

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Pengetahuan

2.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010).

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011) pengetahuan memiliki 6 tingkatan yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan dengan mengingat sesuatu materi yang sebelumnya telah dipelajari.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui serta dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi maupun kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, akan tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya antara satu dengan yang lainnya.

e. Sintesis (*Sintesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi diartikan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Yuliana dalam (Priantara, 2019), adalah sebagai berikut :

a. Pendidikan

Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi.

b. Media massa/informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengetahuan jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan.

c. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan seseorang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan itu baik atau tidak.

d. Lingkungan

Lingkungan mempunyai pengaruh besar terhadap masuknya proses pengetahuan karena adanya interaksi timbal balik yang akan direspon sebagai pengetahuan.

e. Pengalaman

Pengetahuan merupakan cara untuk memperoleh kebenaran suatu pengetahuan yang dapat diperoleh melalui pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain.

f. Usia

Usia mempengaruhi pola pikir dan daya tangkap seseorang. Bertambahnya usia akan semakin berkembang pola pikir dan daya tangkap seseorang.

2.2 Konsep Dasar Hipertensi

2.2.1 Pengertian Hipertensi

Diagnosis hipertensi ditegakkan bila TDS ≥ 140 mmHg dan/atau TDD ≥ 90 mmHg pada pengukuran di klinik atau fasilitas layanan kesehatan. Menurut Brunner dan Suddarth (2013) hipertensi juga diartikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan darahnya diatas 140/90 mmHg.

2.2.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi menurut Joint National Committee (JNC VII), dapat di lihat pada tabel 2.1. Klasifikasi JNC VII ini hanya membagi kategori hipertensi menjadi 4 yaitu normal, prahipertensi, hipertensi derajat 1 dan hipertensi derajat 2.

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VII

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	Dan <80
Prahipertensi	120-139	Atau 80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	Atau 90-99
Hipertensi derajat 2	≥160	Atau ≥100

Sumber : (Bope & Kellerman, 2017)

Berdasarkan European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) 2003, hipertensi di klasifikasikan lebih terinci dibandingkan klasifikasi JNC VII, dapat dilihat pada tabel 2.2

Tabel 2. 2 Klasifikasi Hipertensi berdasarkan European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC)

Kategori	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)	
Optimal	< 120	dan	< 80
Normal	120-129	dan/atau	80-84
Normal-Tinggi	130-139	dan/atau	85-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	dan/atau	90-99
Hipertensi Derajat 2	160-179	dan/atau	100-109
Hipertensi Derajat 3	≥180	dan/atau	≥110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥140	dan	> 90

TDS = tekanan darah sistolik; TDD = tekanan darah diastolik

Sumber : (ESC/ESH Guidelines for the management of arterial Hypertension, 2013)

2.2.3 Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi terbagi menjadi 2 golongan menurut Irianto (2014) yaitu :

a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer

Merupakan 90% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi esensial yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya (Idiopatik). Beberapa faktor diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial seperti berikut ini:

1) Genetik

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini. Faktor genetik ini tidak dapat dikendalikan, jika memiliki riwayat keluarga yang memiliki tekanan darah tinggi.

2) Jenis Kelamin dan usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi. Jika usia bertambah maka tekanan darah meningkat faktor ini tidak dapat dikendalikan serta jenis kelamin laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan.

3) Diet

Konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.

4) Berat badan

Faktor ini dapat dikendalikan dimana bisa menjaga berat badan dalam keadaan normal atau ideal. Obesitas (>25% diatas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

5) Gaya hidup

Faktor ini dapat dikendalikan dengan pasien hidup dengan pola hidup sehat dengan menghindari faktor pemicu hipertensi itu terjadi yaitu merokok, dengan merokok berkaitan dengan jumlah rokok yang dihisap dalam waktu sehari dan dapat menghabiskan berapa putung rokok dan lama merokok berpengaruh dengan tekanan darah pasien. Konsumsi alkohol yang sering, atau berlebihan dan terus menerus dapat meningkatkan tekanan darah pasien sebaiknya jika memiliki tekanan darah tinggi pasien diminta untuk menghindari alkohol agar tekanan darah pasien dalam batas stabil dan pelihara gaya hidup sehat penting agar terhindar dari komplikasi yang bisa terjadi.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid, hipertensi endokrin, hipertensi renal, kelainan saraf pusat yang dapat mengakibatkan hipertensi dari penyakit tersebut karena hipertensi sekunder yang terkait dengan ginjal disebut hipertensi ginjal (renal hypertension). Gangguan ginjal yang paling banyak menyebabkan tekanan darah tinggi karena adanya penyempitan

pada arteri ginjal, yang merupakan pembuluh darah utama penyuplai darah ke kedua organ ginjal. Bila pasokan darah menurun maka ginjal akan memproduksi berbagai zat yang meningkatkan tekanan darah serta gangguan yang terjadi pada tiroid juga merangsang aktivitas jantung, meningkatkan produksi darah yang mengakibatkan meningkatnya resistensi pembuluh darah sehingga mengakibatkan hipertensi. Faktor pencetus munculnya hipertensi sekunder antara lain: penggunaan kontrasepsi oral, coarctation aorta, neurogenik (tumor otak, ensefalitis, gangguanpsikiatris), kehamilan, peningkatan volume intravaskuler, luka bakar, dan stress karena stres bisa memicu sistem saraf simpatik sehingga meningkatkan aktivitas jantung dan tekanan pada pembuluh darah.

2.2.4 Patofisiologi Hipertensi

Hipertensi dikaitkan dengan penebalan dinding pembuluh darah dan hilangnya elastisitas dinding arteri. Hal ini menyebabkan resistensi perifer akan meningkat sehingga jantung akan memompa lebih kuat untuk mengatasi resistensi yang lebih tinggi. Akibatnya aliran darah ke organ vital seperti jantung, otak dan ginjal akan menurun (Potter& Perry, 2012). Selain itu juga terjadinya mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah 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 norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi 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 intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Untuk pertimbangan gerontology. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang

kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curang jantung dan peningkatan tahanan perifer (Brunner & Suddarth, 2013).

2.2.5 Komplikasi Hipertensi

Menurut jurnal yang ditulis oleh Ilham et al., (2019) Beberapa kasus stroke yang terjadi merupakan kasus yang dipicu oleh tekanan darah yang tinggi. Dampak lain dari hipertensi yakni gangguan pada ginjal, terutama pada kasus hipertensi yang tidak terkontrol akan menimbulkan berbagai gangguan pada ginjal. Gangguan pada ginjal yang sering terjadi adalah gagal ginjal, yang pada umumnya timbul akibat hipertensi yang berlanjut. Dampak buruk lain yang terjadi pada komplikasi hipertensi yaitu munculnya serangan jantung, jika hal tersebut tidak tertangani dengan baik dapat mengarah hingga ke kematian mendadak (Nursyahidah, 2016).

2.2.6 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan menggunakan obat-obatan ataupun dengan cara modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup dapat dilakukan dengan membatasi asupan garam tidak lebih dari X - }) sendok teh (6 gram/hari), menurunkan berat badan, menghindari minuman berkafein, rokok, dan minuman beralkohol. Olahraga juga dianjurkan bagi penderita hipertensi, dapat berupa jalan, lari, jogging, bersepeda selama 20-25 me nit dengan frekuensi 3-5 x per minggu. Penting juga untuk cukup istirahat (6-8 jam) dan mengendalikan

stress. Untuk pemilihan serta penggunaan obat-obatan hipertensi disarankan untuk berkonsultasi dengan dokter keluarga Anda (Kemenkes, 2014).

2.3 Konsep Dasar Program Pengelolaan Penyakit Kronis

2.3.1 Konsep Prolanis

PROLANIS adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (BPJS Kesehatan, 2014).

2.3.2 Tujuan Prolanis

Mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit (BPJS Kesehatan, 2014).

2.3.3 Sasaran Prolanis

Seluruh peserta BPJS Kesehatan penyandang penyakit kronis (Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Hipertensi) (BPJS Kesehatan, 2014).

2.3.4 Bentuk Pelaksanaan Prolanis

Aktifitas dalam Prolanis meliputi aktifitas konsultasi medis/edukasi, Home Visit, Reminder, Aktivitas klub dan pemantauan status kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

2.3.5 Langkah Pelaksanaan Prolanis

Persiapan Pelaksanaan Prolanis menurut BPJS Kesehatan (2014) adalah sebagai berikut :

1. Melakukan identifikasi data peserta sasaran berdasarkan :
 - a. Hasil skrining riwayat kesehatan dan atau hasil Diagnosa DM dan HT (pada faskes tingkat pertama maupun RS).
2. Menentukan sasaran.
3. Melakukan pemetaan faskes dokter keluarga/puskesmas berdasarkan distribusi target sasaran peserta.
4. Menyelenggarakan sosialisasi prolanis kepada faskes pengelola.
5. Melakukan pemetaan jejaring faskes pengelola (Apotek, Laboratorium).
6. Permintaan pernyataan kesediaan jejaring faskes untuk melayani peserta PROLANIS.
7. Melakukan sosialisasi PROLANIS kepada peserta (instansi, pertemuan kelompok pasien kronik di RS, dan lain-lain).
8. Penawaran kesediaan terhadap peserta penyandang Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Hipertensi untuk bergabung dalam PROLANIS.
9. Melakukan verifikasi terhadap kesesuaian data diagnosa dengan form kesediaan yang diberikan oleh calon peserta PROLANIS.

10. Mendistribusikan buku pemantauan status kesehatan kepada peserta terdaftar PROLANIS.
11. Melakukan rekapitulasi data peserta terdaftar.
12. Melakukan entri data peserta dan pemberian flag peserta PROLANIS.
13. Melakukan distribusi data peserta Prolanis sesuai faskes pengelola.
14. Bersama dengan faskes melakukan rekapitulasi data pemeriksaan status kesehatan peserta, meliputi pemeriksaan GDP, GDPP, Tekanan darah, IMT, HbA1C. Bagi peserta yang belum pernah dilakukan pemeriksaan, harus segera dilakukan pemeriksaan.
15. Melakukan rekapitulasi data hasil pencatatan status kesehatan awal peserta per faskes pengelola (data merupakan luaran aplikasi P-Care).
16. Melakukan monitoring aktifitas PROLANIS pada masing -masing faskes pengelola :
 - a. Menerima laporan aktifitas PROLANIS dari Faskes Pengelola.
 - b. Menganalisa data.
17. Menyusun umpan balik kinerja faskes PROLANIS.
18. Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantr Pusat.

2.3.6 Aktivitas Prolanis

Menurut BPJS Kesehatan (2014) aktifitas Prolanis dilaksanakan dengan mencakup 4 metode, yaitu :

1. Konsultasi Media Peserta Prolnis : jadwal konsultasi disepakati bersama antara peserta dengan faskes pengelola.
2. Edukasi kelompok peserta prolanis

Definisi : Edukasi Klub Risti (Klub Prolanis) adalah kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan bagi peserta PROLANIS.

Sasaran : Terbentuknya kelompok peserta (Klub) PROLANIS minimal 1 faskes pengelola 1 Klub. Pengelompokan diutamakan berdasarkan kondisi kesehatan peserta dan kebutuhan edukasi.

Langkah-langkah :

- a. Mendorong Faskes Pengelola melakukan identifikasi peserta terdaftar sesuai tingkat severitas penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi yang disandang.
- b. Memfasilitasi koordinasi antara Faskes Pengelola dengan Organisasi Profesi/Dokter Spesialis diwilayahnya.
- c. Memfasilitasi penyusunan kepengurusan dalam Klub .
- d. Memfasilitasi penyusunan kriteria Duta PROLANIS yang berasal dari peserta. Duta PROLANIS bertindak sebagai motivator dalam kelompok Prolanis (membantu Faskes Pengelola melakukan proses edukasi bagi anggota Klub).
- e. Memfasilitasi penyusunan jadwal dan rencana aktifitas Klub minimal 3 bulan pertama.
- f. Melakukan Monitoring aktifitas edukasi pada masing-masing Faskes Pengelola:
 - 1) Menerima laporan aktifitas edukasi dari faskes pengelola.
 - 2) Menganalisis data.

- g. Menyusun umpan balik kinerja faskes PROLANIS.
- h. Membuat laporan kepada kantor Divisi Regional/Kantor Pusat dengan tembusan kepada Organisasi Profesi terkait diwilayahnya.

3. Reminder melalui SMS Gateway

Definisi : Reminder adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada askes pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke faskes pengelola tersebut.

Sasaran : Tersampainya reminder jadwal konsultasi peserta ke masing-masing faskes pengelola.

Langkah-langkah :

- a. Melakukan rekapitulasi nomor Handphone peserta PROLANIS/Keluarga peserta per masing-masing Faskes Pengelola.
- b. Entri data nomor handphone kedalam aplikasi SMS Gateway.
- c. Melakukan rekapitulasi data kunjungan per peserta per Faskes Pengelola.
- d. Entri data jadwal kunjungan per peserta per Faskes Pengelola.
- e. Melakukan monitoring aktifitas reminder (melakukan rekapitulasi jumlah peserta yang telah mendapat reminder).
- f. Melakukan analisa data berdasarkan jumlah peserta yang mendapat reminder dengan jumlah kunjungan.
- g. Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat.

4. Home Visit

Definisi : Home visit adalah kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah peserta PROLANIS untuk pemberian informasi/edukasi

kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta PROLANIS dan keluarga.

Sasaran :

Peserta PROLANIS dengan kriteria

- a. Peserta baru terdaftar
- b. Peserta tidak hadir terapi di dokter Praktek Perorangan/Klinik/Puskesmas 3 bulan berturut-turut.
- c. Peserta dengan GDP/GDPP/dibawah standar 3 bulan berturut-turut (PPDM).
- d. Peserta dengan Tekanan Darah tidak terkontrol 3 bulan berturut-turut (PPHT).
- e. Peserta pasca opname.

Langkah-langkah :

- a. Melakukan identifikasi sasaran peserta yang perlu dilakukan Home Visit.
- b. Memfasilitasi Faskes Pengelola untuk menetapkan waktu kunjungan.
- c. Bila diperlukan, dilakukan pendampingan pelaksanaan Home Visit.
- d. Melakukan administrasi Home Visit kepada Faskes Pengelola dengan berkas sebagai berikut:
 - 1) Formulir Home Visit yang mendapat tanda tangan Peserta/Keluarga peserta yang dikunjungi.
 - 2) Lembar tindak lanjut dari Home Visit/lembar anjuran Faskes Pengelola.
- e. Melakukan monitoring aktifitas Home Visit (melakukan rekapitulasi jumlah peserta yang telah mendapat Home Visit).

- f. Melakukan analisa data berdasarkan jumlah peserta yang mendapat Home Visit dengan jumlah peningkatan angka kunjungan dan status kesehatan peserta.
- g. Membuat laporan kepada Kantor Divisi Regional/Kantor Pusat.