

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kepatuhan

Kepatuhan adalah merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2007).

Tingkat kepatuhan (adherence adalah penyedia layanan kesehatan yang menyediakan obat atau pengambilan obat) untuk pasien biasanya dilaporkan sebagai persentase dari dosis resep obat yang benar-benar diambil oleh pasien selama periode yang ditentukan (Osterberg & Blaschke dalam Nurina, 2012).

Di dalam konteks psikologi kesehatan, kepatuhan mengacu kepada situasi ketika perilaku seorang individu sepadan dengan tindakan yang dianjurkan atau nasehat yang diusulkan oleh seorang praktisi kesehatan atau informasi yang diperoleh dari suatu sumber informasi lainnya seperti nasehat yang diberikan dalam suatu brosur promosi kesehatan melalui suatu kampanye media massa (Ian & Marcus, 2011).

Para Psikologi tertarik pada pembentukan jenis-jenis faktor-faktor kognitif dan afektif apa yang penting untuk memprediksi kepatuhan dan juga penting perilaku yang tidak patuh. Pada waktu-waktu belakangan ini istilah kepatuhan telah digunakan sebagai pengganti bagi pemenuhan karena ia

mencerminkan suatu pengelolaan pengaturan diri yang lebih aktif mengenai nasehat pengobatan (Ian & Marcus, 2011).

Menurut Kozier (2010) kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana.

Sedangkan Sarafino (dalam Yetti, dkk 2011) mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya. Dikatakan lebih lanjut, bahwa tingkat kepatuhan pada seluruh populasi medis yang kronis adalah sekitar 20% hingga 60%. Dan pendapat Sarafino pula (dalam Tritiadi, 2007) mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan (compliance atau adherence) sebagai: “tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain”.

Kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (stanley, 2007).

Menurut Purwanto (2006) ada beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang yaitu demografi Meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio-ekonomi dan pendidikan. Umur merupakan faktor yang penting dimana anak-anak terkadang tingkat kepatuhannya jauh lebih tinggi

daripada remaja. Tekanan darah pria umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita.

Kepatuhan dapat disimpulkan sebagai perubahan dari perilaku yang menaati kepatuhan yang meliputi usia, jenis kelamin suku bangsa, status sosio-ekonomi dan pendidikan, adanya kepatuhan sehingga dapat mengatasi tekanan darah tinggi menjadi normal untuk menunjang kesembuhan.

2.2 Teori Kepatuhan

Menurut Purwanto (2006) ada beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang yaitu demografi meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio-ekonomi dan pendidikan. Umur merupakan faktor yang penting dimana anak-anak terkadang tingkat kepatuhannya jauh lebih tinggi daripada remaja. Tekanan darah pria umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita.

2.3 Teori Isi Kepatuhan

Menurut Kozier (2010), faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah sebagai berikut:

- a. Motivasi klien untuk sembuh
- b. Tingkat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan
- c. Persepsi keparahan masalah kesehatan
- d. Nilai upaya mengurangi ancaman penyakit
- e. Kesulitan memahami dan melakukan perilaku khusus
- f. Tingkat gangguan penyakit atau rangkaian terapi

- g. Keyakinan bahwa terapi yang diprogramkan akan membantu atau tidak membantu
- h. Kerumitan , efek samping yang diajukan

Sedangkan menurut Neil (2000), Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian:

a. Pemahaman Tentang Instruksi

Tak seorangpun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Lcydan Spelman (dalam Neil, 2000) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan pada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan professional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

b. Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Korsch & Negrete (Dalam Neil, 2000) telah mengamati 800 kunjungan orang tua dan anak-anaknya ke rumah sakit anak di Los Angeles. Selama 14 hari mereka mewawancarai ibu-ibu tersebut untuk memastikan apakah ibu-ibu tersebut melaksanakan nasihat-nasihat yang diberikan dokter, mereka menemukan bahwa ada kaitan yang erat antara kepuasan ibu terhadap konsultasi dengan seberapa jauh mereka mematuhi

nasihat dokter, tidak ada kaitan antara lamanya konsultasi dengan kepuasaan ibu. Jadi konsultasi yang pendek tidak akan menjadi tidak produktif jika diberikan perhatian untuk meningkatkan kualitas interaksi.

c. Isolasi Sosial dan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Pratt (dalam Neil, 2012) telah memperhatikan bahwa peran yang dimainkan keluarga dalam pengembangan kebiasaan dan pengajaran terhadap anak-anak mereka. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit.

d. Keyakinan, Sikap dan Keluarga

Becker (dalam Neil, 2012) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Mereka menggambarkan kegunaan model tersebut dalam suatu penelitian bersama Hartman dan Becker (1978) yang memperkirakan ketidak patuhannya terhadap ketentuan untuk pasien hemodialisa kronis. 50 orang pasien dengan gagal ginjal kronis tahap akhir yang harus mematuhi program pengobatan yang kompleks, meliputi diet, pembatasan cairan, pengobatan, dialisi. Pasien-pasien tersebut diwawancarai tentang keyakinan kesehatan mereka dengan menggunakan suatu model. Hartman dan Becker menemukan

bahwa pengukuran dari tiap-tiap dimensi yang utama dari model tersebut sangat berguna sebagai peramal dari kepatuhan terhadap pengobatan.

2.4 Teori Proses kepatuhan

2.4.1 Cara Mengurangi Ketidakpatuhan

Dinicola dan Dimatteo (dalam Neil, 2000) mengusulkan rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien antara lain:

- a. Mengembangkan tujuan dari kepatuhan itu sendiri, banyak dari pasien yang tidak patuh yang memiliki tujuan untuk mematuhi nasihat-nasihat pada awalnya. Pemicu ketidakpatuhan dikarenakan jangka waktu yang cukup lama serta paksaan dari tenaga kesehatan yang menghasilkan efek negatif pada penderita sehingga awal mula pasien mempunyai sikap patuh bisa berubah menjadi tidak patuh. Kesadaran diri sangat dibutuhkan dari diri pasien.
- b. Perilaku sehat, hal ini sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, sehingga perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku, tetapi juga mempertahankan perubahan tersebut. Kontrol diri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri harus dilakukan dengan kesadaran diri. Modifikasi perilaku harus dilakukan antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan agar terciptanya perilaku sehat.
- c. Dukungan sosial, dukungan sosial dari anggota keluarga dan sahabat dalam bentuk waktu, motivasi dan uang merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan pasien. Contoh yang sederhana,

tidak memiliki pengasuh, transportasi tidak ada, anggota keluarga sakit, dapat mengurangi intensitas kepatuhan. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

2.4.2 Cara Meningkatkan Kepatuhan

Smet (1994) menyebutkan beberapa strategi yang dapat dicoba untuk meningkatkan kepatuhan, antara lain:

a. Segi Penderita

Usaha yang dapat dilakukan penderita diabetes mellitus untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan yaitu:

1. Meningkatkan kontrol diri. Penderita harus meningkatkan kontrol dirinya untuk meningkatkan ketaatannya dalam menjalani pengobatan, karena dengan adanya kontrol diri yang baik dari penderita akan semakin meningkatkan kepatuhannya dalam menjalani pengobatan. Kontrol diri dapat dilakukan meliputi kontrol berat badan, kontrol makan dan emosi.
2. Meningkatkan efikasi diri. Efikasi diri dipercaya muncul sebagai prediktor yang penting dari kepatuhan. Seseorang yang mempercayai diri mereka sendiri untuk dapat mematuhi pengobatan yang kompleks akan lebih mudah melakukannya.

3. Mencari informasi tentang pengobatan. Kurangnya pengetahuan atau informasi berkaitan dengan kepatuhan serta kemauan dari penderita untuk mencari informasi mengenai penyakitnya dan terapi medisnya, informasi tersebut biasanya didapat dari berbagai sumber seperti media cetak, elektronik atau melalui program pendidikan di rumah sakit. Penderita hendaknya benar-benar memahami tentang penyakitnya dengan cara mencari informasi penyembuhan penyakitnya tersebut.
4. Meningkatkan monitoring diri. Penderita harus melakukan monitoring diri, karena dengan monitoring diri penderita dapat lebih mengetahui tentang keadaan dirinya seperti keadaan gula dalam darahnya, berat badan, dan apapun yang dirasakannya.

b. Segi Tenaga Medis

Usaha-usaha yang dilakukan oleh orang-orang di sekitar penderita untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan antara lain:

1. Meningkatkan keterampilan komunikasi para dokter. Salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara dokter dengan pasien. Ada banyak cara dari dokter untuk menanamkan kepatuhan dengan dasar komunikasi yang efektif dengan pasien.
2. Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. Tenaga kesehatan, khususnya dokter adalah

orang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien dan apa yang ia katakan secara umum diterima sebagai sesuatu yang sah atau benar.

3. Memberikan dukungan sosial. Tenaga kesehatan harus mampu mempertinggi dukungan sosial. Selain itu keluarga juga dilibatkan dalam memberikan dukungan kepada pasien, karena hal tersebut juga akan meningkatkan kepatuhan, Smet (1994) menjelaskan bahwa dukungan tersebut bisa diberikan dengan bentuk perhatian dan memberikan nasihatnya yang bermanfaat bagi kesehatannya. Pendekatan perilaku. Pengelolaan diri yaitu bagaimana pasien diarahkan agar dapat mengelola dirinya dalam usaha meningkatkan perilaku kepatuhan. Dokter dapat bekerja sama dengan keluarga pasien untuk mendiskusikan masalah dalam menjalani kepatuhan serta pentingnya pengobatan.

2.5 Konsep Hipertensi

2.5.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah penyakit yang makin banyak dijumpai di Indonesia, terutama di kota besar. Merupakan factor risiko langsung terhadap timbulnya infark miokard dan CVA (*cerebravaskular accidents*).

Hipertensi adalah peningkatan tekanan sistolik, yang tingginya tergantung umur individu yang terkena. Tekanan darah berfluktuasi dalam batas-batas tertentu, tergantung posisi tubuh, umur, dan tingkat stres yang dialami.

Seorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. Tekanan darah sistolik merupakan pengukur utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, 2015).

hipertensi atau tekanan darah tinggi jika terkena darah sistolik lebih besar dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih besar dari 90 mmHg (Chobanian, 2004); (National Heart, Lung, 2011).

Hipertensi dengan peningkatan systole tanpa disertai peningkatan tekanan diastole lebih sering pada lansia, sedangkan hipertensi peningkatan diastole tanpa disertai peningkatan tekanan systole lebih sering terdapat pada dewasa muda. Hipertensi dapat di golongkan sebagai esensial atau adapatik, tanpa etiologi spesifik, yang sering dijumpai. Bila ada penyebabnya, disebut hipertensi sekunder.

Hipertensi adalah peningkatan tekanan sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat, peningkatan darah tersebut berlangsung dalam jangka waktu lama dan dapat menimbulkan kerusakan pada jantung, otak, ginjal bila tidak dideteksi secara dini dan pengobatan yang menandai. (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan tinggi tekanan darah, dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

Tabel 0.1 Klasifikasi tekanan darah pada lansia

Kategori	Sistolik	Diastolik
Optimal	<120 mmHg	<80 mmHg
Normal	<130 mmHg	<85 mmHg
Normal Tinggi	130 – 139 mmHg	85 – 89 mmHg
Hipertensi Tingkat 1	140 - 159 mmHg	90 - 99 mmHg
Hipertensi Tingkat 2	160 - 179 mmHg	100 - 109 mmHg
Hipertensi Tingkat 3	≥180 mmHg	≥110 mmHg
Hipertensi isolated systolic	≥140 mmHg	>90 mmHg

Sumber : Konsensus Penatalaksanaan Hipertensi (Kemenkes, 2014).

Table 1 klasifikasi tekanan darah

2.5.2 Penyebab Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat digolongkan menjadi 2 yaitu:

1. Hipertensi esensial atau primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum dapat diketahui. Namun, berbagai faktor diduga turut berperan sebagai penyebab hipertensi primer, seperti bertambahnya umur, stress psikologis, dan hereditas (keturunan). Kurang dari 90 % penderita hipertensi tergolong hipertensi primer, sedangkan 10%-nya tergolong hipertensi sekunder.

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal

(hiperalddosteronisme), dan lain-lain. Karena golongan terbesar dari penderita hipetensi adalah hipertensia esensial, maka pengobatan dan penyelidikan lebih banyak ditunjukan ke penderita hipertensi esensial.

Berdasarkan pernyataan di atas disimpulkan bahwa penyebab hipertensidibagi menjadi dua yangdisebabkan oleh paktor gaya hidupmuali dari kebiasaan makantidak sehat, lingkungan dan factor keturunan dari keluarga penderita hipertensi skunder disebabkan oleh kesehatanindivindu atau sendiri.

2.5.3 Faktor Risiko Hipertensi

Hipertensi disebabkan oleh faktor-faktor yang dapat dikendalikan atau dimodifikasi dengan perbaikan gaya hidup dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi

a. Faktor yang dapat dimodifikasi

1) Stress

Stres akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulus aktifitas saraf simpatetik. Stres dapat berhubungan dengan pekerjaan, kelas sosial, ekonomi, dan karakter personal. Mekanisme hubungan stress dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis. Syaraf simpatis merupakan saraf yang bekerja pada saat kita tidak beraktifitas. Penigkatan aktifitas saraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermitten (tidak

tentu). Apabila stress berkepanjangan, dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi. Walaupun hal ini belum terbukti, akan tetapi angka kejadian di masyarakat perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan. Hal ini dapat dihubungkan dengan pengaruh stress yang dialami masyarakat yang tinggal di kota

2) Obesitas

Penelitian epidemiologi sebanyak 30-60% penderita hipertensi tergolong obesitas, mengurangi berat badan dapat menurunkan tekanan darah. Indeks Massa Tubuh (IMT) normal untuk orang Asia adalah 18,5-22,9 kg/m². Obesitas terutama pada tubuh bagian atas dengan peningkatan jumlah lemak pada bagian perut. Penilaian obesitas sentral dengan pengukuran lingkaran pinggang dibandingkan dengan IMT atau rasio pinggang– panggul. Definisi obesitas sentral orang Asia adalah lingkaran pinggang >90cm pada laki-laki dan >80cm pada perempuan

3) Nutrisi

Sodium adalah penyebab penting dari hipertensi esensial, asupan garam yang tinggi lebih dari 14 gram atau 2 sendok makan garam perhari akan menyebabkan pengeluaran berlebihan dari hormon natriuretik yang secara tidak langsung akan meningkatkan tekanan darah.

4) Merokok

Rokok merupakan factor risiko hipertensi yang dapat dimodifikasi

5) Kurang olah raga

Berbagai penelitian membuktikan bahwa hidup aktif yaitu melakukan latihan fisik sedang selama 30 menit setiap hari dapat menurunkan risiko terjadinya hipertensi sebanyak 30-50%. Gaya hidup yang tidak aktif dapat berisiko terjadinya hipertensi pada orang-orang memiliki kepekaan yang diturunkan.

Penderita hipertensi meningkat seiring pertambahannya usia individu 50-60% ada pada usia di atas 60 tahun. Faktor risiko usia laki-laki ≥ 55 tahun

b. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

1) Genetik

70-80% kasus hipertensi primer, didapat riwayat hipertensi di dalam keluarga. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua, maka dugaan hipertensi primer lebih besar. Hipertensi juga dijumpai pada penderita kembar monozigot (satu telur), apabila salah satunya menderita hipertensi. Dugaan ini menyokong bahwa faktor genetik mempunyai peran didalam terjadinya hipertensi.

2) Umur

Penderita hipertensi meningkat seiring pertambahannya usia individu 50-60% ada pada usia di atas 60 tahun. Faktor risiko usia laki-laki ≥ 55 tahun dan usia perempuan ≥ 65 tahun. Hal ini merupakan pengaruh degeneratif bertambahnya usia.

3) Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai risiko lebih tinggi menderita hipertensi dan lebih awal terkena hipertensi yaitu dibandingkan perempuan. Laki-laki juga mempunyai risiko yang lebih besar terhadap mobilitas dan mortalitas korciiovaskuler.

4) Etnis

Hipertensi lebih banyak terjadi pada orang berkulit hitam dari pada yang berkulit putih walaupun belum diketahui secara pasti penyebabnya, namun dalam orang berkulit hitam ditemukan kadar renin yang lebih rendah dan sensitivitas terhadap vasopressin lebih besar.

5) Penyakit Ginjal

Ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara :

- a) Jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, yang akan menurunkan volume cairan dalam aliran darah dan mengembalikan tekanan darah normal.
- b) Jika tekanan darah menurun, ginjal akan mengurangi pembuangan garam dan air sehingga darah bertambah dan tekanan darah menjadi normal.
- c) Ginjal juga meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim renin, yang memicu pembentukan hormone angiotensin yang selanjutnya akan memicu pelepasan hormone aldosterone.

Ginjal merupakan organ penting dalam mengendalikan tekanan darah, gangguan pada ginjal dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah,

misalnya penyempitan arteri kearah ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi.

2.5.4 Gejala Hipertensi

Penderita hipertensi akan mengalami beberapa gejala hipertensi adalah sakit kepala, marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur mata kunang-kunang dan pusing (tyashapsari,2012).

Gajala hipertensi adalah sakit kepala, nyeri tegang dibagian belakang kepala dan tengkuk, perasaan lelah dan lesu kadang timbul tanpa sebab yang nyata. Berdasarkan pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa gejala yang terjadi pada penderita hipertensi banyak di antaranya merupakan gejala secara fisik dimana gejala fisik tersebut pada akhirnya dapat berdampak pada gejala secara psikologis (kushartani,2013)

2.5.5 Fatofiologi

Factor-factor yang berperan dalam pengendalian tekanan darah, pada dasarnya merupakan factor-faktor yang mempengaruhi rumus dasar : tekanan darah =curah jantung X resistensi perifer. Tekanan dibutuhkan untuk mengalirkan darah melalui system sirkulasi yang merupakan hasil dari aksi pompa jantung atau yang sering disebut curah jantung (cardiac autput) dan tekanan dari perifer atau sering disebut resistensi perifer. Kedua penentu periferadanya tekanan darah tersebut masing-masing juga ditentukan oleh berbagai interaksi factor-faktor serial yang sangat kompleks.

Berdasarkan rumus diatas, maka peningkatan tekan darah secara logis dapat terjadi karena peningkatan curah jantung dan atau peningkatan resistensi perifer. Peningkatan curah jantung dapat melalui dua atau peningkatan resistensi perifer. Peningkatan curah jantung dapat melalui dua mekanisme yaitu melalui peningkatan volume cairan (*preload*) atau melalui peningkatan kontraktilitas karena rangsangan neural jantung. Meskipun faktor peningkatan curah jantung terlibat dalam permulaan timbulnya hipertensi, namun temuan-temuan pada penderita hipertensi kronis menunjukkan adanya hemodinamik yang khas yaitu adanya peningkatan resistensi perifer dengan curah jantung normal.

Adanya pola peningkatan curah jantung yang dapat menyebabkan peningkatan resistensi perifer secara persisten, sudah diteliti beberapa orang dan pada banyak hewan coba pada penelitian-penelitian tentang hipertensi. Pada hewan coba, dengan kondisi jaringan ginjal yang berkurang, ketika diberi penambahan volume cairan, maka tekan darah pada awalnya akan naik sebagai konsekuensi tingginya curah jantung, namun beberapa hari, resistensi perifer akan meningkat dan curah jantung kembali ke nilai basal. Perubahan resistensi perifer tersebut menunjukkan adanya perubahan property intrinsic dari pembuluh darah yang berfungsi untuk mengatur aliran darah yang terkait dengan kebutuhan metabolik dari jaringan.

2.6 Konsep lansia

2.6.1 Pengertian Lansia

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan lansia, maka yang dimaksud dengan lansia adalah seseorang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Kemenkes, RI 2014). Adapun kategori lanjut usia menurut WHO adalah sebagai berikut elderly (60-70 tahun), Old (75-89 tahun) dan very old (> 90 tahun) (Dewi 2014).

Penuaan merupakan proses normal perubahan yang berhubungan dengan waktu, sudah dimulai sejak lahir dan berlanjut sepanjang hidup. Usia tua adalah fase akhir dari rentang kehidupan. Manusia lanjut usia adalah seseorang yang karena usianya mengalami perubahan biologis, fisi, kejiwaan, dan social, serta perubahan ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan, termasuk kesehatannya. Oleh karena itu, kesehatan manusia lanjut perlu mendapatkan perhatian khusus dengan tetap dipelihara dan ditingkatkan agar selama mungkin dapat hidup secara produktif sesuai dengan kemampuannya sehingga dapat ikut serta berperan aktif dalam pembangunan (Fatimah, 2010).

1. Lansia Potensial

Lansia yang termasuk dalam angkatan kerja merupakan lansia potensial. Lansia potensial merupakan lansia yang masih

mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa.

2. Lansia Potensial Berdaya Guna

Pendayagunaan lansia potensial perlu dilakukan agar lansia dapat hidup secara produktif sesuai dengan kemampuannya. Pemberdayaan lansia dapat dilakukan dengan cara menyadarkan kepada masyarakat bahwa masalah lansia harus segera ditangani, kemudian tahap kemudian tahap berikutnya adalah pengetahuan tentang merawat lanjut usia dan bentuk-bentuk kegiatan apa yang dapat kepada lanjut usia sehingga mereka tetap aktif, berdayaguna, dan keberadaanya bermanfaat bagi keluarga dan lingkungannya (Martono, 2008).

Pendayagunaan merupakan pengusahaan agar mampu mendatangkan hasil dan manfaat. Pendayagunaan lansia membentuk pola aktivitas lansia yang bermanfaat mengisi waktu luang, menciptakan hubungan sosial, mengurangi perasaan kesendirian, menjaga hubungan timbal-balik antara lansia dengan lingkungannya, menambah pendapatan, menjaga eksistensi diri dan meningkatkan kapasitas terkait kesehatan maupun keterampilan lansia (Seriawan, 2016).

2.6.2 Batasan lanjut usia

1. Batasan Lanjut Usia

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lanjut usia berdasarkan usia kronologis/biologis menjadi empat kelompok :

- a. Usia pertengahan (middle age) usia 45-95 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

Menurut Prof. DR. Koesoemanto Setyonegoro, Sp.Kj., lanjut usia (geriatric age) usia >65/70 tahun, terbagi atas :

- a. Young old (usia 70-75 tahun)
- b. Old (usia 75-80 tahun)
- c. Very old (usia >80 tahun)

2. Perubahan-perubahan yang terjadi akibat proses penuaan

a. Perubahan kondisi fisik

Perubahan kondisi fisik pada lansia meliputi : perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem organ tubuh, diantaranya system pernafasan, pendengaran, penglihatan, kardiokular, system pengaturantubuh, musculoskeletal, gastrointestinaal, urogenital, endokrin,dan integument. Masalah fisik sehari-hari yang sering ditemukan pada lansia diantaranya lansia mudah jatuh, mudah lelah, kekacauan mental, nyeri pada dada, berdebar-debar, sesak nafas pada saat melakukan aktifitas/bekerja fisik, pembengkakan pada kaki bawah, nyeri pinggang atau punggung,

nyeri di pinggul, sulit tidur, sering pusing, berat badan menurun, gangguan pada fungsi penglihatan, pendengaran dan sulit menahan BAK.

b. Perubahan Kondisi Mental

Pada umumnya lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Perubahan-perubahan mental ini berkaitan dengan perubahan fisik, keadaan kesehatan, tingkat pendidikan atau pengetahuan, dan situasi lingkungan. Intelegensi diduga secara umum makin mundur terutama faktor penolakan abstrak, mulai lupa terhadap kejadian baru, masih teringat baik kejadian masa lalu. Dari segi mental dan emosional sering muncul perasaan pesimis, timbulnya perasaan tidak aman, dan cemas. Adanya kekacauan mental akut, merasa terancam akan timbulnya suatu penyakit atau takut ditelantarkan karena tidak berguna lagi. Munculnya perasaan kurang mampu mandiri serta cenderung bersifat introvert

c. Perubahan Psikososial

Masalah perubahan psikososial serta reaksi individu terhadap perubahan ini sangat beragam, bergantung pada kepribadian individu yang bersangkutan. Orang yang telah menjalani kehidupannya dengan bekerja, mendadak dihadapkan untuk menyesuaikan diri dengan masa pensiun. Bila ia cukup beruntung dan bijaksana, maka ia akan mempersiapkan diri dengan menciptakan berbagai bidang minat untuk memanfaatkan waktunya, masa pensiunnya akan memberikan kesempatan untuk menikmati sisa hidupnya. Namun, bagi banyak pekerja, pensiun berarti

terputus dari lingkungan, teman-teman yang akrab, dan disingkirkan untuk duduk-duduk di rumah.

d. Permasalahan yang terjadi pada lansia

- Permasalahan umum.

- 1) Makin besar jumlah lansia yang berada dibawah garis kemiskinan
- 2) Makin melemahnya nilai kekerabatan, sehingga anggota keluarga yang berusia lanjut kurang diperhatikan, dihargai, dan dihormati.
- 3) Lahirnya kelompok masyarakat industry
- 4) Masih rendah nya kualitasdan kuantitas tenaga professional pelayanan usia lanjut.
- 5) Belum membudaya dan melembaganya kegiatan pembinaan kesejahteraan pada lansia

- Permasalahan khusus..

- 1) Berlangsungnya proses penuaan yang berakibat pada timbulnya masalah fisik, mental, maupun sosial.
- 2) Berkurangnya integrasi social lansia.
- 3) Rendahnya produktifitas kerja lansia.
- 4) Banyaknya lansia yang miskin, terlantar, dan cacat.
- 5) Berubahnya nilai social masyarakat yang mengarah pada tatanan masyarakat individualistic.
- 6) Adanya dampak negative dari proses pembangunan yang dapat mengganggu kesehatan fisik lansia.

- Masalah Kesehatan

- 1) Penyakit jantung
- 2) Penyakit keganasan seperti kanker.
- 3) Penyakit ginjal.
- 4) Penyakit paru akut seperti pneumonia dan edema paru.
- 5) Penyakit vascular seperti CVA dan penyakit pembuluh perifer
- 6) COPD atau PPOM (Penyakit Paru Obstruksi Menahun).
- 7) Arthritis.
- 8) Kelainan pada kulit dan kecelakaan.

e. Peningkatan stressor.

Hal ini dapat diakibatkan adanya hemiplegi, deficit sensorik, hospitalisasi, tinggal di rumah perawatan, kesulitan berbicara, kehilangan anak dan teman, pemindahan benda yang memiliki arti, serta cara kerja yang tidak bias dilakukan sebagaimana pada waktu muda.

f. Respon obat

- 1) Menurunnya absorpsi obat, hal ini disebabkan oleh menurunnya HCL, asam lambung, dan perubahan pergerakan gastrointestinal.
- 2) Perubahan distribusi obat, hal ini disebabkan oleh menurunnya serum albumin yang mengikat obat dan tersimpannya obat pada jaringan lunak.
- 3) Perubahan metabolisme obat, akibat menurunnya aktifitas enzim hati.

4) Menurunnya ekskresi obat, terjadi akibat menurunnya aliran darah ke ginjal, menurunnya kecepatan filtrasi glomerulus, dan menurunnya beberapa fungsi tubulus ginjal.

g. Post power sindrom

Post power sindrom merupakan suatu keadaan maladjustment mental dari seseorang yang mempunyai kedudukan “dari ada menjadi tidak ada” dan menunjukkan gejala-gejala diantaranya frustrasi, depresi, dan lain-lain pada orang yang bersangkutan (Wahid Iqbal Mubarak).

2.7 Konsep Diet Rendah Garam

2.7.1 Pengertian Diet Rendah Garam

Diet rendah garam adalah membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.

Konsumsi tinggi garam dihubungkan dengan kenaikan kejadian stroke dan meningkatnya angka kematian akibat penyakit kardiovaskuler. Menurunkan asupan garam sebesar < 1700 mg (75 mmol) per hari dapat menurunkan tekanan darah 4-5 mmHg pada orang hipertensi dan 2 mmHg pada orang sehat.

A *Cochrane review*, 17 penelitian yang melibatkan 734 partisipasi hipertensi, diberikan diet rendah garam. Pada akhirnya penelitian di dapatkan penurunan tekanan darah sistolik 5 mmHg dan tekanan darah diastolic 3 mmHg. Pada penelitian yang dilakukan DASH

(*The Dietary Approaches To Stop Hypertension*) yang melibatkan 412 partisipan diberikan diet garam yang dibagi 3 kelompok.

1. Diet rendah garam I (200-400 mg Na)

Diet rendah garam I diberikan kepada pasien dengan edema, asites atau hipertensi berat. Pada pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur. Dihindari makanan yang tinggi kadar natriumnya.

2. Diet rendah garam II (600-800 mg Na)

Diet rendah garam II diberikan kepada pasien dengan edema, asites atau hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari sama dengan diet rendah garam I. Pada pengolahan makanannya menggunakan $\frac{1}{2}$ sendok teh garam dapur atau 2 gram. Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.

3. Diet rendah garam III (1000-1200 mg Na)

Diet rendah garam III diberikan pada pasien dengan edema atau penderita hipertensi ringan. Pemberian makanan sehari sama dengan diet garam rendah 1. Pada pengolahan makanannya menggunakan 1 sendok teh atau 4 gram garam dapur (Suhardi, Moh Yogiarto, 2015).

2.7.2 Bahan makanan Yang Dianjurkan Dan Tidak Dianjurkan

Tabel 0.2 Bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan.

Bahan makanan	Dianjurkan	Tidak dianjurkan
sumber karbohidrat	beras, kentang, singkong, terigu, tapioka, hunkwe, gula, makanan	roti, biskuit dan kue-kue yang dimasak dengan

	yang diolah dari bahan makanan tanpa garam dapur dan soda seperti: makaroni, mi, bihun, roti, biscuit dan roti kering	garam dapur atau baking powder dan soda
sumber protein hewani	daging dan ikan maksimal 100 gram sehari; telur maksimal 1 butir sehari	otak, ginjal, lidah, sardine; daging, ikan, susu dan telur yang diawet dengan garam dapur seperti daging asap, ham, bacon, dendeng, abon, keju, ikan asin, ikan kaleng, kornet, ebi, udang kering, telur asin dan telur pindang
sumber protein nabati	semua kacang-kacangan dan hasilnya diolah dan dimasak tanpa garam dapur	keju kacang tanah dan semua kacang-kacangan dan hasilnya yang dimasak dengan garam dapur dan lain ikatan natrium
Sayuran	semua sayuran segar, sayuran yang diawet tanpa garam dapur dan natrium benzoate;	sayuran yang dimasak dan diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti sayuran dalam kaleng, sawi asin, asinan dan acar

Buah-buahan	semua buah-buahan segar, buah yang diawet tanpa garam dapur dan natrium benzoat;	Buah-buahan yang diawet dengan garam dapur dan lain ikatan natrium, seperti buah dalam kaleng
Lemak	minyak goreng, margarin dan mentega tanpa garam	; margarin dan mentega biasa
Minuman	Teh dan kopi	minuman ringan
Bumbu	semua bumbu-bumbu kering yang tidak mengandung garam dan lain ikatan natrium. Garam dapur sesuai ketentuan untuk Diet Rendah Garam II dan III)	garam dapur untuk Diet Rendah Garam I, <i>baking powder</i> , soda kue, vetsin dan bumbu-bumbu yang mengandung garam dapur seperti kecap, magi, <i>tomato ketchup</i> , petis dan tauco

Sumber : Almatsier, 2006

Table 2 makanan yang di bolehkan dan tidak boleh di makan

Pengurangan penggunaan garam yang dimaksud bukanlah dilaksanakan pada semua jenis garam, namun pengurangan yang ada lebih kepada maksud pembatasan jumlah garam atau natrium klorida (NaCl) dalam makanan selain penyedap masakan (monosodium glutamat = MSG), serta sodium karbonat. Sangat dianjurkan pada pelaku diet ini untuk mengonsumsi garam dapur (garam yang mengandung iodium) tidak lebih daripada 6 gram per hari atau setara dengan satu sendok teh. Untuk memudahkan diet ini cobalah untuk :

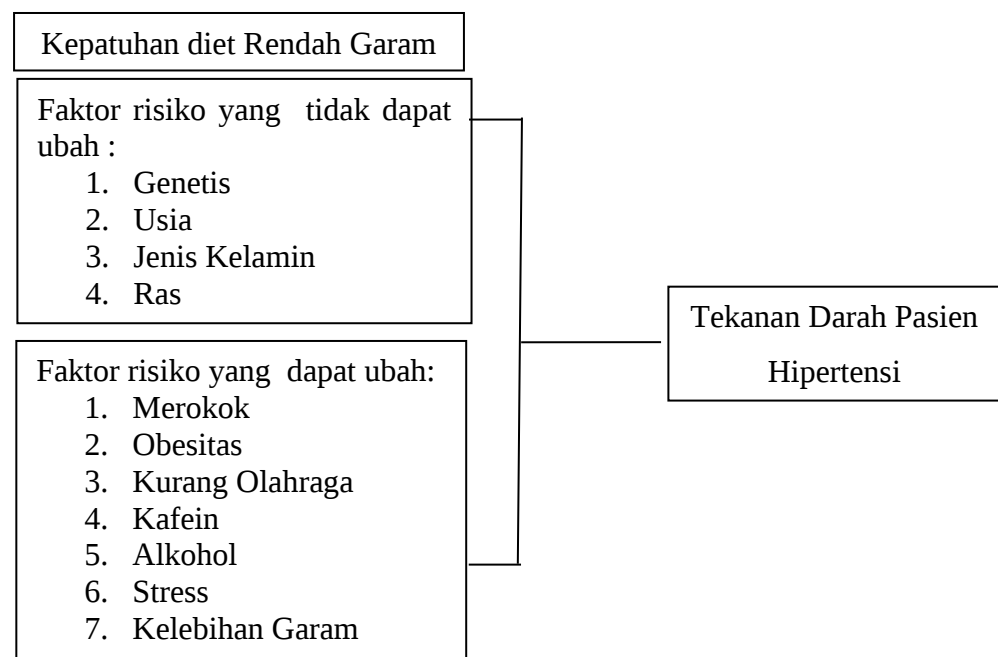
- a. Tidak meletakkan garam di atas meja makan.
- b. Pilihlah sayuran yang segar. Makanan yang terdapat di kemasan kaleng banyak mengandung garam. Jika pun mau tidak mau harus mengonsumsi sayuran kaleng maka cuci bersih sayuran dengan air sebelum dikonsumsi untuk mengurangi kandungan garam yang melekat di sayuran tersebut.
- c. Pilihlah buah yang segar, karena umumnya buah-buahan yang segar memiliki kandungan rendah natrium namun kaya akan kandungan kalium.
- d. Menambahkan rasa di makanan dengan bumbu atau rempah lainnya seperti bawang putih, bawang merah, jahe, kunyit, salam, gula, atau cuka selain garam.
- e. Untuk makanan camilan pilihlah kacang, biskuit, dan makanan camilan lainnya yang tidak mengandung banyak garam.

Membandingkan dengan Daftar Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (DKG) atau Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk Indonesia.

Kelebihan dari metode Recall INutrition adalah mudah melaksanakannya serta tidak terlalu membebani responden biaya relatif murah, karena tidak memerlukan peralatan khusus dan tempat yang luas untuk wawancara cepat, sehingga dapat mencakup banyak responden. Dapat digunakan untuk responden yang buta huruf. Dapat memberikan gambaran nyata yang benar-benar dikonsumsi individu sehingga dapat

dihitung intake zat gizi sehari. Kekurangannya adalah ketepatannya sangat tergantung pada daya ingat responden oleh karena itu responden harus mempunyai daya ingat yang baik, sehingga metode ini tidak cocok dilakukan pada anak usia di bawah 7 tahun dan orang tua berusia di atas 70 tahun serta sering terjadi the flat slope syndrome, yaitu kecenderungan bagi responden yang kurus untuk melaporkan konsumsinya lebih banyak atau responden yang kelebihan berat badan untuk melaporkan konsumsinya lebih sedikit (Daphane, 2011).

2.8 Kerangka Teori



Gambar 2.8. Kerangka Teori

Sumber : Casey dan Benson, 2012

Bagan 1 kerangka Teori Kepatuhan Diet Rendah garam