

ABSTRAK

PENGETAHUAN DAN SIKAP LANSIA TENTANG HIPERTENSI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAMPALA KECAMATAN SINJAI TIMUR KABUPATEN SINJAI

Darmi Arda

Dosen Tetap Akademi Keperawatan Sandi Karsa

Indonesia merupakan negara yang memiliki wilayah yang luas dengan jumlah penduduk yang sangat besar. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi tercapainya tujuan pembangunan kesejahteraan melalui Indonesia sehat 2013, yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Diperoleh gambaran secara umum tentang tingkat pengetahuan lansia terhadap hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas kampala sinjai. Menua (*menjadi tua*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (*Constantinides, 1994*).

Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif karena berujuan untuk menggambarkan keadaan atau status fenomena. Dalam hal ini peneliti hanya ingin mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan keadaan sesuatu. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang akan mengukur/menilai pengetahuan dan sikap lansia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kampala sinjai.

Saran Demi meningkatkan keilmuan dan mutu asuhan keperawatan yang di berikan,di harapkan di perhatikan pengembangan informasi khususnya tentang pengetahuan dan sikap yang erat hubungannya terhadap hipertensi. Sehingga baik masyarakat khususnya lansia dan perawat atau pekerja sosial sebagai pemberi pelayanan mendapat kepuasan masing-masing.

Kata Kunci: Pengetahuan, Sikap, Lansia

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan negara yang memiliki wilayah yang luas dengan jumlah penduduk yang sangat besar. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi tercapainya tujuan pembangunan kesejahteraan melalui Indonesia sehat 2013, yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia

Untuk mendukung terciptanya hal tersebut, harus di dahului dengan peningkatan derajat kesehatan di tingkat individu, keluarga, kelompok baik di kota maupun di desa. Kelompok masyarakat kota maupun

masyarakat desa masing-masing memiliki masalah kesehatan yang kompleks dan menumbuhkan perhatian khusus untuk pemecahan kondisi masyarakat perkotaan yang padat, kesibukan yang banyak dan sebagian berada pada pemukiman kumuh menjadi masalah semakin sulit ditangani. Kondisi kesehatan

masyarakat suatu bangsa merupakan salah satu indicator keberhasilan dan kesejahteraan masyarakat sehingga dalam pembangunan kesehatan, partisipasi masyarakat menempati posisi yang lebih penting karena tanpa kesadaran individu dan masyarakat itu sendiri maka kebijakan apapun yang diterapkan oleh pemerintah dalam menjaga kesehatan masyarakat hanya sebagian kecil yang tercapai.

Di Indonesia merupakan masyarakat yang terdiri dari bermacam-macam suku dengan pola kebiasaan yang berbeda-beda

pula. Salah satu contoh kebiasaan masyarakat yaitu dari segi pola hidup misalnya makanan yang dikonsumsi dan kurang aktifitas serta stress yang berlebihan.

Berdasarkan kebiasaan-kebiasan diatas dapat menimbulkan berbagai macam penyakit. Salah satunya adalah penyakit hipertensi. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg (Sarwono, W, 2010)

Untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti stroke, gagal ginjal, kerusakan penglihatan, dan gagal jantung maka sangat diperlukan tenaga keperawatan yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai.

Menurut *Health Survey for England 2002* yang dilakukan Departemen Kesehatan Inggris, Persentase penderita Hipertensi pada sejak usia 16 – 24 tahun memang masih kecil. Persentase Hipertensi pada usia diatas 60 tahun yaitu antara 70 – 80 %.

Saat ini Hipertensi diderita oleh lebih 800 juta orang di seluruh dunia, sekitar 10 – 30 % penduduk dewasa dari hampir semua negara mengalami hipertensi. Beban kesehatan global akibat Hipertensi juga sangat besar karena merupakan pemicu utama dari stroke, serangan jantung, gagal jantung, dan gagal ginjal.

Berdasarkan data yang kami dapatkan dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2009 angka kesakitan Hipertensi primer yang rawat jalan di Rumah Sakit yaitu 55.446 orang laki-laki, dan wanita sebanyak 67.823. sedangkan Rawat inap laki-laki sebanyak 15.533 dan wanita sebanyak 21.144 orang. (*Profil Kesehatan Indonesia 2009*).

Dari laporan unit pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) di kota Makassar, situasi penyakit Hipertensi pada penderita rawat jalan maupun rawat inap, yaitu dengan jumlah kasus sebanyak 45.129. Dalam pola 10 penyakit utama, Hipertensi berada pada urutan ke – 6 dengan persentase 5,9 %.. Pada tahun 2007, jumlah angka kesakitan Hipertensi mengalami peningkatan yaitu menjadi 45. 226. (*Profil Kesehatan Kota Makassar 2007*)

Prevalensi kasus hipertensi primer di Jawa Tengah mengalami peningkatan dari 1,87% pada tahun 2007, meningkat menjadi 2,02% pada tahun 2008, dan 3,30% pada tahun 2009. Prevalensi sebesar 3,30% artinya

setiap 100 orang terdapat 3 orang penderita hipertensi primer. Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, kasus tertinggi hipertensi adalah kota Semarang yaitu sebesar 101.078 kasus (*Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2009*).

Pada data yang didapatkan diatas, dapat kita lihat bahwa angka kesakitan Hipertensi cukup tinggi, dan terus meningkat dari tahun ke tahun. Oleh karena itu berdasarkan hal tersebut diatas maka peneliti tertarik untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan sikap lansia terhadap hipertensi di Wilayah Kerja puskesmas kampala.

Data WHO tahun 2000 menunjukkan, di seluruh dunia, sekitar 972 juta orang atau 26,4% penghuni bumi mengidap hipertensi dengan perbandingan 26,6% pria dan 26,1% wanita. Angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 sisanya berada di negara sedang berkembang, termasuk Indonesia (Andra, 2007).

Umur Harapan Hidup (UHH, proporsi penduduk Indonesia umur 55 tahun ke atas pada tahun 1980 sebesar 7,7% dari seluruh populasi, pada tahun 2000 meningkat menjadi 9,37% dan diperkirakan tahun 2010 proporsi tersebut akan meningkat menjadi 12%, serta UHH meningkat menjadi 65-70 tahun. Dalam hal ini secara demografi struktur umur penduduk Indonesia bergerak ke arah struktur penduduk yang semakin menua (*ageing population*). Peningkatan UHH akan menambah jumlah lanjut usia (*lansia*) yang akan berdampak pada pergeseran pola penyakit di masyarakat dari penyakit infeksi ke penyakit degenerasi. Prevalensi penyakit menular mengalami penurunan, sedangkan penyakit tidak menular cenderung mengalami peningkatan. Penyakit tidak menular (PTM) dapat digolongkan menjadi satu kelompok utama dengan faktor risiko yang sama (*common underlying risk faktor*) seperti kardiovaskuler, stroke, diabetes mellitus, penyakit paru obstruktif kronik, dan kanker tertentu. Faktor risiko tersebut antara lain mengkonsumsi tembakau, konsumsi tinggi lemak kurang serat, kurang olah raga, alkohol, hipertensi, obesitas, gula darah tinggi, lemak darah tinggi

Berdasarkan hasil survey kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 2001, di kalangan penduduk umur 25 tahun ke atas

menunjukkan bahwa 27% laki-laki dan 29% wanita menderita hipertensi, 0,3% mengalami penyakit jantung iskemik dan stroke, 1,2% diabetes, 1,3% laki-laki dan 4,6% wanita mengalami kelebihan berat badan (obesitas), dan yang melakukan olah raga 3 kali atau lebih per minggu hanya 14,3%. Laki-laki umur 25-65 tahun yang mengkonsumsi rokok sangat tinggi yaitu sebesar 54,5%, dan wanita sebesar 1,2%.

Berdasarkan hasil survei kesehatan pada tahun 2011, di Pedukuhan Krajan, Kecamatan Kalasan, Kabupaten Sleman, Yogyakarta terdapat 54 lanjut usia dan 23 (46%) diantaranya menderita hipertensi.

Kemajuan teknologi yang disertai keberhasilan pemerintah dalam pembangunan nasional, telah mewujudkan hasil yang positif di berbagai bidang, yaitu adanya kemajuan ekonomi, kemajuan ilmu pengetahuan serta keberhasilan dalam program kesehatan. Keberhasilan tersebut berdampak terhadap meningkatkan umur harapan hidup manusia. Akibatnya jumlah penduduk yang berusia lanjut cenderung meningkat.

Saat ini, jumlah orang lanjut usia di seluruh dunia diperkirakan ada 500 juta dengan usia rata – rata 60 tahun dan diperkirakan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 milyar. Di negara maju seperti Amerika Serikat pertambahan orang lanjut usia lebih kurang 1000 orang per hari pada tahun 1985 dan diperkirakan 50% dari penduduk berusia di atas 50 tahun sehingga istilah “*Baby Boom*” pada masa lalu berganti menjadi “*Ledakan penduduk lanjut usia*”.

Secara individu, pada usia di atas 55 tahun terjadi proses penuaan secara alamiah. Hal ini akan menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi dan psikologis. Dengan bergesernya pola perekonomian dari pertanian ke industri maka pola penyakit pada lansia juga bergeser dari penyakit menular menjadi degeneratif.

Survei rumah tangga tahun 1980, angka kesakitan penduduk usia lebih dari 55 tahun sebesar 25,70% diharapkan pada tahun 2000 nanti angka tersebut menjadi 12,30% (Depkes RI, Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan I, 1992).

Perawatan terhadap pasien lansia merupakan tanggung jawab keluarga dan

pemerintah khususnya Dinas social dan tenaga kesehatan. Perubahan – perubahan kecil dalam kemampuan seorang pasien lansia untuk melaksanakan aktivitas sehari – hari atau perubahan kemampuan seorang pemberi asuhan keperawatan dalam memberikan dukungan hendaknya memiliki kemampuan untuk mengkaji aspek fungsional, sosial, dan aspek – aspek lain dari kondisi klien lansia.

WHO menyatakan hipertensi merupakan silent killer, karena banyak masyarakat tak menaruh perhatian terhadap penyakit yang kadang dianggap sepele oleh mereka, tanpa menyadari jika penyakit ini menjadi berbahaya dari berbagai kelainan yang lebih fatal misalnya kelainan pembuluh darah, jantung (kardiovaskuler) dan gangguan ginjal, bahkan pecahnya pembuluh darah kapiler di otak atau yang lebih disebut dengan nama stroke (Nissonline.2010).

Berdasarkan yang saya lihat selama ini dirumah sakit ataupun di masyarakat penyakit hipertensi saat ini sudah semakin banyak terkadi dari itu saya mengambil kesimpulan karena saya berminat untuk memperdalam dan meneliti Gambaran pengetahuan pasien mengenai Hipertensi pada lansia.

B. Tujuan Penelitian

1 Tujuan umum

Untuk memperoleh gambaran secara umum tentang tingkat pengetahuan lansia terhadap hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas kampala sinjai.

2 Tujuan khusus

a. Di perolehnya tingkat pengetahuan lansia terhadap hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kampala sinjai.

b. Di perolehnya sikap lansia terhadap hipertensi di Wilayah Kerja Kampala sinjai.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat secara teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan maternitas.

2. Manfaat praktisi

a. Bagi profesi keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi suatu stimulus yang berkaitan dengan pengembangan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas khususnya ibu hamil dan sebagai salah satu wadah untuk mengembangkan ilmu keperawatan khususnya keperawatan jiwa.

b. Bagi institusi

Sebagai bahan informasi dan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota dan instansi yang terkait lainnya.

c. Bagi Peneliti

Melalui penelitian ini dapat menambah wawasan ilmiah penulis dan meningkatkan pengetahuan tentang gambaran pengetahuan dan sikap lansia terhadap hipertensi di wilayah puskesmas kampala sinjai kecamatan sinjai timur kabupaten sinjai.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang lansia

1. Definisi

Menua (*menjadi tua*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (*Constantinides, 1994*).

Proses menua merupakan suatu proses yang terus menerus (*berlanjut*) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami pada semua makhluk hidup. Proses menua setiap individu pada organ tubuh juga tidak sama cepatnya. Adakalanya orang belum tergolong lanjut usia (*masih muda*) akan tetapi kekurangan-kekurangan yang menyokok (*Deskripsi*) (*Constantinides, 1994*)

Menurut Undang-undang no.9 tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan pasal 8 ayat 2, berbunyi : dalam istilah sakit termasuk cacat, kelemahan, dan lanjut usia.

Berdasarkan pernyataan tersebut, maka lanjut usia dianggap

sebagai semacam penyakit. Hal ini tidak benar. *Gerontologi* berpendapat lain, sebab lanjut usia bukan suatu penyakit, melainkan suatu masa atau tahap hidup manusia, yaitu Bayi, kanak-kanak, dewasa, tua, dan lanjut usia. Orang mati tidak karena lanjut usia tetapi karena sesuatu penyakit, atau juga suatu kecelakaan, atau menurut orang beragama, sebagai contoh dikatakan, dicabut nyawa seseorang oleh *Malaikat Izrail* atas kehendak Allah (*Pudjiastuti, 2010*).

Menua bukanlah suatu penyakit akan tetapi merupakan proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun dari luar. Walaupun demikian memang harus diakui bahwa ada berbagai penyakit yang sering menghinggapi kaum lanjut usia. Proses menua sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai usia dewasa, misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan syaraf, dan jaringan lain sehingga tubuh "*mati*" sedikit demi sedikit (*Pudjiastuti, 2010*).

Sebenarnya tidak ada batas yang tegas, pada usia berapa penampilan seseorang mulai menurun. Pada setiap orang, fungsi fisiologis alat tubuhnya sangat berbeda, baik dalam hal pencapaian puncak maupun scat menurunnya. Hal ini juga sangat individual. Namun demikian umumnya, fungsi fisiologis tubuh mencapai puncaknya pada umur antara 20 dan 30 tahun. Setelah mencapai puncak, fungsi alat tubuh akan berada dalam kondisi tetap utuh beberapa saat, kemudian menurun sedikit demi sedikit sesuai dengan bertambahnya umur.

Sampai saat ini banyak sekali teori yang menerangkan "*proses menua*" mulai dari teori degeneratif yang didasari oleh habisnya daya cadangan vital, teori terjadinya atrofi, yaitu teori yang mengatakan bahwa proses menua adalah proses evolusi, dan teori

imunologik, yaitu teori adanya produk sampah / waste products dari tubuh sendiri yang makin bertumpuk. Tetapi seperti diketahui bahwa lanjut usia akan selalu bergandengan dengan perubahan fisiologik maupun psikologik. Yang penting untuk diketahui bahwa aktivitas fisik dapat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi tubuh yang disebabkan oleh bertambahnya umur (Pudjiastuti, 2010).

- b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketuaan
 1. Hereditet = Keturunan
 2. Nutrisi = Makanan
 3. Status Kesehatan dan stres
 4. Pengalaman hidup
 5. Lingkungan.
 - c. Batasan-Batasan Lanjut Usia

Mengenai kapanakah orang disebut sebagai Lanjut Usia, sulit dijawab secara memuaskan. Di bawah ini dikemukakan beberapa pendapat mengenai batasan umur.
1. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)

Lanjut Usia meliputi

 - a. Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45 - 59 tahun
 - b. Lanjut usia (*elderly*) = antara 60 dan 74 tahun
 - c. Lanjut usia tua (*old*) = antara 75 dan 90 tahun
 - d. Usia sangat tua (*very old*) = di atas 90 tahun
 2. Menurut Prof. Rr. Ny. Sumiati Ahmad Mohamad

Mengatakan bahwa periodisasi biologis perkembangan manusia terbagi menjadi:

 - a. 0 – 1 tahun : Masa bayi
 - b. 1 – 6 tahun : Masa prasekolah
 - c. 6 – 10 tahun : Masa sekolah
 - d. 10 – 20 tahun : Masa pubertas
 - e. 40 – 65 tahun : Masa setengah umur (*prasenium*)

f. 65 tahun keatas : Masa lanjut usia (*senium*)

3. Menurut Dra. Ny. Jos Masdani (Psikolog UI)

Mengatakan bahwa lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian antara lain

 - a. Fase iuventus, antara 25 dan 40 tahun.
 - b. Fase verilitas, antara 40 dan 50 tahun.
 - c. Fase praesenium, antara 55 dan 65 tahun.
 - d. Fase senium, antara 65 tahun hingga tutup usia.
4. Menurut Prof. Dr. Koessoemato Setyonegoro

Pengelompokan usia Lanjut sebagai berikut :

 - a. Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) : 18 atau 20-25 tahun
 - b. Usia Dewasa penuh (*middle years*) atau *maturitas* : 25-60 atau 65 tahun.
 - c. Lanjut usia (*geriatric age*) lebih dari 65 atau 70 tahun
 - d. Umur 70-75 tahun (*young old*)
 - e. 75-80 tahun (*old*)
 - f. Lebih dari 80 tahun (*very old*)

Bila diperhatikan pembagian umur dari beberapa ahli tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa yang disebut dengan lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas.
5. Menurut Undang-undang Nomor 4 Tahun 1965

Bantuan penghidupan orang jompo/lanjut usia yang termuat dalam pasal 1 dinyatakan sebagai berikut : "Seorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau usia lanjut setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun ", tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain, (*Hal tersebut sudah diperbaiki karena sudah tidak relevan lagi*). Saat ini yang berlaku adalah Undang-undang No.13/tahun 1998. tentang kesejahteraan Lanjut Usia yang berbunyi sebagai berikut : Bab.I pasal 1 ayat 2 yang berbunyi " Lanjut Usia adalah seorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas.

Lanjut Usia sebenarnya adalah merupakan suatu proses alami yang tidak dapat ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Umur manusia sebagai makhluk

hidup terbatas oleh suatu peraturan alam. Umur manusia maksimal sekitar 6 x umur masa bayi sampai ($6 \times 20 \text{ tahun} = 120 \text{ tahun}$). Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, yang pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental, dan social sedikit demi sedikit sampai tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi sehingga bagi kebanyakan orang, masa tua itu adalah merupakan masa yang kurang menyenangkan.

Mengapa menjadi tua merupakan masalah ? Hal tersebut secara ringkas dapat dijawab sebagai berikut : "*Semua orang ingin panjang umur tetapi tidak ada yang mau menjadi tua*" bagaimana jadinya ada dua keinginan yang saling bertentangan. Pernyataan tersebut seolah-olah sama sekali memisahkan soal pertambahan usia lain. Sehubungan dengan hal tersebut, *Birren and Jenner, 1977*, mengusulkan untuk membedakan antara usia biologis, usia psikologis, dan usia sosial.

- a. Usia Biologis : yang menunjuk kepada jangka waktu seseorang sejak lahirnya berada dalam keadaan hidup tidak mati.
- b. Usia Psikologis : yang menunjuk kepada kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian-penyesuaian kepada situasi yang dihadapinya.
- c. Usia Sosial : yang menunjuk kepada peran-peran yang diharapkan atau diberikan masyarakat kepada seseorang sehubungan dengan usianya.

Ketiga jenis usia yang dibedakan oleh *Birren dan Jenner* itu saling mempengaruhi dan proses-prosesnya saling berkaitan. Oleh karena itu secara umum tidak akan terdapat perbedaan yang terlalu menyolok antara kelangsungan ketiga jenis usia tersebut.

Dalam Batas-Batas tertentu seseorang sudah tua dilihat dari keadaan fisiknya namun tetap bersemangat muda. Yang pertama ada hubungan dengan usia biologisnya dan kedua dengan usia psikologisnya.

Perubahan - Perubahan Yang Terjadi Pada Lanjut Usia

1. Perubahan-perubahan fisik

a. Sel

- 1) Lebih sedikit jumlahnya.
- 2) Lebih besar ukurannya.
- 3) Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraselular.
- 4) Menurunnya proporsi di otak, otot, ginjal, darah, dan hati.
- 5) Jumlah sel otak menurun.
- 6) Terganggunya mekanisme perbaikan sel.
- 7) Otak menjadi atrofis beratnya berkurang 5 -10%

b. Sistem Persarafan

- 1) Berat otak menurun 10-20% (*Setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya*)
- 2) Cepatnya menurun hubungan persarafan.
- 3) Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres.
- 4) Mengecilnya saraf panca indra. Berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya syaraf pencium dan perasa. Lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin
- 5) Kurang sensitif terhadap sentuhan

c. Sistem Pendengaran

- 1) Presbiakusis (*gangguan pada pendengaran*). Hilangnya kemampuan (*daya*) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.
- 2) Membrana timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis
- 3) Terjadinya pengumpulan cerumen dapat mengeras karena meningkatnya karatin.
- 4) Pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa/stress.

d. Sistem Penglihatan

- 1) Sfingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap

sinar.

- 2) Kornea lebih berbentuk sferis (*bola*)
- 3) Lensa lebih suram (*kekeruhan pada lensa*) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan.
- 4) Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, dan susah melihat dalam cahaya gelap.
- 5) Hilangnya daya akomodasi.
- 6) Menurunnya lapangan pandang : berkurang Was pandangannya.

e. *Sistem Kardiovaskuler*

- 1) Elastisitas, dinding aorta menurun.
- 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah : kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dari tidur ke duduk (*duduk ke berdiri*) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65 mmHg (*mengakibatkan pusing mendadak*).
- 5) Tekanan darah meninggi diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer ; *sistolis normal* kurang lebih 170 mmHg. *Diastolis normal* kurang lebih 90 mmHg.

f. *Sistem Pengaturan Temperatur Tubuh*

Pada pengaturan suhu, hipotalamus dianggap bekerja sebagai suatu *thermost*, yaitu menetapkan suatu suhu tertentu, kemunduran terjadi berbagai factor yang mempengaruhinya.

Yang Bering ditemui adalah sebagai berikut

- 1) Temperatur tubuh menurun (*hipotermia*) secara fisiologik kurang lebih 35°C ini akibat metabolisme yang menurun.
- 2) Keterbatasan refleks menggigil dap tidak dapat memproduksi

papas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot.

g. *Sistem Respirasi*

- 1) Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.
- 2) Menurunnya aktivitas dari silia.
- 3) Paru-paru kehilangan elastisitas; kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun.
- 4) Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.
- 5) O₂ pada arteri menurun menjadi 75 mmHg
- 6) CO₂ pada arteri tidak berganti.
- 7) Kemampuan untuk batuk berkurang.
- 8) Kemampuan pegas, dinding, dada, dan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan pertambahan usia.

h. *Sistem Gastrointestinal*

- 1) Kehilangan gigi; penyebab utama adanya *Periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk.
- 2) Indra pengecap menurun; adanya iritasi yang kronis dari selaput lender, atropi indra pengecap (*kurang lebih 80%*), hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, asam, dan pahit.
- 3) Esofagus melebar.
- 4) Lambung; rasa lapar menurun (*sensitifitas lapar menurun*), asam labung menurun, waktu mengosongkan menurun.
- 5) Peristaltik lemah biasanya timbul konstipasi.
- 6) Fungsi absorpsi melemah (*daya absorpsi terganggu*)
- 7) Liver (*hati*); makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

i. *Sistem reproduksi*

- 1) Menciutnya ovari dan uterus.
- 2) Atrofi payudara.

- 3) Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.
- 4) Dorongan seksual menetap sampai usia di atas 70 tahun (*anal kondisi kesehatan baik*), yaitu :
 - a) Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia.
 - b) Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampuan seksual.
 - c) Tidak perlu cemas karena merupakan perubahan-perubahan alami.
 - d) Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya menjadi alkali, dan terjadi perubahan-perubahan warna.

j. *Sistem Genitourinaria*

- 1) Ginjal

Merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh, melalui urine darah yang masuk ke ginjal, di saring oleh satuan (*unit*) terkecil dari ginjal yang disebut dengan *Nefron* (*tepatnya di glomerulus*). Kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya; kurangnya kemampuan mengkonsentrasi urin, berat jenis urine menurun proteinuria (*biasanya +1*); BUN (*blood Urea Nitrogen*) meningkat sampai 21 mg%; nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat
- 2) Vesika urinaria (*kandung kemih*); otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekwensi buang air seni meningkat, vesika urinaria susah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatnya retensi urin.

- 3) Pembesaran prostate kurang lebih dialami oleh pria usia di atas 65 tahun
- 4) Atrofi vulva.
- 5) Vagina

Orang-orang yang makin menua *sexual intercourse* masih juga membutuhkannya; tidak ada batasan umur tertentu fungsi seksual seseorang berhenti; frekwensi *sexual intercourse* cenderung menurun secara bertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati berjalan terus sampai tua.

k. *Sistem Endokrin*

- 1) Produksi dari hampir semua hormon menurun.
- 2) Fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah.
- 3) Pituitari

Pertumbuhan hormon ada tetapi lebih rendah dan hanya di dalam pembuluh darah; berkurangnya produksi dari ACTH, TSH, FSH, dan LH.
- 4) Menurunnya aktifitas timid, menurunnya BMR = Basal *Metabolic Rate*, dan menurunnya daya pertukaran zat.
- 5) Menurunnya produksi aldosteron
- 6) Menurunnya sekresi hormone kelamin, misalnya : progesteron, estrogen, dan testosteron.

l. *Sistem Kulit (Integumentary System)*

- 1) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- 2) Permukaan kulit kasar dan berisik (karena kehilangan proses keratinasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis).
- 3) Menurunnya respon terhadap trauma.
- 4) Mekanisme proteksi kulit menurun
- 5) Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.
- 6) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- 7) Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi.

- 8) Pertumbuhan kuku lebih lebar.
 - 9) Kuku jari menjadi keras dan rapuh.
 - 10) Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk.
 - 11) Kelenjar keringat berkurang jumlahnya dan fungsinya.
 - 12) Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.
- m. Sistem Muskuloskeletal (Musculoskeletal System)
- 1) Tulang kehilangan density (*cairan*) dan makin rapuh
 - 2) Kifosis
 - 3) Pinggang, lutut dan jari jari pergelangan terbatas.
 - 4) Discus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (*tingginya berkurang*).
 - 5) Persendian membesar dan menjadi kaku.
 - 6) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
 - 7) Atrofi serabut otot (*otot-otot serabut mengecil*) : Serabut-serabut otot mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram dan menjadi tremor.
 - 8) Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.
- n. *Perubahan-perubahan Mental*
 Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah
- 1) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
 - 2) Kesehatan umum
 - 3) Tingkat pendidikan.
 - 4) Keturunan (*hereditet*)
 - 5) Lingkungan
- Perubahan kepribadian yang drastic, keadaan ini jarang terjadi. Lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin karena faktor lain seperti penyakit-penyakit.
- o. *Kenangan (memory)*
- 1) Kenangan jangka panjang : Berjam jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan.
 - 2) Kenangan jangka pendek atau seketika.
 0 - 10 menit, kenangan buruk.
- p. *I.Q. (Intelligential Quantion)*
- 1) Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal.
 - 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan Psikomotor : terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu.
- q. *Perubahan-perubahan Psikososial*
- 1) Pensiun
 Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitas dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan.
 Bila seseorang pensiun (*puma tugas*), ia akan mengalami kehilangan-kehilangan, antara lain :
 - a) Kehilangan financial (income berkurang)
 - b) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya).
 - c) Kehilangan teman/kenalan atau relasi serta kehilangan pekerjaan/kegiatan
 - 2) Merasakan atau sadar akan kematian
 - 3) Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
 - 4) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*)Meningkatnya Maya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya Maya pengobatan.
 - 5) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
 - 6) Gangguan saraf pancaindra, timbul kebutaan dan ketulian.
 - 7) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
 - 8) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan family.
 - 9) Hilangnya kekuatan dan ketegangan fisik perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.
- r. *Perkembangan Spiritual*

- 1) Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya (Maslow, 1970).
- 2) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari (Murray, 1970).

B. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, yang dimaksud objek dalam pengetahuan adalah benda atau hal yang diselidiki oleh pengetahuan sehingga tidak menimbulkan kecemasan pada individu itu sendiri (Notoatmojo 2010).

Pada hakikatnya merupakan segenap apa yang kita ketahui tentang suatu objek dan setiap jenis pengetahuan mempunyai ciri-ciri spesifik mengenai *ap (ontology)*, bagaimana (*epistemologi*) dan untuk apa (*aksiologi*) sehingga tidak ada timbul kecemasan pada setiap individu.

1. Cara memperoleh pengetahuan
 - a. Cara tradisional atau nonilmiah
 - 1) Cara ini telah dipakai masyarakat sebelum adanya kebudayaan, apabila seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya penyelesaiannya dilakukan dengan cara mencoba.
 - 2) Cara kekerasan atau otoriter
Pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otorita atau kekuasaan, baik tradisi, otorita pemerintah, otorita pemimpin agama, maupun ahli pengetahuan. Pengetahuan tersebut diperoleh tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri.
 - 3) Berdasarkan pengalaman pribadi
Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam

memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu.

- 4) Melalui jalan pikiran
Dalam memperoleh pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, naik melalui induksi maupun deduksi.
- 5) Cara modern atau ilmiah
Mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau masyarakat, kemudian hasil pengamatan tersebut dikumpulkan dan diklasifikasi akhirnya diambil kesimpulan umum.

2. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Menurut (Notoatmodjo, 2010) ada 6 tingkatan pengetahuan yaitu :

- a. Tahu (*Know*)
Tahu adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk dalam tingkat pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*Recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan dan sebagainya.
- b. Memahami (*Comprehension*)
Dalam memahami tersebut adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang telah

- paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh terhadap objek yang dipahami.
- c. Aplikasi (*Application*)
Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real. Aplikasi ini dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus dan prinsip.
 - d. Analisis (*Analysis*)
Merupakan kemampuan untuk menjabarkan materi sesuatu objek kedalam komponen-komponen tapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan ada kaitannya antara satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dengan menggambarkan, membedakan dan memisahkan.
 - e. Sintesis (*Synthesis*)
Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan baru. Dengan kata lain sintesis ini adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi. Dari formulasi yang ada, misalnya dapat menyusun, merencanakan merangkumkan dan menyesuaikan terhadap teori atau rumusan yang telah ada.
 - f. Evaluasi (*Evaluation*)
Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau

penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini berdasarkan kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek dapat berubah dan berkembang sesuai dengan kemampuan, kebutuhan, pengalaman dan tinggi rendahnya mobilitas, informasi tentang objek tersebut.

C. Tinjauan Umum Tentang Sikap

1. Definisi Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan suatu reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2010).

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Kesiapan yang dimaksud disini adalah kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya respons (Azwar, 2010).

2. Komponen Pokok Sikap

Komponen Pokok menurut Allport (1954) dalam Notoadmodjo (2010) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.

- c. Kecenderungan untuk bertindak (tend to behave).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting (Notoadmodjo, 2007.)

3. Tingkatan Sikap

Tingkatan Sikap menurut Notoadmodjo (2007):

- a. Menerima (receiving)
Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- b. Merespon (responding)
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
- c. Menghargai (valuing)
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- d. Bertanggung jawab (responsible)
Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

4. Fungsi Sikap

Menurut Katz (1960) dikutip dalam Maramis, Willy F. (2006) sikap mempunyai 4 fungsi yaitu:

- a. Fungsi penyesuaian
Suatu sikap dapat dipertahankan karena mempunyai nilai menolong yang berguna; memungkinkan individu untuk mengurangi hukuman dan menambah ganjaran bila berhadapan dengan orang-orang di sekitarnya. Fungsi ini berhubungan dengan teori proses belajar.
- b. Fungsi pembelaan ego
Fungsi ini berhubungan dengan teori Sigmund Freud, yang menjelaskan bahwa sikap itu "membela" individu terhadap informasi yang tidak

menyenangkan atau yang mengancam, kalau tidak ia harus menghadapinya.

c. Fungsi ekspresi nilai

Beberapa sikap dipegang seseorang karena mewujudkan nilai-nilai pokok dan konsep dirinya. Kita semua menganggap diri kita sebagai orang yang seperti ini atau itu (apakah sesungguhnya demikian atau tidak, adalah soal lain); dengan mempunyai sikap tertentu anggapan itu ditunjang.

d. Fungsi pengetahuan

Kita harus dapat memahami dan mengatur dunia sekitar kita. Suatu sikap yang dapat membantu fungsi ini memungkinkan individu untuk mengatur dan membentuk beberapa aspek pengalamannya.

5. Struktur Sikap

Struktur sikap dibagi menjadi 3 komponen yang saling menunjang (Azwar, 2010):

- a. Komponen Kognitif
Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.
- b. Komponen afektif
Komponen afektif menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.
- c. Komponen konatif
Komponen ini menunjukkan bagaimana kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.
Komponen kognitif mengenai suatu obyek dapat menjadi pegerak terbentuknya sikap apabila komponen kognitif tersebut disertai dengan komponen afektif (persepsi) dan komponen konatif (kesiapan untuk melakukan tindakan) (Azwar, 2010).

6. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu. Dalam berinteraksi sosial, individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya. Struktur sikap dibagi menjadi 3 komponen yang saling menunjang (Azwar, 2010):

- a. Pengalaman pribadi
Pengalaman yang terjadi secara tiba-tiba atau mengejutkan yang meninggalkan kesan paling mendalam pada jiwa seseorang. Kejadian-kejadian dan peristiwa-peristiwa yang terjadi berulang-ulang dan terus menerus, lama-kelamaan secara bertahap diserap ke dalam individu dan mempengaruhi terbentuknya sikap.
- b. pengaruh orang lain
Dalam pembentukan sikap pengaruh orang lain sangat berperan. Misal dalam kehidupan masyarakat yang hidup di pedesaan, mereka akan mengikuti apa yang diberikan oleh tokoh masyarakatnya.
- c. Kebudayaan
Kebudayaan dimana kita hidup mempunyai pengaruh yang besar terhadap pembentukan sikap. Dalam kehidupan di masyarakat, sikap masyarakat diwarnai dengan kebudayaan yang ada di daerahnya.
- d. Media massa
Media massa elektronik maupun media cetak sangat besar pengaruhnya terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Dengan pemberian informasi melalui media massa mengenai sesuatu hal akan memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap.
- e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama
Dalam lembaga pendidikan dan lembaga agama berpengaruh dalam pembentukan sikap, hal ini dikarenakan

keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individual.

f. Faktor emosional

Sikap yang didasari oleh emosi yang fungsinya hanya sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego, sikap yang demikian merupakan sikap sementara dan segera berlalu setelah frustrasinya hilang, namun dapat juga menjadi sikap yang lebih persisten dan bertahan lama.

D. Tinjauan umum tentang hipertensi

1. Pengertian

- a. Hipertensi adalah tekanan darah istirahat diatas 140 mmHg pada sistolik dan 90 mmHg pada diastolik yang terjadi pada umur dibawah 50 tahun, sedangkan pada umur diatas 50 tahun dengan 160 mmHg pada sistolik dan 95 mmHg pada diastolik, tetapi kriteria tersebut tidak mutlak pada setiap orang. (*Toby Fagan, 2002*)
- b. Hipertensi adalah tekanan darah yang tinggi bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Tekanan darah normal bervariasi sesuai usia, sehingga setiap diagnosa hipertensi harus bersifat spesifik-usia. Namun, secara umum seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi daripada 140 mmHg sistolik dan 90 mmHg diastolik (ditulis 140/90 mmHg). (*Elizabeth J. Corwin, 2000*).
- c. Hipertensi adalah suatu peningkatan tekanan darah sistolik atau diastolik yang tidak normal. Batas sistolik 110 - 140 mmHg dan diastolik antara 80 - 95mmHg. Nilai yang dapat

diterima berbeda sesuai dengan usia dan jenis kelamin.

- d. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknyanya di atas 140 mmHg dan tekanan diastoliknyanya di atas 90 mmHg. Pada populasi wanda, hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. (Smeitzer, Zuzanne, 2001).

2. Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler

a. Jantung

Jantung adalah organ berupa otot, berbentuk kerucut, berongga dan dengan basisnya di atas dan puncaknya di bawah. Apexnya (puncak) miring ke sebelah kiri. Berat jantung kira-kira 300 gram.

1) Kedudukan jantung

Jantung berada di dalam thorax, antara kedua paru-paru dan dibelakang sternum, dan lebih menghadap ke kiri daripada ke kanan. Sebuah garis yang ditarik dari tulang rawan iga ketiga kanan, 2 sentimeter dari sternum, menunjuk kedudukan basis jantung, tempat pembuluh darah masuk dan keluar. Titik di sebelah kiri antara iga kelima dan keenam, atau di dalam ruang interkostal kelima kira-kira 4 sentimeter dari garis medial, menunjuk kedudukan *apex* jantung, yang merupakan ujung tajam dari ventrikel.

2) Struktur jantung

Ukuran jantung kira-kira sebesar kepalan tangan. Jantung dewasa beratnya antara 220 sampai 260 gram. Jantung terbagi oleh sebuah septum (sekat) menjadi dua belah, yaitu kiri dan kanan. Setiap belahan kemudian dibagi lagi sdalam dua ruang, yang di atas disebut atrium dan yang bawah disebut ventrikel. Maka di kiri terdapat 1 atrium dan 1 ventrikel dan dikanan juga 1 atrium dan 1

ventrikel. Di setiap sisi ada hubungan antara atrium dan ventrikel melalui *lubung atrio-ventrikuler* dan pada setiap lubang tersebut terdapat katup, yang kanan bernama katup (valvula) *trikuspidalis* dan yang kiri katup mitral atau katup *bikuspidalis*. Katup atrio-ventrikuler yang mengizinkan darah mengalir kembali dari ventrikel ke atrium.

Jantung tersusun atas otot yang bersifat khusus, dan terbungkus oleh sebuah membran yang disebut perikardium. Membran itu terdiri dari dua lapis yaitu *perikardium viseral* yang merupakan membran serus yang lekat sekali pada jantung dan *perikardium parietal* yang merupakan lapisan fibrus yang terlipat keluar dari basis jantung dan membungkus jantung sebagai kantong longgar. Karena susunan ini maka jantung berada di dalam dua lapis kantong perikardium, dan diantaradua lapisan itu ada cairan serus. Karena sifat meminyaki dari cairan itu maka jantung dapat bergerak bebas. Di sebelah dalam jantung dilapisi oleh *endotelium*. Lapisan ini disebut *endokardium*.

Dinding otot jantung tidak sama tebalnya. Dinding ventrikel paling tebal dan dinding di sebelah kiri lebih tebal dari dinding ventrikel sebelah kanan, sebab kekuatan kontraksi dari ventrikel kiri jauh lebih besar dari yang kanan. Dinding atrium tersusun atas otot yang lebih tipis.

3) Penyaluran darah dan saraf ke jantung

Arteri koronaria kanan dan kiri yang pertama-tama meninggalkan aorta dan kemudian bercabang menjadi arteri-arteri lebih kecil. Arteri kecil ini mengitari jantung dan mengantarkan darah kepada semua bagian organ ini. Darah

yang kembali dari jantung terutama dikumpulkan oleh sinus koronaria dan langsung kembali ke dalam atrium kanan.

Meskipun gerakan jantung bersifat ritmik, tetapi kecepatan kontraksi dipengaruhi oleh rangsangan yang sampai ke jantung melalui saraf vagus dan simpatik. Cabang dari urat-urat saraf ini berjalan ke nodus sinus-atrial. Pengaruh dari sistem simpatik ini mempercepat irama jantung, dan pengaruh dari vagus, yang merupakan bagian dari sistem parasimpatik atau sistem otonomik menyebabkan gerakan jantung diperlambat atau dihambat.

Secara normal, jantung selalu mendapat hambatan dari vagus. Akan tetapi bila tonus vagus ditiadakan untuk memenuhi kebutuhan tubuh sewaktu bergerak cepat atau dalam keadaan hati panas, maka irama debaran jantung bertambah. Sebaliknya, sewaktu tubuh istirahat dan keadaan jiwa tenang maka iramanya lebih perlahan.

b. Siklus Jantung

Jantung adalah sebuah pompa dan kejadian-kejadian yang terjadi dalam jantung selama peredaran darah disebut siklus jantung. Gerakan jantung berasal dari nodus sinus-atrial, kemudian kedua atrium berkontraksi. Gelombang kontraksi ini bergerak melalui berkas His dan kemudian ventrikel berkontraksi, Gerakan jantung terdiri atas dua jenis, yaitu kontraksi atau sistol dan pengendoran atau diastole. Kontraksi dari kedua atrium terjadi serentak dan disebut sistol atrial, pengendorannya adalah diastole atrial. Serupa dengan itu kontraksi dan pengendoran ventrikel disebut juga sistole dan diastole ventrikuler. Lama kontraksi ventrikel adalah 0,3 detik dan tahap pengendorannya selama 0,5 detik. Dengan cara ini jantung berdenyut terus-menerus, siang malam, selama hidupnya, dan

otot jantung mendapat istirahat sewaktu diastole ventrikuler.

Kontraksi atrium berdurasi lebih pendek, daripada kontraksi ventrikel yang durasinya lebih lama dan kuat. Ventrikel kiri adalah yang terkuat karena harus mendorong darah ke seluruh tubuh untuk mempertahankan tekanan darah arteri sistemik. Meskipun ventrikel kanan juga memompa volume darah yang sama, tetapi tugasnya hanya mengirimkannya ke sekitar paru-paru dimana tekanannya jauh lebih rendah.

c. Dua Sirkulasi Sistem Kardiovaskuler

Sisi kiri jantung memompa darah ke seluruh sel tubuh kecuali sel-sel yang berperan dalam pertukaran gas di paru, Ini disebut sirkulasi sistemik. Sisi kanan jantung memompa darah ke paru untuk mendapat oksigen. Ini disebut sirkulasi paru (pulmoner).

1) Sirkulasi Sistemik

Darah meninggalkan ventrikel kiri jantung melalui aorta, yaitu arteri terbesar dalam tubuh. Aorta ini bercabang menjadi arteri lebih kecil yang mengantarkan darah ke berbagai bagian tubuh. Arteri-arteri ini bercabang dan beranting lebih kecil lagi hingga sampai pada arteriola. Arteri-arteri ini mempunyai dinding yang sangat berotot yang menyempitkan salurannya dan menahan aliran darah, Fungsinya adalah mempertahankan tekanan darah arteri dan dengan jalan mengubah-ubah ukuran saluran maka mengatur aliran darah dalam kapiler. Dinding kapiler sangat tipis sehingga dapat berlangsung pertukaran zat antara plasma dan jaringan interstisiil. Kemudian kapiler-kapiler ini bergabung dan membentuk pembuluh lebih besar yang disebut venula, yang kemudian juga bersatu menjadi vena, untuk mengantarkan darah kembali jantung. Semua vena bersatu hingga terbentuk dua batang

vena, yaitu *vena cava inferior* yang mengumpulkan darah dari badan dan anggota gerak bawah, dan *vena cava superior* yang mengumpulkan darah dari kepala dan anggota gerak atas. Kedua pembuluh darah ini menuangkan isinya ke dalam atrium kanan jantung.

2) Sirkulasi Paru

Darah dari vena tadi kemudian masuk ke dalam ventrikel kanan yang berkontraksi dan memompanya ke dalam arteri pulmonalis. Arteri ini bercabang dua untuk mengantarkannya ke paru-paru kanan dan kiri. Di dalam paru-paru setiap arteri membelah menjadi arteriola dan akhirnya menjadi kapiler pulmonal yang , mengitari alveoli di dalam jaringan paru-paru untuk memungut oksigen dan melepaskan karbondioksida.

Kemudian kapiler pulmonal bergabung menjadi vena dan darah dikembalikan ke jantung oleh empat *vena pulmonalis*, dan darahnya dimasukkan ke dalam atrium kiri. Darah ini kemudian mengalir masuk ke dalam ventrikel kiri. Ventrikel ini berkontraksi dan darah di pompa masuk ke dalam aorta . Maka kini mulai lagi sirkulasi sistemik.

3. Penyebab/ Etiologi

a. Non Modifiable

- 1) Hereditas
- 2) obesitas/Genetik
- 3) Usia
- 4) Jenis Kelamin

b. Modifiable

- 1) Hyperlipidemia
- 2) Obesitas
- 3) Stress
- 4) Gaya hidup (Life Style) seperti minuman beralkohol.
- 5) Konsumsi garam dan kopi

4. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan

relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor pada medulla di otak. Dari vasomotor ini bermula pada saraf simpatis yang berlanjut ke bawah kordikspinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis pada saat bersamaan di mana system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenalis juga terangsang mengakibatkan tambahan aktifitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya yang dapat memperkuat respon vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II (vasokonstriksi yang kuat) dan pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan peningkatan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua factor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

5. Tanda dan Gejala

- a. Sakit kepala suboksipital berat yang menyebar ke frontal
- b. Kaku leher
- c. Polipeptida
- d. Vertigo
- e. Ansietas
- f. Mual, muntah

- g. Tanda-tanda neurologis :
Peka ransangan, kekacauan mental, koma
 - h. Tanda-tanda pada mata :
diploopia, penurunan pandangan, papiledema
 - i. Gejala-gejala jantung :
dispneu pada aktifitas, ortopnoe, dispnoe nokturnal, paroksimal, gallop SA, nadi tahikardi
 - j. Gejala-gejala ginjal :
hematuria, noktura
6. Klasifikasi
- Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu :
- a. Hipertensi Primer
Tidak diketahui penyebabnya atau idiopatik dan merupakan penyakit hipertensi yang terbanyak, ditemukan kurang lebih 90% dari seluruh pasien hipertensi. Banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas, susunan simpatik, sistem renin angiotensin, efek dalam ekskresi Na, dan faktor-faktor yang meningkatkan risiko seperti obesitas alkohol, merokok, serta polistemia. (*Elizabeth J. Corwin, 2000*)
 - b. Hipertensi Sekunder
Disebabkan oleh penyakit lain dan ditemukan sekitar 10 % dari seluruh pasien hipertensi. Penyebab spesifiknya diketahui seperti gangguan estrogen, penyakit ginjal dan Hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan dan lain-lain. (*Elizabeth J. Corwin,*
7. Komplikasi
- Menurut Elizabeth J. Corwin, Buku Saku Patofisiologi; 2000; hal. 359, dinyatakan bahwa Hipertensi dapat menyebabkan komplikasi:
- a. Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak
 - b. Dapat terjadi infark miokardium apabila arteri koroner yang aterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium
 - c. Dapat terjadi gagal ginjal karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerulus.
 - d. Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat)
 - e. Wanita dengan PIH (*Pregnancy-Induced Hypertensi*) dapat mengalami kejang.
8. Pemeriksaan Diagnostik
- a. Hb/HT :
Bukan diagnostik tetap mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan dapat mengindikasikan faktor-faktor risiko seperti anemia.
 - b. BUN (kreatinin, memberikan informasi tentang perfosi) / fungsi ginjal).
 - c. Glukosa :
Hiperglikemia (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pada kadar katalamin.
 - d. Urinalisa :
Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal atau adanya diabetes.

- e. CT-Scan :
Mengkaji tumor serebral, esenfalopati.
 - f. EKG : Dapat menunjukkan pembesaran jantung, pola pegangan gangguan konduksi (Doenges Marlym E. 1909).
9. Penatalaksanaan
- a. Terapi Nonfarmakologis
Termasuk penurunan BB, pembatasan alkana, Natrium dan tambahan, latihan serta relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi antihipertensi.
 - b. Terapi Farmakologis
 - 1). Diuretik khiazide berupa chialthaliane (penurunan vaskuler darah) aliran darah ginjal, dan curah jantung duinethozone (kehilangan cairan ekstrasel).
 - 2). Deuritika Loap berupa futasemida atau lasia (vaskuler menurun menghambat reabsorbsi natrium, air dan ginjal).
 - 3). Deuretik pengganti kalium berupa aldosteron atau spirallactone (inhibisi kompetitif aldesteron).
 - 4). Inhibitor adrenorgik berupa prozosin hidrochiordie atau manipres (vasodilator perifer, bekerja langsung pada pembuluh darah).
 - 5). Vasodilator berupa minoxidil (menyebabkan vasodilatasi langsung) pada pembuluh darah mengakibatkan penurunan tekanan vaskuler, menurunkan

tekanan sistolik (diastolik).

- 6). Menghambat enzim mengubah angiotensin berupa capetropil atau capetan (menghambat angiotensin I, menjadi angiotensin II, menurunkan tahanan-tahanan perifer)
- 7). Pada Hipertensi maligna Parenteral berupa klonidia, sodium nitroprusid, catropil, klonidin, minoksidin, nifedipin, sud lingud.

E. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi

1 Umur.

Menurut indrawan dalam kamus bahasa Indonesia, umur adalah lama waktu hidup atau ada sejak dilahirkan. Setelah berumur 20 tahun kekuatan otot jantung berkurang sesuai bertambahnya usia. Dengan bertambahnya umur denyut jantung maksimum dan fungsi lain dari jantung juga berangsur-angsur menurun. Pada lanjut usia, tekanan darah akan naik secara bertahap, elastisitas jantung pada orang berusia 70 tahun menurun sekitar 50% dibanding berusia 20 tahun. Pria yang berusia < 45 tahun dinyatakan hipertensi jika tekanan darah pada waktu berbaring 130/90 mmHg atau lebih sedangkan yang berusia > 45 tahun dinyatakan hipertensi jika tekanan darahnya 145/95 mmHg atau lebih. Wanita yang mempunyai tekanan darah 160/95 mmHg atau lebih dinyatakan hipertensi. Dari berbagai penelitian epidemiologi yang telah dilakukan di Indonesia pada tahun 2006 menunjukkan 1,8-2,8% penduduk yang berusia diatas 20 tahun adalah penderita hipertensi.

2 Genetik

Peran faktor genetik terhadap timbulnya hipertensi terbukti dengan ditemukannya kejadian bahwa hipertensi lebih banyak pada kembar monozigot (satu sel telur) dari pada heterozigot (berbeda sel telur). Seseorang penderita yang mempunyai sifat genetik hipertensi primer (esensial) apabila dibiarkan secara alamiah tanpa intervensi terapi, bersama lingkungannya akan menyebabkan hipertensinya berkembang dan dalam waktu sekitar 30-50 tahun akan timbul tanda dan gejala hipertensi dengan kemungkinan komplikasinya. Berbagai faktor seperti faktor genetik yang menimbulkan perubahan pada ginjal dan membran sel.

3. Jenis kelamin.

Sex (jenis kelamin) merupakan wanita dan pria berdasarkan banyak kriteria diantaranya adalah karakteristik anatomis dan kromosom. Juga merujuk pada aspek-aspek biologis dari seksualitas dan aktifitas genitalia. Berbagai penyakit tertentu erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin.

Bila ditinjau perbandingan antara pria dan wanita ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi dimana dari laporan Sugiri pada tahun 2006 didapatkan prevalensi 6,0% untuk pria dan 11,6% untuk wanita. Pada wanita kurang terserang penyakit jantung dibandingkan dengan laki-laki. Dalam salah satu seminar kardiologi Erniyati pernah mengatakan bahwa sebelum menopause

jumlah wanita yang mengalami serangan jantung hanya seperdelapan sampai seperlima jumlah pria yang kena serangan jantung, tetapi sesudah menopause jumlah lebih kurang sama. Salah satu faktor yang mungkin berperan ialah hormon yang disebut "estrogen".

4. Obesitas.

Obesitas berarti penimbunan lemak yang berlebihan didalam tubuh. Obesitas merupakan ciri dari populasi penderita hipertensi dimana curah jantung dan sirkulasi volume darah penderita hipertensi yang obesitas lebih tinggi dari penderita hipertensi yang tidak obesitas.

Penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang mempunyai tubuh kegemukan dengan "body mass indexes" (BMI) 27,8 dan 27,8 mempunyai kemungkinan tekanan darah tinggi 2,9 kali dibandingkan dengan yang mempunyai berat normal. Menurut WHO orang dikatakan overweight atau kelebihan berat badan apabila BMI atau Indeks massa tubuh (IMT) = 25 sampai 29,9 (kg/m^2). Dan yang ideal adalah antara 19-25. IMT kurang dari 18 adalah kurus. Pada orang yang menjadi gemuk pada usia pertengahan atau pada usia tua, sebagian obesitas disebabkan oleh hipertrofi dari sel lemak sudah ada tanpa disertai perkembangan sel tambahan

1. Merokok.

Walaupun bukan penyebab langsung dari hipertensi, merokok memberikan risiko utama kepada penyakit jantung dan harus dihentikan sama sekali. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa merokok adalah salah satu penyebab dari penyakit jantung. Bahkan bagi

lansia, upaya berhenti merokok ini masih memberikan keuntungan tersendiri. Dalam suatu penyelidikan yang melibatkan 2674 orang berusia antara 65 sampai 74 tahun, saat dibandingkan dengan individu bukan perokok dan bekas perokok mengalami peningkatan mortalitas sebanyak 52% yang bersifat sekunder terhadap penyakit kardiovaskuler. Di Indonesia menurut yayasan jantung Indonesia dari 10 pasien jantung yang masuk ke Rumah Sakit jantung harapan kita 8 diantaranya disebabkan rokok. Berhenti merokok penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

Tembakau mengandung bermacam-macam zat kimia organik. Namun nikotin lah yang mempunyai ciri khas dari tembakau, rokok sigaret atau rokok kretek, cerutu, atau rokok pipa. Setiap batang rokok mengandung 6-8 mg nikotin dan sebatang cerutu mengandung 15-4 mg nikotin. Nikotin dari asap rokok ditambah komponen-komponen lain ternyata mempermudah terjadinya aterosklerosis. Merokok akan menyebabkan kenaikan resiko penyakit jantung koroner dengan 2-6 kali lipat, tergantung dari umur perokok dan jumlah rokok yang diisapnya. Pada usia muda pengaruh rokok lebih besar dibandingkan dengan perokok usia tua.

2. Stres.

Stres adalah gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan. Stres dapat mempengaruhi dimensi fisik, perkembangan, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Indikator fisiologis stres adalah

objektif, lebih mudah diamati, diidentifikasi dan secara umum dapat diamati atau diukur. Tanda vital biasanya meningkat, klien mungkin tampak gelisah dan tidak mampu untuk beristirahat atau berkonsentrasi. Ketegangan, stres dan sikap yang agresif memberikan tekanan pada jantung dan memberikan resiko yang lebih besar untuk menaikkan tekanan darah.

Dalam keadaan stres hormon dalam tubuh secara otomatis akan bereaksi dan mempercepat denyut jantung dan menaikkan tekanan darah. Hubungan stres dengan hipertensi diduga melalui saraf simpatis yang dapat meningkatkan tekanan darah secara intermiten. Apabila stres berlangsung lama dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah dan yang menetap. Berbagai penelitian di negara maju menunjukkan bahaya stres merupakan faktor yang berperan penting, langsung maupun tidak langsung untuk terjadinya beberapa penyakit seperti penyakit jantung, gangguan jiwa, kecelakaan dan lain-lain.

3. Aktifitas Fisik.

Dengan adanya aktifitas fisik, tekanan darah seseorang akan meningkat terutama tekanan sistoliknyanya. Pada lansia peningkatan tekanan darah saat melakukan pekerjaan fisik ini meningkat lebih cepat dibanding orang muda. Tubuh yang kurang kegiatan menyebabkan banyak kemungkinan untuk mendapatkan penyakit jantung. Klien yang mempunyai riwayat penyakit kronis yang berisiko untuk mengalami suatu penyakit atau yang berusia lebih dari 35 tahun harus mulai melakukan program latihan fisik. Lansia dianjurkan untuk mempertahankan olahraga dan aktifitas fisik.

Manfaat utama olahraga meliputi mempertahankan dan memperkuat kemampuan fungsi dapat di masukan kedalam aktifitas sehari-hari lansia, misalnya pergelangan tangan dan kaki dapat digerakkan sambil menonton televisi. Melalui olahraga yang isotonik dan teratur (aktifitas fisik aerobik selama 30-45 menit/hari) dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah. Secara umum agar program kebugaran memberi efek yang positif seseorang harus melakukan olahraga sebaiknya 3 kali dalam seminggu selama 30 menit atau 40 menit. Pelatihan fisik tidak terbukti efektif dalam menurunkan kadar kolesterol LDL bila tidak disertai penurunan berat badan atau jaringan lemak.

4. Asupan Garam

Secara umum masyarakat sering hubungkan antara konsumsi garam dengan hipertensi. Garam merupakan hal yang sangat penting pada mekanisme timbulnya hipertensi. Hipertensi hampir tidak pernah ditemukan pada suku bangsa dengan asupan garam yang minimal. Asupan garam kurang dari 3 gram tiap hari menyebabkan prevalensi hipertensi yang rendah sedangkan jika asupan garam 5-15 gram perhari prevalensi hipertensi meningkat menjadi 15-20%. Sesuai dengan penelitian 20-25% dari mereka yang mempunyai hipertensi ringan dapat kembali normal hanya dengan mengurangi garam. Peraturan yang baik ialah mengurangi setengah dari garam yang biasanya dimakan.

Lansia memerlukan berbagai macam makan untuk menjaga keseimbangan gizi, mengurangi garam dianjurkan karena pengurangan natrium

telah terbukti menurunkan hipertensi. Natrium adalah kation utama dalam cairan ekstraseluler. Sebagai kation utama dalam cairan ekstraseluler, natrium menjaga keseimbangan cairan dalam kompartemen tersebut, natriumlah yang sebagian besar mengatur tekanan osmosis yang menjaga cairan tidak keluar dari darah dan masuk kedalam sel.

Sumber natrium utama adalah garam dapur atau NaCl, sumber lainnya adalah mono sodium glutamat (MSG), kecap dan makanan yang diawetkan dengan garam dapur. Taksiran kebutuhan natrium sehari untuk orang dewasa adalah sebanyak 500 mg. WHO (1990) menganjurkan pembatasan konsumsi garam dapur hingga 6 gram sehari (ekivalen dengan 2400 mg Na).

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif karena berujuan untuk menggambarkan keadaan atau status fenomena. Dalam hal ini peneliti hanya ingin mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan keadaan sesuatu. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang akan mengukur/menilai pengetahuan dan sikap lansia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kampala sinjai.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

a. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek yang diteliti (Arikunto, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah semua lansia yang berada di wilayah kerja puskesmas kampala sinjai 50 orang.

b. Sampel.

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2010). cara pengambilan sampel dengan menggunakan purposive sampling yaitu pengambilan data secara acak sesuai dengan kriteria eksklusi dan inklusi. Sampel pada penelitian ini adalah 25

responden yang berada di wilayah kerja puskesmas kampala sinjai.

C. Definisi Operasional

a. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, yang dimaksud objek dalam pengetahuan adalah benda atau hal yang diselidiki oleh pengetahuan sehingga tidak menimbulkan kecemasan pada individu itu sendiri (Notoatmojo 2010).

Pada hakikatnya merupakan segenap apa yang kita ketahui tentang suatu objek dan setiap jenis pengetahuan mempunyai ciri-ciri spesifik mengenai ap (*ontology*), bagaimana (*epistemologi*) dan untuk apa (*aksiologi*) sehingga tidak ada timbul kecemasan pada setiap individu.

b. Definisi Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan suatu reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2010).

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Kesiapan yang dimaksud disini adalah kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya respons (Azwar, 2010)

Kriteria inklusi:

- Menderita hipertensi.
- Dapat diajak berkomunikasi.
- Berusia antara 60-90 tahun.

- Berada di Wilayah Kerja puskesmas Kampala sinjai

Kriteria eksklusi:

- Tidak menderita hipertensi.

a. Pengetahuan

a. Yang dimaksud pengetahuan dalam penelitian ini adalah segala sesuatu yang diketahui responden lanjut usia terhadap hipertensi..

Kriteria Obyektif:

- Baik jika jawaban benar ≥ 8 dan responden memperoleh skor 75% dari total skor jawaban yang paling tepat.
- Cukup jika jawaban benar 6 – 7 apabila responden memperoleh skor 50-70% dari total skor jawaban yang paling tetap.
- Kurang jika jawaban benar < 6 apabila responden memperoleh skor 25%-50% dari skor jawaban yang paling tepat.

i. Sikap

b. Kuesioner tentang sikap terdiri dari pernyataan dengan menggunakan skala likert (Suyanto, 2011).

Kriteria Obyektif:

Jawaban :

SS = 1, Sangat setuju

TS = 2, Setuju

Kemudian diklasifikasikan menurut Arikunto : (Suyanto, 2011).

Dikatakan sikap baik jika poin :
66 – 100 % atau

$$\frac{66}{100} \times 40 = 27 - 40$$

Dikatakan sikap buruk jika poin <

$$65 \% \text{ atau } \frac{65}{100} \times 40 = < 26$$

C. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang di gunakan dalam penelitian ini adalah kusioner, alat tulis menulis, personal komputer . lembar kusioner meliputi data demografi yaitu nama responden, umur, agama, pendidikan, jenis kelamin dan pekerjaan.

D. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Peneliti memilih di Wilayah Kerja puskesmas kampala sinjai .

2. Waktu Penelitian

Penelitian mulai dari tahap persiapan yaitu dari bulan April sampai dengan penulisan laporan hasil bulan juli 2013

E. Teknik pengumpulan Data

1. Data primer

Dilakukan dengan cara wawancara berstruktur dan observasi langsung kepada lansia yang dijadikan sampel. Adapun alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah steteskop, tensi meter, meteran, timbangan dan kuesioner..

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber informasi yang bukan berasal dari tangan pertama dan yang bukan mempunyai wewenang dan bertanggung jawab terhadap data tersebut.

G. Pengolahan Data

1. Editing

Setelah data terkumpul maka dilakukan pemeriksaan kelengkapan data, kesinambungan dan keseragaman data.

2. Koding

Dilakukan untuk mempermudah pengolahan data yaitu memberikan simbol-simbol dari setiap jawaban responden.

3. Tabulasi

Mengelompokan data dalam bentuk tabel yaitu hubungan antara variabel dependen dan independen.

4. Analisa data dan penyajian data.

Data yang sudah dikumpulkan akan dianalisa menggunakan rumus distribusi frekuensi dan persentase

Rumus:

$$P = \frac{f}{n} \times 100 \%$$

Keterangan:

P : persentase

f : jumlah jawaban yang benar

n : jumlah skor maksimal

Penyajian data dalam penelitian ini dalam bentuk tabel distribusi disertai dengan narasi (penjelasan) yang

menggambarkan tentang hasil analisa data, data kemudian diinterpretasikan berdasarkan variabel yang diteliti..

H. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti memandang perlu adanya rekomendasi dari pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Ruang Puskesmas kampala sinjai.. Setelah mendapatkan persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika penelitian yang meliputi:

1. Informed consent

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai judul penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak maka peneliti tidak akan memaksakan kehendak dan tetap menghormati hak-hak subjek.

2. Anonymity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembar tersebut diberikan kode.

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

a. Umur Responden

Tabel 4.3 menjelaskan bahwa responden terbanyak adalah pada kelompok umur 60-70 tahun yaitu sebanyak 19 responden (76%). Sementara yang paling sedikit adalah kelompok umur 71-90 tahun yaitu sebanyak 6 responden (24%).

b. Jenis Kelamin lanjut usia Responden

Tabel 4.4 menjelaskan bahwa jenis kelamin responden terbanyak adalah jenis kelamin perempuan 19 responden (76%) dan laki-laki sebanyak 6 responden (24%) .

c. Karakteristik Agama Responden

Tabel 4.1 menjelaskan bahwa semua pasien yang datang ke puskesmas kampala sebanyak 25 orang tersebut beragama islam (100%). bergama kristen tidak ada (0%), beragama Budha tidak ada (0 %), beragama Katolik tidak ada (0%), beragama Hindu tidak ada (0 %).

d. Tingkat Pendidikan lanjut usia Responden

Tabel 4.5 menjelaskan bahwa sebagian besar responden mempunyai latar belakang pendidikan SD sebanyak 11 responden (44%).

Pendidikan SLTP yaitu sebanyak 9 responden (36%). pendidikan SLTA sebanyak 4 responden (16%). Sementara yang paling sedikit adalah responden dengan latar belakang pendidikan Sarjana yaitu sebanyak 1 responden (4%).

e. Pekerjaan lanjut usia Responden

Tabel 4.5 menjelaskan bahwa sebagian besar responden berprofesi sebagai IRT yaitu sebanyak 19 responden (76%). Responden yang berprofesi Buruh Tani yaitu sebanyak 5 responden (20%). Sedangkan yang paling sedikit adalah responden yang mempunyai profesi sebagai Sarjana yaitu sebanyak 1 responden (4%).

Tabel 4.6 menjelaskan bahwa tingkat pengetahuan lanjut usia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kamapala sinjai. memperlihatkan bahwa responden yang berpengetahuan baik berjumlah 2 responden (8%), responden berpengetahuan cukup berjumlah 21 responden (84%), dan responden berpengetahuan kurang berjumlah 2 responden (8%).

Berdasarkan pada table 4.7 menjelaskan bahwa tingkat bersikap lanjut usia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kamapala sinjai. memperlihatkan bahwa responden yang bersikap baik berjumlah 11 responden (44 %), responden bersikap buruk berjumlah 13 responden (52 %).

B. Pembahasan

Pada bagian pembahasan ini akan diulas mengenai hasil penelitian yang telah dilaksanakan yaitu tingkat pengetahuan lansia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kampala sinjai kecamatan sinjai timur kabupaten sinjai, dimana akan dianalisa sesuai dengan konsep teori yang telah dibahas pada bab dua.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara umum tingkat pengetahuan lansia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kampala sinjai sebagian besar menyatakan cukup (84%), dan menyatakan baik (8%). Sedangkan lainnya menyatakan kurang (8%). Berdasarkan karakteristik responden dapat dijelaskan factor-faktor yang kemungkinan mempengaruhi tingkat pengetahuan lanjut usia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kampala sinjai sebagai berikut :

1. Umur Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien berada pada kelompok lansia yaitu kelompok umur pada kelompok umur 60-70 tahun (76%). Dan kelompok lansia umur 71-90 tahun (24%) Pasien pada kelompok lansia biasanya sudah mengalami kemunduran fisik dan psikologis.

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan. Lebih banyak 19 responden (76%). dan laki-laki 6 responden (24%). Hal ini memudahkan peneliti mengambil suatu kesimpulan berdasarkan tingkat pengetahuan lansia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kampala sinjai, karena secara psikologi karakter responden berdasarkan jenis kelamin tidak mempengaruhi pengetahuan responden..

3. Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien mempunyai latar belakang pendidikan SD yaitu sebanyak 44%. Tingkat pendidikan yang relatif rendah .

Notoatmodjo (2010) mengatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat

perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan dalam pemberian tentang hipertensi.

4. Tingkat Pekerjaan

Pekerjaan adalah perbuatan melakukan sesuatu, sesuatu yang dilakukan (diperbuat). Pekerjaan adalah perbuatan melakukan sesuatu pekerjaan, sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah (Nursalam, 2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar lanjut usia berprofesi sebagai ibu rumah tangga 19 responden (76%).

Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa pekerjaan berhubungan dengan aktivitas yang merupakan sumber pendapatan. Pekerjaan dapat menggambarkan tingkat kehidupan dan keadaan sosial ekonomi seseorang karena dapat mempengaruhi sebagian aspek kehidupan seseorang termasuk dalam tuntutan pemeliharaan kesehatan.

2. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa secara umum tingkat pengetahuan lansia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kampala sebagian besar menyatakan cukup (84%), dan menyatakan baik (8%). Sedangkan lainnya menyatakan kurang (8%). Berdasarkan karakteristik responden dapat dijelaskan factor-faktor yang kemungkinan mempengaruhi tingkat pengetahuan lanjut usia terhadap hipertensi di wilayah kerja.

Pengetahuan dapat diperoleh melalui cara tradisional atau nonilmiah, cara kekerasan atau otoriter, berdasarkan pengalaman pribadi, melalui jalan pikiran sendiri atau cara modern. (Notoatmojo,2010).

3. Sikap lansia terhadap hipertensi

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan suatu reaksi yang bersifat

emosional terhadap stimulus social (Notoatmojo,2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap lansia berdasarkan sikap yang di miliki, yaitu bersikap baik (44%), sedangkan bersikap buruk (52%). Data menunjukkan bahwa lebih banyak yang bersikap buruk daripada baik.

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian yang diharapkan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Diperolehnya gambaran tentang pengetahuan lanjut usia terhadap hipertensi di wilayah kerja puskesmas kampala sebanyak 25 responden didapatkan pengetahuan baik sebanyak 2 orang (8 %), pengetahuan cukup 21 orang (84%), pengetahuan kurang 2 orang (8%).
2. Diperolehnya gambaran sikap lanjut usia di wilayah kerja puskesmas kampala sebanyak 25 responden didapatkan tingkat bersikap baik sebanyak 11 orang (44 %), bersikap buruk sebanyak 13 orang (52%)

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

1. Demi meningkatkan keilmuan dan mutu asuhan keperawatan yang di berikan, di harapkan di perhatikan pengembangan informasi khususnya tentang pengetahuan dan sikap yang erat hubungannya terhadap hipertensi. Sehingga baik masyarakat khususnya lansia dan perawat atau pekerja sosial sebagai pemberi pelayanan mendapat kepuasan masing-masing.
2. Untuk pihak Puskesmas agar meningkatkan kemampuan petugas kesehatan, baik itu dokter maupun perawat serta perawat-perawat desa agar kiranya memberikan penyuluhan atau health education

tentang pengetahuan dan sikap lansia terhadap hipertensi.

3. Untuk penelitian selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan sampel yang lebih besar, waktu penelitian yang lebih lama dan karakteristik pasien yang bervariasi di wilayah kerja Puskesmas.

Price.A. Sylvia, 2005, Patofisiologi , Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Buku 1, Edisi 4, Jakarta, EGC

Sastroasmoro, Sudigdo, 2005, Dasar- Dasar Metodologi Penelitian Klinis Aksara , Jakarta, , Bina Rupa

Sugiyono, 2008, Metode Penelitian Administrasi, Bandung,V. Alfa Beta.

Surya B. Sumadi,2007, Metodologi Penelitian, , Jakarta, CV. Rajawali

DAFTAR PUSTAKA

Aswill J. weiler and Droske, S. Colvert 2008, Nursing Careof Children- Principles and Praticce, W. B Saunders company, Toronto, Philadelphia.

Azwar, Azrul dan Prihartono, Joedo, 2009, *Metode Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta,Bina Rupa Aksara,

Buraedah , 2010, Metode Penelitian, Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Makassar (tidak di publikasikan)

Brunner & Suddarth, 2008, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 8, Jakarta, EGC.

Friedmen.M, Marilyn , 2008, Keperawatan Keluarga , Teori dan Praktik, Edisi 3, Jakarta, EGC

Ghozali ,Imam, 2009. Aplikasi Analisis Multivariat dengan program SPSS, Badan Universitas Diponegoro, Semarang.

Holloway. W. Brenda, 2009, Rujukan Cepat (Stat Facts), Keperawatan Klinis, Jakarta ,EGC

Mardalis, 2000, Metode Penelitian, Suatu Pendekatan Proposal, Jakarta, Bumi Aksara

Natoatmodjo, Soekidjo, 2008, Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Prilaku, Yogyakarta, Andi Offset