

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Landasan Teori

II.1.1 Definisi

Hipertensi merupakan kelainan yang terjadi pada pembuluh darah sehingga menyebabkan meningkatnya tekanan darah menetap diatas 140/90 mmHg (Sasmita, dkk, 2017). Hipertensi merupakan keadaan dimana tekanan darah siastolik lebih dari ambang batas normal yaitu 120-139 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari ambang batas normal yaitu 80-89 mmHg (Hasiando, 2018).

Hipertensi atau sering dikenal tekanan darah yang tinggi merupakan sesuatu kondisi dimana pembuluh darah sering terjadi peningkatan tekanan darah dalam jangka waktu yang lama. Penyakit hipertensi merupakan sesuatu kondisi dimana pembuluh darah mengalami gangguan sehingga berakibat pada terhambatnya suplai oksigen serta nutrisi yang dibawa oleh darah buat disalurkan ke jaringan tubuh yang lainnya. Hipertensi merupakan penyakit mematikan yang muncul tanpa disertai oleh tanda dan gejala terlebih dahulu, hal inilah yang menyebabkan hipertensi sering disebut sebagai ‘silent killer’ (Widyaningrum, 2012).

Terkait tiga definisi di atas, maka hipertensi dari pandangan penulis adalah kondisi dimana tekanan darah berada di atas ambang batas atau lebih sederhananya darah tinggi yang akan menghambat pembuluh darah dan tersumbatnya pasokan oksigen yang disalurkan oleh darah di tubuh.

II.1.2 Jenis Hipertensi

Menurut (Ramadhani, 2014) hipertensi dibagi menjadi dua jenis yaitu, hipertensi primer (essensial) dan hipertensi sekunder :

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer atau hipertensi essensial ialah hipertensi yang tidak diketahui sebabnya. Penyebab tidak diketahui ataupun tidak dikenali seringkali berkaitan dengan faktor style hidup yang tidak sehat.

Hipertensi primer ialah penyakit hipertensi yang sangat universal, terhitung ada 90% dari prevalensi hipertensi.

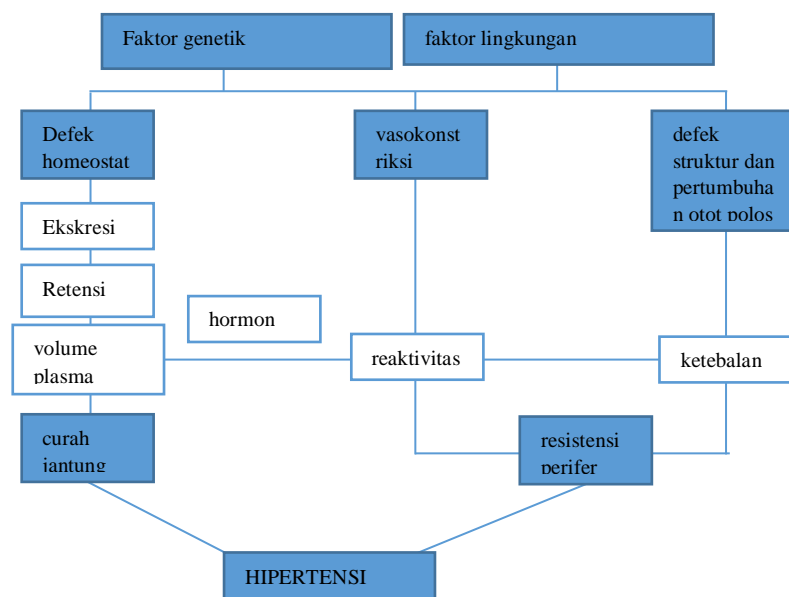
b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan tekanan darah tinggi yang diakibatkan oleh keadaan semacam penyakit ginjal, gangguan pada hormonal, ataupun pemakaian obat-obatan tertentu (bumi, 2017). Keadaan lain yang berpengaruh pada ginjal, arteri, jantung, ataupun pada sistem endokrin ini merupakan 5 sampai 10% permasalahan pada hipertensi sekunder. Beberapa ciri serta indikasi dari hipertensi sekunder, ialah tekanan darah tinggi yang diakibatkan oleh pemicu yang jelas contohnya, penyakit ginjal ataupun penyakit endokrin. Kegemukan pada lambung serta usus. Penyakit tiroid serta akromegali juga bisa menimbulkan tekanan darah tinggi serta tanda dan gejala yang khas (Ramadhani, 2014).

11.1.3 Patofisiologi Hipertensi

Patofisiologi hipertensi bisa menjadi sangat kompleks. Walaupun tidak diketahui secara pasti, aspek genetik, lingkungan dan gaya hidup esensial pada hipertensi bisa berpengaruh pada fungsi dan struktur sistem kardiovaskular, ginjal, serta saraf yang bisa menimbulkan hipertensi kronis.

Gambar 1 Patofisiologi Hipertensi



II.1.4 Disfungsi Endotel

Disfungsi endotel telah terlibat dalam patofisiologi berbagai bentuk penyakit kardiovaskular, termasuk hipertensi. Ini dapat didefinisikan sebagai gangguan yang ditandai dengan pergeseran aksi endotelium menuju penurunan vasodilatasi, keadaan proinflamasi, dan pengaturan protrombotik. Peristiwa ini menyebabkan keadaan peradangan vaskular, yang mungkin dimediasi, sebagian, oleh ROS yang dibentuk oleh sel mononuklear yang diaktifkan.

II.1.5 Stres oksidatif vaskular dan hipertensi

Stres oksidatif merupakan mekanisme pemersatu cedera dari berbagai jenis proses penyakit, terjadi ketika ada ketidakseimbangan antara pembentukan ROS dan sistem pertahanan antioksidan dalam tubuh. Keluarga ROS terdiri dari banyak molekul yang memiliki efek berbeda pada fungsi seluler. Yang penting, banyak dari tindakan ini terkait dengan perubahan patologis yang diamati pada penyakit kardiovaskular. Efek ROS dimediasi melalui regulasi sensitif redoks dari beberapa molekul pensinyalan dan pembawa pesan kedua. Selain itu, dalam kultur sel otot polos pembuluh darah (VSMC) dan arteri yang diisolasi dari tikus dan manusia hipertensi, produksi ROS ditingkatkan, pensinyalan yang bergantung pada redoks diperkuat, dan bioaktivitas antioksidan berkurang. Agen antihipertensi klasik seperti α -adrenergik blocker, angiotensin converting enzyme, antagonis reseptor angiotensin, dan calcium channel blocker dapat dimediasi, sebagian, dengan mengurangi stres oksidatif vascular.

II.1.6 Sumber ROS di dinding pembuluh darah

Berbagai sumber enzimatis dan non-enzimatis ROS ada di pembuluh darah. Menurut Gonzalez et.al., (2014), sumber ROS dengan karakteristik terbaik adalah NOX. Selain NOX, beberapa enzim lain dapat berkontribusi pada pembentukan ROS, termasuk xanthine oxidase, NO synthase dan mitokondria.

NOX adalah sumber biokimia utama ROS dalam pembuluh darah, terutama superoksida. Ginjal dan pembuluh darah merupakan sumber yang kaya dari ROS yang diturunkan dari NOX, yang dalam kondisi patologis memainkan peran penting dalam disfungsi ginjal dan kerusakan pembuluh darah. Sistem ini

mengkatalisis reduksi molekul oksigen oleh NADPH sebagai donor elektron, sehingga menghasilkan superoksida. NOX diregulasi pada hipertensi oleh sinyal humoral dan mekanik. AT-II adalah stimulus yang paling banyak dipelajari, tetapi ET-1 dan UT-II juga dapat berpartisipasi dalam aktivasi NOX, sehingga menghasilkan peningkatan ROS. Kemungkinan fungsi paling terkenal dari superoksida turunan NOX adalah inaktivasi NO untuk membentuk peroksinitrit, yang menyebabkan gangguan vasodilatasi tergantung endotel dan pelepasan endotel nitric oxide synthase (eNOS) untuk menghasilkan superoksida tambahan. Dalam pembuluh darah, aktivasi NOX telah sangat terkait dengan hipertensi.

Fungsi utama eNOS adalah produksi NO yang mengatur vasodilatasi. Namun demikian, L-arginine dan tetrahydrobiopterin (BH4)-dua kofaktor esensial untuk defisiensi aksi atau oksidasinya terkait dengan pelepasan jalur L-arginine-NO yang mengakibatkan penurunan pembentukan NO, dan peningkatan pembentukan superoksida yang dimediasi eNOS. NOX adalah sumber awal ROS. Superoksida bergabung dengan NO, yang disintesis oleh eNOS, untuk membentuk peroksinitrit[24]. Pada gilirannya, peroksinitrit mengoksidasi dan mendestabilisasi eNOS untuk menghasilkan lebih banyak superoksida. Superoksida juga menyebabkan oksidasi BH4 (sebenarnya, BH4 sangat sensitif terhadap oksidasi), yang mendorong pelepasan eNOS dan produksi ROS.

Xanthine oxidase juga merupakan sumber penting bagi radikal bebas oksigen yang ada di endotel pembuluh darah. Ini mengkatalisis dua langkah terakhir metabolisme purin. Selama proses ini oksigen direduksi menjadi superoksida. Ada bukti yang menunjukkan keterlibatan enzim ini dalam hipertensi. Tikus yang mengalami hipertensi secara spontan menunjukkan peningkatan kadar xantin oksidase endotel dan peningkatan produksi ROS, yang dikaitkan dengan peningkatan tonus arteriolar. Selain efek pada pembuluh darah, xanthine oxidase mungkin memainkan peran dalam kerusakan organ akhir pada hipertensi.

Mitokondria adalah sumber utama dan target ROS. Bagian dari superoksida yang diproduksi di ruang antar membran dapat dibawa ke sitoplasma. Ubiquinol atau koenzim Q adalah sumber superoksida ketika direduksi sebagian (bentuk semikuinon) dan antioksidan ketika direduksi sepenuhnya. Kompleks I

menghasilkan sebagian besar superoksida yang dihasilkan oleh mitokondria mamalia secara in vitro. Kompleks II dan IV biasanya bukan tempat produksi ROS yang signifikan. Pemisahan ringan sangat efektif menurunkan produksi superoksida tinggi yang terjadi dari kompleks I. Penurunan aktivitas enzim antioksidan pada pasien dengan hipertensi telah dilaporkan.

II.1.7 Klasifikasi Hipertensi

Berikut klasifikasi hipertensi menurut Tambayong (2016) :

Tabel 1 Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO

No.	Kategori	Sistolic	Diastolic
1.	Optimal	<120	<80
2.	Normal	120-129	80-84
3.	High Normal	130-139	85-89
	Hipertensi		
4.	Grade 1	140-159	90-99
5.	Grade 2	160-179	100-109
6.	Grade 3	180-209	100-119
7.	Grade 4	≥210	≥210

Sumber : (Tambayong, 2016)

Menurut World Health Organization (WHO) 2016, macam klasifikasi hipertensi :

- a. Tekanan darah dalam batas normal adalah ketika sistolic <140 mmHg dan diastolic <90 mmHg.
- b. Tekanan darah ambang normal adalah saat diastolik mencapai 141-149 mmHg dan diastolik 91-94 mmHg.
- c. Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah saat sistolik >160 mmHg dan diastolik > 95 mmHg.

II.1.8 Gejala Hipertensi

Menurut Matura et.al., (2016), pasien dengan hipertensi melaporkan beberapa gejala termasuk dispnea, kelelahan, dan ketidaknyamanan dada, bersama dengan keterbatasan olahraga. Kelelahan adalah gejala multidimensi yang didefinisikan sebagai perasaan yang berlebihan, melemahkan, dan rasa lelah

Mira Santia, 2022

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTENSI DI WILAYAH LIMO DEPOK

[www.upnvj.ac.id-www.library.upnvj.ac.id-www.repository.upnvj.ac.id]

berkelanjutan sehingga membuat seseorang sulit untuk melakukan aktivitas sehari-hari, bekerja efektif, dan berfungsi. Kelelahan mengandung komponen yang tumpang tindih yaitu fisik, kognitif, dan afektif. Secara fisik, pasien merasa tidak memiliki energi untuk melakukan kegiatan. Secara kognitif, pasien mungkin mengalami kesulitan berkonsentrasi dan mungkin kurang motivasi untuk berpartisipasi dalam aktivitas.

Selain itu, pasien dengan HAP mengalami penurunan kualitas hidup terkait kesehatan (health-related quality of life/HRQOL) yang berhubungan dengan kelelahan. Tidak hanya sering dilaporkan, tetapi kelelahan juga terkait dengan dispnea dan tekanan psikologis dan dapat mengganggu fungsi kognitif⁶ dan berdampak negatif pada status fungsional di PAH. (Matura, et.al., 2014).

II.1.9 Faktor Penyebab Hipertensi

Faktor resiko hipertensi terbagi menjadi dua kelompok, yaitu (Aulia R, 2017) :

a. Faktor yang tidak dapat diubah

1) Riwayat keluarga

Seseorang yang keluarganya seperti ayah, ibu, saudara/kakek memiliki riwayat hipertensi berisiko lebih tinggi terkena hipertensi.

2) Usia

Tekanan darah cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Pada pria meningkat pada usia >45 tahun sedangkan pada wanita meningkat pada rentan usia >55 tahun.

3) Jenis kelamin

Saat ini, hipertensi lebih sering terjadi pada pria daripada wanita.

4) Ras/etnik

Hipertensi mempengaruhi semua ras dan etnis, tetapi hipertensi di luar negeri lebih sering terjadi pada orang Afrika-Amerika daripada orang kulit putih atau Hispanik.

b. Faktor yang dapat diubah

1) Merokok

Tekanan darah tinggi juga dapat disebabkan karena merokok. Di dalam rokok sendiri mengandung bahan zat nikotin. Zat nikotin didistribusikan ke dalam otak setelah melalui proses penyerapan di dalam pembuluh darah kecil dan paru-paru. Di dalam otak zat nikotin kemudian memberikan sinyal kelenjar adrenal yang bertugas melepaskan epinefrin dan menyebabkan terjadinya penyempitan pembuluh darah sehingga jantung dipaksa untuk bekerja lebih keras dan menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi (Murni dalam Andrea 2013).

2) Kurangnya aktifitas fisik

Faktor risiko independen dari penyakit kronis yaitu kurangnya aktifitas fisik dan umumnya diyakini sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia (Iswahyuni S, 2017).

3) Minum minuman beralkohol

Alkohol mempunyai efek seperti karbon monoksida, yaitu meningkatkan keasaman darah. Darah kemudian lebih kental dan jantung dipaksa memompa lebih banyak darah lagi untuk memasok darah yang cukup ke jaringan (Komaling dkk 2013). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa konsumsi minuman beralkohol dapat meningkatkan tekanan darah.

4) Kebiasaan konsumsi kopi

Kopi sering dikaitkan dengan penyakit jantung koroner, termasuk hipertensi dan kadar kolesterol darah, karena kopi mengandung polifenol, kalium, dan kafein. Salah satu zat yang diduga mampu menaikkan tekanan darah ialah kafein. Kafein dalam tubuh manusia bekerja dengan cara memicu produksi hormon adrenalin dari reseptor adinosa di neuron, sehingga terjadi peningkatan tekanan darah meningkat. Efek konsumsi kafein dapat dirasakan dalam waktu 5-30 menit dan bisa bertahan hingga 12 jam.

5) Kebiasaan konsumsi makanan tinggi garam

Bumbu dapur yang umum dipakai dalam masakan. Mengonsumsi terlalu banyak garam juga bisa dapat menyebabkan hipertensi.

Menurut Sarlina, dkk (2018), natrium merupakan kation utama cairan ekstraseluler tubuh yang berfungsi menjaga keseimbangan air. Kelebihan natrium inilah dapat menyebabkan keseimbangan air tubuh terganggu kemudian menyebabkan edema atau asites dan terjadinya peningkatan tekanan darah.

II.1.10 Komplikasi

Komplikasi hipertensi Menurut Ardiansyah, M (2012) yaitu :

a. Stroke

Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis ketika arteri yang mensuplai otak melebar dan menebal, sehingga mengurangi aliran darah ke area ini. Aterosklerosis dapat melemahkan dan meningkatkan pembentukan aneurisma.

b. Infark Miokard

Infark miokard terjadi ketika arteri koroner aterosklerotik tidak memasok oksigen yang cukup ke otot jantung jika trombus terbentuk dan dapat menghalangi aliran darah di pembuluh ini. Karena hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokard tidak terpenuhi dan iskemia jantung, yang dapat menyebabkan infark.

c. Gagal Ginjal

Kerusakan pada ginjal disebabkan oleh tekanan tinggi pada kapiler glomerulus. Glomerulus yang rusak menyebabkan darah mengalir ke inti fungsional ginjal, mengganggu sel saraf, terus kekurangan oksigen akan menyebabkan kematian. Kerusakan pada glomerulus menyebabkan kebocoran protein dalam urin dan menurunkan osmolalitas koloid plasma, yang menyebabkan edema pada pasien dengan hipertensi kronis.

d. Ensefalopati

Ensefalopati (kerusakan otak) terjadi pada hipertensi maligna (hipertensi dengan peningkatan tekanan karena adanya peningkatan abnormal dan tekanan kapiler serta terjadinya perpindahan cairan ke ruang interstisial melalui sistem saraf. Akibatnya, sistem saraf yang berada di sekitar neuron dan dapat menyebabkan koma dan kematian.

II.1.11 Manifestasi Klinis

Menurut Said et.al., (2012), manifestasi klinis dari hipertensi ada 3 yaitu, sebagai berikut:

a. Kardiomiopati sirosis

Kardiomiopati sirosis didefinisikan sebagai disfungsi jantung kronis pada pasien dengan sirosis. Ini terjadi pada hingga 50% pasien dengan sirosis lanjut. Hal ini ditandai dengan gangguan respons kontraktile dan/atau perubahan relaksasi diastolik tanpa adanya penyakit jantung lainnya. Patofisiologi kondisi ini kompleks, dan tampaknya terkait dengan PH dan sirosis. Pada penyakit hati lanjut, vasodilatasi splanknik menyebabkan keadaan hiperdinamik istirahat.

b. Osteodistrofi Hepatik

Osteodistrofi hepatic didefinisikan sebagai penyakit tulang (osteomalacia, osteoporosis, dan osteopenia) yang berhubungan dengan penyakit hati. Osteomalacia dan osteoporosis sering terlihat pada pasien sirosis dan dapat menjadi predisposisi fraktur patologis. Patofisiologi osteoporosis pada penyakit hati relatif kompleks. Hipotesis utama menunjukkan bahwa itu terkait dengan pelepasan aktivitas osteoblastik dan osteoklastik.

c. Hipersplenisme

Hipersplenisme adalah komplikasi umum dari splenomegali kongestif masif pada pasien dengan sirosis dan PH. Hipersplenisme berat terjadi pada sekitar 1/3 pasien dengan sirosis yang dinilai untuk transplantasi hati. Kebanyakan pasien tidak memiliki gejala yang berhubungan dengan hipersplenisme, namun trombositopenia berat dapat meningkatkan risiko perdarahan, terutama setelah prosedur invasif.

II.1.12 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arief Mansjoer, dkk., pemeriksaan penunjang meliputi:

a. Pemeriksaan laboratorium

Terdiri dari hb/ht, kreatinin, glukosa, dan urinalisis.

- b. Pemeriksaan darah perifer lengkap
- c. Pemeriksaan kimia darah
- d. Pemeriksaan lain (klirens kreatinin, protein urin 24 jam, asam urat, kolesterol, LDL, TSH, dan ekakardiografi).

II.1.13 Penatalaksanaan Medis

Meskipun mendiagnosis dan mengelola hipertensi tidak terlalu rumit, efektivitas pengobatan jarang tinggi. Alasan utama untuk keadaan ini adalah kurangnya gejala pada tahap awal penyakit dan komplikasinya yang lambat karena kurangnya pengobatan. Ketidakefektifan pengobatan tersebut juga dapat disebabkan oleh kurangnya keterlibatan pasien dalam proses terapeutik. Akibat tidak adanya gejala, pasien tidak mengikuti terapi farmakologi dan non farmakologi terkait perubahan pola makan dan aktivitas fisik. Penjelasan sebagai berikut :

a. Terapi Non-farmakologis

Terapi nonfarmakologis untuk hipertensi sebagian besar meliputi terapi modifikasi gaya hidup. Yang dimaksud modifikasi gaya hidup disini adalah (Mahmood, et.al., 2019):

- 1) Mengubah pola diet
- 2) pembatasan Na⁺
- 3) meningkatkan konsumsi K⁺
- 4) kontrol berat badan
- 5) meminimalkan konsumsi alkohol
- 6) kehidupan yang bebas stres.

b. Terapi Farmakologis

Keberhasilan terapi farmakologis hipertensi dimungkinkan dengan efek samping yang terbatas mengingat ketersediaan beberapa kelas obat antihipertensi, berikut (Laurent, 2017):

- 1) diuretik thiazide
- 2) spironolactone
- 3) beta-blockers
- 4) reseptor adrenergik alfa-2

- 5) alpha-adrenergic receptor blocker
- 6) penghambat enzim pengubah angiotensin
- 7) calcium channel blockers
- 8) angiotensin II receptor blockers

II.1.14 Definisi Lansia

Lansia adalah kelompok orang yang tumbuh paling cepat di masyarakat saat ini, dan akibatnya, rasa sakit kronis yang biasanya dialami orang lanjut usia menjadi masalah yang lebih sulit dan menantang bagi dokter dari semua spesialisasi untuk secara efektif mengelola dalam perawatan mereka. Empat belas persen dari populasi sekarang berusia di atas 65 tahun, yang berjumlah 40 juta orang.

Menurut Cvecka, dkk (2015), bahwa lansia adalah salah satu segmen masyarakat yang paling menetap dan tidak aktif secara fisik. Berfokus pada otot-otot lansia, kita tahu bahwa ada kehilangan massa otot 0,5% -1% per tahun yang mengakibatkan penurunan kekuatan dan penurunan cepat produksi kekuatan, sangat penting untuk mencegah jatuh pada lansia. Dari kedua definisi di atas maka menurut penulis lansia merupakan salah satu golongan individu yang pertumbuhan populasinya sangat cepat dan secara fisik sudah tidak dapat berperan yang disebabkan penurunan massa ototnya.

Menurut World Health Organization (WHO), Lansia adalah orang yang berusia 60 tahun atau lebih. Lansia merupakan kelompok usia di antara orang-orang yang telah memasuki tahap akhir kehidupan mereka. Lansia adalah seseorang yang berusia 55 tahun ke bawah. (WHO, 2013). Proses penuaan ini akan terjadi pada sekelompok orang lanjut usia.

II.1.15 Teori Proses Menua

Menurut Depkes RI (2016) proses menua dibagi menjadi :

a. Teori biologi

1) Teori genetik dan mutasi

Menurut teori ini, adanya perubahan pada biokimia terprogram melalui molekul/DNA di dalam tubuh akan menyebabkan terjadinya

penuaan, kemudian sel akan bermutasi dari waktu ke waktu sehingga menyebabkan penurunan kemampuan sel dalam berfungsi.

2) Teori “immunology slow virus”

Sistem kekebalan akan menjadi efisien seiring dengan bertambahnya usia dan organ tubuh menjadi rusak karena masuknya virus ke dalam tubuh.

3) Teori stres

Menua terjadi karena hilangnya sel-sel yang biasanya digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak mampu mempertahankan lingkungan internal yang stabil, sehingganya dapat menyebabkan kelelahan.

4) Teori radikal bebas

Dialam bebas suatu radikal bebas akan terbentuk, ketidakstabilan radikal bebas dapat menyebabkan terjadinya oksidasi pada bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Dengan radikal bebas dapat mencegah regenerasi sel.

5) Teori rantai silang

Pada sel yang menua ataupun aus akan tercipta reaksi kimia dengan ikatan yang kuat, terutama pada jaringan kolagen. Tautan ini mempengaruhi kurangnya elastisitas, kekacauan, serta hilangnya fungsi.

6) Teori program

Kemampuan organisme dalam menentukan jumlah sel yang membelah dari sel yang sudah mati.

b. Teori kejiwaan sosial

1) Aktivitas atau kegiatan

Orang dewasa yang lebih tua merasakan penurunan jumlah kegiatan fisik yang biasa mereka lakukan. Teori ini mengasumsikan bahwa orang tua yang sukses ialah orang yang dapat aktif dan terlibat secara sosial. Standar optimal atau gaya hidup berlanjut seperti pada lansia yaitu berupa menjaga hubungan antara sistem sosial dan individu untuk menjaga stabilitas.

c. Kepribadian yang berkelanjutan

Kepribadian atau perilaku dasar tidak berubah di usia tua. Teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada orang yang lebih tua sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadiannya.

d. Teori emansipasi/kebebasan

Menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia seseorang secara bertahap mulai memisahkan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini menyebabkan terjadinya penurunan interaksi sosial lansia baik secara kualitatif maupun kuantitatif, sehingga sering terjadi tiga situasi yaitu: (1) kehilangan peran; (2) hambatan kontak sosial; (3) mengurangi kontak komitmen.

II.1.16 Batasan Lanjut Usia

Tim Vijg (2016) menyimpulkan bahwa ada batas alami umur manusia sekitar 115 tahun. Masih akan ada pengecualian sesekali seperti kemungkinan seseorang melebihi 125 pada tahun tertentu kurang dari 1 dalam 10.000. Pada tahun 2018, Perkumpulan Geriatri dan Gerontologi Italia (2018) mengadopsi batas usia 75 untuk digunakan ketika mempertimbangkan seseorang sebagai orang dewasa yang lebih tua. Menurut direktur masyarakat, batas 65 sudah usang, karena usia 65 tahun saat ini memiliki fungsi kognitif dan fisik yang serupa dengan orang berusia 40 hingga 45 tahun dari 30 tahun yang lalu. Dalam pengertian ini, dan berdasarkan harapan hidup orang Italia (83 tahun untuk pria dan 86 untuk wanita), mereka mengusulkan perpanjangan usia sepuluh tahun lagi sebelum seseorang dapat dianggap sebagai orang dewasa yang lebih tua.

Menurut Nugroho, beberapa para ahli berpendapat mengenai batasan pada lansia. 4 tahapan batasan lansia yaitu :

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

Lanjut usia dapat dikelompokkan menjadi usia lanjut dengan rentan usia 60 sampai 69 tahun dan usia lanjut dengan resiko tinggi dengan rentan usia lebih dari 70 tahun disertai dengan adanya masalah kesehatan (KEMENKES RI, 2015).

II.1.17 Karakteristik lansia

Pada seorang lanjut usia dengan rentan usia 60 tahun memiliki beberapa karakteristik, kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari sehat hingga sakit, kebutuhan fisiologis, sosial dan mental, beradaptasi dengan kondisi non-adaptif. (Maryam, 2008).

II.1.18 Klasifikasi Lansia

Beberapa klasifikasi lansia (Depkes RI, 2013) :

- a. Pra lansia dimana seseorang yang memiliki rentan usia antara 45 hingga 59 tahun.
- b. Lansia dimana seseorang yang memiliki rentan usia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia resiko tinggi dimana seorang lansia yang berusia 60 tahun ataupun lebih disertai dengan adanya masalah kesehatan.
- d. Lansia potensial dimana seorang lansia yang masih dapat melakukan pekerjaannya ataupun kegiatan dan dapat menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial dimana seorang lansia yang tidak mampu dalam mencari nafkah sendiri, sehingga hidupnya bergantung dengan bantuan orang lain.

II.1.19 Definisi Keluarga

Menurut Friedman (2016) dikatakan keluarga apabila terdiri dari 2 orang atau lebih dengan memiliki hubungan darah, menikah atau diadopsi serta hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi dan dengan perannya masing-masing, menciptakan dan memelihara budaya. Menurut Arita Muwarni (2014) Keluarga terbagi dari dua orang atau lebih yang hidup dalam satu rumah tangga karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi, memiliki peran masing-masing, serta menciptakan dan memelihara suatu budaya. Sedangkan menurut Effendy (2015), Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat

yang terdiri dari kepala rumah tangga dan sejumlah orang yang berkumpul dan hidup dalam satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

II.1.20 Bentuk Keluarga

Menurut Effendy (2015) bentuk keluarga terdiri dari berbagai macam, diantaranya :

- a. Keluarga Inti, keluarga yang dibentuk oleh suatu hubungan perkawinan yang direncanakan, didalamnya terdapat dari pasangan dan anak kandung atau anak angkat.
- b. Keluarga Asal, ialah keluarga tempat seseorang dilahirkan.
- c. Keluarga Besar, keluarga inti yang ditambahkan ke dalam keluarga lain atau terikat hubungan darah misalnya: kakek dan nenek, bibi, paman, saudara laki-laki, saudara perempuan, saudara kandung.
- d. Keluarga Modern, keluarga dimana terdapat orang tua tunggal, keluarga dengan tanpa anak, dan keluarga dengan pasangan yang sesama jenis (keluarga gay/lesbian).
- e. Keluarga Berantai, dimana di dalamnya terdapat dari satu orang wanita dan satu orang pria yang sudah menikah beberapa kali dan merupakan keluarga inti.

II.1.21 Struktur Keluarga

Menurut Friedman dalam Bakri, 2015, di dalam keluarga terdapat 4 pola komunikasi diantaranya struktur peran, kekuasaan, serta nilai-nilai dalam keluarga.

II.1.22 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2016) terdapat lima bagian dalam fungsi keluarga, yaitu:

- a. Fungsi afektif

Fungsi ini merupakan persepsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial keluarga. Dengan memenuhi fungsi ini, keluarga dapat mencapai tujuan psikososial utamanya, pembentukan karakteristik

manusia keluarga, pematapan kepribadian dan perilaku, kemampuan untuk membangun hubungan yang lebih dekat, serta harga dirinya.

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi dimulai dengan kelahiran dan berakhir dengan kematian. Sosialisasi ialah proses yang dijalani selama seumur hidup di mana individu akan terus mengubah perilaku mereka sebagai respons mengenai situasi yang terbentuk secara sosial dan yang mereka alami. Sosialisasi juga merupakan proses perkembangan ataupun perubahan yang dirasakan individu sebagai hasil dari belajar interaksi sosial dan peran sosial.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berusaha membantu ataupun melindungi keturunannya dan meningkatkan sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga dimana tempat berkembangnya keterampilan individu untuk membantu memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga dan meningkatkan pendapatan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Memenuhi kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik kesehatan (yang mempengaruhi status kesehatan setiap anggota keluarga) adalah elemen yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

a) Kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan keluarga.

b) Kemampuan keluarga untuk menentukan apa yang baik bagi keluarga.

c) Kemampuan keluarga untuk merawat keluarga dengan masalah kesehatan.

d) Kemampuan keluarga untuk memelihara lingkungan.

e) Kemampuan untuk menggunakan fasilitas.

II.1.23 Definisi Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas ialah wadah yang digunakan guna meningkatkan ataupun memelihara kesehatan masyarakat. Sasaran dalam keperawatan kesehatan masyarakat contohnya seperti pada bayi kurang gizi, ibu hamil yang berisiko tinggi, lansia, dan seorang dengan penyakit menular.

Keperawatan komunitas adalah pelayanan keperawatan profesional bagi masyarakat dengan pendekatan kelompok risiko tinggi yang bertujuan untuk mencapai kesehatan yang lebih optimal dengan melakukan pencegahan penyakit ataupun promosi kesehatan yang menjamin keterjangkauan penyedia layanan kesehatan. Pelayanan yang diperlukan secara medis dan hal ini melibatkan klien sebagai sasaran untuk dilakukannya perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi asuhan keperawatan. Pelayanan keperawatan komunitas dapat meliputi seluruh masyarakat, individu, keluarga, serta kelompok dengan risiko tinggi, contohnya keluarga yang tinggal di daerah kumuh, daerah terpencil dan sulit dijangkau, termasuk anak-anak bayi, balita, lansia dan ibu hamil (Veronica dkk 2017).

Proses keperawatan komunitas ini merupakan pendekatan dalam asuhan keperawatan yang alami, sistematis, dinamis, jangka panjang dan berkelanjutan untuk mengatasi masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui langkah-langkah seperti penilaian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan (Wahyudi, 2010).

II.1.24 Peran perawat Komunitas

Menurut (Widyanto, 2014) peran di pengaruhi oleh keadaan sosial unternal maupun eksternal dan sifatnya stabil. Beberapa peran perawat kesehatan masyarakat antara lain :

a. Pemberi asuhan keperawatan (Care Provider)

Peran ini perawat jalani dalam pemberi asuhan keperawatan kepada individu, masyarakat ataupun suatu kelompok. Asuhan keperawatan dapat berupa asuhan holistic, utuh/komprehensif, dan berkesinambunga/komprehensif. Pelayanan keperawatan juga bisa diberikan melalui langsung ataupun tidak langsung melalui beberapa

fasilitas seperti puskesmas, poliklinik, rawat inap, panti, posyandu, dan keluarga.

b. Peran sebagai pendidik (Educator)

Peran ini merupakan peran perawat sebagai pendidik yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik di rumah, puskesmas, dan masyarakat yang dilakukan secara terorganisir guna untuk mengkomunikasikan perilaku hidup sehat, sehingga dapat terjadinya perubahan perilaku seperti yang dimaksudkan. Dalam peran ini perawat harus mampu mengkaji kebutuhan kliennya seperti kesembuhan dari sakit, menyusui, penyuluhan atau pendidikan kesehatan, baik sehat maupun sakit.

c. Peran sebagai konselor (Counselor)

Peran konselor biasanya dilakukan melalui kegiatan konseling keperawatan dengan tujuan pemecahan masalah yang efektif. Konseling dapat dilakukan dengan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

d. Peran sebagai panutan (Role Model)

Perawat harus mampu memberikan contoh yang baik dalam bidang kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok serta masyarakat mengenai bagaimana hidup sehat yang dapat dilakukan dan diikuti oleh masyarakat.

e. Peran sebagai pembela (Advocate)

Peran perawat sebagai pembela dapat dilakukan di tingkat individu, kolektif ataupun komunitas. Di tingkat keluarga, perawat dapat menjalankan fungsinya melalui pelayanan sosial yang ada di masyarakat. Contohnya seperti dalam mempromosikan suatu sikap/kegiatan apa yang terbaik bagi klien, memastikan bahwa kebutuhan klien dapat terpenuhi serta melindungi kepentingannya .

f. Peran sebagai manajer kasus (Case manager)

Perawat Kesehatan Masyarakat diharapkan mampu mengelola berbagai kegiatan pelayanan kesehatan di universitas dan di masyarakat tergantung pada beban kerja dan tanggung jawab yang diberikan kepada mereka.

g. Peran sebagai kolaborator

Peran ini dilakukan dengan berkolaborasi oleh kelompok medis lain ataupun pihak lain yang terlibat guna membantu dalam mempercepat proses penyembuhan penyakit pada pasien.

h. Peran sebagai penemu kasus

Memantau perubahan kesehatan mencakup individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat terhadap berbagai masalah kesehatan dan keperawatan yang dapat mempengaruhi dalam status kesehatan. Biasanya dilakukan dengan pemeriksaan dari rumah, pertemuan untuk mengamati dan mengumpulkan data. (Widyanto, 2014).

1) Peran pada individu atau keluarga

2) Sebagai pelaksana kesehatan

3) Sebagai pendidik

4) Sebagai konselor

5) Sebagai peneliti

6) Perawat kesehatan masyarakat sekolah

Tugas perawat yang berfokus pada anak sekolah untuk memenuhi kebutuhannya. Dengan cara seperti mengikut sertakan keluarga, masyarakat yang ada di sekolah untuk melaksanakan perencanaan pelayanan kesehatan.

i. Peran dalam bidang kesehatan kerja

Merupakan penerapan prinsip keperawatan untuk pemeliharaan kesehatan tenaga kerja di semua bidang kerja.

j. Perawatan kesehatan dirumah

Bagian perawatan kesehatan berupa mempromosikan, memelihara kesehatan, serta memulihkan kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan dan meminimalkan penyakit lainnya (Ilmi, 2011).

II.1.25 Fungsi Perawat Komunitas

Perawat bertanggung jawab pengambilan keputusan rencana tindakan mereka. Fungsi perawat dalam menjalankan fungsinya meliputi:

- a. Fungsi independent, dimana perawat dalam menjalankan perannya dilakukan dengan mandiri bukan dari orang lain atau tim medis yang lainnya.
- b. Fungsi dependent, yaitu kegiatan yang dikerjakan oleh perawat dan dilakukan di bawah instruksi kelompok tenaga medis lainnya.
- c. Fungsi interdependent, yaitu berbentuk kelompok yang saling bergantung dalam perawatan kesehatan.

II.1.26 Asuhan Keperawatan

Pengkajian

a. Data Umum

- 1) Identitas keluarga : Nama, jenis kelamin, umur ataupun pekerjaan keluarga.
- 2) Tipe keluarga : pola keluarga dalam menghadapi suatu masalah.
- 3) Etnisitas: identitas budaya dalam keluarga (Sutanto, 2012). Bahasa sehari-hari yang digunakan keluarga.
- 4) Status sosial ekonomi keluarga: pendapatan keluarga.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini: biasanya dikaji melalui anak tertua di dalam keluarga inti (Gusti, 2013). Keluarga dengan masalah tekanan darah tinggi lebih sering ditemukan pada keluarga dengan tahap usia lanjut.
- 2) Tahap perkembangan keluarga belum terpenuhi : di tahap ini dikaji perkembangan keluarga apa saja yang belum dapat diselesaikan keluarga dan kesulitan yang dialaminya (Padila, 2012). Pada keluarga yang memiliki riwayat hipertensi masih banyak ditemukan belum mampu dalam membantu keluarga lain yang memiliki penyakit darah tinggi dalam bagaimana mengatasi nyeri.
- 3) Riwayat keluarga inti : pada tahap ini dikaji riwayat penyakit dari setiap anggota keluarga inti, upaya pencegahan yang dilakukan keluarga dan bagaimana riwayat pengobatan apabila ada salah satu keluarganya yang sakit, kemudian sikap keluarga dalam

memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang ada (Gusti, 2013). Seringkali, keluarga yang memiliki seseorang dengan tekanan darah tinggi tidak mengelola kondisinya dengan baik.

c. Pengkajian Lingkungan

Pada pengkajian ini biasanya dikaji status keadaan rumahnya, bagaimana kondisi kebersihan rumah, ventilasi rumah, dan pengelolaan air limbah.

d. Fungsi Keluarga

- 1) Fungsi afektif/kasih sayang : Menguji keharmonisan keluarga dan berkaitan dengan membina hubungan keluarga.
- 2) Fungsi sosial: Kaji tingkat aktivitas keluarga di masyarakat dengan memantau aktivitas dengan orang lain atau masyarakat sekitar.
- 3) Fungsi dalam perawatan/ pemanfaatan pelayanan kesehatan: Keluarga kurang mengetahui masalah kesehatan yang berhubungan dengan masalah darah tinggi yang tercermin dari rendahnya kesadaran keluarga akan dampak gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh hipertensi.
- 4) Fungsi Reproduksi: menilai tingkat produktivitas anggota keluarga.
- 5) Fungsi Ekonomi: menilai tingkat ekonomi keluarga.

e. Pemeriksaan Fisik

- 1) Status Kesehatan Umum: mengkaji kondisi umum keluarga seperti berat badan, tinggi badan dan tanda-tanda vital.
- 2) Pemeriksaan fisik dilakukan dari kepala sampai kaki meliputi sistem pernapasan, kardiovaskular, pencernaan, kemih, muskuloskeletal, saraf, dan reproduksi.

II.1.27 Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan keluarga dapat mengarah pada tujuan individu ataupun keluarga. Diagnosis keperawatan keluarga dibangun berdasarkan hasil data yang diperoleh selama dilakukannya pengkajian. diagnosa keperawatan meliputi: diagnosa aktual, risiko, kondisi kesehatan. Berikut lima tugas keluarga dalam keperawatan keluarga :

Mira Santia, 2022

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPERTENSI DI WILAYAH LIMO DEPOK

[www.upnvj.ac.id-www.library.upnvj.ac.id-www.repository.upnvj.ac.id]

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenali masalah
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- c. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga lainnya yang sakit
- d. Ketidakmampuan keluarga dalam menjaga kesehatan lingkungan
- e. Ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan

II.1.28 Intervensi Keperawatan

Intervensi dalam keperawatan keluarga dapat berupa serangkaian tindakan yang ditentukan oleh perawat dengan tujuan khusus, yang diambil untuk membantu dalam mengatasi masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang ada. Setelah perawat membuat prioritas diagnosa keperawatan keluarga, rencana intervensi keperawatan harus dikembangkan. Tujuan perencanaan tindakan ini yaitu adalah untuk dapat membantu menghilangkan, meminimalkan, dan mencegah terjadinya komplikasi masalah pada saat itu.

II.1.29 Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan dimulai setelah rencana keperawatan dikembangkan dan ditentukan oleh perintah perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah yang dirasakannya pada saat itu. Tindakan implementasi dapat berupa pemberian pendidikan kesehatan, pencegahan, pemulihan kesehatan.

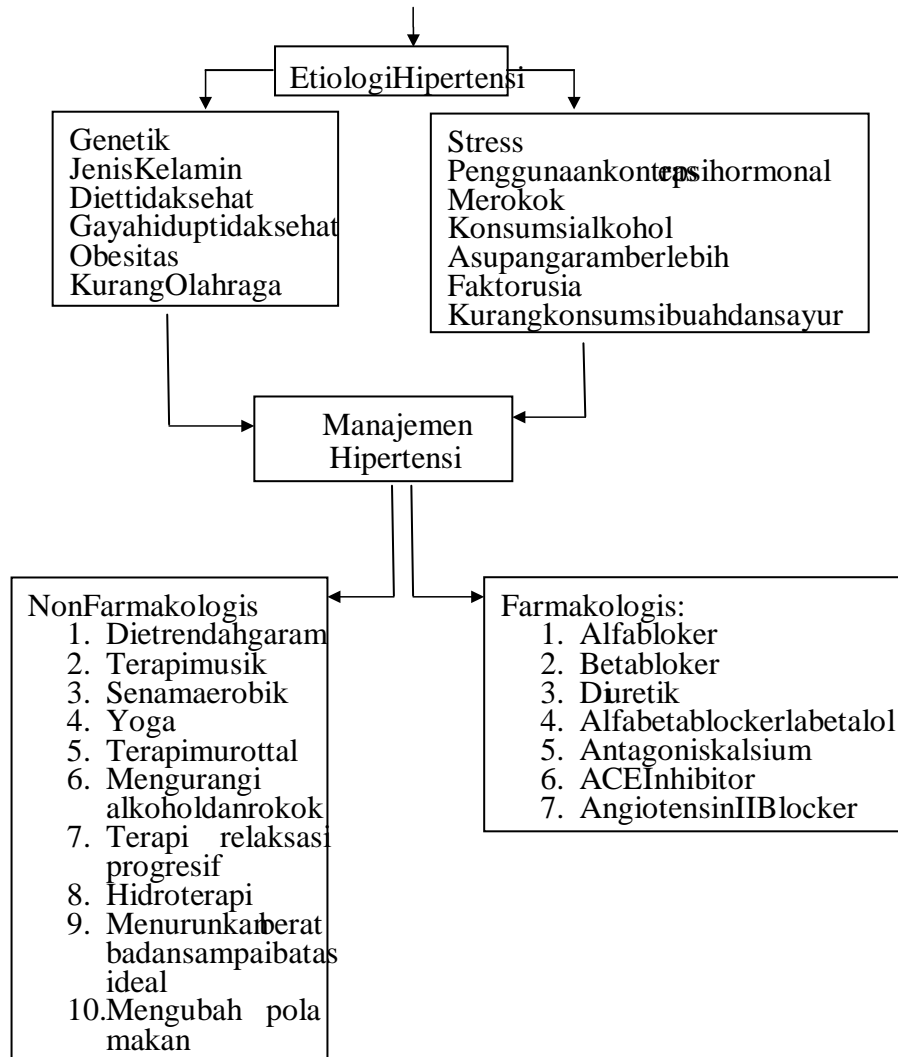
II.1.30 Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mencapai tujuan sesuai dengan kriteria hasil. Pada tahap evaluasi kita akan melihat apakah perencanaan tercapai atau jika muncul masalah baru lainnya (Wilkinson dkk, 2012 dan Taylor dkk 2010).

II.2 Kerangka Teori

Hipertensi ialah terjadinya kenaikan pada tekanan darah sistolik dan diastolik di dalam pembuluh darah arteri.

Gambar 1 Kerangka Teori



Sumber : (Ardiansyah, 2012; Kemenkes RI, 2014; Palmer, 2007; Triyanto Endang, 2014)