi menurun, lapang pandangan menurun serta sensitifnya terhadap warna

e. Perubahan fisiologis usila pada sistem pengaturan suhu tubuh

Pada pengaturan suhu tubuh, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu termostap, yaitu menetapkannya suatu suhu tertentu, temperature tubuh menurun (hipotermia).

f. Perubahan fisiologis usila pada sistem persyarafan

Menurunnya hubungan persyarafan, berat otak menurun 10-20%, saraf panca indera mengecil, kurang sensitiv terhadap sentuhan, respon dan waktu untuk bereaksi lambat terhadap stress, defisit memori. Berat otak 350 gram pada saat kelahiran, kemudian meningkatkan menjadi 1,375 gram pada usia 20 tahun, berat otak mulai menurun pada usia 45-50 tahun penurunan ini kurang lebih 11% dari berat maksimal. Berat dan volume otak berkurang rata-rata 5-10% selama umur 20-90 tahun. Otak mengandung 100 juta sel termasuk diantaranya sel neuron yang berfungsi menyalurkan impuls listrik dari susunan saraf pusat. Pada penuaan, otak kehilangan 100.000 neuron/tahun. Neuron dapat mengirimkan signal kepada sel lain dengan kecepatan 200 mil/jam. Terjadi atrofi cerebal (berat otak menurun 10%) antar usia 30-70 tahun. Secara berangsur-angsur tonjolan dendrit di neuron hilang disusul membengkaknya batang dendrit dan batang sel.

Secara progresif terjadi fragmentasi dan kematian sel. Pada semua sel terdapat deposit lipofusin (pigment wear and tear) yang terbentuk di sitoplasma, kemungkinan berasal dari lisosom atau mitokondria.

g. Perubahan fisiologis usia pada sistem kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan menjadi kaku, elastisitas dinding aorta menurun, kemampuan jantung memompa darah menurun, curah jantung menurun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, kinerja jantung lebih rentan terhadap kondisi dehidrasi dan perdarahan, tekanan darah meningkat akibat resistensi pembuluh darah perifer meningkat.

h. Perubahan fisiologis usia pada sistem pencernaan

Sistem pencernaan menurun, rasa lapar menurun, asam lambung dan waktu pengosongan lambung menurun, peristaltik melemah sehingga bisa menyebabkan konstipasi, fungsi absorpsi menurun, hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

i. Perubahan fisiologis usia pada sistem reproduksi

Pada wanita selaput lendir pada vagina menurun atau kering, menciutnya ovarium dan uterus, atrofi payudara, penghentian reproduksi ovum pada saat

menopause. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi sperma, penurunan sperma berangsur-angsur dan dorongan seks menetap sampai usia diatas 70 tahun asalkan kondisi kesehatan baik, hubungan seks teratur membantu mempertahankan kemampuan seks.

j. Perubahan fisiologis usila pada sistem perkemihan (Genitourinaria)

Ginjal mengecil, aliran darah keginjal menurun, dan fungsi tubulus menurun sehingga kemampuan mengkonsentrasi urin juga ikut menurun.

k. Perubahan fisiologis usila pada sistem endokrin

Hampir semua produksi hormone mengalami penurunan, berkurangnya ACTH, TSH, FSH, dan LH, menurunnya produksi aldosterone, menurunnya sekresi hormon gonad seperti progesteron, esterogen, dan aldosterone. Perubahan fisiologis usila pada sistem integumen Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kusam, respon trauma menurun, kulit kepala dan rambut menipis, pertumbuhan kuku lambat, timbul bercak pigmentasi pada permukaan kulit tampak bintik coklat, jumlah dan fungsi kelenjar keringat berkurang.

1. Perubahan fisiologis usila pada sistem musculoskeletal

Tulang kehilangan cairan dan semakin rapuh, kekuatan dan stabilitas tulang menurun, kartilago penyangga rusak dan aus, gerakan lutut dan pinggang terbatas, sendi kaku, tendon mengerut dan mengalami sclerosis, jalan terganggu, diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek, penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh penurunan massa otot, sel otot yang mati digantikan oleh jaringan ikat dan lemak, kekuatan otot melemah dengan bertambahnya usia, kekuatan otot ekstremitas bawah berkurang sebesar 40% antara usia 30-80 tahun, ukuran otot mengecil dan penurunan massa otot lebih pada ekstremitas bawah.

2.1.6.2 Perubahan Mental

Di bidang mental atau psikis pada lanjut usia, perubahan dapat berupa sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu, yang perlu di mengerti adalah sikap umum yang ditemukan pada hampir setiap lanjut usia, yakni keinginan berumur panjang, tenaganya sedapat mungkin dihemat, mengharapkan tetap diberi peranan dalam masyarakat, ingin tetap mempertahankan hak dan hartanya dan ingin tetap berwibawa, dan meninggal secara terhormat dan masuk

surga. Faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu perubahan fisik, khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas), dan lingkungan. Perubahan kepribadian yang drastis, keadaan ini jarang terjadi lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin karena faktor lain, misalnya penyakit.

a. Kenangan (memori)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan, kenangan jangka pendek atau skala (0- 10 menit), kenangan buruk bisa kearah demensia.

b. Intelegentia Quotion (IQ)

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Penampilan, persepsi, dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu.

Perubahan Psikososial.

2.1.6.3 Perubahan psikososial

pada lansia sering diukur dengan nilai melalui produktivitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila mengalami pensiun (purna tugas), seseorang akan mengalami kehilangan, antar lain: kehilangan finansial

(pendapatan berkurang), kehilangan status, kehilangan teman, kehilangan pekerjaan dan kegiatan sehingga merasa sadar akan kematian, kekurangan ekonomi, adanya penyakit, timbul kesepian, adanya gangguan saraf dan panca indera, gangguan gizi, rangkaian kehilangan kekuatan dan ketegapan fisik.

2.1.6.4 Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan, lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya hal ini terlihat dalam berpikir sehari-hari dan pada usia 70 tahun perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berfikir dan bertindak dengan cara memberi contoh cara mencintai dan keadilan.

2.1.6.5 Dampak Kemunduran

Memasuki usia tua banyak mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai kulit menjadi keriput karena berkurangnya bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran berkurang, penglihatan memburuk, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat, nafsu makan berkurang yang menyebabkan kekurangan gizi pada lansia dan kondisi tubuh yang lainnya juga mengalami kemunduran, perubahan kondisi hidup dapat berdampak

buruk pada lansia. Koping terhadap kehilangan pasangan, perpindahan tempat tinggal, isolasi sosial, dan kehilangan kendali dapat terjadi kesulitan lansia untuk merawat diri sendiri.

2.1.7 Masalah Kesehatan Yang Terjadi Pada Lansia

Berbagai masalah kesehatan dan penyakit yang cenderung terjadi pada lansia yang terkait dengan masalah fisik, antara lain dalam buku (Gemini *et al.*, 2021):

2.1.7.1 Kurang Bergerak

Gangguan fisik, jiwa, dan faktor lingkungan dapat menyebabkan lansia kurang bergerak, penyebab yang paling sering adalah gangguan tulang, sendi dan otot, gangguan saraf, serta penyakit jantung dan pembuluh darah.

2.1.7.2 Instabilitas (Mudah Jatuh)

Jatuh pada usila merupakan masalah yang sering terjadi penyebabnya multi faktor, banyak yang berperan di dalamnya baik faktor intrinsik maupun dari dalam diri usila sendiri. Sekitar 30-50% dari populasi usila mengalami jatuh setiap tahunnya. Sepuluh dari angka tersebut mengalami jatuh ulang. Perempuan lebih sering jatuh dibandingkan dengan lanjut usia laki-laki.

2.1.7.3 Mudah Lelah

Mudah lelah disebabkan, faktor fisiologis (perasaan bosan, keletihan dan depresi) gangguan organis misalnya anemia, kurang vitamin, perubahan tulang, gangguan pencernaan, gangguan sistem peredaran darah dan melelahkan daya kerja otot.

2.1.7.4 Inkontinensia Urine/ Gangguan Eliminasi

Sering ngompol yang tanpa disadari merupakan salah satu keluhan utama pada lanjut usia. Inkontinensia adalah pengeluaran urine atau feses yang tanpa disadari dalam jumlah dan frekuensi yang cukup, sehingga mengakibatkan masalah gangguan kesehatan atau sosial.

2.1.7.5 Gangguan Intelektual

Gangguan intelektual merupakan kumpulan gejala klinik yang meliputi gangguan fungsi intelektual dan ingatan yang cukup berat sehingga menyebabkan terganggunya aktivitas kehidupan sehari-hari. Kejadian ini meningkat dengan cepat mulai usia 60 sampai 85 tahun atau lebih, yaitu kurang dari 5% lansia yang berusia 60-74 tahun mengalami demensia, delirium, Alzheimer, sedangkan pada usia setelah 85 tahun kejadian ini meningkat mendekati 50%. Salah satu hal yang dapat menyebabkan gangguan intelektual adalah depresi

sehingga perlu dibedakan dengan gangguan intelektual lainnya.

2.1.7.6 Gangguan Panca Indra, Komunikasi, Penyembuhan, dan Kulit

Akibat proses menua semua panca indra berkurang fungsinya, demikian juga gangguan pada otak, saraf dan otot-otot yang digunakan untuk berbicara dapat menyebabkan terganggunya komunikasi, sedangkan kulit menjadi lebih kering rapuh dan mudah rusak dengan trauma yang minimal, dan gangguan pendengaran, hilangnya pendengaran terhadap nada murni berfrekuensi tinggi, pada penglihatan kelainan lensa mata reflek direk lemah, presbiopi dan lainnya.

2.1.7.7 Infeksi

Infeksi merupakan salah satu masalah pada lansia. Beberapa faktor resiko yang menyebabkan lansia mudah mendapat penyakit infeksi karena kekurangan gizi, kekebalan tubuh daya tahan tubuh yang sangat berkurang, selain itu faktor lingkungan dan keganasan kuman akan mempermudah tubuh mengalami infeksi.

2.1.7.8 Depresi

Perubahan status sosial, serta perubahan akibat proses menua menjadi salah satu pemicu munculnya depresi pada lansia.

Gejala depresi sering tidak dapat diketahui penyebabnya, karena gejala depresi yang muncul sering kali dianggap sebagai suatu bagian dari proses menua yang normal ataupun tidak khas.

2.1.7.9 Berat Badan Menurun

Berat badan menurun disebabkan oleh pada umumnya nafsu makan menurun karena kurang adanya gairah hidup atau kelesuan. Adanya penyakit kronis, gangguan pada saluran pencernaan sehingga penyerapan makanan terganggu, faktor sosial ekonomi.

2.1.7.10 Sulit buang air besar

Seperti kurangnya gerak fisik, makan yang kurang mengandung serat, kurang minum, ataupun akibat pemberian obat-obat tertentu. Akibat pengosongan isi usus menjadi sulit terjadi atau isi usus menjadi tertahan dan kotoran menjadi keras dan kering pada keadaan tertentu dapat mengakibatkan berupa penyumbatan pada usus disertai rasa sakit pada daerah perut.

2.1.7.11 Kurang Gizi

Kekurangan gizi pada lansia disebabkan perubahan lingkungan maupun kondisi kesehatan. Faktor lingkungan dapat berupa ketidaktahuan untuk memilih makanan yang

bergizi, isolasi sosial, gangguan panca indra, kemiskinan, hidup seorang diri, gangguan mental, gangguan tidur, obat-obatan, dan lainnya.

2.1.7.12 Impotensi

Merupakan ketidakmampuan untuk mencapai atau mempertahankan ereksi yang cukup untuk melakukan senggama yang memuaskan, yang terjadi paling sedikit 3 bulan.

2.1.7.13 Gangguan Tidur

Lance dan Segal mengungkapkan bahwa faktor usia merupakan faktor penting yang berpengaruh terhadap kualitas tidur. Keluhan kualitas tidur seiring dengan bertambahnya usia. Gangguan tidur tidak saja menunjukkan indikasi adanya kelainan jiwa yang dini, tetapi merupakan keluhan hampir 30% penderita yang berobat ke dokter. Gangguan tidur dapat disebabkan oleh:

- a. Faktor ekstrinsik (luar) misalnya lingkungan yang kurang tenang.
- b. Faktor intrinsik, baik organik (nyeri, gatal, sakit gigi, kram betis, dll). Maupun psikogeni (depresi, kecemasan, stress, dan marah yang tidak tersalurkan, iritabilitas).

2.1.7.14 *Impecunity* (Tidak punya penghasilan)

Dengan semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara berlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat memberikan penghasilan. Usia pensiun dimana sebagian dari lansia hanya mengandalkan hidup dari tunjangan hari tuanya. Selain masalah finansial, pensiun juga berarti kehilangan teman sejawat, berarti interaksi sosial pun berkurang memudahkan seorang lansia mengalami depresi.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi didefinisikan sebagai suatu kondisi tekanan darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 80 mmHg berdasarkan dua atau lebih pengukuran tekanan darah. Sementara itu, definisi hipertensi menurut WG-ASH (*Writing Group of The American Society of Hypertension*) adalah gangguan kardiovaskular yang kompleks tidak hanya pengukuran tekanan darah dalam ambang batas normal, akan tetapi ada atau tidaknya faktor risiko hipertensi, kerusakan organ, kelainan fisiologis dan sistem kardiovaskular yang disebabkan oleh hipertensi (Kurnia, 2020).

2.2.2 Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua yaitu 1) hipertensi primer dan 2) hipertensi sekunder. Hipertensi primer sering juga disebut sebagai hipertensi essensial yaitu hipertensi yang tidak ditemukan penyebab dari peningkatan tekanan darah tersebut. Hipertensi ini disebabkan oleh asupan garam yang berlebihan dalam makanan, genetik, merokok, kegemukan. Penelitian yang dilakukan oleh Adroque dan Madias (2007) yang menyatakan bahwa sebanyak 95% dari kasus hipertensi merupakan hipertensi primer atau hipertensi essensial (Kurnia, 2020).

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang diketahui penyebabnya. Kejadian hipertensi sekunder sekitar 10% dari penderita hipertensi. Sekitar 50% dari penderita hipertensi sekunder disebabkan oleh kelainan ginjal. Salah satu penyebabnya adalah kelainan jaringan sel *juksta glomerulus* yang mengalami hiperfungsi. Fungsi primer dari ginjal adalah mempertahankan volume dan komposisi cairan ekstrasel dalam batas normal. Fungsi tersebut dapat terlaksana dengan mengubah eksresi air. Kecepatan filtrasi yang tinggi memungkinkan pelaksanaan fungsi dengan ketepatan yang tinggi. Komposisi dan volume cairan ekstrasel ini dikontrol oleh filtrasi *glomerulus*, reabsorpsi dan sekresi tubulus. Fungsi ginjal yang lain adalah mengeksresikan bahan kimia tertentu misalnya obat, hormon, dan metabolit lain. Pembentukan *renin* dan *eritropoetin* serta

metabolisme vitamin D merupakan fungsi non-ekskretor yang penting. Sekresi renin yang berlebihan merupakan faktor penting penyebab hipertensi sekunder (Kurnia, 2020).

2.2.3 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi berdasarkan perhimpunan dokter spesialis kardiovaskuler Indonesia.

Tabel 2.1

klasifikasi	sistolik	diastolik
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal tinggi	130-139	84-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3	>180	>110
Hipertensi sistol terisolasi	>140	>90

Sumber: (Perhimpunan dokter spesialis kardiovaskuler Indonesia, 2015)

Menurut kemenkes 2018 selain klasifikasi diatas hipertensi dapat dibedakan menurut sebabnya menjadi hipertensi primer dan sekunder.

- a. Hipertensi Essensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya (90%)
- b. Hipertensi Sekunder Penyebabnya dapat ditentukan (10%), antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme) dll (Kemenkes RI, 2018).

2.2.4 Manifestasi Klinis Hipertensi

Hipertensi sering disebut "*silent killer*" (pembunuh diam-diam) karena pada umumnya tidak memiliki tanda dan gejala sehingga baru diketahui setelah menimbulkan komplikasi. Identifikasi biasanya dilakukan melalui skrining atau mencari pelayanan kesehatan setelah merasakan adanya masalah. Hipertensi ini baru tampak jika sudah memperlihatkan adanya komplikasi pada organ lain misalnya pada mata, ginjal, otak dan jantung. Pasien mengeluhkan adanya nyeri kepala terutama bagian belakang, baik berat maupun ringan, vertigo, tinitus (mendengung atau mendesis di telinga), penglihatan kabur atau bahkan terjadi pingsan. Gejala ini mungkin saja diakibatkan oleh adanya peningkatan tekanan darah pada saat pemeriksaan. Gejala lain seperti sakit kepala, jantung berdebar, pucat dan keringat dicurigai adanya *pheochromocytoma*. *Pheochromocytoma* adalah tumor jinak yang berkembang dalam inti kelenjar adrenal. Kelenjar adrenal memproduksi berbagai hormon yang penting bagi tubuh. *Pheochromocytoma* akan menyebabkan kelenjar adrenal menghasilkan terlalu banyak hormon tertentu sehingga dapat meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung dalam buku (Kurnia, 2020).

2.2.5 Patofisiologi Hipertensi

Meningkatnya tekanan darah didalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga

mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah di setiap denyutan jantung dipaksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena *arteriosklerosis*. Dengan cara yang sama, tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi *vasokonstriksi*, yaitu jika arteri kecil (*arteriola*) untuk sementara waktu untuk mengarter karena perangsangan saraf atau hormon didalam darah. Bertambahnya darah dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terhadap kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat (Triyanto, 2017).

Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan didalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara: jika tekanan darah meningkat, ginjal akan mengeluarkan garam dan air yang akan

menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah normal. Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan darah kembali normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut renin, yang memicu pembentukan hormon *angiotensi*, yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormon *aldosteron*. Ginjal merupakan organ penting dalam mengembalikan tekanan darah; karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah (Triyanto, 2017).

2.2.6 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko terjadinya hipertensi terdiri dari faktor yang dapat di modifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut : (Kurnia, 2020).

2.2.6.1 Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dimodifikasi

a. Riwayat Keluarga/Keturunan

Jika seseorang yang memiliki riwayat hipertensi di dalam keluarga, maka kecenderungan menderita hipertensi juga lebih besar dibandingkan dengan keluarga yang tidak memiliki hipertensi. Penelitian yang

dilakukan oleh Soubrier *et al* (2013) menjelaskan bahwa sekitar 75% penderita hipertensi ditemukan riwayat hipertensi pada anggota keluarganya. Pada individu yang kembar *monozygot* apabila salah satunya menderita hipertensi kemungkinan yang satunya lagi menderita hipertensi. Kemungkinan ini mendukung bahwa faktor genetik mempunyai peranan penting sebagai faktor pencetus dalam terjadinya hipertensi.

b. Jenis Kelamin

Angka kejadian hipertensi lebih banyak terjadi pada laki-laki (5-47%) daripada wanita (7-38%) sampai wanita mencapai usia *pre-menopause*. Hal tersebut dikarenakan pada wanita dilindungi oleh hormon *estrogen* yang berperan dalam mengatur sistem renin angiotensin-aldosteron yang memiliki dampak yang menguntungkan pada sistem kardiovaskular, seperti pada jantung, pembuluh darah dan sistem syaraf pusat. Kadar *estrogen* memiliki peranan protektif terhadap perkembangan hipertensi.

c. Umur

Insiden Hipertensi meningkat dengan bertambahnya umur. Sebanyak 50-60% dari penderita hipertensi berusia 60 tahun. Memiliki tekanan darah >

140/90 mmHg. Pada kelompok usia > 70 tahun berpotensi 2,97 kali terjadinya hipertensi. Tingginya kejadian hipertensi pada lanjut usia disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding pembuluh darah menjadi kaku sehingga menimbulkan tekanan darah sistolik.

2.2.6.2 Faktor Risiko yang Dapat Dimodifikasi.

Menurut Helelo, Gelaw & Adane (2014) faktor risiko hipertensi yang dapat di modifikasi terdiri dari diet, obesitas, kurangnya aktivitas fisik, merokok dan konsumsi alkohol berlebihan.

a. Diet

Modifikasi diet dapat dilakukan dengan mengatur pola makan. Angka kejadian hipertensi lebih banyak terjadi pada pasien yang memiliki kebiasaan mengonsumsi lemak dan garam secara berlebihan. Insiden dan keparahan hipertensi dipengaruhi oleh status gizi dan asupan nutrisi. Strategi yang dapat digunakan adalah dengan menggunakan strategi *Dietary Approach to Stop Hypertension*. Diet DASH yaitu diet yang menekankan konsumsi makanan yang kaya akan serat, kaya buah-buahan, sayuran dan mengonsumsi susu

rendah lemak. Diet DASH dapat menurunkan tekanan darah sistolik secara signifikan sebanyak 6,8 mmHg. Menurut Sacks *et al* (1999) diet DASH dapat menurunkan tekanan darah sistol/diastol sebanyak 11.6/5.3 mmhg.

b. Obesitas

Obesitas dapat menimbulkan risiko penyakit kardiovaskular. Dari berbagai penelitian bahwa peningkatan berat badan dapat meningkatkan tekanan darah. Hal ini karena terjadi sumbatan di pembuluh darah yang diakibatkan oleh penumpukan lemak dalam tubuh. Risiko relatif penderita hipertensi lima kali lebih banyak pada orang gemuk dibandingkan dengan penderita hipertensi yang memiliki berat badan ideal. Penelitian yang dilakukan oleh Tanamas, *et al* (2014) yang menyatakan bahwa ada hubungan pada individu yang mengalami obesitas dengan kejadian hipertensi karena orang obesitas akan mengalami peningkatan jaringan adiposa, sehingga dapat menyumbat aliran darah dan menimbulkan tekanan darah meningkat. Prevalensi hipertensi terjadi pada orang dengan indeks masa m tubuh (IMT) ≥ 25 kg/m² . Penelitian yang dilakukan oleh Savica, Bellinghieri, & Kopple (2010)

yang menyatakan bahwa asupan nutrisi yang berlebih dan obesitas juga merupakan faktor penyebab hipertensi.

c. Kurangnya Aktivitas Fisik/Olahraga

Aktivitas fisik dikaitkan dengan pengelolaan pasien hipertensi. Pada individu dengan hipertensi dengan melakukan olahraga aerobik seperti jalan kaki dengan teratur, jogging, bersepeda akan menurunkan tekanan darah. Penelitian yang dilakukan oleh Hastert *et al* (2014) menyatakan bahwa dengan melakukan aktivitas fisik secara teratur di lakukan setiap hari dapat menurunkan kadar *trigliserida* dan kolesterol HDL sehingga tidak terjadi sumbatan lemak pada pembuluh darah yang akan menimbulkan tekanan darah meningkat.

d. Merokok dan Mengonsumsi Alkohol

Merokok merupakan faktor risiko penyebab kematian yang diakibatkan oleh penyakit jantung, kanker, stroke dan penyakit paru. Hal ini diakibatkan oleh meningkatnya kadar *ketekolamin* dalam plasma, sehingga akan menstimulasi syaraf simpatik. Penelitian yang dilakukan oleh Huerta, Tormo, Gravrilla dan Navarro (2010) yang menyatakan bahwa perilaku merokok adalah faktor risiko utama bagi kejadian

penyakit kardiovaskular seperti angina fektoris, strok, dan infark miokard akut. Hubungan yang erat antara merokok dengan kejadian hipertensi adalah karena merokok mengandung nikotin yang akan menghambat oksigen ke jantung sehingga menimbulkan pembekuan darah dan terjadi kerusakan sel. Selain rokok, pengaruh alkohol dapat meningkatkan kadar kortisol dan meningkatnya volume sel darah merah serta terjadi *viskositas* (kekentalan) pada darah sehingga aliran darah tidak lancar dan menimbulkan peningkatan tekanan darah. Penelitian yang dilakukan oleh Whelton *et al* (2002) yang menyatakan bahwa dengan membatasi konsumsi alkohol 2-3 gelas ukuran standar setiap hari dapat menurunkan risiko hipertensi.

e. Stres

Hubungannya antara stres dengan hipertensi adalah karena adanya aktivitas syaraf simpatik yang dapat meningkatkan tekanan darah. Individu yang sering mengalami stres, akan cenderung lebih mudah terkena hipertensi sehingga stres merupakan salah satu faktor risiko pencetus. Emosi yang ditahan dapat meningkatkan tekanan darah karena adanya pelepasan adrenalin

tambahan oleh kelenjar adrenal yang terus menerus dirangsang (Kurnia, 2020).

2.2.7 Komplikasi Hipertensi

Hipertensi yang terjadi dalam kurun waktu yang lama akan berbahaya sehingga menimbulkan komplikasi. Komplikasi tersebut dapat menyerang berbagai target organ tubuh yaitu otak, mata, jantung, pembuluh darah arteri, serta ginjal. Sebagai dampak terjadinya komplikasi hipertensi, kualitas hidup penderita menjadi rendah dan kemungkinan terburuknya adalah terjadinya kematian pada penderita akibat komplikasi hipertensi yang dimilikinya. Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Beberapa penelitian menemukan bahwa penyebab kerusakan organ-organ tersebut dapat melalui akibat langsung dari kenaikan tekanan darah pada organ, atau karena efek tidak langsung, antara lain adanya autoantibodi terhadap reseptor *angiotensin II*, stress oksidatif, *down regulation*, dan lain-lain (Fandinata & Ernawati, 2020).

2.2.8 Penatalaksanaan Hipertensi

2.2.8.1 Terapi farmakologis (obat-obatan)

Secara garis besar terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian atau pemilihan obat anti hipertensi yaitu:

- a. Mempunyai efektivitas yang tinggi.
- b. Mempunyai toksitas dan efek samping yang ringan atau minimal.
- c. Memungkinkan penggunaan obat secara oral.
- d. Tidak menimbulkan intoleransi.
- e. Harga obat relatif murah sehingga terjangkau oleh klien.
- f. Memungkinkan penggunaan jangka panjang.. Golongan obat-obatan yang diberikan pada klien dengan Hipertensi seperti golongan *diuretik*, golongan *betabloker*, golongan *antagonis kalsium*, serta golongan penghambat konversi *renin angiotensin*.

Tabel 2.2 Panduan Dosis obat-obatan anti-hipertensi yang direkomendasikan dalam JNC 8

Nama Obat Anti-hipertensi	Dosis Harian Awal, mg	Dosis target dalam RCT ditinjau, mg	Jumlah Dosis Perhari
<i>ACE Inhibitor</i>			
<i>Captopril</i>	50	150-200	2
<i>Enalapril</i>	5	20	1-2
<i>Lisinopril</i>	10	40	1
<i>Angiotensin Receptor Blockers</i>			
<i>Eprosartan</i>	400	600-800	1-2
<i>Candesartan</i>	4	16-32	1
<i>Losartan</i>	50	100	1-2
<i>Valsartan</i>	40-80	160-320	1
<i>Irbesartan</i>	75	300	1
<i>β-Blocker</i>			
<i>Atenolol</i>	25-50	100	1
<i>Metoprolol</i>	50	100-200	1-2
<i>Calcium Canal Blocker</i>			
<i>Amlodipine</i>	2,5	10	1
<i>Diltiazem extended released</i>	120-180	360	1
<i>Nifedipin</i>	10	20	1-2
<i>Thiazide type diuretic</i>			
<i>Bendroflumethiazide</i>	5	10	1
<i>Chlorthalidone</i>	12,5	12,5-25	1
<i>Hydrochlorothiazide</i>	12,5-25	25-100	1-2
<i>Indapamide</i>	1,25	1,25-2,5	1

Sumber : (James *et al.*, 2014)

2.2.8.2 Terapi non farmakologis meliputi :

- a. Modifikasi gaya hidup (aktivitas fisik secara teratur dan menghindari stres) seperti menerapkan perilaku *self management*.
- b. Mengurangi konsumsi alkohol dan merokok
- c. Mengatur pola makan dengan tingginya asupan buah-buahan, sayuran segar, susu rendah lemak, tinggi protein (daging unggas, ikan, dan kacang-kacangan)
- d. Rendahnya asupan natrium dan lemak jenuh
- e. Mengonsumsi air rebusan daun salam
- f. Terapi pernapasan dalam (*slow deep breathing*) dan terapi relaksasi genggaman jari (iqbal & handayani, 2022).

2.2.9 Pencegahan Hipertensi

Pola hidup sehat yang dianjurkan untuk mencegah dan mengontrol hipertensi adalah (Astuti, 2020) :

- 2.2.9.1 Gizi seimbang dan pembatasan gula, garam dan lemak (Dietary Approaches To Stop Hypertension).
- 2.2.9.2 Mempertahankan berat badan dan lingkar pinggang ideal.
- 2.2.9.3 Gaya hidup aktif /olahraga teratur.
- 2.2.9.4 Stop rokok.
- 2.2.9.5 Membatasi konsumsi alkohol (bagi yang minum).

2.2.10 Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

2.2.10.1 Hemoglobin/hematocrit: mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor risiko seperti *hipokoagulabilitas*, anemia.

2.2.10.2 BUN/kreatinin: memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.

2.2.10.3 Glukosa: hiperglikemia (Diabetes Melitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi). Kalium serum: hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.

2.2.10.4 Kalsium serum: peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.

2.2.10.5 Kolesterol dan trigeliserida serum: peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiofaskuler).

2.2.10.6 Pemeriksaan tiroid: hipertiroidisme dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan hipertensi.

2.2.10.7 Kadar aldosteron urin dan serum: untuk menguji *aldosteronisme* primer (penyebab).

2.2.10.8 Urinalisa: darah, protein dan glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.

2.2.10.9 VMA urin (metabolit katekolamin): kenaikan dapat mengindikasikan adanya *feokromositoma* (penyebab); VMA urin 24 jam dapat digunakan untuk pengkajian *feokromositoma* bila hipertensi hilang timbul.

2.2.10.10 Foto dada: dapat menunjukkan obstruksi kalsifikasi pada area katub: deposit pada dan/EKG atau takik aorta: perbesaran jantung.

2.2.10.11 CT scan: mengkaji tumor serebral, CSV, *ensefalopati*, atau *feokromositoma*.

2.2.10.12 EKG: dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan. gangguan konduksi. Catatan: luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

2.2.11 Perilaku Kesehatan

Setiap individu memiliki perilakunya masing-masing yang berbeda dengan individu lainnya. Sebuah perilaku disebabkan atau muncul karena berbagai faktor, Green (1980) mengklasifikasikan beberapa faktor yang menyebabkan terbentuknya sebuah perilaku (Irwan, 2017).

2.2.11.1 Faktor pendorong (*predisposing factors*)

Faktor pendorong merupakan faktor yang menjadi dasar motivasi atau niat seseorang melakukan sesuatu. Faktor pendorong meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai dan persepsi, tradisi, dan unsur lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan (Irwan, 2017).

2.2.11.2 Faktor pemungkin (*enabling factors*)

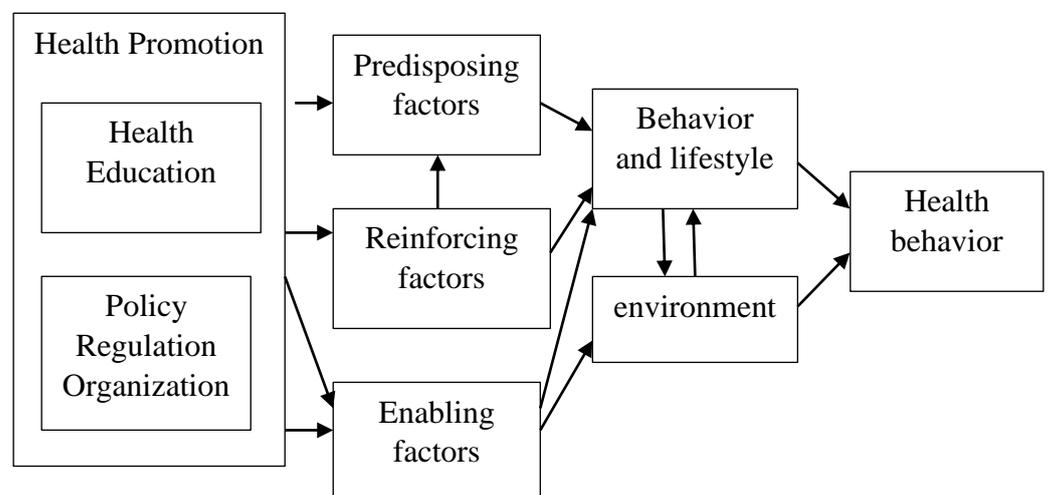
Faktor pemungkin merupakan faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Faktor pemungkin meliputi sarana dan prasarana atau fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat memerlukan sarana dan prasarana pendukung, misalnya perilaku Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI), perempuan yang ingin mendapatkan informasi harus lebih aktif dalam mencari informasi melalui pelayanan kesehatan seperti puskesmas,

rumah sakit, posyandu, dokter atau bidan praktik, dan juga mencari informasi melalui media massa seperti media internet, media cetak, media elektronik, dan media sosial (Irwan, 2017).

2.2.11.3 Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor pemungkin merupakan faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan (Irwan, 2017).

Model teori Lawrance Green dapat digambarkan seperti berikut :



2.3 Konsep *Self Management*

2.3.1 Definisi *Self Management*

Self-Management (Manajemen Diri) diri adalah suatu perilaku dan kemampuan individu dalam mengendalikan kesehatannya secara efektif. Persepsi individu akan mempengaruhi perilaku dan tujuan yang di yang ingin di capai. Respons atau reaksi seorang individu akan berbeda terhadap stimulus baik yang berasal dari dalam dirinya maupun yang berasal dari luar. Hal tersebut dipengaruhi oleh pengetahuan dan pemahaman tentang suatu hal yang terjadi. Pemahaman yang mendasari tentang manajemen diri merupakan faktor yang penting dalam pengembangan intervensi. Salah satu faktor yang penting adalah keyakinan individu pada dirinya bahwa mereka yakin memiliki kapasitas untuk melakukan perubahan perilaku yang dibutuhkan dalam manajemen dirinya sendiri (Kurnia, 2020).

2.3.2 Tujuan *Self Management*

Self-Management bertujuan untuk mengoptimalkan kesehatan, mengontrol dan memanajemen tanda dan gejala yang muncul, mencegah terjadinya komplikasi, meminimalisir gangguan yang ditimbulkan pada fungsi tubuh, emosi, dan hubungan interpersonal dengan orang lain yang dapat mengganggu kehidupan klien (Fitria, 2022).

2.3.3 Komponen *Self Management*

Terdapat lima komponen *self management* pada klien hipertensi yaitu (Fitria, 2022):

2.3.3.1 Integrasi diri

Mengacu pada kemampuan pasien untuk peduli terhadap kesehatan dengan menerapkan perilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari mereka seperti diet yang tepat, olahraga, dan kontrol berat badan. Pasien dengan hipertensi harus mampu:

- a. Mengelola porsi dan pilihan makanan ketika makan
- b. Makan lebih banyak buah, sayuran, biji-bijian, dan kacang-kacangan
- c. Mengurangi konsumsi lemak jenuh
- d. Mempertimbangkan efek pada tekanan darah ketika membuat pilihan makanan untuk dikonsumsi
- e. Menghindari minum alkohol
- f. Mengonsumsi makanan rendah garam atau menggunakan sedikit garam ketika membumbui masakan
- g. Mengurangi berat badan secara efektif
- h. Latihan/olahraga untuk mengontrol tekanan darah dan berat badan dengan berjalan kaki, jogging, atau bersepeda selama 30-60 menit perhari.

- i. Berhenti merokok
- j. Mengontrol stres dengan mendengarkan musik, istirahat, dan berbicara dengan anggota keluarga.

2.3.3.2 Regulasi diri

Mencerminkan perilaku mereka melalui pemantauan tanda dan gejala yang dirasakan oleh tubuh, penyebab timbulnya tanda dan gejala yang dirasakan, serta tindakan yang dilakukan. Perilaku regulasi diri meliputi:

- a. Mengetahui penyebab berubahnya tekanan darah
- b. Mengenali tanda-tanda dan gejala tekanan darah tinggi dan rendah
- c. Bertindak dalam menanggapi gejala
- d. Membuat keputusan berdasarkan pengalaman
- e. Mengetahui situasi yang dapat mempengaruhi tekanan darah membandingkan perbedaan antara tingkat tekanan darah.

2.3.3.3 Interaksi dengan tenaga kesehatan dan lainnya

Didasarkan pada konsep yang menyatakan bahwa kesehatan (dalam kasus hipertensi tekanan darah yang terkontrol dengan baik) dapat tercapai karena adanya kolaborasi antara klien dengan tenaga kesehatan dan individu lain seperti keluarga, teman, dan tetangga. Perilaku yang

mencerminkan interaksi dengan tenaga kesehatan dan lainnya adalah sebagai berikut:

- a. Nyaman ketika mendiskusikan rencana pengobatan dengan penyedia layanan kesehatan.
- b. Nyaman ketika menyarankan perubahan rencana perawatan kepada penyedia layanan kesehatan.
- c. Nyaman ketika bertanya kepada penyedia layanan kesehatan terkait hal yang tidak dipahami.
- d. Berkolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan untuk mengidentifikasi alasan berubahnya tingkat tekanan darah.
- e. Meminta orang lain untuk membantu dalam mengontrol tekanan darah.
- f. Nyaman ketika bertanya pada orang lain terkait teknik manajemen yang dilakukan untuk menurunkan tekanan darah tinggi.

2.3.3.4 Pemantauan tekanan darah

Dilakukan untuk mendeteksi tingkat tekanan darah sehingga klien dapat menyesuaikan tindakan yang akan dilakukan dalam *self management*. Perilaku pemantauan tekanan darah meliputi:

- a. Memeriksa tekanan darah saat merasa sakit

- b. Memeriksa tekanan darah ketika mengalami gejala tekanan darah rendah
- c. Memeriksa tekanan darah untuk membantu membuat keputusan hipertensi perawatan diri
- d. Kepatuhan terhadap aturan yang dianjurkan Mengacu pada kepatuhan pasien terhadap konsumsi obat anti-hipertensi dan kunjungan klinik. Komponen ini juga melibatkan konsumsi obat sesuai dosis yang telah ditentukan, waktu yang ditentukan untuk minum obat, dan kunjungan klinik rutin setiap 1-3 bulan.

2.3.3.5 Kepatuhan terhadap aturan yang dianjurkan

Mengacu pada kepatuhan pasien terhadap konsumsi obat anti-hipertensi dan kunjungan klinik. Komponen ini juga melibatkan konsumsi obat sesuai dosis yang telah ditentukan, waktu yang ditentukan untuk minum obat, dan kunjungan klinik rutin setiap 1-3 bulan.

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi *Self Management*

terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan diri diantaranya *health literacy*, *self efficacy*, motivasi, dan dukungan keluarga (Fitria, 2022) :

2.3.4.1 *Health Literacy*

Keberhasilan dari manajemen penyakit kronis, tidak lepas dari kemampuan individu dalam mengakses, dan

menggunakan informasi serta pelayanan kesehatan untuk membuat keputusan tentang perawatan kesehatan yang dikenal dengan *Health Literacy*. Tingkat *health literacy* yang rendah dapat mengakibatkan peningkatan angka penyakit kronis

2.3.4.2 *Self-efficacy*

Self Efficacy adalah keyakinan individu tentang kemampuan yang dimiliki dalam melakukan sesuatu yang berpengaruh dalam kehidupan, keyakinan akan mempengaruhi individu untuk merasa, berfikir dan berperilaku.

2.3.4.3 Motivasi

Motivasi adalah alat penggerak yang berada di dalam diri setiap individu yang mendorong individu untuk dapat melakukan sesuatu sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan.

2.3.4.4 Dukungan keluarga

Menurut Friedman (2010) menjelaskan bahwa beberapa faktor yang memengaruhi dukungan keluarga adalah tingkat ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan, serta tingkat pendidikan (Fitria, 2022).

2.3.5 Karakteristik *Self Management*

- 2.3.5.1 Kombinasi dari strategi mengelola diri sendiri biasanya lebih berguna dari pada sebuah strategi tunggal
- 2.3.5.2 Penggunaan strategi yang konsisten adalah esensial
- 2.3.5.3 Penggunaan penguatan diri sendiri merupakan komponen yang penting
- 2.3.5.4 Tunjangan yang diberikan oleh lingkungan harus dipertahankan
- 2.3.5.5 Perlu ditetapkan target yang realistis dan kemudian dievaluasi
- 2.3.5.6 Dukungan lingkungan mutlak perlu untuk memelihara perubahan-perubahan yang merupakan hasil dari suatu program *self management* (Simanullang, 2019).

2.3.6 Metode *Self Management* Pada Hipertensi

Self management pada pasien hipertensi dapat diberikan melalui edukasi dan peningkatan keterampilan dalam pemecahan masalah yang berfokus untuk membantu pasien mengembangkan efikasi serta kepercayaan diri dalam melakukan perubahan perilaku yang diperlukan untuk mencapai tujuan yang diinginkan, seperti pemantauan diri terhadap data klinis dan perilaku (misalnya, diet, olahraga, merokok dan minum alkohol), titrasi diri dari manajemen medis serta dukungan untuk kepatuhan pengobatan sesuai dengan

aturan yang ditentukan. Pemberian edukasi *self management* pada lansia hipertensi bertujuan untuk :

2.3.6.1 Meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit, komplikasi dan perawatannya.

2.3.6.2 Membantu pasien dalam mengubah gaya hidup dan mengontrol perilaku dengan mempertahankan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari.

2.3.6.3 Mempromosikan kepatuhan pengobatan guna membantu pasien dalam menurunkan atau mengontrol tekanan.

2.3.7 Alat Ukur *Self Management*

Self management dapat diukur dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Hypertension Self Management Behavior Questionnaire* (HSMBQ) yang dimodifikasi dari kuesioner yang dikembangkan oleh Lin *et al.* dalam penelitiannya pada tahun 2008 yaitu *Diabetes Self Management Instrument*. oleh Norais Alchter beliau telah menguji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen tersebut di Bangladesh untuk penelitiannya pada tahun 2010 yang berjudul "*Self Management Among Patients with Hypertension in Bangladesh*" (Akhter, 2010).

Kuesioner HSMBQ sudah pernah digunakan di Indonesia dalam penelitian yang dilakukan oleh Hidayat & Hastuti (2016)

dengan judul *Gambaran Self Care Management Klien Hipertensi di Kelurahan Pudak Payung Semarang* dan kuesioner ini sudah dialih bahasakan ke dalam Bahasa Indonesia. Hasil dari uji validitas instrumen HSMBQ versi Indonesia menyebutkan bahwa semua pernyataan valid dan setiap pernyataan memiliki nilai r hitung antara 0,375-0,781. Kemudian hasil dari uji reliabilitas menyebutkan bahwa semua pernyataan pada kuesioner ini reliabel dengan nilai reliabilitas yaitu 0,949. Dalam kuesioner ini terdapat 40 pernyataan dan dibagi menjadi 5 komponen *self management*. Kuesioner ini telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh dosen Universitas Diponegoro, Jurusan Ilmu Keperawatan, Asih Nurakhir, S.Pd., M.Pd., dengan metode *back translate* dengan latar belakang pendidikan beliau S1 dan S2 Bahasa Inggris. Kuesioner HSMBQ tersebut meliputi Keperawatan, Asih Nurakhir, S.Pd., M.Pd., dengan latar belakang pendidikan beliau S1 dan S2 Bahasa Inggris. Kuesioner HSMBQ tersebut meliputi:

- a. 13 item mengenai integrasi diri (item nomor 1-13)
- b. 9 item mengenai regulasi diri (item nomor 14-22)
- c. 9 item mengenai interaksi dengan tenaga kesehatan (item nomor 23-31)
- d. item mengenai pemantauan tekanan darah (item nomor 32-35)
- e. item mengenai kepatuhan terhadap aturan yang dianjurkan (item nomor 36-40)

Sistem penilaian pada kuesioner ini menggunakan skala Likert dengan range penilaian 1-4, yaitu skala penilaian 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = kadang-kadang, 4 = selalu. Semua item pernyataan dalam kuesioner ini merupakan pernyataan yang *favorable* (benar/positif).

2.4 Konsep Dukungan Keluarga

2.4.1 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Friedman (2013) adalah sikap tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan. Orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini, karena dukungan keluarga dianggap dapat mengurangi atau menyangga efek kesehatan mental individu.

2.4.2 Bentuk Dan Fungsi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013) membagi bentuk dan fungsi dukungan keluarga menjadi 4 dimensi yaitu:

2.4.2.1 Dukungan Emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta

membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional (Friedman, 2013).

2.4.2.2 Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum, dan istirahat (Friedman, 2013).

2.4.2.3 Dukungan Informasional

Dukungan informasional adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi (Friedman, 2013).

2.4.2.4 Dukungan Penilaian atau Penghargaan

Dukungan penghargaan atau penilaian adalah keluarga bertindak membimbing dan menengahi pemecahan

masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian (Friedman, 2013).

2.4.3 Tujuan Dukungan Keluarga

Sangatlah luas diterima bahwa orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini. Lebih khususnya, karena dukungan sosial dapat dianggap mengurangi atau menyangga efek serta meningkatkan kesehatan mental individu atau keluarga secara langsung, dukungan sosial adalah strategi penting yang harus ada dalam masa stress bagi keluarga. Sistem dukungan keluarga ini berupa membantu berorientasi tugas sering kali diberikan oleh keluarga besar, teman, dan tetangga. Bantuan dari keluarga besar juga dilakukan dalam bentuk bantuan langsung, termasuk bantuan financial yang terus-menerus dan intermiten, berbelanja, merawat anak, perawatan fisik lansia, melakukan tugas rumah tangga, dan bantuan praktis selama masa krisis (Friedman, 2013).

2.4.4 Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013) ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak yang berasal dari keluarga yang lebih

besar. Selain itu dukungan keluarga yang diberikan oleh orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas sosial ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas dan otokrasi. Selain itu orang tua dan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah. Faktor lainnya adalah adalah tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan kemungkinan semakin tinggi dukungan yang diberikan pada keluarga yang sakit.

2.4.5 Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2013) menyatakan bahwa sumber dukungan keluarga dapat berupa :

2.4.5.1 Dukungan keluarga internal

Dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri, atau dukungan dari saudara kandung.

2.4.5.2 Dukungan keluarga eksternal

Dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga). Sebuah jaringan sosial keluarga secara sederhana adalah jaringan kerja sosial keluarga itu sendiri.

2.4.6 Manfaat Dukungan Keluarga

Menurut (Rahmawati & Rosyidah, 2020) mengungkapkan bahwa dukungan keluarga akan meningkatkan :

- 2.4.6.1 Kesehatan fisik, individu yang mempunyai hubungan dekat dengan orang lain jarang terkena penyakit dan lebih cepat sembuh jika terkena penyakit dibanding individu yang terisolasi.
- 2.4.6.2 Manajemen reaksi stress, melalui perhatian, informasi dan umpan balik yang diperlukan untuk melakukan koping terhadap stress.
- 2.4.6.3 Produktivitas, melalui peningkatan motivasi, kualitas penalaran, kepuasan kerja dan mengurangi dampak stress kerja.
- 2.4.6.4 Kesejahteraan psikologis dan kemampuan penyesuaian diri melalui perasaan memiliki, kejelasan identifikasi diri, peningkatan harga diri, pencegahan *neurotisme*, psikopatologi, pengurangan dister dan penyediaan sumber yang dibutuhkan. Berdasarkan penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan

kesehatan fisik, manajemen, reaksi stress, produktivitas dan kesejahteraan psikologis dan kemampuan penyesuaian diri.

2.4.7 Alat Ukur Dukungan Keluarga

Tingkat dukungan keluarga dalam penelitian ini diukur menggunakan kuesioner skala dukungan keluarga dari Nursalam 2013. Kuesioner dukungan keluarga terdiri atas 12 pernyataan yang mencakup 3 indikator yaitu indikator dukungan emosional dan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi. Setiap item pertanyaan tersedia pilihan jawaban yang terdiri dari : selalu, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah. Jawaban selalu diberi skor 4, sering diberi skor 3, kadang-kadang diberi skor 2, dan tidak pernah diberi skor 1. Skor yang tinggi menunjukkan dukungan keluarga yang baik. Hasil kuesioner selanjutnya dibuat kategori sesuai pendapat Nursalam (2013) tentang hasil pengukuran yang diperoleh dari angket sebagai berikut:

Dukungan Keluarga dikategorikan:

Jika $X \geq \text{Mean/Median} = \text{Mendukung}$

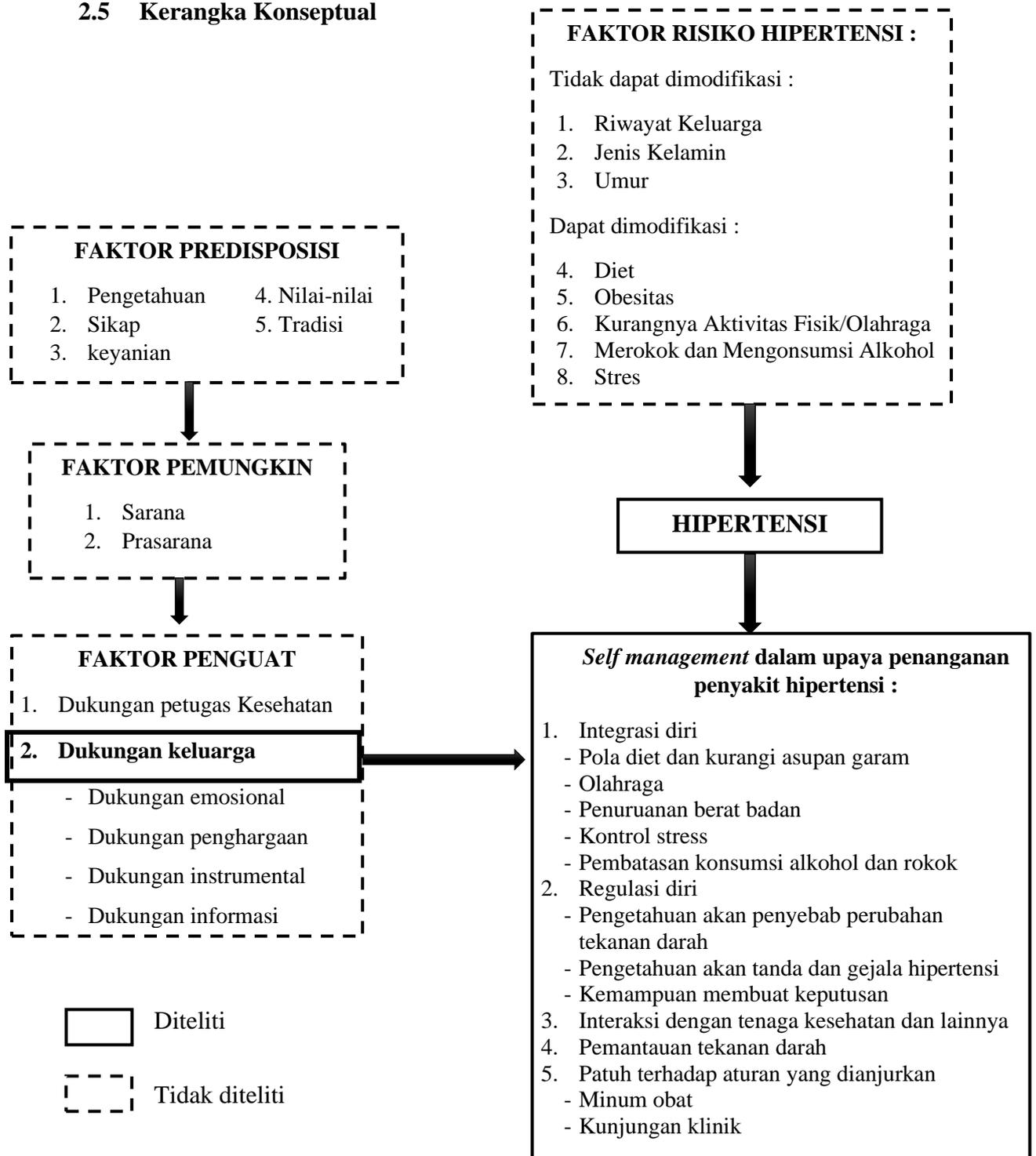
Jika $X \leq \text{Mean/Median} = \text{Tidak mendukung.}$

2.4.8 Dukungan Keluarga Dengan *Self Management* Hipertensi Pada Lansia

Keberhasilan dari *self management* dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, dukungan psikososial (penerimaan diri, peningkatan

motivasi, kepercayaan diri), dukungan keluarga, pendidikan, pendapatan. Dengan adanya dukungan keluarga dapat mengontrol tekanan darah yang lebih baik pada pasien hipertensi. Harmonitas keluarga diperlukan dalam menurunkan mortalitas penyakit hipertensi. Pada dasarnya keluarga memiliki peran dalam *management* penyakit pada pasien. Anggota keluarga memutuskan makanan apa yang akan dikonsumsi, aktivitas fisik yang sesuai dan bagaimana kesehatan menjadi prioritas dalam keluarga, sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan belajar serta membantu penguasaan terhadap pengontrolan emosi. Sehingga menghambat terjadinya komplikasi pada hipertensi dan penyakit-penyakit kronis lainnya dan meningkatkan kualitas hidup (Dewi *et al.*, 2022).

2.5 Kerangka Konseptual



Teori adaptasi Lawrance Green (1980) Modifikasi: Kurnia, (2020), Fitria, (2022),

Friedman (2013).

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel (Nursalam, 2013). Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian, maka hipotesis dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak, data terbukti atau tidak terbukti. Dalam penelitian ini hipotesis yang di rumusan yaitu :

Ha : Ada Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Self Management* Hipertensi Pada Lansia di Puskesmas Sei Langkai Kota Batam Tahun 2023.

H0 : Tidak Ada Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Self Management* Hipertensi Pada Lansia di Puskesmas Sei Langkai Kota Batam Tahun 2023.

- Anggraini, N., Mutiasyah, W., Sari, P. N., Muoriz, Q., Runiasih, E., P., P. W., Arifin, T. N., Pratiwi, Y. D., & Repolita, J. (2022). *Edukasi Keluarga dalam Pemberdayaan Lansia*. PT Nasya Expanding Management.
- Astuti, A. P. (2020). *Hipertensi*. Lakeisha.
- Dewi, O. P. K., Kristiyawati, S. P., & Victoria, A. Z. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga dan Penerimaan Diri Terhadap Self Management pada Pasien Hipertensi di RSUD dr. R. Soetijono. Blora. *Pena Nursing*, 1(1), 57–68.
- Ekasari, M. F., Riasmini, N. M., & Hartini, T. (2019). *MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP LANSIA KONSEP DAN BERBAGAI INTERVENSI*. Wineka Media.
- Fandinata, S. S., & Ernawati, I. (2020). *Management terapi pada penyakit degeneratif (diabetes mellitus dan hipertensi) : mengenal, mencegah dan mengatasi penyakit degeneratif (diabetes mellitus dan hipertensi)*. Penerbit Graniti.
- Fitria, A. (2022). *Perbedaan Self Management Pasien Hipertensi Di Wilayah Pedesaan Jatisari Dan Kelurahan Patrang*. 120.
- Gemini, S., Roswandani, S., Pakpahan, H. M., Setyowati, E., Hardiyati, Ardiansyah, S., Maulidya Jalal, N., Simanulang, P., & Sigalingging, G. (2021). *Keperawatan Gerontik*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.

- Iqbal, M. F., & Handayani, S. (2022). Terapi Non Farmakologi pada Hipertensi. *Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS)*, 6(1), 41–51.
- Irwan. (2017). *Etika Dan Perilaku Kesehatan*. CV. ABSOLUTE MEDIA.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., & Lackland, D. T. (2014). *014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*. <https://doi.org/10.001/jama.2013.284427>
- Kurnia, A. (2020). *SELF MANAGEMENT HIPERTENSI*. CV Jakad Media Publishing.
- Rahmawati, I. M. H., & Rosyidah, I. (2020). *MODUL TERAPI FAMILY PSYCOEDUCATION (FPE) UNTUK KELUARGA*. Media Nusa Creative.
- Simanullang, S. M. P. (2019). Self Management Pasien Hipertensi Di Rsup H. Adam Malik. *Journal Hipertensi*, 1–10.
- Sitanggang, Y. F., Frisca, S., Sihombing, R. M., Koerniawan, D., Febrina, P. S. T. C., Purba, D. H., Saputra, B. A., Rahayu Syanti Dian Yuniar, & Pranata, V. P. L. Y. S. (2021). *Keperawatan Gerontik*. Yayasan Kita Menulis.
- Triyanto, E. (2017). *Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu.