BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Konsep Gaya Hidup

1) Pengertian Gaya Hidup

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008), Gaya hidup adalah pola tingkah laku sehari-hari segolongan manusia dalam masyarakat. Sedangkan dari sisi ekonomi, gaya hidup adalah perilaku seseorang dalam membelanjakan uangnya dan bagaimana mengalokasikan waktunya. Menurut Kotler dan Keller (2012:192), Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya. Gaya hidup menggambarkan keseluruhan diri seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Gaya hidup menggambarkan seluruh pola seseorang dalam beraksi dan berinteraksi di dunia. Gaya hidup seseorang biasanya tidak permanen dan cepat berubah (Sumarwan,2011:57). Sedangkan Menurut Sutisna dalam Heru Suprihhadi (2017) gaya hidup secara luas didefinisikan sebagai cara hidup yang diidentifikasi oleh bagaimana orang lain menghabiskan waktu mereka dalam aktivitas.

2) Indikator Gaya Hidup

Indikator gaya hidup meliputi :

(1) Gaya Hidup yang Sehat

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pola hidup sehat, atau yang sering disebut sebagai *healthy lifestyle*, adalah cara menjalani kehidupan yang dapat meminimalisir risiko terkena penyakit serius atau kematian dini. Pola hidup sehat tidak hanya tentang makan makanan bergizi dan olahraga, melainkan meliputi seluruh aspek kehidupan yang berkaitan dengan kondisi fisik, mental, dan juga sosial.

(2) Gaya Hidup yang Tidak Sehat

Pola aktifitas sehari-hari yang mampu menurunkan status kesehatan dan dapat mendatangkan penyakit bagi kita. Gaya hidup tidak sehat akan berdampak pada kesehatan tubuh kita seperti Sindrome Metabolik yang mencakup ekanan darah tinggi, gula darah tinggi, kelebihan lemak tubuh, dan kadar kolesterol yang tidak normal.

3) Faktor yang Mempengaruhi Gaya Hidup

Hipertensi dapat mengancam hidup penderitanya, tanpa memandang umur. Penyakit ini harus cepat ditindaklanjuti sebab dapat menimbulkan penyakit stroke, jantung, dan sebagainya, bahkan kematian. Meningkatnya hipertensi dipengaruhi oleh gaya hidup buruk seperti kurang atau tidak rutinnya berolahraga, aktif merokok, makan makanan kurang bernutrisi, dan gangguan psikologis, terutama stress (Lainsamputty, 2020). Adapun beberapa faktor

memengaruhi gaya hidup yang dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi adalah sebagai berikut:

(1) Aktivitas Fisik

Merupakan setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energy dari dalam tubuh manusia. Kurangnya aktifitas fisik merupakan faktor risiko indepeden untuk penyakit kronis dan secara keseluruhan diperkirakan dapat menyebabkan kematian secara global. Sangat dimungkinkan lanjut usia mengalami hipertensi systole maupun diastole karena lansia adalah suatu proses alami yang ditandai dengan adanya penurunan fisik. Orang lanjut usia pada lazimnya secara fisiologis adalah normal memiliki nilai tekanan darah yang tinggi. Selain karena mengurangi aktifitasnya di usia senja, kondisi ini juga terjadi yang diakibatkan dari dinding arteri pada lansia telah menebal dan kaku karena arteriosclerosis sehingga darah dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit daripada biasanya sehingga dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah.

Penyakit tekanan darah tinggi, kini semakin sering dijumpai pada orang usia lanjut. Semakin aktif aktifitas fisiknya, maka semakin normal tekanan darah baik pada systole maupun diastole, dan semakin tidak aktif aktifitas fisiknya semakin

tinggi tekanan darah baik pada systole maupun diastole (Iswahyuni, 2017).

(2) Kebiasaan Merokok

Merupakan faktor pencetus terjadinya hipertensi. Terdapat zat-zat kimiawi yang berbahaya didalam kandungan rokok. Nikotin berpengaruh dalam peningkatan tekanan darah sebab nikotin dalam tembakau dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah segera setelah hisapan pertama. Seperti zat-zat kimia lain dalam asap rokok, nikotin diserap oleh pembuluh-pembuluh darah amat kecil di dalam paruparu dan diedarkan ke aliran darah. Hanya dalam beberapa detik, nikotin sudah mencapai otak. Otak bereaksi terhadap nikotin dengan memberi sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepas epinefrin (adrenalin). Hormon yang kuat ini akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat karena tekanan yang lebih tinggi. Dengan menghisap sebatang rokok akan memberi pengaruh besar terhadap naiknya tekanan darah (Saputra & Anam, 2016).

(3) Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengakibatkan masalah kesehatan jangkah panjang. Salah satu akibat dari konsumsi alkohol yang berlebihan tersebut adalah terjadinya peningkatan tekanan darah yang disebut hipertensi. Penelitian

sebelumnya membuktikan bahwa alkohol dapat merusak organ-organ seperti jantung dan pembuluh darah. Salah satu faktor resiko hipertensi adalah kebiasaan konsumsi alkohol yang berlebihan. Bahaya yang diakibatkan karena mengkonsumsi alkohol termasuk dalam 5 besar faktor resiko untuk timbulnya penyakit, kecacatan serta kematian di seluruh dunia (Grace et al., 2018).

(4) Tidur

Tidur merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia artinya secara alamiah manusia akan membutuhkan tidur sebagai kebutuhan setiap harinya. Tidur keadaan tidak sadar yang relatif lebih responsif terhadap rangsangan internal. Pola tidur menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya penyakit hipertensi. Pola tidur yang tidak baik dan kualitas tidur yang buruk dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisiologis dan psikologis dalam diri seseorang (Fanni M, 2018). Kebiasaan tidur yang buruk dapat mengakibatkan gangguan metabolisme dan endokrin yang berkontribusi menyebabkan gangguan pada sistem kardiovaskular. Kebiasaan tidur ini menjadi faktor penyebab pemicu terjadinya hipertensi karena semakin rendah durasi tidur seseorang lansia maka kemungkinan terkena penyakit hipertensi akan semakin besar. Pada usia dewasa tua (>60 tahun) tidur sekitar > 6 jam/hari (Hasiando, 2018).

(5) Makanan

Lauk pauk yang tersedia dalam bentuk yang digoreng. Selain itu sumber lemak lain berasal dari santan, daging ayam, telur ayam, olahan laut (ikan dan kerang). Konsumsi lemak jenuh yang berlebih dapat meningkatkan risiko aterosklerosis yang dapat meningkatkan tekanan darah. Akibat terjadinya penumpukkan plak terjadi peningkatan resistensi pada dinding pembuluh darah dan terjadi penyempitan yang memicu peningkatan denyut jantung dan volume aliran darah yang berakibat pada meningkatnya tekanan darah (Cahyati & Rahfiludin, 2019).

(6) Faktor Psikologis

Faktor psikologis merupakan salah satu faktor yang sering terjadi pada lansia umumnya seperti depresi, cemas dan stres. Stres merupakan faktor yang paling mempengaruhi dalam peningkatan tekanan darah pada lansia, hal tersebut terjadi karena lanjut usia akan mengalami perubahan yang bersifat normal dari fisik dan mental, penurunan fungsi biologis pada lansia dari aspek kehidupan yang saling berhubungan seperti perubahan fisik, perubahan psikologis dan sosial apabila tidak dapat dilalui dengan baik akan menghambat aktivitas sehari-hari yang akan menyebabkan stressor hingga mengakibatkan stress (Pucangsawit et al., 2021).

4) Hasil Ukur Gaya Hidup

(1) Gaya Hidup yang Sehat

Apabila membatasi asupan garam/mengkonsumsi makanan yang bergizi, melakukan olahraga teratur/aktivitas fisik,berhenti merokok, istirahat yang cukup, dan mengelola stress

(2) Gaya Hidup yang Tidak Sehat

Berbanding kebalik dengan gaya hidup yang sehat pada lansia yang apabila tidak membatasi asupan garam,tidak mengkonsumsi makanan yang bergizi, tidak melakukan olaharaga teratur/aktivitas fisik, masih merokok, istirahat yang tidak cukup dan tidak mengelola stress.

4.1.2 Konsep Intention Behavior

1) Definisi Intention Behavior

Intention (Intensi) adalah satu perjuangan guna mencapai satu tujuan, ciri-ciri yang dibedakan dari proses-proses psikologis, yang mencakup referensi atau kaitannya dengan satu objek (Chaplin,2004). Intensi merupakan probalilitas atau kemungkinan yang bersifat subyektif, yaitu perkiraan seseorang mengenai seberapa besar kemungkinannya untuk melalukan suatu tertentu (Anwar dkk,2005). Intention (Intensi) adalah komponen dalam diri individu yang mengacu pada keinginan untuk melakukan tingkah laku tertentu. Hal-hal yang diasumsikan dapat menangkap faktor-faktor yang memotivasi dan yang berdampak kuat pada tingkah laku

(Fishbein dan Ajzen,1975). Sebuah peristiwa yang menimbulkan respon dari individu dan kemudian akan melibatkan proses internal untuk suatu pencapain keputusan, tingkah laku tersebut akan dilakukan atau tidak dilakukan (Fishbein dan Ajzen,1975). Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan secara umum bahwa intensi adalah niat atau komponen dalam diri individu yang mempengaruhi seberapa besar kemungkinan melakukan suatu tindakan tertentu. Intensi akan memberikan petunjuk tentang kemungkinan seseorang tertentu.

Sebagaimana yang dinyatakan oleh Fishbein dan Ajzen (1975) bahwa intensi berperilaku adalah kemungkinan subyektif subyek untuk melakukan suatu perilaku tertentu. Norma subyektif,subyek ditentukan oleh keyakinannya pada apa yang dianggap penting oleh orang-orang yang dianggap penting, oleh significant person (subyek), orang yang dianggap penting oleh subyek dapat memberikan dukungan bagi subyek atau orang yang dianggap penting dan pendapatnya dipercaya oleh subyek. Intensi adalah bagian Theory of reasoned action (teori tindakan beralasan) Fishbein dan Ajzen (1975). Intensi merupakan prediksi sukses dari perilaku karena ia menjembatani sikap dan perilaku. Intensi dipandang sebagai ubahan yang paling dekat dari individu untuk melakukan perilaku, maka dengan demikian intensi dapat dipandang sebagai hal yang khusus dari keyakinan yang obyeknya selalu individu dan

atribusinya selalu perilaku (Fishbein dan Ajzen,1975). Intensi dapat menunjukkan seberapa besar kemauan seseorang untuk berusaha melakukan suatu tingkah laku tertentu.

2) Faktor Penentu Intention Behavior terhadap Gaya Hidup

Niat perilaku menurut Fishbein dan Ajzen (1975) dapat dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu : *attitude towards behavior*, *subjective norm*, dan *perceived behavioral control*

(1) *Attitude Towards Behavior*

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1996) mendifinisikan sikap sebagai predisposisi yang dipelajari untuk berespon terhadap suatu obyek dalam suasana menyenangkan atau tidak menyenangkan secara konsisten. Scifman dan Kanuk (1997) memandang sikap dari segi perasaan, mereka yang menyatakan sikap adalah ekspresi perasaan yang mencerminkan apakah seseorang senang atau tidak senang, suka atau tidak suka dan setuju atau tidak setuju terhadap suatu obyek. Obyek dapat berupa merek,layanan, orang, perilaku dan lain-lain. Menurut para ahli psikologi sosial sikap terdiri dari tiga komponen yaitu komponen kognitif, afektif dan konatif. Komponen kognitif adalah pengetahuan dan keyakinan seseorang mengenai suatu obyek. Komponen afektif merupakan perasaan seseorang

terhadap obyek sikap. Komponen konatif adalah kecenderungan melakukan sesuatu terhadap obyek sikap.

(2) *Subjective Norm*

Norma subjektif juga diasumsikan sebagai suatu fungsi dari beliefs yang secara spesifik seseorang setuju atau tidak setuju untuk menampilkan suatu perilaku. Kepercayaan-kepercayaan yang termasuk dalam norma-norma subjektif disebut juga kepercayaan normatif (normative beliefs). Seorang individu akan berniat menampilkan suatu perilaku tertentu jika ia mempersepsi bahwa orang-orang lain yang penting berfikir bahwa ia seharusnya melakukan hal itu. Orang lain yang penting tersebut bisa keluarga, pasangan, sahabat, dokter, dsb. Hal ini diketahui dengan cara menanyai responden untuk menilai apakah orang-orang lain yang penting tadi cenderung akan setuju atau tidak setuju jika ia menampilkan perilaku yang dimaksud Aninda Dwi Wayanthy (2012). Norma subjektif (subjective norm) adalah persepsi atau pandangan seseorang terhadap kepercayaan-kepercayaan orang lain yang akan mempengaruhi minat untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku (Ajzen, 1991). Norma subjektif merupakan fungsi dari harapan yang dipersepsikan individu dimana satu atau lebih orang di sekitarnya (misalnya, saudara, teman

sejawat) menyetujui perilaku tertentu dan memotivasi individu tersebut untuk mematuhi mereka (Ajzen, 1991).

(3) *Perceived Behavioral Control*

Orang-orang yang percaya bahwa mereka tidak memiliki sumber daya yang ada dan kesempatan untuk melakukan perilaku tertentu mungkin tidak akan membentuk niat-niat perilaku yang kuat untuk melakukannya meskipun mereka memiliki sikap yang positif terhadap perilakunya dan percaya bahwa orang lain akan menyetujui seandainya mereka melakukan perilaku tersebut. Kontrol perilaku persepsian yang telah berubah akan memengaruhi perilaku yang ditampilkan sehingga tidak sama lagi dengan yang diniatkan. Persepsi kontrol perilaku (perceived behavioral control) didefinisikan oleh Ajzen (1991) sebagai kemudahan atau kesulitan persepsi untuk melakukan perilaku.

Kontrol perilaku persepsi ini merefleksikan pengalaman masa lalu dan mengantisipasi halangan- halangan yang ada sehingga semakin menarik sikap dan norma subjektif terhadap perilaku, semakin besar kontrol perilaku persepsi, semakin kuat pula niat seseorang untuk melakukan perilaku yang sedang dipertimbangkan. Kontrol perilaku persepsian yang telah berubah akan memengaruhi perilaku yang ditampilkan sehingga tidak sama lagi dengan yang diniatkan. Persepsi pengendalian

perilaku memainkan peran penting dalam teori direncanakan perilaku. Bahkan, teori perilaku terencana berbeda dari teori tindakan beralasan selain atas persepsi pengendalian perilaku. Menurut Aninda Dwi Wayanthy (2012) persepsi kontrol perilaku seseorang dikatagorikan menjadi persepsi kontrol perilaku lemah dan kuat. Hasil dari penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki persepsi kontrol perilaku yang kuat akan lebih bersikap positif. Persepsi kontrol diri berhubungan signifikan dengan niat seseorang dalam melakukan suatu tindakan tertentu.

3) Aspek-aspek Intention Behavior

Intensi sebagai niat untuk melakukan suatu perilaku demi mencapai tujuan tertentu memiliki beberapa aspek. Sependapat dengan Fishbein dan Ajzen, Menurut Smet (1994) juga mengemukakan bahwa intensi memiliki empat aspek, yaitu :

(1) *Action* (Tindakan), bahwa intensi akan menimbulkan suatu perilaku.

(2) *Target* (Sasaran), merupakan obyek yang menjadi sasaran dari perilaku.

(3) *Context* (Konteks), menunjukkan pada situasi yang mendukung munculnya perilaku.

(4) *Time* (Waktu), menunjukkan kapan suatu perilaku tersebut muncul. Dari teori intention yang dikemukakan Fishbein dan

(5) Ajzen serta Smet maka dapat disimpulkan bahwa aspek intention yakni : perilaku, sasaran, situasi dan waktu.

4) Hasil Ukur Intention

(1) Intention Behavior Kuat

Apabila memiliki sikap yang kuat, norma subjektif yang kuat dan persepsi kontrol perilaku yang kuat maka seseorang atau lansia masih memiliki intention yang kuat

(2) Intention Behavior Lemah

Apabila tidak memiliki sikap yang kuat, norma subjektif yang kuat dan persepsi kontrol perilaku yang kuat maka seseorang atau lansia tidak memiliki intention yang kuat atau tidak ada niat untuk berperilaku

2.1.3 Konsep Lansia

1) Definisi Lansia

Menurut WHO, lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. BPS mengelompokkan lansia menjadi tiga kelompok umur yaitu lansia muda (kelompok umur 60-69 tahun), lansia madya (kelompok umur 70-79 tahun), dan lansia tua (kelompok umur 80 tahun ke atas). Menua atau menjadi tua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari. Proses penuaan terjadi secara alamiah. Hal ini dapat menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi dan psikologis.(Mustika, 2019).

Lansia merupakan suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya bisa dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa dan juga tua (Mawaddah, 2020). Jika ditanya kapan seseorang dikatakan lansia jawabannya adalah jadi kita ada dua kategori lansia yaitu kategori usia kronologis dan usia biologis artinya adalah jika usia kronologis adalah dihitung dalam atau dengan tahun kalender.

Di Indonesia usia pensiun 56 tahun biasanya disebut sudah lansia namun ada Undang – undang mengatakan bahwa usia 60 tahun ke atas baru paling layak atau paling tepat disebut usia lanjut usia biologis adalah usia yang sebenarnya kenapa begitu karena dimana kondisi pematangan jaringan sebagai indeks usia lansia pada biologisnya.Pada seseorang yang sudah lanjut usia banyak yang terjadi penurunan salah satunya kondisi fisik maupun biologis, dimana kondisi psikologisnya serta perubahan kondisi sosial dimana dalam proses menua ini memiliki arti yang, artinya proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahanlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap lesion atau luka (infeksi) dan memperbaiki

kerusakan yang diderita. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur (Friska et al., 2020).

2) Ciri-Ciri Lansia

Menurut Oktora & Purnawan, (2018) adapun ciri dari lansia diantaranya :

(1) Lansia merupakan periode kemunduran

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

(2) Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perilaku yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh: lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang

menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

3) Karakteristik Lansia

Karakteristik lansia menurut (Kemenkes.RI, 2017) yaitu :

(1) Seseorang dikatakan lansia ketika telah mencapai usia 60 tahun keatas.

(2) Status pernikahan Berdasarkan Badan Pusat Statistik RI SUPAS 2015, penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus kawin (60 %) dan cerai mati (37 %). Adapun perinciannya yaitu lansia perempuan yang berstatus cerai mati sekitar 56,04 % dari keseluruhan yang cerai mati, dan lansia laki-laki yang 13 berstatus kawin ada 82,84 %. Hal ini disebabkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan usia harapan hidup laki-laki, sehingga presentase lansia perempuan yang berstatus cerai mati lebih banyak dan lansia laki-laki yang bercerai umumnya kawin lagi.

(3) Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, kebutuhan biopsikososial dan spiritual, kondisi adaptif hingga kondisi maladaptive.

(4) Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi

4) Klasifikasi Lansia

Menurut Depkes RI (2019) klasifikasi lansia terdiri dari:

(1) Pra lansia yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.

(2) Lansia ialah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

(3) Lansia resiko tinggi ialah seseorang yang berusia 60 tahun lebih dengan masalah kesehatan.

(4) Lansia potensial ialah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat mengahasilkan barang atau Jasa.

(5) Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

5) Perubahan yang Terjadi Pada Lansia

Dengan semakin bertambahnya usia maka lansia lebih rentan terhadap berbagai keluhan fisik seperti penurunan pada penampilan bagian wajah, tangan, dan kulit. Penurunan fungsi dalam tubuh seperti pada system saraf, perut, limfa, dan hati. Penurunan kemampuan pada panca indra seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perasa serta penurunan motoric kecepatan dan kekuatan. Perubahan fisik pada lansia ini mempengaruhi kegiatan aktifitas sehari-harinya. Berbagai kemunduran membuat lansia sangat terbatas akan melakukan aktifitasnya dengan sendirinya. Hal ini membuat lansia merasa tidak berguna, sehingga dapat menyebabkan gangguan pada mentalnya. Perubahan pada mental dan psikologi yang terjadi pada lansia menurut Wahyudi Nugroho, dalam Keperawatan Gerontology, akan muncul dalam bentuk agresi, kemarahan, kekacauan mental, penolakan, ketergantungan, depresi,

manipulasi, mengalami rasa sakit, kehilangan, rasa sedih dan kecewa (Yanti et al., 2020).

2.1.4 Konsep Hipertensi

1) Definisi Hipertensi

Seseorang didiagnosis mengalami hipertensi ketika hasil pengukuran tekanan darah sistolik (TDS) yang dimiliki ≥140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolic (TDD) yang dimiliki ≥90 mmHg setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah berulang (Unger et al., 2020). Hasil pengukuran ini berlaku untuk seluruh individu / pasien dengan usia dewasa (> 18 tahun). Hipertensi atau penyakit darah tinggi merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah di atas ambang batas normal yaitu 120/80 mmHg (Hidayati et al., 2022) Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan tekanan darah tinggi adalah penyakit kronik akibat desakan darah yang berlebihan dan hampir tidak konstan pada arteri. Tekanan dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah. Hipertensi berkaitan dengan meningkatnya tekanan pada arterial sistemik, baik diastolik maupun sistolik secara terus-menerus. Gejala hipertensi sulit diketahui karena tidak memiliki gejala khusus. Gejala yang mudah diamati yaitu pusing, sering gelisah, wajah merah, telinga berdengung, sesak napas, mudah lelah, mata berkunang-kunang (Sutanto, 2010; Sijabat et al., 2020).

2) Patofisiologis Hipertensi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiostensin II dari angiostensin I oleh Angiostensin I Converting Enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiostensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiostensin I. oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiostensin I diubah manjadi angiostensin II. Angiostensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama (Prayitnaningsih et al., 2021). Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormone antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin.

Meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolaritasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya

dari tubulus ginjal (Sylvestris, 2014; Prayitnaningsih et al., 2021) Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume tekanan darah.

Patogenesis dari hipertensi esensial merupakan multifaktorial dan sangat komplek. Faktor-faktor tersebut merubah fungsi tekanan darah terhadap perfusi jaringan yang adekuat meliputi mediator hormon, latihan vaskuler, volume sirkulasi 10 darah, kaliber vaskuler, viskositas darah, curah jantung, elastisitas pembuluh darah dan stimulasi neural. Patogenesis hipertensi esensial dapat dipicu oleh beberapa faktor meliputi faktor genetik, asupan garam dalam diet, tingkat stress dapat berinteraksi untuk memunculkan gejala hipertensi (Yogiantoro, 2006; Prayitnaningsih et al., 2021).

3) Patogenesis Hipertensi

Penyebab-penyebab hipertensi ternyata sangat banyak. Tidak bisa diterangkan hanya dengan satu faktor penyebab. Memang betul pada akhirnya kesemuaanya itu akan menyangkut kendali natrium (Na) di ginjal sehingga tekanan darah meningkat (Harahap et al., 2022). Ada empat faktor yang mendominasi terjadinya hipertensi.

(1) Peran volume intravaskular

Menurut Kaplan tekanan darah tinggi adalah hasil interaksi antara cardiac output (CO) atau curah jantung (CJ) dan total peripheral resisten (TPR) yang masing-masing dipengaruhi oleh beberapa faktor. Volume intravaskular merupakan determinan utama untuk kestabilan tekanan darah dari waktu ke waktu. Tergantung keadaan TPR apakah dalam posisis vasodilatasi atau vasokonstriksi. Bila asupan NaCl meningkat, maka ginjal akan merespons agar ekskresi garam keluar bersama urine ini juga akan meningkat. Tetapi bila upaya mengekskresi NaCl ini melebihi ambang kemampuan ginjal, maka ginjal akan meretensi H2O sehingga volume intravaskular meningkat. Pada gilirannya CO dan CJ akan meningkat.

Akibatnya terjadi ekspansi volume intravaskular, sehingga tekanan darah akan meningkat. Seiring dengan perjalanan waktu TPR juga akan meningkat, lalu secara berangsur CO dan CJ akan turun menjadi normal lagi akibat autoregulasi. Bila TPR vasodilatasi tekanan darah akan menururn, sebaliknya bila TPR vasokonstriksi tekanan darah akan meningkat.

(2) Peran kendali saraf otonom

Persarafan autonom ada dua macam, yang pertama ialah saraf sistem saraf simpatis, yang mana saraf ini yang akan menstimulasi saraf viseral (termasuk ginjal) melalui neurotransmiter : katekolamin, epinefrin, maupun dopamin.

Sedang saraf parasimpatis adalah yang menghambat stimulasi saraf simpatis. Regulasi simpatis dan para simpatis berlangsung independen tidak dipengaruhi oleh kesadaran otak, akan tetapi terjadi secara otomatis sesuai siklus sikardian. Ada beberapa reseptor adrenergik yang berada di jantung, ginjal, otak serta dinding vaskular pembuluh darah ialah reseptor α1, α2, β1 dan β2. Belakangan ditemukan reseptor β3 di aorta yang ternyata kalau dihambat dengan beta bloker β1 selektif yang baru (nebivolol) maka akan memicu terjadinya vasodilatasi malalui peningkatan nitrit oksida (NO). Karena pengaruh-pengaruh lingkungan misalnya genetik, stres kejiwaan, rokok, dan sebagainya, akan terjadi aktivitas sistem saraf simpatis berupa kenaikan ketekolamin, nor epineprin (NE) dan sebagainya. selanjutnya neurotransmiter ini akan meningkatkan denyut jantung (Heart Rate) lalu di ikuti kenaikan CO atau CJ, sehingga tekanan darah akan meningkat dan akhirnya akan mengalami agregrasi platelet. Peningkatan neurotransmiter NE ini menpunyai efek negatif terhadap jantung, sebab di jantung ada reseptor α1, β1, β2 yang akan memicu terjadinya kerusakan miokard, hipertrofi, dan aritmia dengan akibat progesivitas dari hipertensi aterosklerosis. Karena pada dinding pembuluh darah juga ada reseptor α1, maka bila NE meningkat hal tersebut akan memicu vasokonstriksi (melalui reseptor α1) sehingga

hipertensi aterosklerosis juga semakin progresif. Pada ginjal NE juga berefek negatif, sebab di ginjal ada reseptor β1 dan α1 yang akan memicu terjadinya retensi natrium, mengaktifasi sistem RAA, memicu vasokonstriksi pembuluh darah dengan akibat hipertensi aterosklerosis juga makin progresif. Selanjutnya bila NE kadarnya tidak pernah normal maka sindroma hipertensi aterosklerosis juga akan berlanjut makin progresif menuju kerusakan organ target / Target Organ Damage (TOD).

(3) Peran renin angiotensin aldosteron (RAA)

Bila tekanan darah menurun maka ini akan memicu refleks baroreceptor. Berikutnya secara fisiologis sistem RAA akan mengikuti kaskade seperti tampak pada gambar dibawah ini yang mana pada akhirnya renin akan disekresi, lalu angiotensin I (A I), angiotensin II (AII), dan seterusnya sampai tekanan darah meningkat kembali. Begitulah secara fisiologis autoregulasi tekanan darah terjadi melalui aktifasi dari sistem RAA Adapun proses pembentukan renin dimulai dari pembentukan angiotensinogen yang di buat di hati. Selanjutnya angiotensinogen akan di rubah menjadi angiotensin I oleh renin yang dihasilkan oleh makula densa appartat juxta glomerulus ginjal. Lalu angiotensin I akan dirubah menjadi angiotensin II oleh enzim ACE (angiotensin converting enzime). Akirnya angiotensin II ini akan bekerja pada reseptor-reseptor yang

terkait AT1, AT2, AT3, AT4 Faktor risiko yang tidak dikelola akan memicu sistem RAA.

Tekanan darah makin meningkat, hipertensi aterosklerosis makin progresif. Ternyata yang berperan utama untuk memicu progresifitas ialan angiotensin II,bukti uji klinis yang sangat kuat. Setiap intervensi klinik pada tahap-tahap aterosklerosis kardiovaskular kontinum ini terbukti selalu bisa menghambat progresifitas dan menurunkan risiko kejadian kardiovaskular.

(4) Peran dinding vaskular pembuluh darah

Hipertensi adalah the disease cardiovascular continuum, penyakit yang berlanjut terus menerus sepanjang usia. Paradigma yang baru tentang hipertensi dimulai dengan disfungsi endotel, lalu berlanjut menjadi disfungsi vascular, vascular biologis berubah, lalu berakhir dengan TOD. Mungkin hipertensi ini lebih cocok menjadi bagian dari salah satu gejala sebuah sindroma penyakit yang akan kita sebut sebagai “The artherosclerosis syndrome” atau “the hypertension syndrome”, sebab pada hipertensi sering disertai gejala-gejala lain berupa resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa, kerusakan membran transport, disfungsi endotel, dislipidemia, pembesaran ventrikel kiri, gangguan simpatis parasimpatis. Aterosklerosis ini akan akan berjalan progresif dan berakhir dengan kejadian kardiovaskular.Bonetti et al berpendapat bahwa disfungsi

endotel merupakan sindroma klinis yang bisa langsung berhubungan dengan dan dapat memprediksi peningkatan risiko kejadian kardiovaskular Progresifitas sindrom aterosklerotik ini dimulai dengan faktor risiko yang tidak dikelola, akibatnya hemodinamika tekanan darah makin berubah, hipertensi makin meningkat serta vaskular biologi berubah, dinding pembuluh darah makin menebal dan pasti berakhir dengan kejadian kardiovaskular. Faktor risiko yang paling dominan memegang peranan untuk progresivitas ternyata tetap diegang oleh angiotensin II. Bukti klinis sudah mencapai tingkat evidence A, bahwa bila peran angiotensin II dihambat oleh ACE-inhinitor (ACEI) atau angiotensin receptor blocker (ARB), risiko kejadian hipertensidapat dicegah-diturunkan secara meyakinkan. WHO menetapkan bahwa faktor risiko paling banyak menyebakan premature death adalah hipertensi

4) Diagnosa Hipertensi

Berdasarkan anamnesis, sebagian besar pasien hipertensi bersifat asimptomatik. Beberapa pasien mengalami keluhan berupa sakit kepala, rasa seperti berputar, atau penglihatan kabur. Hal lain yang mengarah ke hipertensi sekunder adalah penggunaan obat-obatan seperti kontrasepsi hormonal, kortikosteroid, dekongestan maupun NSAID (Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug), sakit kepala paroksimal, berkeringat atau tatikardi serta adanya riwayat

ginjal sebelumnya. Pada anamnesis dapat pula digali mengenai faktor risiko kardiovaskular seperti merokok, obesitas, aktivitas fisik yang kurang, dyslipidemia, diabetes mellitus, mikroalbuminuria, penurunan laju GFR (Glomerular Filtration Rate) dan riwayat keluarga (Adrian, 2019).

Berdasarkan pemeriksaan fisik, nilai tekanan darah pasien diambil rata-rata dua kali pengukuran pada setiap kali kunjungan ke dokter. Apabila tekanan darah >140/90 mmHg pada dua atau lebih kunjungan maka dapat dikatakan mengalami hipertensi. Pemeriksaan tekanan darah harus dilakukan dengan alat yang baik, ukuran dan posisi manset yang tepat (setingkat dengan jantung) seta teknik yang benar. Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk memeriksa komplikasi yang telah terjadi seperti pemeriksaan laboratorium lengkap yaitu pemeriksaan darah lengkap, kadar ureum, kreatinin, elektrolit, kalsium, asam urat dan urinalisis (Mubin, 2016; Adrian, 2019). Guna menegakkan diagnosis hipertensi, dilakukan pengukuran tekanan darah minimal 2 kali dengan interval pengukuran 1 minggu (Kemenkes RI, 2019).

5) Uji Diagnostik / Klinis Hipertensi

(1) Riwayat kesehatan

Pasien dengan hipertensi seringkali asimtomatik, namun gejala spesifik dapat menunjukkan hipertensi sekunder atau komplikasi hipertensi yang memerlukan pemeriksaan lebih

lanjut (Moningka et al., 2021). Riwayat medis dan keluarga yang lengkap direkomendasikan dan harus mencakup :

(2) Tekanan darah

Hipertensi onset baru, durasi, tingkat BP sebelumnya, obat antihipertensi saat ini dan sebelumnya, obat lain / obat bebas yang dapat mempengaruhi BP, riwayat intoleransi (efek samping) obat antihipertensi, kepatuhan terhadap pengobatan antihipertensi, hipertensi sebelumnya dengan kontrasepsi oral atau kehamilan.

(3) Faktor risiko

Riwayat pribadi CVD (infark miokard, gagal jantung (heart failure), stroke, serangan iskemik sementara (stroke, transient ischemic attacks), diabetes, dislipidemia, penyakit ginjal kronis (chronic kidney disease), status merokok, diet, asupan alkohol, aktivitas fisik, aspek psikososial, riwayat depresi). Riwayat keluarga hipertensi, CVD prematur, hiperkolesterolemia, dan diabetes.

(4) Gejala / tanda hipertensi / penyakit penyerta

Nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar, klaudikasio, edema perifer, sakit kepala, penglihatan kabur, nokturia, hematuria, pusing.

(5) Gejala yang menunjukkan hipertensi sekunder.

Kelemahan otot / tetani, kram, aritmia (hypokalemia / aldosteronisme primer), flash pulmonary edema (stenosis arteri renalis), berkeringat, jantung berdebar, sering sakit kepala (pheochromocytoma), mendengkur, mengantuk di siang hari (obstructive sleep apnea), gejala sugestif penyakit tiroid.

(6) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik menyeluruh dapat membantu memastikan diagnosis hipertensi dan identifikasi HMOD (hypertension-mediated organ damage) dan/atau hipertensi sekunder (Pramana, 2020). Pemeriksaan ini harus mencakup :

(7) Sirkulasi dan jantung

Denyut nadi /ritme/karakter, denyut / tekanan vena jugularis, detak apeks, bunyi jantung ekstra, ronki basal, edema perifer, bruit (karotis,perut,femoralis), keterlambatan radio-femoral.

(8) Organ / sistem lain

Pembesaran ginjal, lingkar leher >40 cm (obstructive sleep apnea), pembesaran tiroid, peningkatan indeks massa tubuh (BMI) / lingkar pinggang, timbunan lemak dan striae berwarna (penyakit / sindrom cushing).

Pemeriksaan Laboratorium dan EKG

(1) Tes darah : Natrium, kalium, kreatinin serum dan perkiraan laju filtrasi glomerulus (eGFR). Jika tersedia, profil lipid dan glukosa puasa.

(2) Tes urin : tes urin Dipstick

(3) EKG 12 sadapan : Deteksi fibrilasi atrium, hipertrofi ventrikel kiri (LVH), penyakit jantung iskemik

6) Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi Hipertensi Hipertensi dibedakan menjadi dua golongan jika dilihat dari penyebabnya, yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer atau hipertensi esensial adalah suatu kejadian dimana terjadi peningkatan persisten tekanan arteri akibat ketidakteraturan mekanisme kontrol homeostatik normal, dapat juga disebut hipertensi idiopatik. Kurang lebih 95% dari kasus hipertensi disebabkan oleh hipertensi primer atau esensial. Faktor yang mempengaruhi hipertensi esensial ini seperti, lingkungan, sistem renin-angiotensin, genetik, hiperaktivitas susunan saraf simpatis, defek dalam ekskresi Na, peningkatan Na dan Ca intraseluler dan faktor- faktor yang berisiko meningkatkan tekanan darah seperti obesitas dan merokok (Ayu, 2021).

Hipertensi sekunder atau hipertensi renal merupakan hipertensi yang berhubungan dengan gangguan sekresi hormon dan fungsi ginjal. Sekitar 10% dari kasus hipertensi termasuk hipertesni sekunder dan telah diketahui sebabnya. Peyebab spesifik hipertensi sekunder antara lain penyakit ginjal, hipertensi vaskuler renal, penggunaan estrogen, hiperaldosteronisme primer, sindroma Cushing, dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan.

Kebanyakan kasus hipertensi sekunder dapat disembuhkan dengan penatalaksanaan penyebabya secara tepat (Diartin et al., 2022).

Jika dilihat dari bentuknya, hipertensi dibedakan menjadi tiga golongan yaitu hipertensi sistolik, hipertensi diastolik dan hipertenis campuran. Hipertensi sistolik (isolated systolic hypertension) merupakan peningkatan tekanan sistolik tanpa diikuti peningkatan tekanan diastolik dan umumnya ditemukan pada usia lanjut. Tekanan sistolik berkaitan dengan tingginya tekanan pada arteri apabila jantung berkontraksi (denyut jantung). Tekanan sistolik merupakan tekanan maksimum dalam arteri dan tercermin pada hasil pembacaan tekanan darah sebagai tekanan atas yang nilainya lebih besar. Hipertensi diastolik (diastolic hypertension) merupakan peningkatan tekanan diastolik tanpa diikuti peningkatan tekanan sistolik, biasanya ditemukan pada anak-anak dan dewasa muda. Hipertensi diastolik terjadi apabila pembuluh darah kecil menyempit secara tidak normal, sehingga memperbesar tahanan terhadap aliran darah yang melaluinya dan meningkatkan tekanan diastoliknya. Tekanan darah diastolik berkaitan dengan tekanan arteri bila jantung berada dalam keadaan relaksasi di antara dua denyutan. Sedangkan untuk hipertensi campuran merupakan gabungan antara hipertensi sistolik dan hipertensi diastolik dimana terjadi peningkatan pada tekanan sistolik dan diastolic (Warjiman et al., 2020).

Hipertensi diklasifikasikan menurut gejalanya di bedakan menjadi dua yaitu hipertensi benigna dan hipertensi maligna. Hipertensi benigna merupakan hipertensi yang tidak menimbukan gejala, biasanya ditemukan saat penderita melakukan check up. Sedangkan hipertensi maligna adalah keadaan hipertensi yang mambahayakan yang biasanya disertai dengan keadaan kegawatan sebagai akibat komplikasi dari organ seperti otak, jantung dan ginjal (Hastuti, 2020). Menurut berbagai guideline, klasifikasi hipertensi dibedakan menjadi :

(1) Klasifikasi Joint National Commite

Komite eksekutif dari National High Blood Pressure Education Program merupakan sebuah organisasi yang terdiri dari 46 professional, sukarelawan, dan agen federal. Mereka mencanangkan klasifikasi JNC (Joint National Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) pada tabel berikut, yang dikaji oleh 33 ahli hipertensi nasional Amerika Serikat.

Kategori tekanan darah	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	< 120	dan	< 80
Pra-hipertensi	120 – 139	atau	80 – 89
Hipertensi tingkat 1	140 – 159	atau	90 – 99
Hipertensi tingkat 2	> 160	atau	> 100
Hipertensi sistolik terisolasi	> 140	dan	< 90

Tabel 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut Joint National Commite 7

Hipertensi sistolik terisolasi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik (TDS) (≥140 mm Hg) dan atau tekanan darah diastolic (TDD) rendah (<90 mm Hg) sering terjadi pada orang muda dan lanjut usia. Pada individu muda, termasuk anak-anak, remaja dan dewasa muda, hipertensi sistolik terisolasi adalah bentuk paling umum dari hipertensi esensial. Namun, hal ini juga sangat umum terjadi pada lanjut usia, yang mencerminkan kekakuan arteri besar dengan peningkatan tekanan nadi (perbedaan antara TDS dan TDD). Individu yang diidentifikasi dengan hipertensi yang dikonfirmasi (hipertensi tingkat 1 dan hipertensi tingkat 2) harus menerima pengobatan farmakologis yang sesuai. Peningkatan kejadian hipertensi yang terjadi secara terus menerus dan sering tidak trekendali, menjadikan American College of Cardiology (ACC), the American Heart Association (AHA), dan 9 organisasi lainnya mengklasifikasikan ulang hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolic menjadi :

Tabel 2.2 Klasifikasi hipertensi

Kategori tekanan darah	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	< 120	dan	< 80
Pra-hipertensi	120 – 129	atau	< 80
Hipertensi tingkat 1	130 – 139	atau	80 – 89
Hipertensi tingkat 2	> 139	atau	> 100

Sumber : (Lin, 2022)

(2) Klasifikasi Menurut WHO (World Health Organization)

WHO dan International Society of Hypertension Working Group (ISHWG) telah mengelompokkan hipertensi dalam

klasifikasi optimal, normal, normal-tinggi, hipertensi ringan, hipertensi sedang, dan hipertensi berat (Sani, 2008). Di Indonesia berdasarkan konsensus yang dihasilkan Pertemuan Ilmiah Nasional Pertama Perhimpunan Hipertensi Indonesia tanggal 13-14 Januari 2007, belum dapat membuat klasifikasi hipertensi untuk orang Indonesia. Hal ini dikarenakan data penelitian hipertensi di Indonesia berskala nasional sangat jarang, sehingga Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) memilih klasifikasi sesuai WHO/ISH karena memiliki sebaran yang lebih luas

Tabel 2.3 Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO

Kategori tekanan darah	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal-Tinggi	130 – 139	80 – 89
Tingkat 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub-group : perbatasan	140-149	90-94
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi systole terisolasi (isolated systolic hypertension)	≥ 140	< 90
Sub-group : perbatasan	140-149	< 90

Sebagian besar penderita hipertensi termasuk dalam kelompok hipertensi ringan. Perubahan pola hidup merupakan pilihan pertama penatalaksanaannya, tetapi juga dibutuhkan pengobatan untuk mengendalikan tekanan darah. Pada kelompok hipertensi sedang

dan berat memiliki kemungkinan terkena serangan jantung, stroke, dan kerusakan organ target lainnya. Risiko ini akan diperberat dengan adanya lebih dari tiga faktor risiko penyebab hipertensi yang menyertai hipertensi pada kedua kelompok tersebut.

7) Resiko Faktor Hipertensi

Terdapat dua faktor risiko hipertensi yaitu, faktor risiko yang tidak dapat diubah (seperti usia, jenis kelamin, genetic) dan faktor risiko yang melekat pada penderita hipertensi dan tidak dapat diubah (merokok, diet rendah serat, konsumsi makanan tinggi lemak, konsumsi natrium, dyslipidemia, konsumsi garam berlebih, kurang aktivitas fisik, stress, berat badan berlebih / kegemukan, dan konsumsi alcohol) (Kartika et al., 2021).

(1) Faktor risiko hipertensi yang tidak dapat diubah

Faktor risiko yang melekat pada diri individu dan diturunkan dari orang tua atau terjadi penyimpangan genetic sehingga berisiko mengalami hipertensi. Faktor ini diantaranya adalah :

a) Usia

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat risiko hipertensi. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon.

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga sangat erat kaitannya terhadap terjadinya hipertensi dimana pada masa muda dan paruh baya lebih tinggi penyakit hipertensi pada laki-laki dan pada wanita lebih tinggi setelah umur 55 tahun, ketika seorang wanita mengalami menopause.

c) Genetik

Riwayat keluarga dekat yang memiliki hipertensi, akan mempertinggi risiko individu terkena hipertensi pada keturunannya. Keluarga dengan riwayat hipertensi akan meningkatkan risiko hipertensi sebesar empat kali lipat.24 Menurut Agnesia dalam penelitiannya menunjukkan bahwa riwayat keluarga yang menderita hipertensi memiliki risiko terkena hipertensi 14,378 kali lebih besar bila dibandingkan dengan subjek tanpa riwayat keluarga menderita hipertensi. Data statistik membuktikan, jika seseorang memiliki riwayat salah satu orang tuanya menderita penyakit tidak menular, maka dimungkinkan sepanjang hidup keturunannya memiliki peluang 25% terserang penyakit tersebut. Jika kedua orang tua memiliki penyakit tidak menular maka kemungkinan mendapatkan penyakit tersebut sebesar 60%.

(2) Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor risiko yang diakibatkan perilaku tidak sehat dari penderita hipertensi. Faktor ini cenderung berhubungan dengan perilaku hidup tidak sehat seperti :

a) Merokok

   Satu batang rokok diketahui mengandung lebih dari 4000 bahan kimia yang merugikan kesehatan baik bagi perokok aktif maupun perokok pasif. Seseorang yang menghisap rokok denyut jantungnya akan meningkat sampai 30%.56 Nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk ke aliran darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses arteriosklerosis, serta vasokonstriksi pembuluh darah, akhirnya terjadi peningkatan tekanan darah. Selain itu kandungan nikotin dalam rokok dianggap sebagai penyebab ketagihan dan merangsang pelepasan adrenalin sehingga kerja jantung lebih cepat dan kuat, akhirnya terjadi peningkatan tekanan darah. Merokok telah menunjukkan hubungan peningkatan kekakuan pembuluh darah, penghentian merokok merupakan gaya hidup yang penting untuk mencegah penyakit kardiovaskular.

b) Diet rendah serat

c) Konsumsi makanan tinggi lemak

Seseorang yang terbiasa mengonsumsi lemak jenuh berhubungan erat dengan peningkatan berat badan yang berisiko terjadinya hipertensi. Konsumsi lemak jenuh juga meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis yang berkaitan dengan kenaikan tekanan darah. Asam lemak jenuh, asam lemak trans, asam lemak tak jenuh tunggal dan jamak merupakan komposisi asam lemak. Salah satu jenis asam lemak selain asam lemak jenuh yang kini menjadi sorotan adalah asam lemak trans. Asupan asam lemak trans dengan kadar kolesterol HDL memiliki hubungan terbalik. Maksudnya, jika asupan asam lemak trans tinggi maka cenderung menurunkan kadar kolesterol HDL. Konsumsi gorengan adalah salah satu yang menyebabkan meningkatnya asam lemak trans total. Ratu Ayu Dewi Sartika dalam penelitiannya melaporkan bahwa tingginya asam lemak trans berhubungan dengan penyakit kronik seperti aterosklerosis yang memicu hipertensi dan penyakit jantung.

d) Konsumsi Natrium

Badan kesehatan dunia yaitu World Health Organization (WHO) mengungkapkan bahwa untuk mengurangi risiko terjadinya hipertensi dengan mengurani pola konsumsi garam. Kadar sodium yang direkomendasikan yaitu tidak

lebih dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram garam) perhari. Terlalu banyak mengonsumsi natrium mengakibatkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Dalam kondisi tersebut tubuh berusaha mencoba menormalkan dengan cara cairan intraseluler ditarik ke luar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Namun meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut dapat menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga menyebabkan timbulnya hipertensi.

e) Dislipidemia

f) Konsumsi garam berlebih

g) Kurang aktivitas fisik

Peningkatan tekanan darah berhubungan dengan aktivitas fisik yang kurang, hal ini dipertegas oleh penelitian yang dilakukan di Kabupaten Karanganyar tahun 2007 yang melaporkan bahwa orang yang tidak berolahraga memiliki risiko mengidap hipertensi sebesar 4,7 kali dibandingkan dengan orang yang memiliki kebiasaan berolahraga. Olahraga yang cukup dan teratur dihubungkan dengan terapi non farmakologis hipertensi, sebab olahraga teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah. Aktivitas fisik yang kurang dapat dikaitkan

dengan orang obesitas yang akan mengakibatkan hipertensi. Hal ini juga di pertegas oleh Divine tahun 2012 yang melaporkan bahwa setiap penurunan 5 kg berat badan akan menurunkan tekanan darah sebesar 10%. Manfaat lain dari olahraga yaitu mengatasi stres, meningkatkan kadar HDL, dan menurunkan kadar LDL sehingga dapat menurunkan tekanan darah.

h) Stres

Faktor lingkungan seperti stress berpengaruh terhadap timbulnya hipertensi esensial. Hubungan antara stress dengan hipertensi, diduga melalui aktivitas saraf simpatis. Saraf simpatis adalah saraf yang bekerja pada saat seseorang beraktivitas, saraf parasimpatis adalah saraf yang bekerja pada saat seseorang tidak beraktivitas. Peningkatan aktivitas saraf simpatis dapat meningkatan tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Apabila stress berkepanjangan, dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi dan selama terjadi rasa takut dan stress tekanan arteri sering kali meninkat sampai setinggi dua kali normal dalam waktu beberapa detik.

i) Berat badan berlebih/ kegemukan

Obesitas/kegemukan merupakan ciri khas dari populasi hipertensi dan dibuktikan bahwa faktor ini mempunyai

kaitan yang erat dengan terjadinya hipertensi di kemudian hari. Walaupun belum dapat dijelaskan hubungan anatar obesitas dan hipertensi esensial, tetapi penyelidikan membuktikan bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibandinkan dengan penderita yang mempunyao berat badan normal. Terbukti bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi daripada penderita hipertensi dengan berat badan normal

j) Konsumsi alcohol

Efek samping dari alkohol hampir sama dengan karbon monoksida, yaitu dapat meningkatkan keasaman darah. Darah akan menjadi kental sehingga jantung akan dipaksa bekerja lebih kuat lagi agar darah mensuplai ke jaringan. Konsumsi alkohol berbanding lurus dengan kejadian hipertensi yaitu semakin banyak alkohol yang diminum, maka semakin tinggi pula tekanan darah peminumnya. Hal ini yang menjadikan alkohol diperhitungkan untuk menjadi faktor risiko hipertensi. Dengan mengonsumsi dua gelas atau lebih minuman beralkohol perhari dapat meningkatkan risiko menderita hipertensi sebesar dua kali. Bukan hanya

itu, meminum minuman beralkohol secara berlebihan dapat merusak jantung dan organ-organ lainnya

8) Faktor Risiko Hipertensi

Penelitian membuktikan bahwa semakin tinggi tekanan darah seseorang, semakin tinggi pula risiko orang tersebut terkena penyakit jantung, gagal ginjal, dan stroke. Awal dari semua penyakit komplikasi adalah kehilangan keseimbangan. Ketika tekanan darah tinggi naik, maka seseorang akan kesulitan berjalan karena tengkuk, leher, dan punggung akan terasa berat dan pegal. Ini disebabkan oleh kadar kolesterol yang langsung menyerang syaraf keseimbangan. Hal inilah yang menjadi penyebab penderita hipertensi yang mengalami kekambuhan secara tiba- tiba bisa langsung jatuh secara tidak sadar (Kemenkes RI, 2021).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menyatakan bahwa hampir setengah dari kasus serangan jantung disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Tekanan darah yang terus meningkat dalam jangka panjang akan menyebabkan terbentuknya kerak (plak) yang dapat mempersempit pembuluh darah koroner. Padahal pembuluh darah koroner merupakan jalur oksigen dan nutrisi (energi) bagi jantung. Akibatnya, pasokan zat-zat penting (esensial) bagi kehidupan sel-sel jantung jadi terganggu. Pada keadaan tertentu, tekanan darah tinggi dapat meretakkan kerak (plak) di pembuluh darah koroner. Serpihan-serpihan yang terlepas dapat menyumbat

aliran darah sehingga terjadilah serangan jantung. Penderita tekanan darah tinggi berisiko dua kali lipat menderita penyakit jantung koroner. Penyumbatan pembuluh darah diawali dengan Stroke.

Stroke merupakan gangguan syaraf otot yang dipengaruhi pembuluh darah dan berpusat pada kepala. Biasanya syaraf yang ada di otak tidak terkoneksi dengan syaraf motorik sehingga tangan yang biasa diserang tidak dapat digerakkan karena aliran darah tidak mengalir pada bagian tubuh tersebut. Bagian terparah dari gangguan pembuluh darah yang disebabkan oleh Hipertensi yaitu komplikasi pada Ginjal dan Jantung. Karena aliran darah yang tidak merata, maka beberapa fungsi organ tubuh akan terkena imbasnya. Gangguan darah turut mempengaruhi volume darah yang mengalir ke Jantung. Hal ini menjadikan penderita hipertensi memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit jantung (Kemenkes RI, 2021)

9) Gejala dan Tanda Hipertensi

Kejadian hipertensi biasanya tidak memiliki tanda dan gejala. Gejala yang sering muncul adalah sakit kepala, rasa panas di tengkuk, atau kepala berat. Namun, gejala tersebut tidak bisa dijadikan ada tidaknya hipertensi pada seseorang. Salah satu cara untuk mengetahui adalah dengan melakukan pengecekan tekanan darah secara berkala. Seorang pasien biasanya tidak menyadari bahwa dirinya mengalami hipertensi hingga ditemukan kerusakan

dalam organ, seperti terjadinya penyakit jantung koroner, stroke, atau gagal ginjal (Indah, 2014; Sudarmin et al., 2022).

Menurut Triyanto (2014; Sudarmin et al., 2022) gejala klinis yang dialami oleh para pederita hipertensi biasanya berupa pusing, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan (jarang dilaporkan). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahuntahun. Gejala bila ada menunjukan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma peningkatan nitrogen urea darah. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifetasi sebagai paralis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan.

10) Penatalaksanaan Hipertensi

Prinsip penatalaksanaan menurut Mubin (2016; Kartikasari & Afif, 2021) adalah menurunkan tekanan darah sampai normal, atau sampai level paling rendah yang masih dapat ditoleransi oleh penderita dan mencegah komplikasi yang mungkin timbul. Penatalaksanaan hipertensi, yaitu :

Dalam Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi 2019 (PERHI, 2019) disebutkan bahwasanya tatalaksana hipertensi terdiri dari :

(1) Intervensi Pola Hidup

Pola hidup sehat dapat mencegah ataupun memperlambat awitan hipertensi dan dapat mengurangi risiko kardiovaskular. Pola hidup sehat juga dapat memperlambat ataupun mencegah kebutuhan terapi obat pada hipertensi derajat 1, namun sebaiknya tidak menunda inisiasi terapi obat pada pasien dengan HMOD atau risiko tinggi kardiovaskular. Pola hidup sehat telah terbukti menurunkan tekanan darah yaitu pembatasan konsumsi garam dan alkohol, peningkatan konsumsi sayuran dan buah, penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal, aktivitas fisik teratur, serta menghindari rokok.

(2) Pembatasan konsumsi garam

Terdapat bukti hubungan antara konsumsi garam dan hipertensi. Konsumsi garam berlebih terbukti meningkatkan tekanan darah dan meningkatkan prevalensi hipertensi. Rekomendasi penggunaan natrium (Na) sebaiknya tidak lebih dari 2 gram/hari (setara dengan 5-6 gram NaCl perhariatau 1 sendok teh garam dapur). Sebaiknya menghindari makanan dengan kandungan tinggi garam.

(3) Perubahan pola makan

Pasien hipertensi disarankan untuk konsumsi makanan seimbang yang mengandung sayuran, kacangkacangan, buah-buahan segar, produk susu rendah lemak, gandum, ikan, dan asam lemak tak jenuh (terutama minyak zaitun), serta membatasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh.

(4) Penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal

Terdapat peningkatan prevalensi obesitas dewasa di Indonesia dari 14,8% berdasarkan data Riskesdas 2013, menjadi 21,8% dari data Riskesdas 2018. Tujuan pengendalian berat badan adalah mencegah obesitas (IMT >25 kg/m2), dan menargetkan berat badan ideal (IMT 18,5 – 22,9 kg/m2) dengan lingkar pinggang

(5) Berhenti merokok

Merokok merupakan faktor risiko vaskular dan kanker, sehingga status merokok harus ditanyakan pada setiap kunjungan pasien dan penderita hipertensi yang merokok harus diedukasi untuk berhenti merokok.

(6) Penentuan Batas Tekanan Darah Untuk Inisiasi Obat

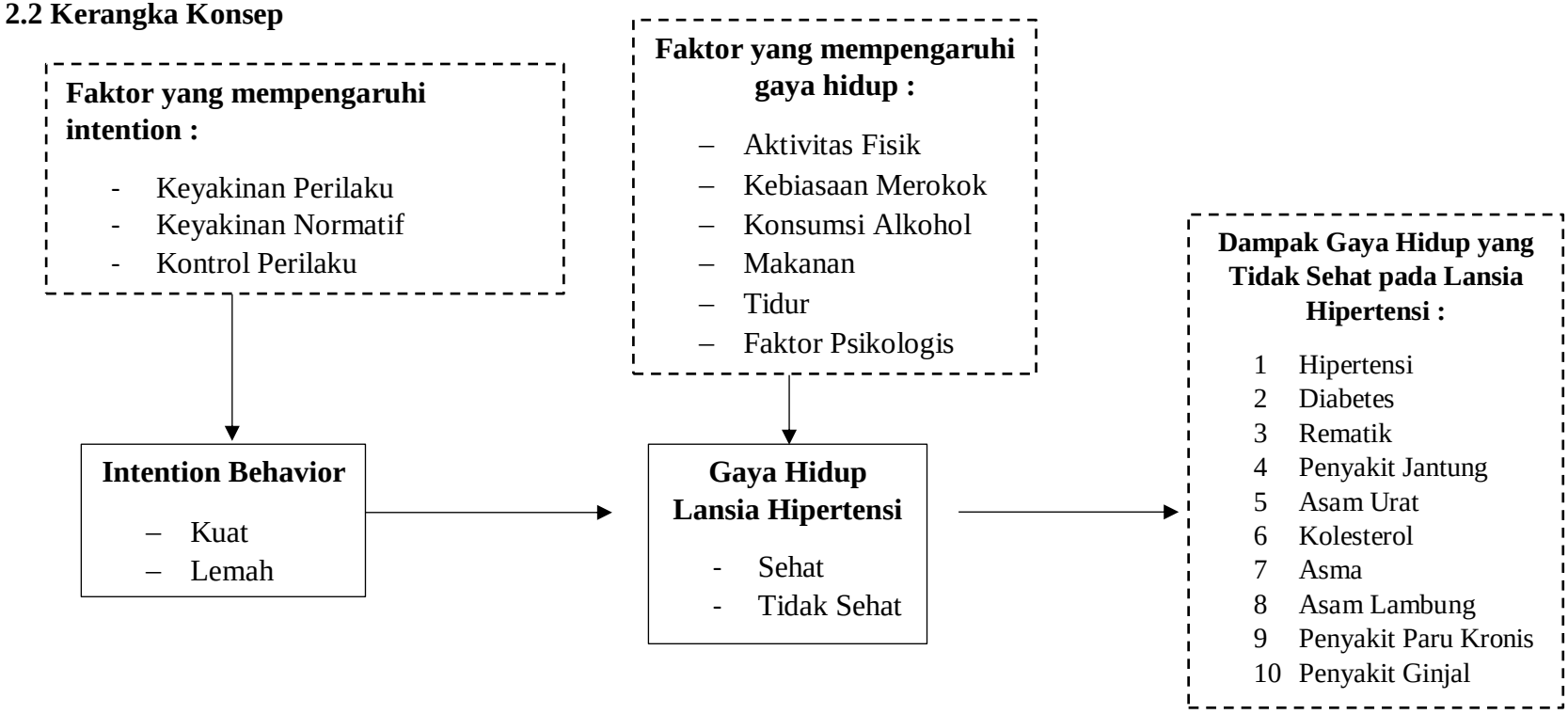
Penatalaksanaan medikamentosa pada penderita hipertensi merupakan upaya untuk menurunkan tekanan darah secara efektif dan efisien. Meskipun demikian pemberian obat antihipertensi bukan selalu merupakan langkah pertama dalam penatalaksanaan hipertensi

Tabel 2.4 Ambang Batas Tekanan Darah untuk Inisiasi Obat

Kelompok Usia	Ambang batas TDS di klinik untuk inisiasi obat (mmHg)					TDD di Klinik (mmHg)
	Hipertensi	+Diabetes	+PGK	+PJK	+Stroke / TIA	
18-65 tahun	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 90
65-79 tahun	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 90
≥ 80 tahun	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	

Sumber : (ESC/ESH Hypertension Guidelines, 2018; PERHI, 2019)

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Bagan Kerangka Konsep Hubungan Intention Behavior Dengan Gaya Hidup Pada Lansia Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Jember Kidul.

Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

2.3 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara karena jawaban yang diberikan baru berdasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Sugiyono 2021).

H0 : Tidak ada hubungan intention behavior dengan gaya hidup pada lansia hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Jember Kidul, Jember.

Ha : Ada hubungan intention dengan gaya hidup pada lansia hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Jember Kidul, Jember.