

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Peer Group

2.1.1 Konsep Peer Group

Kata *Peer Group* itu sendiri berasal dari bahasa Inggris yang artinya kelompok teman sebaya. Secara sosiologis, kelompok adalah sekumpulan orang yang saling hubungan atau berinteraksi, sampai tumbuh perasaan bersama. (Bambang Samsul Arifin, 2015). Menurut Santrock, teman sebaya ialah anak-anak dengan usia atau tingkat kedewasaan yang kurang lebih sama. (sulistiyowati, 2017). Sedangkan *peer group* menurut Tirtarahardja ialah suatu kelompok yang terdiri dari orang-orang yang sama usianya, kelompok itu dapat berupa kelompok bermain sewaktu masa kecil, atau kelompok yang beranggotakan anak-anak dengan jenis kelamin sama, atau berupa gang yaitu kelompok anak-anak nakal. (Susyana, 2016).

Upaya dalam meningkatkan kualitas hidup lansia dapat melalui *Peer Group Education*. *Peer Group Education* ialah proses menyampaikan edukasi dan informasi kepada kelompok orang yang merasa memiliki kesamaan baik dari segi usia, pola pikir, minat atau hal lainnya kepada orang yang mengaku atau mempunyai hal serupa.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa, *peer group* adalah sekumpulan orang yang saling berinteraksi satu sama lain yang mempunyai beberapa kesamaan, baik usia, jenis kelamin, maupun pola pikir sehingga muncul perasaan ingin bersama. Pada umumnya, *peer group* pada remaja mempunyai usia yang setingkat kedewasaan atau kematangan yang relatif sama.

2.1.2 Pelaksanaan Peer Group

Menurut Lancaster dalam novi lestari tahun 2019 bahwa pelaksanaan *peer group* sebagai berikut :

1. *peer group* setiap kelompok terdiri dari 8-10 orang dengan 1 orang fasilitator.

Menurut Lancaster, (2010)

2. Fasilitator yang terpilih kemudian diberi pelatihan berupa pemberian informasi baik secara lisan maupun tertulis. Pelatihan Pelaksanaan *peer grup* dilaksanakan selama 4 minggu dengan 4 kali pertemuan. Pertemuan pertama dilakukan sosialisasi dan *pre test* terkait pengetahuan tentang hipertensi, pertemuan kedua dilakukan penyampaian materi tentang diet hipertensi dan role play. Masing-masing pertemuan berlangsung 45-60 menit. Pertemuan yang ketiga diberikan *post test* dan role play sehingga fasilitator dianggap mampu untuk menyampaikan informasi tersebut kepada kelompok sebaya.

3. Kegiatan *peer group education* dilaksanakan sebanyak 4 kali pertemuan, kegiatan ini dilaksanakan oleh fasilitator dan didampingi oleh peneliti selama 4 minggu yaitu setiap minggu satu kali pertemuan. Pertemuan pertama kegiatan yang akan dilaksanakan meliputi *pre test* kualitas hidup dan penyampaian informasi tentang diet hipertensi dilanjutkan dengan sharing, diskusi kelompok dan tanya jawab kepada responden. Pertemuan kedua dan ketiga menggunakan waktu formal selama 30-45 menit, dilakukan olahraga atau senam lansia kemudian pertemuan keempat sharing pengalaman dan dilakukan *post test* dengan kuesioner kualitas hidup.

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Peer Group

- a. Nilai ekspresif atau pengaruh normatif memiliki hubungan dan pengaruh yang kuat pada kalangan lansia terutama memberikan edukasi terhadap kualitas hidup lansia dengan hipertensi. Hal ini berarti bahwa pengaruh normatif dalam kelompok *peer group* menjadi suatu potensial bila edukasi yang bisa memotivasi kualitas hidup lansia melalui *peer group education* ini.
- b. Pengaruh informasi yang datang dari orang yang dianggap berpengaruh oleh seseorang akan membuat seseorang merasa lebih nyaman. Dari segi emosional, seseorang yang mendapat dukungan dari teman sebaya akan merasa dihargai, dicintai bahkan rasa saling memiliki karena dalam kelompok sebaya, pada masing-masing anggotanya akan terjalin hubungan pribadi yang erat sehingga akan lebih terbuka kepada teman sebayanya tentang segala masalah yang dihadapinya.
- c. Peran dalam kelompok masih dianggap penting dikalangan lansia. Peran yang ada dalam kelompok *peer group* dalam memberikan edukasi yang harus digunakan dianggap penting karena arti teman sangat berarti bagi mereka dalam mencari, mendapatkan, dan memberi masukan atau informasi mengenai hal-hal yang dianggap baru atau saling memberikan perhatian satu sama lain.
- d. Penyesuaian diri terhadap tekanan *peer group* cukup kuat dikalangan remaja. Sehingga pengaruh yang diberikan kepada anggota kelompok *peer group* ini sangat kuat karena adanya tekanan yang dominan pada rentang usia tersebut.

- e. Perbandingan sosial masih sangat penting bagi kalangan lansia terutama untuk mendapatkan pengakuan dalam kelompok pertemanan mereka.
- f. Pengaruh lisan dikalangan lansia masih sangat rentan. Hal ini karena setiap kata yang terucap dari teman sebayanya dijadikan dasar baginya untuk mendapatkan edukasi dan informasi atau cenderung ke perkataan yang lebih berpengaruh oleh seseorang akan membuat seseorang merasa lebih nyaman. Pengaruh lisan umumnya memiliki peranan yang lebih penting dalam mempengaruhi perilaku dibandingkan dengan iklan atau sumber lain yang didominasi oleh para ahli.

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Pengertian Kualitas Hidup

Chung, Killingworth, dan Nolan (2012) dalam saragih (2016) menyatakan bahwa kualitas hidup adalah keadaan bagaimana individu merespon secara fisik maupun emosional baik individu memfungsikan secara psikologis, sosial, pekerjaan dan fisik. Tsitsis dan Lavdanity (2015) dalam saragih (2016) menjelaskan bahwa kualitas hidup berhubungan dengan perhatian pada emosi sosial dan kesejahteraan fisik yang digambarkan sebagai pengaruh dari kesehatan individu sehari-hari. Kualitas hidup merupakan bentuk pilihan hidup individu dan pengalaman dilingkungan sekitar, yang secara subjektif bergantung pada beberapa faktor seperti kesehatan, pendapatan, status pekerjaan dan keadaan keluarga (Rokicka, 2014) dalam saragih (2016).

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu pada kehidupannya dalam konteks budaya dan nilai sistem dimana tinggal dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan

kekhawatiran. Kualitas hidup sering digambarkan sebagai kesejahteraan fisik, fungsional, emosional maupun dari faktor sosial (Destiawati, 2016).

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup sebagai berikut :

1) Usia

Dengan bertambahnya usia, individu akan mengalami perubahan fungsi tubuh baik segi fisik maupun mental. Bertambahnya umur, dapat mempengaruhi kualitas hidup individu sehingga kualitas hidupnya menurun (Utami, Karim, & Agrina, 2014). Pertambahan usia dapat menyebabkan perubahan dalam cara hidup, perubahan tersebut dalam hal ekonomi, perubahan mental, dan psikososial, penyakit kronis, kekuatan fisik (Nursilmi, Kusharto, & Dwiriani, 2017).

2) Kondisi Fisik

Kondisi fisik lansia juga mengalami kemunduran saat memasuki fase usia lanjut dalam kehidupannya, hal ini ditandai dengan munculnya penurunan kondisi fisik yang belum pernah terjadi pada lansia pada saat usia muda. Secara umum akan terjadi perubahan fisik pada lansia, perubahan tersebut baik fisiologis, psikososial maupun mental. Perubahan kondisi fisik pada lansia adalah supaya mengetahui pencapaian kualitas hidup dari lansia tersebut. Kualitas hidup lansia baik jika kondisi fisik lansia baik sedangkan kondisi yang buruk akan berdampak kualitas hidup rendah pada lansia (Rohmah, Purwaningsih, & Bariyah, 2012).

3) Lingkungan

Lingkungan adalah tempat tinggal individu, dimana lingkungan yang aman, tenang dan nyaman bagi para lansia, hal ini akan mendukung lansia dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari. Suasana tempat tinggal yang menyenangkan maka kesejahteraan lingkungan yang baik pun akan tercapai. Lingkungan lansia yang didukung akan mencapai kualitas hidup yang lebih baik (Rohmah, Purwaningsih, & Bariyah, 2012). Lingkungan juga sebagai tempat tinggal lansia untuk menyesuaikan diri. Perbedaan lingkungan fisik, ekonomi, sosial maupun spiritual lansia berpengaruh besar terhadap status kesehatan lansia, karena ketika lingkungan lansia itu mendukung maka akan meningkatkan pelayanan kesehatan yang baik untuk lansia. Permasalahan yang mendasari baik dan buruknya derajat kesehatan lansia ialah dari lingkungan tempat tinggal mereka.

4) Status Kesehatan

Sejalan dengan bertambahnya usia kesehatan adalah salah satu komponen utama kualitas hidup mengenai kesetaraan kesehatan individu (Mirza, 2017). Kesehatan lansia dipengaruhi oleh penyakit yang ada dalam tubuh, lansia yang memiliki keluhan penyakit di tubuhnya berdampak pada aktivitas sehari-hari yang akan menurunkan kualitas hidupnya. Lansia akan mengalami penurunan fungsi fisiologis akibat proses degeneratif, hal ini berdampak pada daya tahan tubuh sehingga rentan terhadap penyakit dan kesehatannya akan menurun. Kesehatan lansia sangat penting karena mengalami penurunan fungsi fisik ini akan mempengaruhi kualitas hidup, semakin baik kesehatan lansia semakin meningkat kualitas hidupnya dan kesehatan pada lansia semakin menurun maka

kualitas hidupnya pun akan ikut menurun (Nursilmi, Kusharto, & Dwiriani, 2017).

5) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses pembelajaran untuk meningkatkan dan mengembangkan kemampuan sehingga menentukan mudah atau tidaknya seseorang dalam memahami suatu pengetahuan yang diperoleh, semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin tinggi pula pengetahuan yang dimiliki. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi kualitas hidup lansia, dengan tingkat pendidikan yang tinggi maka tingkat pengetahuan seseorang untuk meningkatkan kualitas hidup lansia juga berpengaruh pada kualitas hidupnya (Nursilmi, Kusharto, & Dwiriani, 2017). Lansia dengan status pendidikan rendah pengetahuan tentang gaya hidup sehat pun rendah, hal ini karena kurangnya informasi yang cukup. Tingkat pendidikan seseorang dapat berpengaruh pada kemampuan untuk menyerap informasi, pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik (Lueckenotte, 2000 dalam Herlinah dkk., 2013).

6) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap penerimaan keluarga terhadap individu atau anggota keluarga lain. Dukungan ini berdampak besar pada kesehatan dan mental individu. Dukungan yang diberikan keluarga kepada lansia mempengaruhi kualitas hidup lansia karena adanya timbul rasa dihargai dan diperhatikan. Dukungan keluarga minimum dalam kehidupan individu akan

mengakibatkan penurunan kesehatan dan mempengaruhi kualitas hidup lansia (Mirza, 2017).

7) Kesejahteraan Psikologis

Lansia akan mengalami penurunan pada kemampuan psikologis yang disebabkan karena fungsi fisiologis, contoh tekanan darah yang tinggi membuat kerusakan intelektual pada lansia dan fungsi pendengaran pada lansia mulai menurun membuat lansia gagal memahami apa yang orang lain katakan. Kesejahteraan psikologis menjadi faktor menentukan kualitas hidup lansia karena psikologis yang penting untuk melakukan kontrol terhadap semua kejadian yang terjadi dalam hidup individu. Seseorang yang mampu mencapai kesejahteraan psikologis yang baik maka akan berpengaruh pada peningkatan kualitas hidupnya (Rohmah dkk., 2012).

2.2.3 Domain Kualitas Hidup

Model kualitas hidup WHOQOL-BREF menurut skevington (2004) dalam Mardiyarningsih (2014) terdiri dari 4 domain yaitu,

- a. Dimensi kesehatan fisik yang terdiri dari rasa sakit nyeri, energy dan istirahat, tidur, mobilitas, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan.
- b. Dimensi psikologis yang terdiri dari punya perasaan negative, cara berfikir, harga diri, body image, dan spiritual,
- c. Dimensi hubungan sosial yang terdiri dari hubungan individu, serta adanya dukungan social.
- d. Dimensi lingkungan yang terdiri dari sumber keuangan, informasi dan ketrampilan, rekreasi dan bersantai, lingkungan rumah, akses ke perawatan kesehatan dan sosial, keamanan fisik, lingkungan fisik dan transportasi.

Menurut Bowling (2013) membagi kualitas dalam 7 dimensi kualitas hidup yang terdiri dari keseluruhan hidup (kepuasan hidup), kesehatan (kesanggupan melakukan aktifitas), hubungan sosial (hubungan lansia dengan keluarga, teman, dan aktifitas sosial yang diikuti), kemandirian (melakukan suatu hal tanpa bantuan orang lain), rumah dan bertetangga (perasaan nyaman dan tenang dirumah dan lingkungan terdekatnya), psikologi dan emosional (persepsi lansia terhadap kehidupannya), keuangan (biaya hidup).

2.3 Penilaian Kualitas Hidup WHOQOL-BREF

Penilaian kualitas hidup dengan menggunakan skala Likert dengan liam titik yang berkisar antara 1-5. Aspek dan distribusi item kuesioner kualitas hidup dapat dilihat pada lampiran.

Setiap item pertanyaan diberikan nilai 1, 2, 3, 4, dan 5 sebagai berikut:

- b. Pada item pertanyaan nomor 3 dan 4 merupakan pertanyaan unfavorable dengan skor 1= dalam jumlah berlebih, 2= sangat sering, 3= dalam jumlah sedang, 4= sedikit dan 5= tidak sama sekali, sedangkan untuk item pertanyaan 5-9 merupakan pertanyaan favorable 1 = tidak sama sekali, 2 = sedikit, 3 = dalam jumlah berlebihan.
- c. Pada item pertanyaan 10-14 merupakan pertanyaan favorable dengan skor 1 = tidak sama sekali, 2 = sedikit, 3 = sedang, 4 = sering kali dan 5 = sepenuhnya dialami.
- d. Pada item pertanyaan nomor 15 merupakan pertanyaan favorable dengan skor 1 = sangat buruk, 2 = buruk, 3 = biasa-biasa saja, 4 = baik dan 5 = sangat baik.

- e. Pada item pertanyaan nomor 16-25 merupakan pertanyaan favorable dengan skor 1 = sangat tidak memuaskan, 2 = tidak memuaskan, 3 = biasa-biasa saja, 4 = memuaskan, 5 = sangat memuaskan.
- f. Pada item pertanyaan nomor 26 merupakan pertanyaan unfavorable dengan skor 1 = selalu, 2 = sangat sering, 3 = kadang-kadang, 4 = jarang dan 5 = tidak pernah.

Data kualitas hidup dideskripsikan berdasarkan akumulasi skor dari pengisian kuesioner WHOQOL-BREF. Untuk dapat mencapai akumulasi skor tersebut, skor yang diperoleh harus melewati beberapa tahap, yaitu penentuan skor akhir untuk masing-masing domain dan transformasi skor. Tata cara penentuan skor akhir telah disajikan pada lampiran 1 dan transformasi skor pada lampiran 2.

Skor masing-masing domain kualitas hidup yang telah ditransformasi, kemudian diakumulasi lalu dibagi 4, kemudian diklasifikasi sebagai berikut: (1) skor ≤ 33 termasuk dalam kategori kualitas hidup rendah, (2) skor $\geq 33 \leq 67$ termasuk dalam kategori dukungan kualitas hidup sedang, (3) skor ≥ 67 termasuk dalam kategori kualitas hidup tinggi.

Kuesioner WHOQOL-BREF merupakan kuesioner yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup lansia. Kuesioner WHOQOL-BREF ini dikeluarkan oleh WHO (*World Health Organization*) dan telah baku. Kuesioner ini tersaji dalam berbagai bahasa salah satunya Bahasa Indonesia. Jadi, peneliti tidak menerjemahkan sendiri kuesioner WHOQOL-BREF ini melainkan sudah ada dalam bentuk Bahasa Indonesia. Untuk itu, peneliti tidak lagi melakukan uji validitas dan reabilitas terhadap kuesioner ini.

WHOQOL-BREF sendiri telah terbukti valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup yang terdiri 26 item dan 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan) (Salim, dkk., 2007). WHOQOL-BREF juga telah diteliti dan dikembangkan oleh sejumlah peneliti dari berbagai negara, seperti Iran (Vahedi, 2010), India (Mudey, dkk., 2011) Tiongkok (Xia, dkk., 2012) dan tidak terkecuali Indonesia (Salim, dkk., 2007).

2.3.1 Sistem Penilaian Whoqol-Bref

Pada WHOQOL-BREF terdapat 26 pertanyaan yang dikategorikan menjadi 4 domain.

	Equations for Computing domain scores	Raw Score	Transformed scores	
			4-20	0-100
Domain 1	$(6-Q3)+(6Q4)+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domain 4	$Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

Pada setiap pertanyaan diberikan 5 kelas penilaian yang masing-masing memiliki nilai yang berbeda, 1 Selalu, 2 Sangat Sering, 3 Cukup Sering, 4 Jarang, 5 Tidak Pernah. Pada masing-masing domain memiliki nilai maksimal dan minimal yang berbeda.

Domain	Maksimal	Minimal
Domain 1	35	7
Domain 2	30	6
Domain 3	15	3
Domain 4	40	8

Lalu setelah mendapatkan nilai pada masing-masing domain digunakanlah rumus untuk membagi hasil setiap domain mempunyai rentang nilai 0-100.

$$\text{Domain 1 : } \frac{\text{Skor Pasien}}{35} \times 100$$

35

$$\text{Domain 3 : } \frac{\text{Skor Pasien}}{15} \times 100$$

15

$$\text{Domain 2 : } \frac{\text{Skor Pasien}}{30} \times 100$$

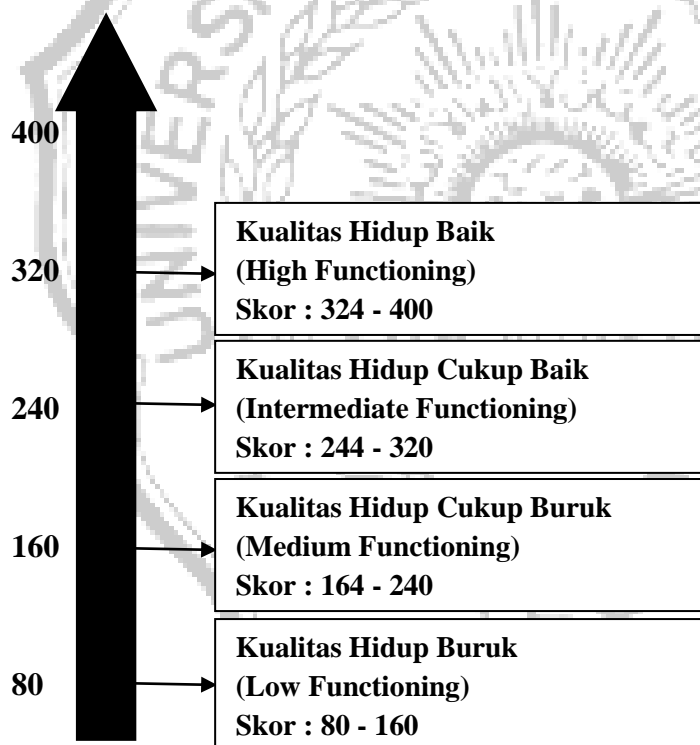
30

$$\text{Domain 4 : } \frac{\text{Skor Pasien}}{40} \times 100$$

40

Setelah itu hasil dari masing-masing domain ditambahkan dan dinilai menurut grafik dibawah ini

$$\text{Skor Final : Domain 1 (\%) + Domain 2 (\%) + Domain 3 (\%) + Domain 4 (\%)}$$



2.4 Konsep Lansia

2.4.1 Pengertian Lansia

Menua atau menjadi tua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari. Proses penuaan terjadi secara alamiah. Hal ini dapat menimbulkan masalah fisik, mental, sosial, ekonomi dan psikologis.(Mustika, 2019).

Lansia ialah suatu keadaan yang terjadi dalam kehidupan semua manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tak hanya bisa dimulai dari suatu waktu tertentu, namun dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua juga merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang akan melewati tiga tahap dalam kehidupannya yaitu masa anak, dewasa, dan juga tua.(Mawaddah, 2020).

Pada seseorang yang sudah lanjut usia banyak yang terjadi penurunan secara kondisi maupun biologis, dimana kondisi psikologisnya serta perubahan kondisi sosial dimana dalam proses menua ini memiliki arti yang berarti proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap lesion atau luka (infeksi) memperbaiki kerusakan yang diderita. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat menghambat fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya usia.(Friska et al., 2020).

2.4.2 Batasan Umur Lansia

Di Indonesia lanjut usia adalah usia 60 tahun keatas. Hal ini dipertegas dalam UU no. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada bab 1 pasal 1 ayat 2, bahwa yang disebut dengan lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas, baik pria maupun wanita (Nugroho, 2014).

Menurut organisasi Kesehatan Dunia (WHO), ada 4 tahapan yaitu :

1. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun.
2. Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun.
3. Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun.
4. Usia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut (60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan).

2.4.3 Klasifikasi Lanjut Usia

Menurut Depkes RI (2019) klasifikasi lansia terdiri dari :

1. Pra lansia yaitu yang berusia 45-59 tahun
2. Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia risiko tinggi adalah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial adalah lansia yang mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.5 Konsep Hipertensi

2.5.1 Pengertian Hipertensi

Tekanan darah merupakan gaya yang diberikan darah terhadap dinding pembuluh darah dan disebabkan oleh desakan darah terhadap dinding arteri ketika darah tersebut dipompa ke jantung ke jaringan. Tekanan darah paling tinggi terjadi ketika ventrikel berkontraksi (tekanan sistolik) dan paling rendah ketika

ventrikel berelaksasi (tekanan diastolik). Pada keadaan hipertensi, tekanan darah meningkat yang ditimbulkan karena darah dipompakan melalui pembuluh darah dengan kekuatan berlebih.

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Penderita hipertensi mengalami peningkatan tekanan darah melebihi batas normalnya, dan dimana tekanan darah normal tersebut sebesar 110/90 mmHg (WHO, 2013).

2.5.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi menurut WHO-ISH (*World Health Organization-International Society of Hypertension*), dan ESH-ESC (*European Society of Hypertension-European Society of Cardiology*), 2014.

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik		Tekanan Darah Diastolik	
	WHO-ISH	ESH-ESC	WHO-ISH	ESH-ESC
Optimal	<120	<120	<80	<80
Normal	<130	120-129	<85	80-84
Tinggi - Normal	130-139	130-139	85-89	85-89
Hipertensi kelas 1 (ringan)	140-159	140-159	90-99	90-99
Cabang : perbatasan	140-149		90-99	
Hipertensi kelas 2 (sedang)	160-179	160-179	100-109	100-109
Hipertensi kelas 3 (berat)	≥180	≥180	≥110	≥110
Hipertensi Sistolik terisolasi	≥140	≥180	<90	<90
Cabang : perbatasan	140-149		<90	

Menurut American Heart Association, dan Joint National Committee VII (AHA & JNC VII, 2014) :

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre hipertensi	120-139	80-89
Stage 1	140-159	90-99
Stage 2	≥160	≥100
Hipertensi Krisis	≥180	≥110

(Bope & Kellerman, 2017)

Kategori tekanan darah menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI).

Tabel 2.3 Kategori Tekanan Darah

Kategori	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	120-129	80-89
Normal tinggi	130-139	89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	≥160	≥100
Hipertensi derajat 3	≥180	≥110

2.5.3 Etiologi

Menurut Kemenkes RI, 2018, Berdasarkan penyebab terjadinya, hipertensi dibagi menjadi dua, yaitu :

- 1) Hipertensi Essensial (Hipertensi primer) tidak diketahui penyebabnya (90%)
- 2) Hipertensi Sekunder
- 3) Penyebabnya dapat ditentukan (10%). Antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid). Penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme) dll.
- 4) Hipertensi pada lanjut usia dibedakan atas (Nurafif A.H., & Kusuma H., 2016). Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg.

Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan distolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

Penyebab hipertensi pada lansia adalah terjadinya perubahan-perubahan pada (Nurafif A.H., & Kusuma H., 2016) :

1. Elastisitas dinding aorta menurun
2. Katub jantung menebal dan menjadi kaku
3. Kemampuan jantung memompa darah menurun menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya
4. Kehilangan elastisitas pembuluh darah. Hal ini terjadi karena kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi.
5. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

2.5.4 Manifestasi Klinis Hipertensi

Menurut Tambayong (Nurafif A.H., & Kusuma H., 2016), tanda dan gejala pada hipertensi :

1. Tidak ada gejala

Tidak adan gejala yang spesifik 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 darah tidak teratur.

2. Gejala yang lazim

Sering dikatakan bahwa gejala yang terlazim 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 yaitu :

- a) Mengeluh sakit kepala, pusing
- b) Lemas, kelelahan
- c) Sesak nafas
- d) Gelisah
- e) Mual
- f) Epistaksis
- g) Kesadaran menurun

2.5.5 Faktor Yang Mempengaruhi Hipertensi

Menurut Nuraini, 2015 faktor yang mempengaruhi seseorang yang memiliki risiko hipertensi yaitu:

a. Keturunan / Genetik

Hipertensi rentan terjadi pada seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat darah tinggi. Hal ini berhubungan dengan meningkatnya kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara pottasium terhadap sodium individu dengan orang tua yang mempunyai risiko hipertensi dua kali lebih besar daripada orang yang tidak mempunyai anggota keluarga dengan riwayat hipertensi.

b. Obesitas

Berat badan yang berlebihan bisa mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dialirkan ke dalam sel melalui pembuluh darah juga meningkat. Hal ini mengakibatkan peningkatan tekanan di dalam pembuluh darah dan jantung juga meningkat.

Tabel 2.4 Klasifikasi Indeks Massa Tubuh (IMT) Populasi Asia Menurut WHO

Indeks Massa Tubuh (kg/cm ²)	Kategori
≤ 18	Berat badan kurang
18,50 – 22,9	Normal
≥ 23	Berat badan lebih
23,00 – 24,9	Berisiko
25,00 – 29,9	Obesitas derajat 1
≥ 30	Obesitas derajat 2

Sumber : *The Asia Pasific Perspectif*, 2000 dalam Kemenkes, 2013.

c. Terlalu banyak mengonsumsi garam atau terlalu sedikit mengonsumsi makanan yang mengandung kalium. Hal ini dapat mengakibatkan tingginya natrium dalam darah, sehingga cairan tertahan dan meningkatkan tekanan dalam pembuluh darah.

d. Kurang aktivitas fisik dan olahraga

Kurangnya aktivitas fisik dan olahraga dapat mengakibatkan peningkatan pada denyut jantung, sehingga jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa darah. Hal ini juga dapat mengakibatkan peningkatan berat badan merupakan salah satu faktor hipertensi.

e. Merokok

Zat kimia dalam rokok dapat mengakibatkan pembuluh darah menyempit, yang berdampak pada peningkatan tekanan dalam pembuluh darah dan jantung.

f. Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pria sama dengan wanita. Namun wanita cukup aman hingga usia sebelum menopause. Karena setelah menopause, wanita rentan terkena penyakit kardiovaskuler, hipertensi salah satunya. Wanita yang menopause terlindungi oleh hormon estrogen yang berperan meningkatkan kadar HDL yang merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis.

g. Stres

Keadaan stres atau tertekan juga bisa meningkatkan tekanan darah sewaktu-waktu. Hormon adrenaline akan meningkat ketika kita stres sehingga jantung memompa darah lebih cepat yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.

h. Konsumsi Alkohol

Efek alkohol dapat meningkatkan kadar kortisol atau kekentalan darah sehingga menyebabkan aliran darah tidak teratur dan tekanan darah meningkat. Membatasi konsumsi alkohol dua hingga tiga minuman berukuran standart per hari dapat mengurangi risiko tekanan darah tinggi.

2.5.6 Gejala hipertensi

Menurut Kemenkes RI, 2018 tidak semua penderita hipertensi memiliki gejala secara tampak, mayoritas dari penderitanya mengalami hipertensi setelah melakukan pemeriksaan pada fasilitas kesehatan baik primer maupun sekunder. Hal ini pula yang mengakibatkan hipertensi dikenal dengan sebutan *the silent killer*. Tetapi pada beberapa penderita memiliki gejala seperti :

- a. Sakit kepala
- b. Jantung berdebar-debar
- c. Pusing
- d. Gelisah
- e. Rasa sesak di dada
- f. Penglihatan kabur
- g. Mudah lelah

2.5.7 Kompilasi Hipertensi

Komplikasi Hipertensi Menurut Ardiansyah, M. (2012) komplikasi dari hipertensi adalah

1. Stroke

Stroke akibat dari pecahnya pembuluh yang ada di dalam otak atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh nonotak. Stroke bisa terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan adanya penebalan pembuluh darah sehingga aliran darah pada area tersebut berkurang. Arteri yang mengalami aterosklerosis dapat melemah dan meningkatkan terbentuknya aneurisma.

2. Infark Miokardium

Infark miokardium terjadi pada saat arteri koroner mengalami arterosklerotik tidak pada menyuplai cukup oksigen ke miokardium apabila terbentuk thrombus yang dapat menghambat. aliran darah melalui pembuluh tersebut. Karena terjadi hipertensi kronik dan hipertrofi ventrikel maka kebutuhan oksigen miokardium tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark.

3. Gagal Ginjal

Kerusakan pada ginjal disebabkan oleh tingginya tekanan pada kapiler-kapiler glomerulus. Rusaknya glomerulus membuat darah mengalir ke unit fungsional ginjal, neuron terganggu, dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya glomerulus menyebabkan protein keluar melalui urine dan terjadilah tekanan osmotik koloid plasma berkurang sehingga terjadi edema pada penderita hipertensi kronik.

4. Ensefalopati

Ensefalopati (kerusakan otak) terjadi pada hipertensi maligna (hipertensi yang mengalami kenaikan darah dengan cepat). Tekanan yang tinggi menyebabkan kelainan yang membuat peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke dalam ruang interstisium diseluruh susunan saraf pusat. Akibatnya neuro-neuro disekitarnya terjadi koma dan kematian.

2.5.8 Patofisiologi Hipertensi

Patofisiologi ini sangat kompleks. Meskipun belum diketahui secara pasti, pada hipertensi essensial, faktor genetik, lingkungan serta gaya hidup yang dapat mempengaruhi fungsi dan struktur sistem kardiovaskuler, ginjal, dan neurohormonal hingga menimbulkan peningkatan tekanan darah kronik. Terkait faktor genetik, polimorfisme lokus-lokus gen yang terlibat dalam regulasi tersebut adalah regulasi reseptor angiotensin I dan aldosterone synthase yang beresiko menimbulkan hipertensi. (Drago J, Williams GH, Lilly LS, 2016). Dalam suatu studi, pada pasien hipertensi dengan partisipan etnis china didapatkan mutasigen α -adducin yang berperan penting dalam aktivitas enzimatik pompa ion $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{ATPase}$ terkait absorpsi sodium di ginjal mengakibatkan meningkatnya sensitivitas terhadap garam. (Wang L, Zheng B, Zhao H, Du P, Sun A, 2014).

Perubahan pada sistem kardiovaskular, neurohormonal dan ginjal sangat berperan. Meningkatnya aktivitas saraf simpatis dapat memicu peningkatan kerja jantung yang mengakibatkan meningkatnya curah jantung. Kelainan pada pembuluh darah berperan penting dalam total resistensi perifer. Vasokonstriksi dapat disebabkan peningkatan aktivitas saraf simpatis, gangguan regulasi faktor lokal (nitrit oxide, faktor natriuretik, dan endothelin) yang berperan dalam

pengaturan tonus vaskular. kelainan pada ginjal berupa defek kanal ion $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{ATPase}$, abnormalitas regulasi hormon renin-angiotensin-aldosteron serta gangguan aliran darah ke ginjal. Gangguan pada tekanan natriuresis juga dapat mengganggu pengaturan ekskresi sodium hingga mengakibatkan retensi garam dan cairan. Peningkatan kadar vasokonstriktor seperti angiotensin II atau endotelin berhubungan dengan meningkatnya total resistensi perifer dan tekanan darah. (Bakris GL, Sorrentino MJ, 2018).

Selain itu meningkatnya aktivitas saraf simpatis dapat dipicu oleh leptin. Studi menunjukkan ikatan leptin pada reseptornya terutama pada neuron proopiomelanocortin (POMC) di hipotalamus dan batang otak yang berperan dalam peningkatan tersebut. Perangsangan saraf simpatis menyebabkan peningkatan kadar angiotensin II dan aldosteron. Pada OBESITAS, meningkatnya jaringan lemak dan laju metabolik meningkatkan curah jantung sebagai usaha untuk memenuhi kebutuhan aliran darah. tak hanya itu obesitas juga berkaitan dengan sindroma metabolik. (Hall EJ, Carmo JM, Silva AA, Wang EZ, Hall ME, 2015).

Peningkatan tekanan darah dalam jangka waktu lama akan mengakibatkan perubahan struktural pembuluh darah ialah meliputi perubahan struktur makro dan mikrovaskular. Perubahan makrovaskular berupa arteri menjadi kaku serta adanya perubahan amplifikasi tekanan sentral ke perifer. Perubahan pada mikrovaskular berupa perubahan rasio dinding pembuluh darah dan lumen pada arteri besar, abnormalitas tonus vasomotor serta 'structural rarefaction' (hilangnya mikrovaskular akibat aliran darah tidak mengalir semua mikrovaskular demi

mempertahankan perfusi ke kapiler tertentu).Yannutsos A, Levy BI, Safar NE, Slama G, Blaher J, 2014).

Perubahan struktur tersebut akan mengganggu perfusi jaringan. Oleh karena itu dalam jangka waktu lama dapat timbul kerusakan organ target.(Yannutsos A, Levy BI, Safar NE, Slama G, Blaher J, 2014). Walaupun autoregulai tubuh terhadap tekanan darah akan berusaha mempertahankan aliran darah untuk memenuhi kebutuhan metabolik kemampuan regulasi tersebut menurun pada pasien hipertensi. Organ target yang dapat rusak meliputi jantung, ginjal, mata dan otak.(Bakris GL, Sorrentino MJ, 2018).

2.5.9 Penatalaksanaan Hipertensi

Setiap program terapi memiliki suatu tujuan yaitu untuk mencegah kematian dan komplikasi, dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah arteri pada atau kurang dari 140/90 mmHg (130/80 mmHg untuk penderita diabetes melitus atau penderita penyakit ginjal kronis) kapan pun jika memungkinkan (Smeltzer, 2013).

- a. Pendekatan nonfarmakologis mencakup penurunan berat badan; pembatasan alkohol dan natrium; olahraga teratur dan relaksasi. Diet DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) tinggi buah, sayuran, dan produk susu rendah lemak telah terbukti menurunkan tekanan darah tinggi (Smeltzer, 2013).
- b. Pilih kelas obat yang memiliki efektivitas terbesar, efek samping terkecil, dan peluang terbesar untuk diterima pasien. Dua kelas obat tersedia sebagai terapi lini pertama : diuretik dan penyekat beta (Smeltzer, 2013).

- c. Tingkatkan kepatuhan dengan menghindari jadwal obat yang kompleks (Smeltzer, 2013). Menurut Irwan (2016), tujuan pengobatan hipertensi adalah mengendalikan tekanan darah untuk mencegah terjadinya komplikasi.

Adapun penatalaksanaannya sebagai berikut :

1) Non Medikamentosa

Pengendalian faktor risiko. Promosi kesehatan dalam rangka pengendalian faktor risiko, yaitu :

1. Turunkan berat badan pada obesitas.
2. Pembatasan konsumsi garam dapur (kecuali mendapat HCT).
3. Hentikan konsumsi alkohol.
4. Hentikan merokok dan olahraga teratur.
5. Pola makan yang sehat.
6. Istirahat cukup dan hindari stress.
7. Pemberian kalium dalam bentuk makanan (sayur dan buah) diet hipertensi.

Penderita atau mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi diharapkan lebih hati-hati terhadap makanan yang dapat memicu timbulnya hipertensi, antara lain :

1. Semua makanan termasuk buah dan sayur yang diolah dengan menggunakan garam dapur/ soda, biskuit, daging asap, ham, bacon, dendeng, abon, ikan asin, telur pindang, sawi asin, asinan, acar, dan lainnya.
2. Otak, ginjal, lidah, keju, margarin, mentega biasa, dan lainnya.
3. Bumbu-bumbu; garam dapur, baking powder, soda kue, vetsin, kecap, terasi, magi, tomat kecap, petis, taoco, dan lain-lain.

2) Medikamentosa meliputi :

Hipertensi ringan sampai sedang, dicoba dulu diatasi dengan pengobatan non medikamentosa selama 2-4 minggu. Medikamentosa hipertensi stage 1 mulai salah satu obat berikut :

1. Hidroklorotiazid (HCT) 12,5-25 mg/hari dosis tunggal pagi hari
2. Propanolol 2 x 20-40 mg sehari.
3. Methyldopa
4. MgSO₄
5. Kaptopril 2-3 x 12,5 mg sehari
6. Nifedipin long acting (short acting tidak dianjurkan) 1 x 20-60 mg
7. Tensigard 3 x 1 tablet
8. Amlodipine 1 x 5-10 mg
9. Diltiazem (3 x 30-60 mg sehari) kerja panjang 90 mg sehari.

Sebaiknya dosis dimulai dengan yang terendah, dengan evaluasi berkala dinaikkan sampai tercapai respons yang diinginkan. Lebih tua usia penderita, penggunaan obat harus lebih hati-hati. Hipertensi sedang sampai berat dapat diobati dengan kombinasi HCT + propanolol, atau HCT + kaptopril, bila obat tunggal tidak efektif. Pada hipertensi berat yang tidak sembuh dengan kombinasi di atas, ditambahkan metildopa 2 x 125-250 mg. Penderita hipertensi dengan asma bronchial jangan beri beta blocker. Bila ada penyulit/ hipertensi emergensi segera rujuk ke rumah sakit.

2.6 Kualitas Hidup Lansia hipertensi

Kualitas Hidup lansia adalah tingkat kesejahteraan dan kepuasan dengan peristiwa atau kondisi yang dialami lansia, yang dipengaruhi oleh penyakit atau pengobatan. Kualitas hidup lansia bisa diperoleh dari kesejahteraan hidup lansia, emosi, fisik, pekerjaan, kognitif dan kehidupan sosial.

Secara umum hasil penelitian diperoleh kualitas hidup lansia dengan hipertensi memiliki kualitas hidup baik sebanyak 33 orang (54,1%) dan kualitas hidup lansia dengan hipertensi memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 28 orang (45,9%). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup baik yaitu, faktor adanya dukungan keluarga, lingkungan tempat tinggal yang bermasalah, status ekonomi yang tinggi, dan daerah tempat tinggal (Pradono, 2013). Hasil kualitas hidup baik yang didapatkan dalam penelitian ini disebabkan karena rata-rata lansia yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Tirem tinggal bersama keluarga yaitu anak-anak, menantu, dan cucu-cucu. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian (Suardana, 2014) yang didapatkan hasil sebanyak (52,5%) dengan adanya kualitas hidup baik. Individu yang mempunyai dukungan keluarga yang baik lebih cenderung mempertahankan perilaku kesehatannya dari pada individu yang tidak memiliki dukungan dari keluarga untuk mengubah perilaku kesehatannya (Suardana, 2014).

Kualitas hidup lansia yang baik juga sangat berpengaruh pada usia. Berdasarkan tiap usia menurut depkes RI, yaitu. Fase virilities yaitu seseorang yang memiliki usia 45-55 tahun dan fase presenium yaitu seseorang yang memiliki usia 55-64 tahun. Kualitas hidup lansia hipertensi yang memiliki umur

45-55 tahun berada dalam kategori buruk. Hal ini disebabkan karena pada usia 45-55 merupakan masa pre-monopause sehingga tekanan darah menjadi meningkat. Hal ini disebabkan karena pada usia 45-55 tahun mulai hilangnya sedikit demi sedikit hormon estrogen pada wanita yang berfungsi sebagai pelindung pembuluh darah dari kerusakan. Hormon estrogen berperan penting dalam meningkatkan kadar kolesterol baik HDL yang sangat tinggi bermanfaat untuk mencegah terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah yang menjadi pemicu utama peningkatan tekanan darah pada lansia (Khomarun, 2014).

