

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Menurut WHO (1969), keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum: meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota. (Menurut Duvall dalam Harmoko, 2012)

b. Struktur Keluarga (Harmoko, 2012)

1) Patrilineal

Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.

2) Matrilineal

Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3) Patrilokal

Patrilokal adalah sepasang suami isteri yang tinggal bersama keluarga suami.

4) Matrilokal

Matrilokal adalah sepasang suami isteri yang tinggal bersama keluarga sedarah isteri.

5) Keluarga kawinan

Keluarga kawinan dalah hubungan suami isteri sebagai dasar pembinaan keluarga, dan beberapa sanak.

c. Fungsi Keluarga

1) Dalam suatu keluarga ada beberapa fungsi dan tugas keluarga yang dapat dijalankan. Fungsi keluarga adalah sebagai berikut :

a. Fungsi biologis

Fungsi untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, serta memenuhi kebutuhan gizi keluarga.

b. Fungsi psikologis

Memberikan kasih sayang dan rasa aman bagi keluarga, memberikan perhatian diantara keluarga, memberikan kedewasaan kepribadian anggota keluarga, serta memberikan identitas pada keluarga.

c. Fungsi sosialisasi

Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan masing-masing dan meneruskan nilai-nilai budaya.

d. Fungsi ekonomi

Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang.

e. Fungsi pendidikan

Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya (Harmoko, 2012)

2) Fungsi keluarga menurut Friedman (1988, dalam Harmoko 2012)

a. Fungsi afektif (*The Affective Function*)

Fungsi afektif berkaitan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan dari

keluarga. Fungsi afektif ini berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikologis. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang.

b. Fungsi sosialisasi (*the Socialization Function*)

Sosialisasi dimulai pada saat lahir dan akan diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, dimana individu secara kontinu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami.

c. Fungsi reproduksi (*The Reproductive Fuction*)

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

d. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*)

Fungsi ekonomi merupakan keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga,

seperti kebutuhan akan makanan, pakaian dan perumahan, maka keluarga memerlukan sumber keuangan.

e. Fungsi perawatan keluarga/Pemeliharaan kesehatan
(*The Health Care Function*)

Fungsi perawatan kesehatan merupakan pertimbangan vital dalam pengkajian keluarga. Guna menempatkan dalam sebuah persektif, fungsi ini merupakan salah satu fungsi keluarga yang menyediakan kebutuhan-kebutuhan fisik. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit.

d. Tugas keluarga dibidang kesehatan menurut Harmoko (2012).

Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan, keluarga juga harus mampu melakukan tugas kesehatan keluarga sebagai berikut:

1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Anggota keluarga perlu

mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Sering mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar

masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau dirumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Sehingga anggota keluarga memiliki waktu lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal, oleh karena itu kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau dapat meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga bebas dari segala macam penyakit.

e. Tujuan perawatan kesehatan keluarga

1) Tujuan umum

Untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga mereka, sehingga dapat meningkatkan status kesehatan keluarga (Fallen, 2010).

2) Tujuan khusus

Meningkatkan kemampuan keluarga dalam :

a) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi keluarga.

b) Menanggulangi masalah kesehatan dasar dalam keluarga.

c) Mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan anggotanya.

d) Memberikan asuhan pada anggota keluarga yang sakit.

e) Meningkatkan produktivitas keluarga (Fallen, 2010)

2. Dukungan keluarga

a. Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu

siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 1998).

Keluarga secara konstan berhadapan dengan perlunya mengubah persepsi dan hidup mereka terhadap lansia, *stimulus* untuk perubahan ini datang dari dalam maupun dari luar, yang terpenting strategi, dan proses dukungan keluarga berfungsi sebagai proses dan mekanisme fungsi-fungsi keluarga menjadi nyata. Tanpa dukungan keluarga yang afektif, dan fungsi afektif, sosialisai, ekonomi, dukungan keluarga tidak dapat dicapai secara adekuat (Andarmayo, 2012).

Menurut Marlyn (1998, dalam Andarmayo 2012) bentuk dukungan keluarga dapat dibedakan menjadi beberapa jenis yaitu:

1) Dukungan Emosional

Dukungan ini melibatkan depresi empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu tersebut merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan dan kasih sayang serta mendengarkan keluh kesah orang lain.

2) Dukungan Penghargaan

Dukungan ini melibatkan ekspresi yang berupa pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performan orang. Dukungan ini berisi

tentang hal-hal yang digunakan untuk mengevaluasi diri dan perbandingan sosial. Dapat diwujudkan dengan rasa hormat, penghargaan yang dicapai dan dorongan/semangat untuk berusaha atau maju.

3) Dukungan Insrumental

Bentuk dukungan ini melibatkan dukungan langsung, misalnya berupa bantuan dalam melakukan tugas-tugas tertentu, contoh seseorang memberikan/meminjamkan pinjaman uang. Dimensi ini memperlihatkan dukungan dari keluarga dalam bentuk nyata terhadap anggota keluarga. Menurut Peterson dan Bredow 2004 (dalam, Andarmaryo 2012) menyatakan dimensi instrumental ini meliputi penyediaan sarana (peralatan atau saran pendukung lain) untuk mempermudah atau menolong orang lain, termasuk didalamnya adalah memberikan peluang waktu.

4) Dukungan Informasi

Dukungan yang bersifat informasi ini berupa saran, penghargaan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan. Menjelaskan tentang cara pemberian saran, sugesti, dan informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat mengurangi

munculnya *stressor* pada klien. Aspek dalam bentuk nasihat, usulan, saran, petunjuk, dan pemberian informasi. Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah-masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling berpengaruh antar sesama disekitarnya atau masyarakat secara keseluruhan, sebagai salah satu dukungan keluarga terhadap lansia diharapkan keluarga dapat lebih mengenal dan melaksanakan tugas-tugasnya dalam bidang kesehatan (Andarmoyo, 2012). Sesuai dengan fungsi keluarga dalam pemeliharaan kesehatan.

b. Manfaat dukungan keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Sifat dan dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Dukungan sosial keluarga merupakan bantuan atau dukungan yang diterima individu dari orang-orang tertentu dalam kehidupannya (keluarga) dan berada dalam lingkungan sosial tertentu yang membuat lansia merasa di

perhatikan, dihargai, dan dicintai, sehingga hal ini dapat mempengaruhi emosional anggota keluarga khususnya lansia dengan penyakit kronis yang ditunjukkan dengan perubahan perilaku yang diharapkan dari yang memberi dukungan kepada lansia (Zulfitri, 2006)

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa keluarga mempunyai peranan yang sangat penting dalam menjaga, mempertahankan, dan meningkatkan status kesehatan anggota keluarga khususnya pada lanjut usia untuk seterusnya menjadi lanjut usia yang lebih baik.

3. Motivasi

a. Definisi motivasi

Motivasi itu mempunyai arti dorongan berasal dari bahasa latin *movere* yang berarti mendorong/menggerakkan dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan. Kebutuhan adalah suatu “potensi” dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspon (Notoatmodjo, 2007). Motivasi menurut Stoner adalah karakteristik psikologi manusia yang memberikan kontribusi pada tingkat komitmen seseorang termasuk faktor-faktor yang menyebabkan, menyalurkan, dan mempertahankan tingkah

laku manusia dalam arah tekad tertentu. Nursalam, (2002, dalam Sandi 2013).

Menurut Sunaryo (2008, dalam Sandi 2013) motif merupakan suatu penggerak, keinginan, *stimulus*, hasrat, pembangkit tenaga dan dorongan dalam diri manusia yang menyebabkan mereka berbuat sesuatu secara singkat dalam diri individu yang mendasari atau menentukan perilaku dan memberi tujuan dan arah kepada perilaku individu kata lain motif adalah *energy* dasar yang terdapat dalam diri individu dan menentukan perilaku dan memberi tujuan dan arah kepada perilaku manusia.

Pada garis besarnya, motivasi adalah suatu tindakan yang mendorong individu agar individu tersebut berbuat tindakan sesuatu yang didasari oleh usaha untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

b. Teori motivasi

1) Menurut Abraham Maslow, menyatakan bahwa teori motivasinya didasarkan atas tingkat kebutuhan yang disusun menurut prioritas kekuatannya, setiap individu manusia yang dimaksud adalah.

a. Kebutuhan dasar fisiologis

Kebutuhan ini merupakan kebutuhan dasar, yang bersifat primer dan vital, yang menyangkut

fungsi-fungsi biologis dari dasar organisme manusia seperti kebutuhan sandang dan pangan serta kesehatan fisik dan sebagainya.

b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan (*safety and security*)

Seperti terjamin keamanannya, terlindung dari bahaya dan ancaman penyakit, perang, kemiskinan, kelaparan, perlakuan tidak adil, dan sebagainya.

c. Kebutuhan sosial

Yang meliputi kebutuhan akan dicintai, diperhitungkan sebagai pribadi, diakui sebagai anggota kelompok, rasa serta kawan dan kerjasama.

d. Kebutuhan harga diri

Termasuk kebutuhan dihargai karena prestasi, kemampuan, kedudukan, atau status, pangkat dan sebagainya.

e. Kebutuhan akan aktualisasi diri (*self actualization*)

Seperti kebutuhan mempertinggi potensi-potensi yang dimiliki, pengembangan diri secara maksimum, kreatifitas, dan ekspresi diri.

2) Menurut Friederick Herzberg (2006, dalam Sandi 2013)

Mengemukakan suatu teori motivasi yang disebut teori motivasi kesehatan. Kebutuhan akan motivasi ini adalah

kebutuhan akan prestasi, penghargaan, pertumbuhan, serta pengembangan kemampuan-kemampuan apa saja yang ia miliki. Teori kesehatan menurut Herzberg merupakan salah satu teori yang paling berhasil dan mengemparkan mengenai motivasi pada pekerjaan.

3) Menurut G.R.Terry 2007, motivasi adalah keinginan yang terdapat pada seseorang individu yang merangsangnya untuk melakukan tindakan-tindakan. Menurut penelitian-penelitian yang dilakukan maka faktor-faktor terpenting yang mempengaruhi motivasi adalah sebagai berikut:

- a) Kebutuhan-kebutuhan pribadi.
- b) Tujuan-tujuan dan persepsi-persepsi orang terjadi atau kelompok yang bersangkutan.
- c) Cara dengan apa kebutuhan-kebutuhan serta tujuan-tujuan tersebut akan direalisasi.

4) Menurut Douglas McGregor dalam Teny 2002 (dalam, Sandi 2013) pernah menyatakan bahwa : Manusia itu merupakan makhluk yang terus menerus memiliki keinginan-keinginan segera apabila kebutuhan tertentu dipenuhi maka kebutuhan lain muncul. Proses tersebut tidak berhenti, ia berkelanjutan dari kelahiran hingga

kematian. Manusia secara *kontinu* melakukan usaha-usaha untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhannya.

c. Jenis Motivasi

1) Motivasi Intrinsik

Motivasi intrinsik adalah motif-motif yang menjadi aktif atau berfungsinya tidak perlu dirangsang dari luar. Motivasi ini muncul dari kesadaran diri sendiri dengan tujuan esensial bukan sekedar simbol atau seremonial. Menurut Hurrahman (2009, dalam Suktiarti 2013) motivasi intrinsik adalah motif yang menjadi aktif atau berfungsinya tidak perlu dirangsang dari luar, karena dari dalam diri setiap individu ada dorongan untuk melakukan sesuatu. Kemudian jika dilihat dari segi tujuan kegiatan yang dilakukannya (misalnya kegiatan belajar), maka yang dimaksud motivasi intrinsik ini adalah ingin mencapai tujuan yang terkandung didalam perbuatan belajar itu sendiri. Motivasi yang berasal dari dalam dirinya sendiri biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga puas dengan apa yang sudah dilakukan.

2) Motivasi ekstrinsik

Motivasi ekstrinsik adalah motif-motif yang menjadi aktif atau berfungsi karena ada perangsang dari luar sebagai

contoh itu seseorang itu belajar, karena tahu besok paginya akan ujian dengan harapan akan mendapatkan nilai baik, sehingga akan dipuji oleh pacarnya, atau temannya. Jadi yang penting bukan karena belajar ingin mengetahui sesuatu, tetapi ingin mendapatkan nilai yang baik, atau agar mendapat hadiah, oleh karena itu motivasi ekstrinsik dapat juga dikatakan sebagai bentuk motivasi yang didalamnya aktivitas belajar dimulai dan diteruskan berdasarkan dorongan dari luar yang tidak secara mutlak berkaitan dengan aktivitas belajar.

Hurrahman (2009, dalam Sukiarti 2013)

d. Proses motivasi

Berlangsungnya proses motivasi dimulai saat seseorang yang mengenal baik secara sadar ataupun tidak pada suatu kebutuhan yang tidak terpenuhi kemudian mereka berupaya membuat sasaran yang diperkirakan akan dapat memenuhi kebutuhan tersebut. Adapun terjadinya proses motivasi dipengaruhi oleh 2 hal yaitu :

a) Pengaruh pengalaman

Ketika pengalaman dari seseorang yang mendorongnya mengambil tindakan tertentu untuk memenuhi kebutuhan didapat akan dipengaruhi

suatu proses pemahaman bahwa beberapa tindakan tertentu dapat mencapai sasaran.

b) Pengaruh harapan

Kekuatan harapan pada hakikatnya didasari oleh pengalaman masa lalu, tetapi kadang kala seseorang sering dihadapkan kepada hal-hal baru misalnya perubahan dalam lingkungan pekerjaan. Sistem pengkajian hubungan dengan rekan atau kondisi kerja, adanya kondisi yang berbeda ini membuat pengalaman dimilikinya.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi

a) Faktor fisik

Motivasi yang ada didalam diri individu yang mendorong untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan fisik seperti kebutuhan jasmani, raga, materi, benda, atau berkaitan dengan alam. Faktor fisik merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi lingkungan dan kondisi seseorang.

Lingkungan akan mempengaruhi motivasi seseorang. Orang yang hidup dalam lingkungan tempat tinggal yang kondusif (bebas dari polusi, asri, tertib, dan disiplin) maka individu yang ada disekitarnya akan memilih motivasi yang kuat untuk mencapai derajat

kesehatan yang optimal, keadaan atau kondisi kesehatan, individu yang kondisinya fisiknya sakit maka akan memilih motivasi yang kuat untuk mempercepat proses penyembuhan. Kondisi fisik seseorang akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari.

b) Faktor hereditas, lingkungan dan kematangan atau usia

Motivasi yang didukung oleh lingkungan berdasarkan kematangan atau usia seseorang. Umur merupakan tingkat kedewasaan seseorang, orang yang mempunyai umur produktif akan mempunyai daya pikir yang lebih rasional dan memiliki pengetahuan yang baik sehingga orang memiliki motivasi baik.

c) Faktor intrinsik seseorang

Motivasi yang berasal dari dalam dirinya sendiri biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga puas dengan apa yang sudah dilakukan.

d) Fasilitas (sarana dan prasarana)

Motivasi yang timbul karena adanya kenyamanan dan segala yang dimudahkan dengan tersedianya sarana-sarana yang dibutuhkan untuk hal yang diinginkan.

e) Situasi dan kondisi

Motivasi yang timbul berdasarkan keadaan yang terjadi sehingga mendorong memaksa seseorang untuk melakukan sesuatu. Keluarga dan orang terdekat merupakan jalur utama yang paling efisien untuk mendorong seseorang melakukan sesuatu sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

f) Program dan aktivasi

Motivasi yang timbul atas dorongan dalam diri seseorang atau pihak lain yang didasari dengan adanya kegiatan (program) rutin dengan tujuan tertentu.

g) *Audio visual aid* (media)

Motivasi yang timbul dengan adanya informasi yang di dapat dari perantara sehingga mendorong atau menggugah hati seseorang untuk melakukan sesuatu.

(Nasiti, 2014)

f. Tujuan Motivasi

Tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan dan menggugah seseorang agar timbul kemauannya untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil atau mencapai tujuan, maka setiap orang yang akan

memberikan motivasi harus mengenal dan memahami benar-benar latar belakang kehidupan, kebutuhan dan kepribadian orang yang akan dimotivasi itu sendiri. (Nur Fita, 2014)

g. Manfaat Motivasi

- a) Mendorong timbulnya tingkah laku atau perbuatan, tanpa motivasi tidak akan timbul suatu perbuatan.
- b) Motivasi berfungsi sebagai pengarah, artinya mengarahkan perbuatan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- c) Motivasi berfungsi sebagai sebagai penggerak, artinya menggerakkan tingkah laku seseorang.
- d) Besar kecilnya motivasi akan menentukan cepat atau lambatnya sesuatu pekerjaan (Nur Fita, 2014)

4. Lansia

a. Pengertian lansia

Menurut pengertian Gerontologi Lansia adalah suatu tahap dalam hidup manusia mulai dari bayi, anak-anak, remaja, tua, dan lansia. Lansia bukan penyakit melainkan suatu proses alami yang tidak bisa dihindarkan, tidak ada batasan yang pasti mengenai umur lansia (Nugroho, 2008).

Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat

menghasilkan barang dan atau jasa, lansia potensial biasanya hidup dirumah sendiri atau tidak tinggal di Panti Werdha. Mereka masih mampu bekerja dan mencari nafkah baik untuk dirinya sendiri maupun keluarganya. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain dalam memenuhi hidupnya sehari-hari (Hardywinoto, 2005).

b. Batasan lansia

Usia yang dijadikan patokan untuk lanjut usia berbeda-beda umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Beberapa pendapat para ahli tentang batasan usia adalah sebagai berikut:

- 1) Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45 - 59 tahun.
 - b. Lanjut usia (*elderly*) usia 60 – 74 tahun.
 - c. Lanjut usia tua (*old*) usia 75 - 90 tahun.
 - d. Usia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun. (Padila, 2013)
- 2) Menurut Burnise (1979 dalam Padila 2013)
 - a. *Young old* (usia 60 – 69 tahun)
 - b. *Middle age old* (usia 70 – 79 tahun)
 - c. *Old-old* (usia 80 – 89 tahun)

d. *Very old-old* (usia > 90 tahun)

3) Menurut Dep.Kes RI (dalam Mujahidullah, 2012) pengelompokan lansia menjadi 3 golongan sebagai berikut :

a. Kelompok usia dini (55-64 tahun).

b. Kelompok lansia pertengahan (65 tahun ke atas).

c. Kelompok lansia dengan resiko tinggi (70 tahun ke atas)

c. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

1) Perubahan fisik

Menjadi tua atau menua membawa pengaruh serta perubahan menyeluruh baik fisik. Perubahan-perubahan yang terjadi meliputi dari sistem integumentary, sistem kardiovaskuler, sistem imunitas, sistem pernapasan, sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem reproduksi wanita dan pria. (Padila, 2013)

2) Perubahan psikososial

Pada umumnya setelah orang memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Dengan adanya penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia. Beberapa

perubahan tersebut dapat dibedakan 5 tipe kepribadian lansia sebagai berikut:

- a) Tipe kepribadian konstruktif (*Construction personality*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejolak, tenang dan mantap sampai sangat tua.
- b) Tipe kepribadian mandiri (*Independent personality*), pada tipe ini ada kecenderungan mengalami *post power syndrome*, apa lagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.
- c) Tipe kepribadian tergantung (*Dependent personality*), pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi kehidupan keluarga, apabila kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada masa lansia tidak bergejolak.
- d) Tipe kepribadian bermusuhan (*Hostility personality*), pada tipe ini sesudah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang kadang-kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi hidupnya morat-marit.

e) Tipe kepribadian kritik sendiri (*Self hate personality*), pada lansia tipe ini pada umumnya terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya (Padila, 2013)

3) Perkembangan Spritual

- a) Agama atau keyakinan makin terintegrasi dalam kehidupannya.
- b) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaanya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari menurut Murray dan Zentner (1970, dalam Mujahidullah 2012).

4) Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah :

- a) Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa.
- b) Kesehatan umum.
- c) Tingkat pendidikan.
- d) Keturunan (*Hereditas*).
- e) Lingkungan.

5) Perubahan Intelegensia *Quotient* (IQ)

Intelegensia dasar (*fluid intelligence*) yang berarti penurunan fungsi otak bagian kanan antara lain berupa kesulitan komunikasi *nonverbal*, pemecahan masalah, mengenal wajah orang, kesulitan dalam pemusatan perhatian, dan konsentrasi (Hochanadel and Kaplan, dalam Mujahidullah 2012).

6) Perubahan Ingatan (*Memory*)

Dalam komunikasi memori memegang peranan yang penting dalam mempengaruhi baik persepsi maupun berfikir. Memori adalah sistem yang sangat berstruktur, yang menyebabkan organism sanggup merekam fakta tentang dunia dan menggunakan pengetahuannya untuk membimbing perilakunya.

7) Keadaan Ekonomi

a) Sumber pendapatan keluarga : ada bahkan tidak ada bantuan keuangan dari anak atau keluarga dan bahkan masih ada anggota yang tergantung padanya.

b) Kemampuan pendapatan : lansia memerlukan biaya yang lebih tinggi, sementara pendapatan semakin menurun. Status ekonomi sangat terancam, sehingga cukup beralasan untuk melakukan sebagai

perubahan besar dalam kehidupan, menentukan kondisi hidup yang dengan perubahan status ekonomi dan kondisi fisik.

Perubahan-perubahan pada lansia menurut Nugroho (2000), meliputi :

- 1) Kulit yaitu kulit menjadi tipis, kering, keriput, dan tidak elastis lagi. Fungsi kulit sebagai penyekat suhu tubuh lingkungan dan perisai terhadap masuknya kuman terganggu.
- 2) Rambut yaitu rambut rontok yang berwarna putih kering, tidak mengkilat yang berkaitan dengan perubahan-perubahan *degenerative* kulit.
- 3) Gigi mulai habis atau tanggal satu persatu.
- 4) Penglihatan dan pendengaran berkurang.
- 5) Mudah lelah, gerakan menjadi gambaran lamban dan kurang lincah.
- 6) Kerampingan tubuh menghilang disana-sini terjadi timbunan lemak terutama dibagian perut dan panggul.
- 7) Otot yaitu jumlah sel otot berkurang mengalami atrofi sementara jumlah jaringan ikat bertambah, *volume* otot secara keseluruhan menyusut, fungsinya menurun dan kekuatannya berkurang.

- 8) Tulang pada proses menua kadar kapur (kalsium) menurun akibat tulang menjadi keropos dan mudah patah.
- 9) Seks yaitu produksi hormon *testosterone* pada pria dan hormon *progesterone* dan *estrogen* wanita menurun dengan bertambahnya umur.

Disamping itu, juga terjadi kemunduran kognitif antara lain:

- 1) Suka lupa, ingatan tidak berfungsi dengan baik.
- 2) Ingatan terhadap hal-hal dimasa muda lebih baik daripada hal-hal yang baru saja terjadi.
- 3) Sering adanya disorientasi terhadap waktu, tempat dan orang
- 4) Sulit menerima ide-ide baru (Padilla, 2013)

d. Tipe-tipe lansia

Tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan kondisi ekonominya menurut Nugroho (2000 dalam Padilla, 2013)

- 1) Tipe arif bijaksana: kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

- 2) Tipe mandiri: mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.
- 3) Tipe tidak puas: konflik lahir batin, menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.
- 4) Tipe pasrah: menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.
- 5) Tipe bingung: kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

Tipe lain dari lansia adalah tipe optimis, konstruktif, dependen (tergantung), *defensive* (bertahan), militan dan serius, tipe pemarah/frustasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri) (Padillah, 2013).

e. Jenis pelayanan kesehatan pada lansia

Jenis pelayanan kesehatan terhadap lansia meliputi empat upaya kesehatan yaitu: peningkatan (*promotif*), pencegahan (*preventif*), diagnosis diri dan pengobatan (Nugroho, 2008).

1) Promosi (*promotif*)

Upaya *promotif* merupakan tindakan secara langsung dan tidak langsung untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah penyakit. Upaya *promotif* juga merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan pasien, tenaga *provesional* dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial. Upaya *promotif* digunakan untuk membantu organ-organ mengubah gaya hidup mereka dan bergerak mengarah keadaan kesehatan yang *optimal* serta mendukung pemberdayaan seseorang untuk membuat pilihan yang sehat tentang perilaku hidup mereka. Upaya perlindungan kesehatan bagi lansia adalah sebagai berikut:

- a) Mengurangi cedera, dilakukan dengan tujuan mengurangi risiko cedera jatuh.
- b) Mengurangi bahaya kebakaran dalam rumah, meningkatkan penggunaan alat pengaman dan mengurangi kejadian keracunan makanan atau zat kimia.
- c) Meningkatkan keamanan di tempat kerja yang bertujuan untuk mengurangi tepapar dengan bahan-

bahan kimia dan meningkatkan penggunaan sistem keamanan kerja.

- d) Meningkatkan perlindungan dari kualitas udara yang buruk, bertujuan untuk mengurangi penggunaan semprotan bahan-bahan kimia, mengurangi radiasi dirumah, meningkatkan pengolahan rumah tangga terhadap bahan berbahaya, serta mengurangi kontaminasi makanan dan obat-obatan.

2) Pencegahan (*preventif*)

- a) Melakukan pencegahan primer, meliputi pencegahan pada lansia sehat, terdapat faktor risiko, tidak ada penyakit, dan promosi kesehatan. Jenis pelayanan pencegahan primer adalah: program imunisasi, konseling, berhenti merokok dan minuman beralkohol, dukungan nutrisi, keamanan didalam dan sekitar rumah, manajemen *stress* dan penggunaan medikasi.
- b) Melakukan pencegahan sekunder, meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala dari awal penyakit hingga terjadi gejala, penyakit belum tampak secara klinis dan mengidap faktor risiko. Jenis pelayanan pencegahan sekunder antara lain adalah sebagai berikut: kontrol hipertensi, deteksi dan

pengobatan kanker, *screening*. Pemeriksaan rektal, *papsmear*, gigi, mulut dan lain-lain.

c) Melakukan pencegahan tersier, dilakukan sebelum terdapat gejala penyakit dan cacat, mencegah cacat bertambah dan ketergantungan, serta perawatan di rumah sakit, rehabilitas pasien rawat jalan dan perawatan jangka panjang.

3) Diagnosis dini dan pengobatan

Diagnosis ini dapat dilakukan oleh lansia sendiri atau petugas *professional* dan petugas institusi oleh lansia sendiri dengan melakukan tes dini, skrining kesehatan, memanfaatkan kartu menuju sehat (KMS) lansia, memanfaatkan buku kesehatan pribadi (BKP), serta penandatanganan kontrak kesehatan.

5. Konsep Hipertensi

a. Definisi Hipertensi

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg (Smeltzer, 2001). Tekanan darah tinggi atau hipertensi secara umum didefinisikan sebagai tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg (Palmer, 2007).

b. Patofisiologi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medulla di otak. Bermula dari pusat vasomotor ini bermula saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak kebawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang. Medula adrenal mengsekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya,

yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Renin merangsang pembentukan angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Smeltzer, 2001).

c. Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik, mmHg	Diastolik, mmHg
Normal	<130	<85
Normal tinggi	130 - 139	85 - 89
Hipertensi		
Stadium 1 (ringan)	140 - 159	90 - 99
Stadium 2 (sedang)	160 - 179	100 - 109
Stadium 3 (berat)	180 - 209	110 - 119
Stadium 4 (sangat berat)	≥ 210	≥ 120

Sumber: The Fifth Report of the Joint National on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch intern Med 1993 Jan 25; 153; 162, dalam Smeltzer, 2001.

d. Manifestasi Klinis

Sakit kepala, pusing, dan pandangan kabur, yang mengindikasikan peningkatan tekanan darah yang sangat tinggi, dan kemudian terjadinya hipertensi terakselerasi (Nettina, 2001). Sedangkan menurut Perry (2005) tanda dan gejala yang perlu diwaspadai pada tekanan darah

tinggi (hipertensi), sakit kepala, kemerahan pada wajah, perdarahan pada hidung, kelelahan pada klien lansia.

e. Patogenesis Hipertensi

Hipertensi adalah penyakit multifaktoral yang timbul terutama karena interaksi antara faktor-faktor tertentu. Faktor-faktor risiko yang mendorong timbulnya kenaikan tekanan darah tersebut ialah :

- 1) Faktor resiko, seperti: diet dan asupan garam, *stress*, ras, obesitas, merokok, genetis.
- 2) Sistem saraf simpatis.
- 3) Keseimbangan antara modulator vasodilatasi dan vasokonstriksi: endotel pembuluh darah berperan utama, tetapi *remodeling* dari endotel, otot polos dan interstisium juga memberikan kontribusi akhir.
- 4) Pengaruh sistem otokrin setempat yang berperan pada sistem rennin, angiotensin, dan aldosteron (Sudoyo, 2006).

f. Faktor-faktor Penyebab Hipertensi

Dalam artikel kesehatan (2007) menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi yaitu:

- 1) Faktor genetik

Peran faktor genetik terhadap timbulnya hipertensi terbukti dengan ditemukannya kejadian bahwa

hipertensi lebih banyak pada kembar monozigot (satu sel telur) daripada 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.

2) Faktor diet

Secara umum masyarakat sering menghubungkan antara konsumsi garam dengan hipertensi. Garam merupakan hal yang sangat penting pada mekanisme timbulnya hipertensi. Pengaruh asupan garam terhadap hipertensi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Keadaan ini akan diikuti oleh peningkatan ekskresi (pengeluaran) kelebihan garam sehingga kembali pada keadaan hemodinamik (sistem peredaran) yang normal. Pada hipertensi esensial mekanisme ini terganggu, di samping ada faktor lain yang berpengaruh.

3) *Stress*

Hubungan antara *stress* dengan hipertensi diduga melalui aktifitas saraf simpatis, yang dapat meningkatkan tekanan darah secara bertahap. Apabila *stress* menjadi berkepanjangan dapat berakibat tekanan darah menjadi tetap tinggi. Hal ini secara pasti belum terbukti, akan tetapi pada binatang percobaan yang diberikan pemaparan terhadap *stress* ternyata membuat binatang tersebut menjadi hipertensi.

4) Obesitas

Obesitas atau kegemukan dimana berat badan mencapai indeks massa tubuh > 27 berat badan dalam kilogram (kg) dibagi kuadrat tinggi badan dalam meter (m) juga merupakan salah satu faktor risiko terhadap timbulnya hipertensi. Obesitas merupakan ciri dari populasi penderita hipertensi. Curah jantung dan sirkulasi volume darah penderita hipertensi yang obesitas lebih tinggi dari penderita hipertensi yang tidak obesitas. Pada obesitas tahanan perifer berkurang atau normal, sedangkan aktifitas saraf simpatis meninggi dengan aktivitas renin plasma yang rendah.

5) Aktivitas

Olah raga ternyata juga di hubungkan dengan pengobatan terhadap hipertensi. Melalui olah raga yang isotonik dan teratur (aktivitas fisik aerobik selama 30 – 40 menit / hari) dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah, selain itu dengan kurangnya olahraga maka risiko timbulnya obesitas akan bertambah, dan apabila asupan garam bertambah maka risiko timbulnya hipertensi juga akan bertambah.

6) Faktor lain

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan timbulnya gangguan atau kerusakan pada pembuluh darah turut berperan pada penyalit hipertensi. Faktor-faktor tersebut antara lain merokok, asam lemak jenuh dan tingginya kolesterol dalam darah.

Selain faktor-faktor tersebut diatas, faktor lain yang mempengaruhi terjadinya hipertensi antara lain alkohol, gangguan mekanisme pompa natrium (yang mengatur jumlah cairan tubuh), faktor renin-angiotensin-aldosteron (hormon-hormon yang mempengaruhi tekanan darah). Dari faktor-faktor yang telah dijabarkan tersebut perlu adanya cara pencegahan yang spesifik terhadap kejadian hipertensi.

g. Faktor Risiko Hipertensi

- 1) Kebiasaan merokok.
- 2) Obesitas.
- 3) Kurang aktivitas fisik (intensitas olahraga).
- 4) Dislipidemia.
- 5) Diabetes mellitus.
- 6) Mikroalbuminuria atau perhitungan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) < 60 ml / menit.
- 7) Umur (laki-laki > 55 tahun, perempuan 65 tahun).
- 8) Riwayat keluarga dengan penyakit jantung kardiovaskuler *premature* (laki-laki < 55 tahun, perempuan < 65 tahun) (Sudoyono, 2006)

h. Pemeriksaan Diagnostik Hipertensi

- 1) *Electrocardiograph* (EKG) 12 sadapan, untuk mengevaluasi efek hipertensi pada jantung (hipertrofi ventrikel kiri, iskemia) dan untuk mendeteksi penyebab penyakit jantung.
- 2) Radiologi dada untuk mendeteksi kemungkinan kardiomegali.
- 3) Sempel darah untuk evaluasi kimia:
 - a) Peningkatan serum *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kreatinin mengindikasikan penyakit ginjal sebagai penyebab atau efek dari hipertensi.

- b) Penurunan serum kalium mengindikasikan *hiperaldosteronisme* primer, peningkatan kalium mengindikasikan *sindrom cushing's* kedua kondisi ini menyebabkan hipertensi sekunder.
- c) Sampel urine 24 jam untuk mengevaluasi perluasan penyakit ginjal atau untuk mendeteksi *ketekolamin* mengindikasikan *feokromositoma*.
- d) Pemindaian ginjal, tomografi, komputerisasi, dan tes khusus lainnya untuk mendeteksi penyebab hipertensi sekunder (Nettina, 2001).

i. Penatalaksanaan Hipertensi

1) Penatalaksanaan medis

- a) Obat-obatan anti hipertensi, meskipun gaya hidup sudah berubah, tekanan darah tetap 140/90 mmHg atau lebih selama 3 sampai 6 bulan. Bergantung pada kondisi klien, obat-obat yang mungkin meliputi diuretik, penyakit beta-adrenergik, penyakit alfa-reseptor, inhibitor enzim yang mengkonversi angiotensin (ACE), dan antagonis kalsium (penyekat saluran kalsium).
- b) Jika hipertensi tidak terkontrol dengan obat pertama dalam 1 sampai 3 bulan, tiga pilihan berikut dapat dipertimbangkan :

- 1) Jika pasien patuh minum obat dan tidak mengalami efek samping dosis obat tersebut dapat ditingkatkan.
 - 2) Jika pasien mengalami reaksi yang merugikan, kelas obat yang lain dapat menggantikannya.
 - 3) Obat kedua dari kelas yang lain dapat ditambahkan. Jika penambahan obat kedua menurunkan tekanan, maka obat pertama harus dihentikan secara perlahan.
- c) Obat ketiga atau diuretik jika tekanan darah yang diinginkan tidak tercapai setelah penambahan obat kedua. Obat-obatan dapat meliputi agonis alfa kerja sentral, antagonis adrenergic perifer, atau vasodilator langsung (Nettina, 2001).

2) Penatalaksanaan Keperawatan

Pendekatan nonfarmakologis merupakan penanganan awal sebelum penambahan obat-obat hipertensi, disamping perlu diperhatikan oleh seorang yang sedang dalam terapi obat. Sedangkan pasien hipertensi yang terkontrol, pendekatan nonfarmakologis ini dapat membantu pengurangan dosis obat pada sebagian penderita, oleh karena itu modifikasi gaya hidup merupakan hal yang penting diperhatikan, karena

berperan dalam keberhasilan penanganan hipertensi (Nurkhalida, 2003).

- a) Berhenti merokok dan membatasi alkohol (tidak lebih dari 30 cc etanol per hari).

Penderita hipertensi dianjurkan untuk berhenti merokok dan mengurangi asupan alkohol. Berdasarkan hasil penelitian eksperimental, sampai pengurangan sekitar 10 kg berat badan berhubungan langsung dengan penurunan tekanan darah rata-rata 2 – 2 mmHg per kg berat badan.

- b) Melakukan latihan aerobik tiga kali per minggu.

Selain untuk menjaga berat badan tetap normal, olahraga dan aktifitas fisik teratur bermanfaat untuk mengatur tekanan darah, dan menjaga kebugaran tubuh. Olahraga seperti *jogging*, berenang baik dilakukan untuk penderita hipertensi. Dianjurkan untuk olahraga teratur, minimal 3 kali seminggu, dengan demikian dapat menurunkan tekanan darah walaupun berat badan belum tentu turun (Nurkhalida, 2003).

Olahraga yang teratur dibuktikan dapat menurunkan tekanan perifer sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Olahraga dapat

menimbulkan perasaan santai dan mengurangi berat badan sehingga dapat menurunkan tekanan darah. (Gunawan, 2005).

c) Mengurangi asupan natrium kurang dari 2 g per hari

Menurut Sheps, jika dokter atau ahli gizi menyarankan agar kita mengurangi natrium demi menurunkan tekanan darah, maka ikutilah saran itu. Bahkan sebelum membatasi jumlah natrium yang kita konsumsi setiap hari. Beberapa cara yang dapat dilakukan (Sheps, 2005):

- 1) Perbanyak makanan segar, kurangi makan yang diproses.
- 2) Pilihlah produk dengan natrium rendah.
- 3) Jangan menambah garam pada makanan saat memasak.
- 4) Jangan menambah garam saat di meja makan.
- 5) Batasi penggunaan saus-sausan.
- 6) Bilaslah makanan dalam kaleng.
- 7) Disarankan sebaiknya kurangi natrium.

d) Memasukkan jumlah kalium, kalsium, dan magnesium yang dianjurkan setiap hari kedalam diet.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa beberapa mineral bermanfaat mengatasi hipertensi. Kalium dibuktikan erat kaitannya dengan penurunan tekanan darah arteri dan mengurangi risiko terjadinya stroke. Selain itu, mengkonsumsi kalsium dan magnesium bermanfaat dalam penurunan tekanan darah. Banyak konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan mengandung banyak mineral, seperti seledri, kol, jamur (banyak mengandung kalium), kacang-kacangan (banyak mengandung magnesium). Sedangkan susu dan produk susu mengandung banyak kalsium (Nurkhalida, 2003).

- e) Mengurangi diet lemak dan kolestrol yang tersaturasi.

Lemak dalam diet meningkatkan risiko terjadinya *aterosklerosis* yang berkaitan dengan kenaikan tekanan darah. Penurunan konsumsi lemak jenuh, terutama lemak dalam makanan yang bersumber dari hewan dan peningkatan konsumsi lemak tidak jenuh secukupnya yang berasal dari minyak sayuran, biji-bijian dan makanan lain yang bersumber dari tanaman dapat menurunkan tekanan darah.

- f) Pantau tekanan darah pasien pada interval yang teratur.
- g) Pantau respon pasien terhadap terapi obat. Periksa adanya perubahan ortostatik yang disebabkan oleh medikasi.
- h) Pantau berat badan dan diet pasien
- i) Pantau urinalisa untuk proteinuria, tanda keterlibatan ginjal.
- j) Pantau adanya tanda-tanda penyakit organ target (Nettina, 2001)
- k) Menghilangkan *stress*

Stress menjadi masalah bila tuntutan dari lingkungan. Cara untuk menghilangkan *stress* yaitu perubahan pola hidup dengan membuat perubahan dalam kehidupan rutin sehari-hari dapat meringankan beban *stress*. Perubahan-perubahan itu ialah (Sheps, 2005):

- (1) Rencanakan semua dengan baik. Buatlah jadual tertulis untuk kegiatan setiap hari sehingga tidak akan terjadi bentrokan acara atau kita terpaksa harus terburu-buru untuk tepat waktu memenuhi suatu janji atau aktifitas.

- (2) Sederhanakan jadwal. Cobalah bekerja lebih santai.
- (3) Bebaskan diri dari *stress* yang berhubungan dengan pekerjaan.
- (4) Siapkan cadangan untuk keuangan.
- (5) Berolahraga.
- (6) Makanlah yang benar.
- (7) Tidur yang cukup.
- (8) Ubahlah gaya hidup. Yaitu dengan mengamati sikap tubuh dan perilaku saat sedang dilanda *stress*.
- (9) Sediakan waktu untuk keluar dari kegiatan rutin.
- (10) Binalah hubungan sosial yang baik.
- (11) Ubahlah pola pikir. Perhatikan pola pikir agar dapat menekan perasaan kritis atau negatif terhadap diri sendiri.
- (12) Berserah diri pada Yang Maha Kuasa.
(Prasetio, 2013).

j. Observasi Hipertensi

Rekomendasi tindak lanjut berdasarkan penetapan tekanan darah awal untuk orang dewasa.

Tabel 2.2 observasi hipertensi

Screening Awal Tekanan darah, mmHg*		Rekomendasi Tindak Lanjut
Sistolik	Diastolik	
< 130	< 85	Periksa ulang dalam 2 tahun
130 – 139	85 – 89	Periksa ulang dalam 1 tahun
140 – 159	90 – 99	Pastikan dalam 2 bulan
160 – 179	100 – 109	Evaluasi atau rujuk ke pusat asuhan dalam 1 bulan
180 – 209	110 – 119	Evaluasi atau rujuk ke pusat asuhan dalam 1 minggu
≥ 210	≥ 120	Evaluasi atau rujuk ke pusat asuhan segera

Sumber : *The Fifth Report of the Joint National on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1993 Jan 25; 153; 162, dalam Smeltzer, 2001.*

B. Penelitian Terkait

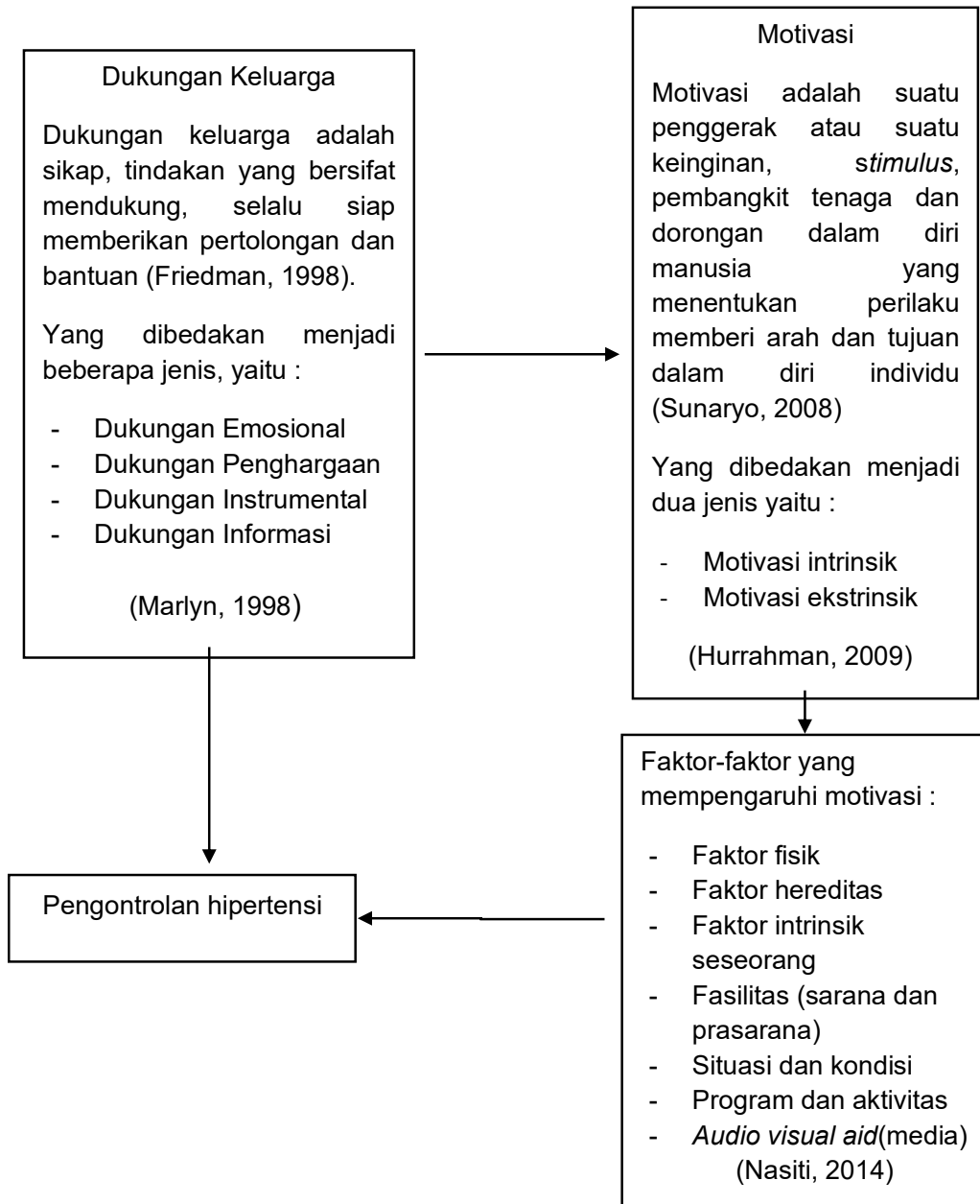
1. Lily, dkk (2013) yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara. Metode penelitian menggunakan *cross sectional*, dengan jumlah sampel 99 responden dengan cara melakukan penghitungan proporsi sampel yang akan disebar di masing-masing kelurahan yang terdapat di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara. Penelitian ini menggunakan alat ukur berupa kuesioner, pengambilan sampel menggunakan teknik *multi stage random sampling*. Penelitian ini dilakukan pada populasi lansia penderita hipertensi yang berumur 60 tahun keatas. Hasil penelitian di peroleh bahwa ada 45 (65,2%) responden yang mendapat dukungan emosional yang baik dari anggota keluarganya, ada 35 (70,0%) responden yang mendapat dukungan penghargaan yang baik dari keluarganya, ada 45 (66,2%) responden yang mendapat dukungan informasi yang baik dari keluarganya, dan ada 40 (66,7%) responden mendapat dukungan instrumental. Sehingga

diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dan dukungan instrumental keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di wilayah Kecamatan Koja Jakarta Utara.

2. Priyantini, dkk (2012) yang berjudul hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit rendah garam dan keteraturan control tekanan darah pada penderita hipertensi di poliklinik RSUD Tugurejo Semarang. Desain penelitian ini adalah *cross-sectional study*, dengan teknik *stratified random sampling*, dengan jumlah 45 responden. Analisa data dilakukan secara univariat untuk menggambarkan distribusi masing-masing variabel. Data berjenis numerik digambarkan berdasarkan tendensi central. Uji statistik yang dipakai adalah uji korelasi *Gamma* dan *Somers'd*, uji ini dilakukan karena skala ukur ketiga variabel semuanya ordinal. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan signifikan antara hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit rendah garam dengan nilai $p=0,017$ ($p<0,05$). Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan kontrol tekanan dengan nilai $p=0,697$ ($p>0,05$).

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori atau landasan teori adalah kesimpulan dari tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep-konsep teori yang dipergunakan atau berhubungan dengan penelitian yang akan dilaksanakan (Notoatmodjo, 2012). Kerangka teoritis merupakan bagian dari penelitian, yang memberikan penjelasan tentang hal-hal yang berhubungan dengan variabel independen dukungan keluarga, dan variabel dependen motivasi lansia dalam pengontrolan hipertensi.



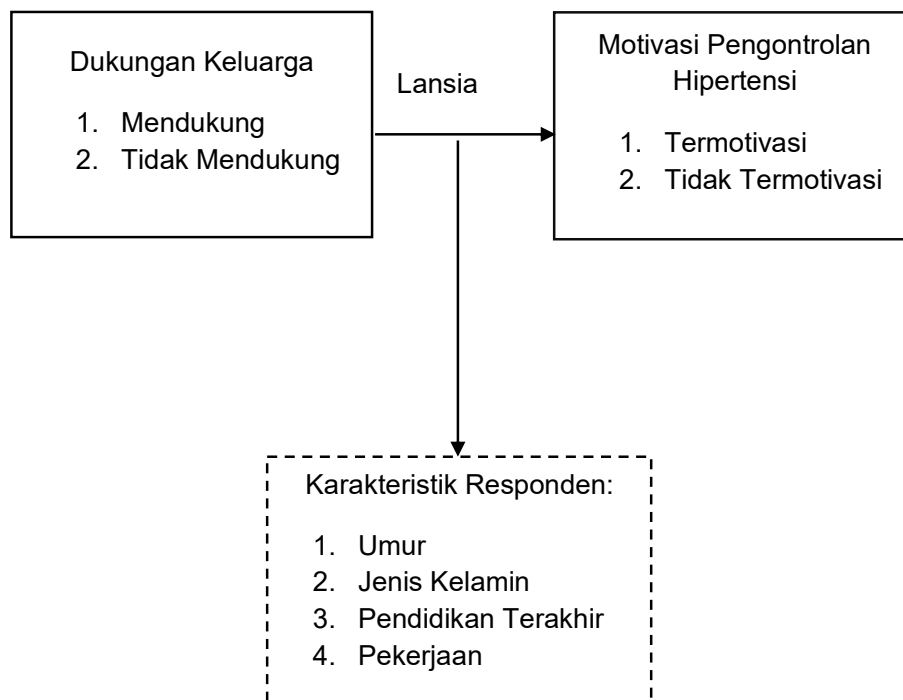
Gambar 2.1 Gambar Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmojo, 2012).

Variabel Independen

Variabel Dependen



Keterangan :

—————> : Arah hubungan

————— : Garis Hubungan

----- : Tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesa Penelitian

Hipotesis dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012). Hipotesis penelitian terbagi menjadi 2 yaitu Hipotesis alternatif (H_a) adalah hipotesis penelitian, dimana hipotesis ini menyatakan adanya suatu hubungan, pengaruh, dan perbedaan antara dua atau lebih variabel, dan Hipotesis nol (H_0) adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik. Hipotesis nol dapat sederhana atau kompleks dan bersifat sebab atau akibat (Nursalam, 2008).

- a. Hipotesis alternatif (H_a) menyatakan suatu hubungan, pengaruh dan perbedaan antara dua atau lebih variabel (Nursalam, 2008).
- b. Hipotesis nol (H_0) adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik. Hipotesis nol dapat sederhana atau kompleks dan bersifat sebab atau akibat (Nursalam, 2008).

Dalam hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti didapatkan hasil hipotesis bahwa, H_a : Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi lansia dalam pengontrolan hipertensi di Posyandu Lansia Mawar Merah wilayah kerja Puskesmas Juanda Kelurahan Air Hitam.