

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pendidikan Kesehatan

2.1.1. Pengertian pendidikan

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang didalamnya perawat sebagai perawat pendidik. Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktik pendidikan. Oleh sebab itu konsep pendidikan kesehatan adalah pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan (Azmi, 2016).

2.1.2. Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan merupakan domain yang akan dituju dari pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan memiliki beberapa tujuan antara lain pertama, tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Kedua, terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan social sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian. Ketiga, menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan (Joefaira, 2012).

2.1.3. Sasaran pendidikan kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam 3 (tiga) kelompok, yaitu :

a. Sasaran primer (Primary Target)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan juga sebagainya.

b. Sasaran sekunder (Secondary Target)

Yang termasuk dalam sasaran ini adalah para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk nantinya kelompok ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat di sekitarnya.

c. Sasaran tersier (Tertiary Target)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak langsung terhadap perilaku tokoh masyarakat dan kepada masyarakat umum (Sari, 2013).

2.1.4. Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Suliha (2007), metode pendidikan kesehatan merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan.

Metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi:

1) Metode pendidikan individual

Digunakan untuk membina perilaku baru serta membina perilaku individu yang mulai tertarik pada perubahan perilaku sebagai proses inovasi. Metode yang biasa digunakan adalah bimbingan dan penyuluhan, konsultasi pribadi, dan wawancara.

2) Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok dikelompokkan menjadi kelompok kecil yang beranggotakan kurang dari 15 orang dengan menggunakan metode pendidikan seperti diskusi kelompok, curah gagasan, bola salju, buzz group, permainan peran, simulasi, dan demonstrasi. Sedangkan kelompok besar yaitu beranggotakan lebih dari 15 orang dengan menggunakan metode pendidikan seperti ceramah, seminar, simposium, dan forum panel.

3) Metode pendidikan massa

Metode ini digunakan pada sasaran yang bersifat massal yang bersifat umum dan tidak membedakan sasaran. Pendidikan kesehatan dengan metode ini tidak dapat diharapkan sampai pada terjadinya perilaku, namun mungkin hanya sampai tahap sadar.

Metode yang bisa digunakan seperti ceramah umum, pidato, artikel di majalah, film cerita, dan papan reklame.

Suatu metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dapat dipilih berdasarkan tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan perawat sebagai pendidik, kemampuan sasaran, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan, serta ketersediaan fasilitas (Sulihah & Uha, 2007).

2.1 Lansia

2.2.1. Pengertian Lansia

Lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis (Efendi, 2009). Lansia adalah seseorang yang telah berusia >60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017). Kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah berusia > 60 tahun, mengalami penurunan kemampuan beradaptasi, dan tidak berdaya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seorang diri.

2.2.2. Klasifikasi Lansia

Klasifikasi lansia menurut Burnside dalam (Nugroho, 2012):

- 1) Young old (usia 60-69 tahun)
- 2) Middle age old (usia 70-79 tahun)
- 3) Old-old (usia 80-89 tahun)

4) Very old-old (usia 90 tahun ke atas)

2.2.3. Perubahan fisiologis pada Lanjut Usia

Pemahaman kesehatan pada lansia umumnya bergantung pada persepsi pribadi atas kemampuan fungsi tubuhnya. Lansia yang memiliki kegiatan harian atau rutin biasanya menganggap dirinya sehat, sedangkan lansia yang memiliki gangguan fisik, emosi, atau sosial yang menghambat kegiatan akan menganggap dirinya sakit.

Perubahan fisiologis pada lansia beberapa diantaranya :

- a. penampilan dan fungsi fisik Orang tua menjadi lebih pendek karena berkurangnya lebar bahu dan pembesaran lingkaran dada dan perut serta diameter panggul. Kulit menjadi tipis dan berkerut, massa tubuh berkurang dan massa lemak bertambah.
- b. Perubahan kardiovaskular yaitu katup jantung menebal dan kaku, terjadi penurunan kemampuan memompa darah (kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun dan resistensi pembuluh darah perifer meningkat sehingga meningkatkan tekanan darah.
- c. Perubahan sistem pernapasan yang berkaitan dengan usia yang mempengaruhi kapasitas fungsi paru-paru, yaitu penurunan elastisitas paru-paru, penurunan kekuatan dan kekakuan otot-otot pernapasan, peningkatan kapasitas residu, sehingga pernapasan lebih berat, alveolus membesar dan jumlah menurun, kemampuan batuk menurun, dan bronkus menyempit.
- d. Perubahan integumen yang terjadi seiring bertambahnya usia mempengaruhi fungsi dan penampilan kulit, dimana epidermis dan

dermis menjadi lebih tipis, jumlah serat elastis berkurang, kerutan dan kulit kepala serta rambut menjadi lebih tipis. pembuluh darah, uban, kelenjar yang mengurangi keringat, kuku yang keras dan rapuh serta kuku yang tumbuh seperti tanduk.

- e. Perubahan sistem saraf adalah perubahan struktur dan fungsi sistem saraf. Saraf sensorik menyusut sehingga fungsinya menurun dan waktu respons serta reaksi menjadi lambat, terutama yang berkaitan dengan stres, pengurangan atau hilangnya lapisan mielin aksonal, menyebabkan berkurangnya respons motorik dan refleksi.
- f. Perubahan muskuloskeletal sering terjadi pada wanita pascamenopause yang mungkin mengalami kehilangan kepadatan tulang yang besar yang dapat menyebabkan osteoporosis, benjolan (kyphosis), sendi tumbuh lebih besar dan kaku (otot atrofi), kram, tremor, tendon menyusut dan menderita sklerosis.
- g. Terjadi perubahan gastrointestinal: pembesaran esofagus, penurunan keasaman lambung, penurunan peristaltik yang juga menurunkan daya absorpsi, ukuran lambung mengecil dan fungsi organ aksesori menurun, sehingga produksi hormon dan enzim pencernaan berkurang.
- h. Perubahan genitourinari terjadi pada kontraksi ginjal, penurunan aliran darah ke ginjal, penurunan filtrasi glomerulus, dan penurunan fungsi tubulus, sehingga kemampuan memekatkan urin juga menurun.
- i. Perubahan kandung kemih terjadi pada wanita, yang dapat menyebabkan melemahnya otot, kemampuan mereka untuk menyusut, dan retensi urin.

- j. Perubahan pendengaran yang terjadi pada atrofi membran timpani yang dapat mengakibatkan gangguan pendengaran dan tulang pendengaran menjadi kaku.
- k. Perubahan penglihatan terjadi pada berkurangnya respon mata terhadap cahaya, berkurangnya adaptasi terhadap cahaya, berkurangnya adaptasi, penurunan lapang pandang, dan katarak (Maryam & Siti, 2008).

2.3. Hipertensi

2.3.1. Definisi

Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg (Elizabeth dalam (Ardiansyah, 2012)).

Menurut Price (dalam (Nurarif, et al., 2016), Hipertensi adalah sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sedikitnya 90 mmHg. Hipertensi tidak hanya beresiko tinggi menderita penyakit jantung, tetapi juga menderita penyakit lain seperti penyakit saraf, ginjal, dan pembuluh darah dan makin tinggi tekanan darah, makin besar resikonya.

Sedangkan menurut Hananta I.P.Y., & Freitag H. (2011), Hipertensi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri secara terus-menerus lebih dari suatu periode. Hipertensi dipengaruhi oleh faktor risiko ganda, baik yang bersifat endogen seperti usia, jenis kelamin dan genetik/keturunan, maupun yang bersifat eksogen seperti obesitas, konsumsi garam, rokok dan kopi (Hananta & Freitag, 2011).

Menurut American Heart Association atau AHA dalam Kemenkes (2018), hipertensi merupakan silent killer dimana gejalanya sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau rasa berat ditengkuk. Vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging atau tinnitus dan mimisan .

2.3.2. Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebab hipertensi dibagi menjadi 2 golongan (Ardiansyah, 2012) :

1) Hipertensi primer (esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi esensial atau hiperetnsi yang 90% tidak diketahui penyebabnya. Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial diantaranya :

a) Genetik

Individu dengan keluarga hipertensi memiliki potensi lebih tinggi mendapatkan penyakit hipertensi.

b) Jenis kelamin dan usia

Lelaki berusia 35-50 tahun dan wanita yang telah menopause berisiko tinggi mengalami penyakit hipertensi.

c) Konsumsi tinggi garam atau kandungan lemak.

Konsumsi garam yang tinggi atau konsumsi makanan dengan kandungan Lemak yang tinggi secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.

d) Berat badan obesitas

Berat badan yang 25% melebihi berat badan ideal sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.

- e) Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol

Merokok dan konsumsi alkohol sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi karena reaksi bahan atau zat yang terkandung dalam keduanya.

- 2) Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah jenis hipertensi yang diketahui penyebabnya.

Hipertensi sekunder disebabkan oleh beberapa penyakit, yaitu :

- a) Coarctationaorta, yaitu penyempitan aorta congenital yang mungkin terjadi

beberapa tingkat pada aorta toraksi atau aorta abdominal. Penyempitan pada aorta tersebut dapat menghambat aliran darah sehingga terjadi peningkatan tekanan darah diatas area konstriksi.

- b) Penyakit parenkim dan vaskular ginjal. Penyakit ini merupakan penyakit

utama penyebab hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan

- c) Satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke

ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada pasien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous dysplasia (pertumbuhan abnormal jaringan fibrous). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, serta perubahan struktur serta fungsi ginjal.

- d) Penggunaan kontrasepsi hormonal (esterogen).

Kontrasepsi secara oral yang memiliki kandungan esterogen dapat menyebabkan terjadinya hipertensi melalui mekanisme renin-aldosteron-mediate volume expansion. Pada hipertensi ini, tekanan darah akan kembali normal setelah beberapa bulan penghentian oral kontrasepsi.

- e) Gangguan endokrin. Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal-mediate hypertension disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol, dan katekolamin.
- f) Kegemukan (obesitas) dan malas berolahraga.
- g) Stres, yang cenderung menyebabkan peningkatan tekanan darah untuk sementara waktu.
- h) Kehamilan
- i) Luka bakar
- j) Peningkatan tekanan vaskuler
- k) Merokok.

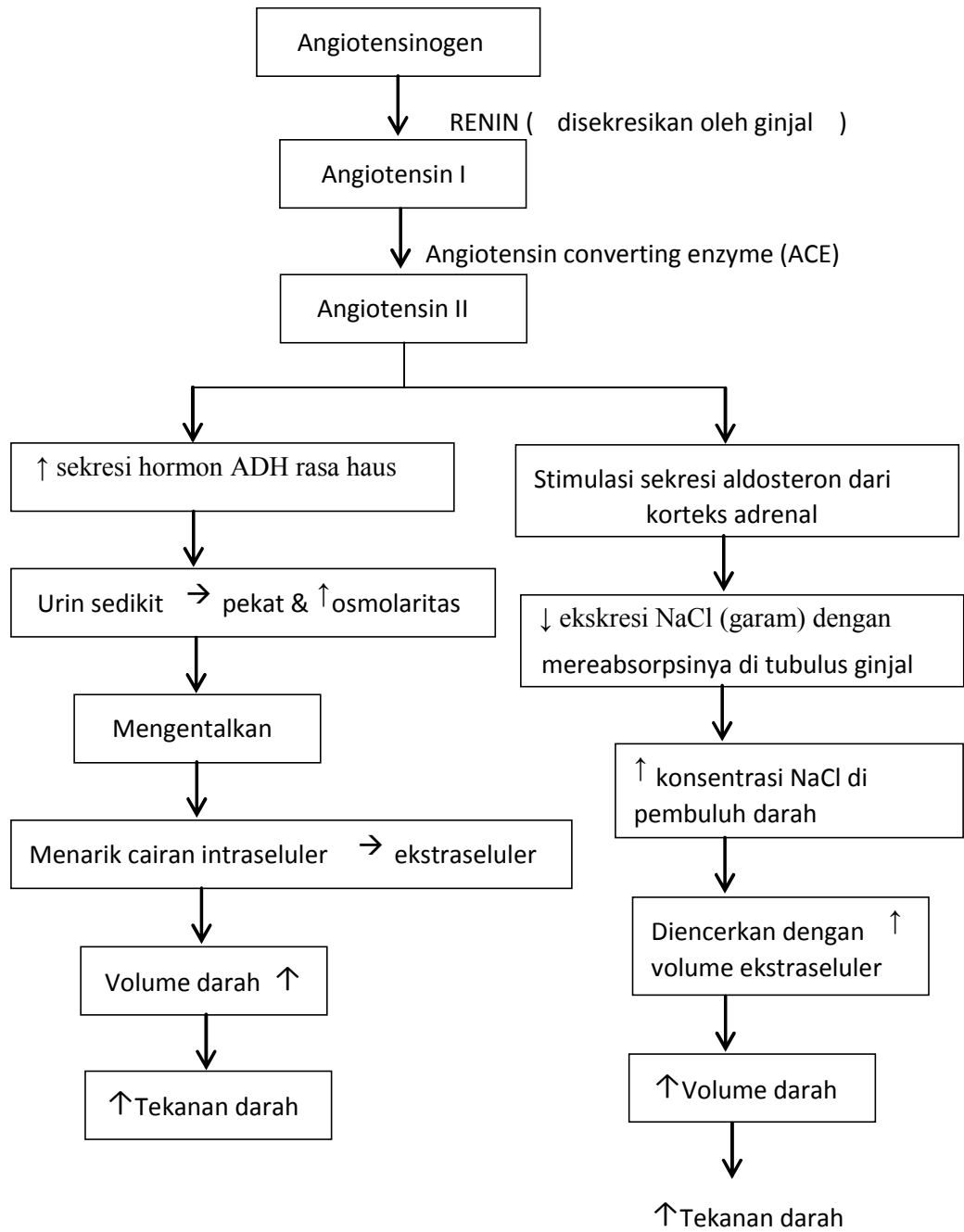
Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung serta menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian menyebabkan kenaikan tekanan darah.

2.3.3. Patofisiologi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh angiotensin I converting enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama.

Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah.



Gambar 3. Patofisiologi Hipertensi

Manifestasi klinis hipertensi

Menurut Nurarif & Kusuma (2016), tanda dan gejala hipertensi dibedakan menjadi :

a. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan arteri tidak diukur.

b. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis. Beberapa pasien yang menderita hipertensi mengalami sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, epistaksis, kesadaran menurun (Nurarif, et al., 2016).

2.3.4. Penatalaksanaan hipertensi

Menurut Padila (2013), Mencegah morbiditas dan mortalitas akibat komplikasi kardiovaskuler merupakan tujuan pengelolaan hipertensi yang berhubungan dengan pencapaian dan pemeliharaan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg. Prinsip pengelolaan penyakit hipertensi meliputi :

a. Terapi Tanpa Obat

Terapi tanpa obat digunakan sebagai tindakan untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat. Terapi tanpa obat ini meliputi :

1) Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi yaitu, restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hr menjadi 5 gr/hr, diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh, penurunan berat badan, penurunan asupan etanol, menghentikan merokok, diet tinggi kalium

2) Latihan Fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip yaitu, a) macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari jogging, bersepeda, berenang dan lain-lain, b) Intensitas olahraga yang baik antara 60-80% dari kapasitas aerobik atau 72-87% dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan. Denyut nadi maksimal dapat ditentukan dengan rumus $220 - \text{umur}$, c) Lamanya latihan

3) Edukasi Psikologis

Edukasi yang diberikan untuk penderita hipertensi yaitu : a) Teknik Biofeedback, merupakan suatu teknik yang digunakan untuk menunjukkan kepada subjek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subjek dianggap tidak normal. Penerapan biofeedback seringkali digunakan untuk mengatasi gangguan somatik seperti nyeri kepala dan migrain, dan juga untuk mengatasi gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan. b) Teknik Relaksasi, merupakan suatu prosedur atau teknik yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks.

4) Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

b. Terapi dengan Obat

Pengobatan hipertensi tidak hanya bertujuan untuk menurunkan tekanan darah saja tetapi juga untuk mengurangi dan mencegah komplikasi akibat hipertensi agar penderita dapat bertambah kuat. Pada umumnya pengobatan hipertensi perlu dilakukan seumur hidup penderita. Menurut Susalit (2004) obat antihipertensi yang sering digunakan untuk pengobatan yaitu golongan obat diuretik, penyekat beta, antagonis kalsium atau penghambat enzim konversi angiotensin (penghambat ACE) (Padila, 2013).

2.3.5. Kepatuhan Diet Hipertensi

a. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melaksanakan suatu aturan dalam dan perilaku yang disarankan. Pengertian dari kepatuhan adalah menuruti suatu perintah atau suatu aturan. Kepatuhan adalah tingkat seseorang dalam melaksanakan perawatan, pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Kepatuhan (compliance atau adherence) menggambarkan sejauh mana pasien berperilaku untuk melaksanakan aturan dalam pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh tenaga kesehatan (Bart, 2004).

b. Batasan Perilaku Kepatuhan

Kepatuhan terhadap aturan pengobatan sering kali dikenal dengan “Patient Compliance”. Kepatuhan terhadap pengobatan dikhawatirkan akan menimbulkan sesuatu yang tidak diinginkan, seperti misalnya bila tidak minum obat sesuai aturan, maka akan semakin memperparah penyakit.

c. Pengukuran Perilaku Kepatuhan

Kepatuhan pasien terhadap aturan pengobatan pada prakteknya sulit dianalisa karena kepatuhan sulit diidentifikasi, sulit diukur dengan teliti dan tergantung banyak faktor. Pengkajian yang akurat terhadap individu yang tidak patuh merupakan suatu tugas yang sulit. Metode yang digunakan untuk mengukur sejauh mana seseorang dalam mematuhi nasehat dari tenaga kesehatan yang meliputi laporan dari data orang itu sendiri, laporan tenaga kesehatan, perhitungan jumlah pil dan botol, tes darah dan urine, alat-alat mekanis, observasi langsung dari hasil pengobatan.

d. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Ada beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang yaitu demografi, penyakit, pengetahuan, program terapeutik, psikososial, dukungan sosial :

1. 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. Faktor kognitif serta pendidikan seseorang dapat juga meningkatkan kepatuhan terhadap aturan perawatan hipertensi.

2. Pengetahuan

Pengetahuan pasien tentang kepatuhan pengobatan yang rendah yang dapat menimbulkan kesadaran yang rendah akan berdampak dan berpengaruh pada pasien dalam mengikuti tentang cara pengobatan, kedisiplinan pemeriksaan yang akibatnya dapat terjadi komplikasi berlanjut.

3. Komunikasi

Terapeutik Kualitas instruksi antara pasien dengan tenaga kesehatan menentukan tingkat kepatuhan seseorang, karena dengan kualitas interaksi yang tinggi, maka seseorang akan puas dan akhirnya meningkatkan kepatuhannya terhadap anjuran kesehatan dalam hal perawatan hipertensi, sehingga dapat dikatakan salah satu penentu penting dari kepatuhan adalah cara komunikasi tentang bagaimana anjuran diberikan.

4. Psikososial

Variabel ini meliputi sikap pasien terhadap tenaga kesehatan serta menerima terhadap penyakitnya. Sikap seseorang terhadap perilaku kepatuhan menentukan tingkat kepatuhan. Kepatuhan seseorang merupakan hasil dari proses pengambilan keputusan orang tersebut, dan akan berpengaruh pada persepsi dan keyakinan orang tentang kesehatan. Selain itu keyakinan serta budaya juga ikut menentukan perilaku kepatuhan. Nilai seseorang mempunyai keyakinan bahwa

anjuran kesehatan itu dianggap benar maka kepatuhan akan semakin baik.

5. Dukungan Sosial

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan bagi individu serta memainkan peran penting dalam program perawatan dan pengobatan. Pengaruh normatif pada keluarga dapat memudahkan atau menghambat perilaku kepatuhan, selain dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan diperlukan untuk mempertinggi tingkat kepatuhan, dimana tenaga kesehatan adalah seseorang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien, sehingga apa yang dianjurkan akan dilaksanakan.

e. Alat Ukur Kepatuhan Minum Obat

1. Kuisioner MMAS-8 (The 8-Item Morisky Medication Adherence Scale)

MMAS-8 merupakan pengembangan dari MMAS-4 yang pada tahun 1980 ditemukan oleh Morisky sebagai penilaian terhadap perilaku minum obat seseorang secara sederhana (CMSA, 2006). Pertanyaan nomer 1,2,6 merupakan pertanyaan motivasi meliputi kemampuan pasien untuk mengingat dan kemauannya untuk mengonsumsi obat. Sedangkan pertanyaan nomer 3,4,5 merupakan pertanyaan pengetahuan yang mengukur kemampuan pasien dalam menilai suatu manfaat yang didapat ketika mengonsumsi obat ataupun tidak dalam jangka panjang. Pasien memiliki motivasi rendah jika

pertanyaan nomer 1,2,6 memiliki skor 0-1 dan memiliki motivasi tinggi jika pada nomer tersebut memiliki skor 2-3, sedangkan pasien memiliki pengetahuan rendah jika pertanyaan nomer 3,4,5 memiliki skor 0-1 dan memiliki pengetahuan tinggi jika pada nomer tersebut memiliki skor 2-3. Jawaban “YA” memiliki skor 0 dan “TIDAK” memiliki skor 1.

2.3.6. Lansia Dengan Hipertensi

Hipertensi pada usia lanjut dibedakan berdasarkan:

1. Hipertensi dengan tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90mmHg
2. Hipertensi sistolik terisolasi karena tekanan sistolik lebih besar dari 160mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90mmHg.
Penyebab hipertensi pada lansia dikarenakan terjadinya beberapa perubahan pada
 - a. Elastisitas dinding aorta menurun
 - b. Katup jantung menebal dan menjadi kaku
 - c. Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap 1 tahun sesudah berusia 20 tahun, kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dalam volumenya
 - d. hilangnya elastisitas pembuluh darah, hal ini terjadi karena kekurangan efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi

e. meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer

Pada pasien hipertensi, kepatuhan terhadap rekomendasi pengobatan memiliki dampak yang besar pada keberhasilan terapi pengobatan. Kepatuhan yang tinggi, berkaitan dengan terkontrolnya tekanan darah dengan baik dan mengurangi komplikasi hipertensi. Menurut Safitri (2014) dalam teori *Health belief model* (HBM): konsep pengembangan dalam kepatuhan melalui interaksi perilaku dengan kepercayaan kesehatan seseorang yang dinilai dari variabel seperti kerentanan (*susceptibility*), keseriusan (*seriousness*), manfaat (*benefit*) dan rintangan (*barriers*) untuk melakukan sebuah perilaku kesehatan, serta isyarat untuk bertindak (*cues to action*)