

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi Lansia

Menurut *World Health Organisation* (WHO) klasifikasi lansia meliputi usia pertengahan (*Middle Age*) yakni kelompok usia 45-49 tahun, lanjut usia (*Elderly*) yakni antara usia 60-74 tahun, lanjut usia tua (*Old*) yaitu antara usia 75-90 tahun, usia sangat tua (*Very Old*) yaitu usia di atas 90 tahun (Nugroho, 2017).

Menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) UU No.13 tahun 1998 tentang kesehatan dalam Sya'diyah (2018) dikatakan bahwa lansia merupakan usia seseorang yang lebih dari 60 Tahun. Menurut Departemen kesehatan RI mengklasifikasikan lansia merupakan usia antara 45-49 tahun atau juga disebut (pralansia), 60 tahun disebut (lansia) dan lebih dari 70 tahun merupakan lansia risiko tinggi atau lansia lebih dari 60 tahun dengan masalah kesehatannya. Lansia yang mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan jasa atau disebut juga lansia potensial dan lansia yang masih bergantung pada orang lain atau disebut juga lansia tidak potensial.

Dapat disimpulkan lansia merupakan seseorang telah mencapai usia 60 atau lebih dari 90 tahun baik itu lansia yang masih bisa melakukan aktivitas sendiri maupun lansia yang masih bergantung pada orang lain.

2.1.2 Teori Tentang Proses Menua

Teori tentang proses menua merupakan proses alamiah yang pasti terjadi pada semua individu penuaan akan terjadi pada semua sistem tubuh manusia dan tidak semua sistem akan mengalami kemunduran secara perlahan tidak pada waktu yang sama. Meskipun proses menjadi tua merupakan gambaran yang umum, namun tidak

mengetahui dengan pasti penyebab penuaan atau mengapa manusia menjadi tua pada usia yang berbeda-beda (Fatmawati dan Imron, 2017).

2.1.2.1 Teori Biologik

Menurut Sya'diyah (2018) proses menua dalam teori biologik antara lain sebagai berikut :

a. Autoimun

Pada proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Pada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan mati. Proses menua dapat terjadi akibat perubahan protein paska tranlasi yang dapat mengakibatkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*self recognition*).

b. Teori Stres

Penuaan disebabkan oleh hilangnya sel yang digunakan regenerasi jaringan tidak dapat menjaga kestabilan dari lingkungan internal dan stres dapat menyebabkan kelelahan sel tubuh.

c. Teori Radikal Bebas

Ketidakstabilan radikal bebas menyebabkan oksidasi zat organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini bisa membuat sel tidak bisa beregenerasi.

2.1.2.2 Teori Sosial

Menurut Sya'diyah (2018) Proses menua dalam teori sosial antara lain sebagai berikut :

a. Teori aktivitas

Lansia sukses adalah mereka yang berpartisipasi aktif dalam berbagai kegiatan sosial

b. Teori Pembebasan

Seiring bertambahnya usia, seseorang secara bertahap mulai memisahkan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini menyebabkan penurunan kualitas dan kuantitas interaksi sosial pada lansia.

c. Teori Kesenambungan

Teori ini mengemukakan adanya kesinambungan dalam siklus kehidupan lansia. Dengan demikian pengalaman hidup seseorang pada suatu saat merupakan gambarannya kelak pada saat ini menjadi lansia.

Pokok-pokok dari teori kesinambungan adalah:

- 1) Lansia tidak disarankan untuk melepaskan peran atau harus aktif dalam proses penuaan, akan tetapi didasarkan pada pengalamannya di masa lalu, dipilih peran apa yang harus dipertahankan atau dihilangkan.
- 2) Peran lansia yang hilang tidak perlu diganti
- 3) Lansia dimungkinkan untuk memilih berbagai cara adaptasi.

2.1.2.3 Teori Psikologi

Menurut Sya'diyah (2018) proses menua dalam teori psikologi antara lain sebagai berikut :

- a. Teori Kebutuhan Manusia menurut Hirarki Maslow
- Menurut teori ini, setiap individu memiliki hirarki dari dalam diri, kebutuhan yang memotivasi seluruh perilaku manusia (Maslow, 1954) dalam Sya'diyah (2018) Kebutuhan ini memiliki urutan prioritas yang berbeda ketika kebutuhan dasar manusia sudah terpenuhi mereka juga akan berusaha menemukannya

pada tingkat selanjutnya sampai urutan yang paling tinggi dari kebutuhan tersebut tercapai.

b. Teori Individual Jung

Menurut Carl Jung (1960) dalam Sya'diyah (2018) menyusun sebuah teori perkembangan kepribadian dari seluruh fase kehidupan yaitu mulai dari masa kanak-kanak, masa muda, masa dewasa muda, usia pertengahan dan juga sampai lansia. Kepribadian individu terdiri ego, ketidaksadaran seseorang dan ketidaksadaran bersama. Menurut teori kepribadian digambarkan terhadap dunia luar atau subyektif, pengalaman-pengalaman dari dalam diri (*introvert*). Keseimbangan antara kekuatan ini dapat dilihat pada setiap individu merupakan hal yang paling penting bagi kesehatan mental.

2.1.3 Perubahan-Perubahan yang Terjadi Pada lansia

Lansia terjadi kemunduran fisik dan psikologis secara bertahap, di mana penurunan kondisi tersebut dapat menimbulkan masalah pada sebagian lansia. Masalah psikososial pada lansia dapat berupa stres, ansietas (kecemasan) dan depresi. Masalah tersebut bersumber dari beberapa aspek, diantaranya perubahan aspek fisik, psikologis dan sosial. Gejala yang terlihat pada lansia yaitu dapat berupa emosi yang labil, mudah tersinggung, kecewa, tidak bahagia, perasaan kehilangan dan perasaan tidak berguna. Walaupun tidak disebutkan lebih terperinci mengenai angka kejadian dari masing-masing masalah psikososial tersebut, namun dari penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia dapat berkembang menjadi masalah-masalah lain yang seringkali juga disertai dengan terjadinya perubahan konsep diri (Hurlock.2004) Menurut Sya'dayah (2018) Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia antara lain sebagai berikut :

2.1.3.1 Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental salah satunya adalah kenangan (memori), kenangan jangka panjang, berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu dan kenangan jangka pendek, 0-10 menit atau disebut juga kenangan buruk.

2.1.3.2 Perubahan Psikososial

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan psikososial adalah sebagai berikut :

- a. Pensiun, nilai seseorang diukur oleh produktifitasnya identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan
- b. Merasakan atau sadar akan kematian
- c. Perubahan dalam hidup, memasuki rumah perawatan dan bergerak lebih sempit.

2.1.3.3 Perubahan fisik

- a. Sel, jumlah sel yang lebih sedikit tetapi ukurannya lebih besar, berkurangnya cairan intraseluler dan ekstraseluler.
- b. Persarafan, cepatnya menurun hubungan persarafan, lambat dalam respon waktu untuk mereaksi, mengecilnya saraf pancaindra sistem pendengaran, presbiakusis, atrofi membran timpani dan terjadinya pengumpulan serum karena meningkatnya keratin.
- c. Sistem penglihatan, pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinaps, kornea lebih berbentuk speris, lensa keruh, meningkatnya ambang pengamatan sinar, hilangnya daya akomodasi dan menurunnya lapang pandang.
- d. Sistem kardiovaskular, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah akan menurun 1% setiap tahun setelah berumur 20

tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume, kehilangan elastisitas pembuluh darah dan tekanan darah meninggi.

- e. Sistem respirasi, otot-otot pernapasan menjadi kaku sehingga menyebabkan menurunnya aktivitas silia. Paru kehilangan elastisitasnya sehingga kapasitas residu meningkat, nafas berat dan kedalaman pernapasan menurun.
- f. Sistem gastrointestinal, kehilangan gigi, sehingga dapat menyebabkan gizi buruk, indera pengecap menurun karena adanya iritasi selaput lendir dan atropi indera pengecap sampai 80% dan hilangnya sensitifitas saraf pengecap untuk rasa manis dan asin.
- g. Sistem genitourinaria, ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi sehingga aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, GFR menurun sampai 50% dan nilai ambang ginjal terhadap glukosa menjadi meningkat. Vesika urinaria, otot-ototnya menjadi melemah, kapasitasnya menurun sampai 200 cc sehingga vesika urinaria sulit diturunkan pada pria lansia yang akan berakibat retensia urine, pembesaran prostat, 75% dialami oleh pria diatas 55 tahun. Pada vulva terjadi atropi sedang vagina terjadi selaput lendir kering, elastisitas jaringan menurun, sekresi berkurang dan menjadi alkali.
- h. Sistem endokrin, pada sistem endokrin hampir semua produksi hormon menurun, sedangkan fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, aktivitas tiroid menurun sehingga menurunkan basal metabolisme rate (BMR). Produksi sel kelamin

menurun seperti: progesteron, estrogen dan testosterone.

- i. Sistem integumen, pada kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis menjadi kelabu, sedangkan rambut dalam telinga hidung menebal kuku menjadi keras dan rapuh.
- j. Sistem musculoskeletal, tulang kehilangan densitasnya dan makin rapuh menjadi kiposis, tinggi badan menjadi berkurang yang disebut *discusine vertebralis* menipis, tendon mengkerut dan atrofi serabut erabit otot, sehingga lansia menjadi lamban bergerak, otot kram dan tremor.
- k. Kurang bergerak, gangguan fisik, jiwa dan juga faktor lingkungan yang dapat menyebabkan lansia kurang bergerak. Penyebab yang paling sering adalah gangguan tulang, sendi dan otot, gangguan saraf, penyakit jantung dan pembuluh darah.

2.1.4 Masalah yang Sering Terjadi Pada Lansia

Seseorang yang memasuki masa lansia maka akan mengalami keterbatasan di mana dirinya akan lebih tergantung kepada orang lain, proses untuk mencari nafkah terhenti dan sulit untuk berinteraksi secara luas. Perubahan yang menyertai proses perkembangan menuju tahap lansia dapat menjadikan sumber masalah dan keputusan ketika seseorang lansia tidak memiliki kesiapan dalam menghadapi perubahan tersebut (Indriana, 2008).

Lansia identik dengan berbagai penurunan status kesehatan terutama status kesehatan fisik. Status kesehatan lansia yang menurun seiring dengan bertambahnya usia akan mempengaruhi kualitas hidup lansia.

Bertambahnya usia akan diiringi dengan timbulnya berbagai penyakit. Penurunan fungsi tubuh, keseimbangan tubuh dan risiko jatuh. Seiring dengan bertambahnya jumlah lansia terdapat banyak permasalahan yang dialami lansia diantaranya, tidak memperoleh akses pendidikan kesehatan, tidak memiliki jaminan hari tua, tidak memiliki dukungan sosial dari keluarga atau teman untuk merawat mereka dan kurangnya latihan fisik (Putri, 2016). Adanya perubahan-perubahan yang dialami lansia, seperti perubahan pada fisik, psikologis, spiritual dan psikososial menyebabkan lansia mudah mengalami stres (Azizah, 2011).

2.2 Konsep Cemas

2.2.1 Definisi Kecemasan

Cemas atau disebut sebagai *anxiety* atau disebut juga kecemasan merupakan bentuk kecemasan dengan gejala paling mencolok ialah ketakutan yang terus menerus terhadap bahaya yang seolah-olah terus mengancam, yang sebenarnya tidak nyata tetapi hanya ada dalam perasaan penderitanya saja (Listiana dkk, 2013).

Kecemasan merupakan menggambarkan keadaan kekhawatiran, kegelisahan yang tidak menentu atau reaksi ketakutan dan tidak tenang yang terkadang disertai berbagai keluhan fisik. *Ansieta*s atau kecemasan merupakan respons emosional dan penilaian individu yang *subjektif* yang

dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan belum diketahui secara khusus faktor penyebabnya (Dona dkk, 2016).

2.2.2 Tanda dan gejala kecemasan

Kecemasan ditandai oleh rasa ketakutan yang difusi, tidak menyenangkan dan samar-samar. Seringkali disertai oleh gejala otonomi seperti nyeri kepala, berkeringat, hipertensi, gelisah, tremor, gangguan lambung, diare, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gangguan pola tidur dan gangguan konsentrasi. Seseorang cemas mungkin juga merasa gelisah seperti yang dinyatakan oleh ketidakmampuan untuk duduk atau berdiri lama. Kumpulan gejala tersebut yang ditemukan selama kecemasan cenderung bervariasi dari seorang ke orang (kusnadi, 2015:94 dalam Arianti, 2020). Menurut Hawari (2011), Kecemasan timbul dari perasaan takut di karenakan adanya perpisahan dan merasa kehilangan. Kecemasan juga memiliki Karakteristik berupa munculnya kehati-hatian atau kewaspadaan yang tidak jelas dan tidak menyenangkan. Takut dan cemas merupakan dua emosi yang berfungsi sebagai tanda akan adanya suatu bahaya.

2.2.3 Faktor-Faktor yang mempengaruhi kecemasan pada lansia

Menurut Tamher dan Noorkasiani (2016), pada setiap stresor seseorang akan mengalami kecemasan, baik ringan, sedang, maupun berat. Pada lansia dalam pengalaman hidupnya tentu diwarnai oleh masalah psikologi. Banyak faktor yang mempengaruhi kecemasan pada lansia, antara lain:

2.2.3.1 Pekerjaan

Kehilangan peran kerja sering memiliki dampak besar bagi orang yang telah pensiun. Identitas biasanya berasal dari peran kerja, sehingga individu

harus membangun identitas baru pada saat pensiun. Mereka juga kehilangan struktur pada kehidupan harian saat mereka tidak lagi memiliki jadwal kerja. Interaksi sosial interpersonal yang terjadi pada lingkungan kerja juga telah hilang.

2.2.3.2 Status Kesehatan

Setelah orang memasuki masa lansia umumnya mulai dihindangi adanya kondisi fisik yang bersikap patologis berganda (multiple pathology), misalnya tenaga berkurang, energi menurun, kulit makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin rapuh, dan sebagainya. Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda. Hal ini semua dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologi maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain.

2.2.3.3 Kehilangan pasangan

Kehilangan merupakan suatu keadaan individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada menjadi tidak ada, baik sebagian atau seluruhnya. Pengalaman kehilangan melalui kematian kerabat dan teman merupakan bagian sejarah kehidupanyang dialami lansia. Termasuk pengalaman kehilangan keluarga yang lebih tua dan terkadang kehilangan anak

2.2.3.4 Keluarga

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia. Bagi para orang lanjut usia yang tinggal jauh dari anak cucu ataupun tinggal di rumah perawatan, ternyata kehadiran orang lain sangat berarti.

2.2.3.5 Dukungan sosial

Komponen penting yang lain dari masa tua yang sukses dan kesehatan mental adalah adanya sistem pendukung yang efektif. Sumber pendukung pertama biasanya merupakan anggota keluarga seperti pasangan, anak-anak, saudara kandung, atau cucu. Namun, struktur keluarga akan mengalami perubahan jika ada anggota yang meninggal dunia, pindah ke daerah lain, atau menjadi sakit. Oleh karena itu, kelompok pendukung yang lain sangat penting. Beberapa dari kelompok ini adalah tetangga, teman dekat, kolega sebelumnya dari tempat kerja atau organisasi, dan anggota lansia di tempat ibadah.

2.2.4 Tingkat kecemasan

2.2.4.1 Kecemasan ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lapangan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada akan terjadi, mampu mengatasi situasi yang bermasalah. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

a. Respon fisiologis:

- 1) Sese kali nafas pendek
- 2) Nadi dan tekanan darah naik
- 3) Muka berkerut dan bibir gemetar

b. Respon kognitif:

- 1) Terlihat tenang, percaya diri
- 2) Waspada dan memperhatikan banyak
- 3) Menjelaskan masalah secara efektif

c. Respon perilaku dan emosi:

- 1) Tidak dapat duduk tenang
- 2) Tremor halus pada tangan
- 3) Suara kadang-kadang meninggi
- 4) Aktivitas menyendiri

2.2.4.1 Kecemasan sedang

Kecemasan sedang merupakan perasaan yang terganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda, individu menjadi gugup.

a. Respon fisiologis:

- 1) Nafas pendek
- 2) Nadi dan tekanan darah naik
- 3) Mulut kering
- 4) Anorexia
- 5) Suara berubah: bergetar, nada suara tinggi
- 6) Gelisah
- 7) Sering berkemih: sakit kepala, pola tidur berubah

b. Respon kognitif:

- 1) Lapangan persepsi menyempit
- 2) Rangsangan luar tidak mampu menerima
- 3) Berfokus pada apa yang menjadi perhatian
- 4) Penyelesaian masalah menurun

c. Respon perilaku dan emosi

- 1) Gerakan tersentak-sentak (meremas tangan)
- 2) Bicara banyak dan lebih cepat
- 3) Susah tidur
- 4) Perasaan tidak nyaman
- 5) Mudah tersinggung

2.2.4.2 Kecemasan berat

Pada ansietas berat lapangan persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal lain. Individu tidak mampu lagi berpikir realitis dan membutuhkan banyak

pengarahan untuk memutuskan perhatian pada area lain.

a. Respon fisiologis:

- 1) Nafas pendek
- 2) Nadi dan tekanan darah naik
- 3) Bekeringat dan sakit kepala
- 4) Penglihatan kabur
- 5) Ketegangan
- 6) Bicara cepat, nada suara tinggi
- 7) Mondar-mandir, berteriak

b. Respon kognitif:

- 1) Lapangan persepsi sangat sempit
- 2) Tidak mampu menyelesaikan masalah
- 3) Proses berpikir terpecah-pecah
- 4) Sulit berpikir

c. Respon perilaku dan emosi:

- 1) Perasaan ancaman meningkat
- 2) Bingung
- 3) Takut
- 4) Menarik diri

2.2.4.3 Kecemasan sangat berat

Pada tingkat ini lapangan persepsi individu sudah sangat menyempit dan sudah terganggu sehingga tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apaapa walaupun telah diberikan pengarahan.

a. Respon fisiologis:

- 1) Nafas pendek
- 2) Tidak dapat tidur
- 3) Agitasi
- 4) Pucat
- 5) Hipotensi
- 6) Koordinasi motorik rendah

b. Respon kognitif:

- 1) Lapangan persepsi sangat sempit
- 2) Pikiran tidak logis, terganggu
- 3) Kepribadian kacau
- 4) Tidak dapat menyelesaikan masalah
- 5) Tidak dapat berpikir logis

c. Respon perilaku dan emosi:

- 1) Agitas, mengantuk dan marah.
- 2) Mengantuk dan putus asa
- 3) Ketakutan dan berteriak-teriak
- 4) Kehilangan kendali atau kontrol diri
- 5) Merasa tidak mampu dan tidak berdaya

2.2.4.4 Panik (Kecemasan Sangat Berat)

Berhubungan dengan ketakutan dan teror karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang sedang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Kecemasan yang dialami akan memberikan berbagai respon yang dapat dimanifestasikan pada respon fisiologis.

2.2.5 Tindakan untuk menurunkan kecemasan

2.2.5.1 Terapi psikofarmaka

Yang dimaksud dengan terapi psikofarmaka adalah pengobatan untuk kecemasan dengan memakai obat-obatan (farmaka). Terapi psikofarmaka yang banyak dipakai oleh para dokter adalah obat anti cemas (*anxiolytic*) dan anti depresi.

2.2.5.2 Terapi Psikoreligius

Manusia adalah makhluk fitrah (berkeTuhan-an) dan karenanya memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar spiritual (*basic spiritual needs*). Seseorang yang beragama hendaknya jangan sekedar formalitas belaka, tetapi yang lebih utama mampu menghayati dan mengamalkan keyakinan agamanya itu, sehingga ia memperoleh kekuatan dan ketenangan daripadanya. Berbagai penelitian membuktikan bahwa tingkat keimanan seseorang erat hubungannya dengan imunitas atau kekebalan baik fisik maupun mental, pelaksanaan terapi psikoreligius berbentuk berbagai ritual keagamaan yang dalam agama Islam seperti melaksanakan sholat, puasa, berdoa, berdzikir, membaca

shalawat, mengaji (membaca dan mempelajari isi kandungan al- Quran), dan mendengarkan ceramah agama.

2.2.5.3 Terapi somatik

Terapi somatik dilakukan dengan memberikan obat-obatan untuk mengurangi keluhan-keluhan fisik pada organ tubuh yang bersangkutan yang timbul sebagai akibat dari stress, kecemasan dan depresi yang berkepanjangan.

2.2.5.4 Konseling

Konseling dapat dilakukan secara efisien dan efektif bila ada motivasi dari kedua belah pihak, antara klien (orang yang mendapat konsultasi) dan konselor (orang yang memberikan konsultasi).

2.2.6 Akibat dan respon terhadap kecemasan

Akibat dan respon terhadap cemas menurut HARS dalam Nursalam,(2013) yaitu:

2.2.6.1 Gejala cemas

Firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah terganggu

2.2.6.2 Ketegangan

Merasa tegang, lesu, tidak bisa beristirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah

2.2.6.3 Ketakutan

Takut pada gelap, orang asing, ditinggal sendiri

2.2.6.4 Gangguan pola tidur

Sukar tidur, terbangun malam hari, tidur tidak pulas, bangun dengan lesu, mimpi buruk dan menakutkan.

2.2.6.5 Gangguan kesadaran

Sulit berkonsentrasi, daya ingat buruk.

2.2.6.6 Peranan depresi

Hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan tidak menentu atau berubah-ubah sepanjang hari.

2.2.6.7 Gejala sensorik

Tinitus, penglihatan kabur, muka merah, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.

2.2.6.8 Gejala kardiovaskuler

Takikardi, berdebar-debar, nyeri dada, rasa seperti pingsan, detak jantung menghilang berhenti sekejap.

2.2.6.9 Gejala somatik (otot)

Sakit dan nyeri otot, kedutan otot, gigi menggerutuk, suara tidak stabil

2.2.6.10 Gejala respirasi

Rasa tertekan atau sempit pada dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas, nafas pendek atau sesak.

2.2.6.11 Tingkah laku

Gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening mengkerut, keluar keringat, muka merah, tegang tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat.

2.2.7 Pengukuran tingkat kecemasan

2.2.7.1 *Kuesioner Depression Anxiety and Stress Scale (DASS).*

DASS adalah penilaian kecemasan pada semua orang dewasa, remaja dan lansia. *Kuesioner Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)* terdiri dari 42 pertanyaan yang di desain untuk mengukur tingkat emosi negatif dari depresi, kecemasan dan stress. Item terdiri dari 14 pertanyaan. Pengkategorian dari hasil pengisian kuesioner dibagi dalam 5 jenjang untuk menghindari kesalahan interpretasi yaitu normal, ringan, sedang, berat dan sangat berat. Alat ukur ini terdiri dari 14 item pertanyaan yang masing-masingdi nilai sesuai dengan integritas kejadian. Skor 0 =Tidak Pernah

(tidak pernah terjadi dalam 1 minggu terakhir ini), skor 1 = Kadang-kadang (terjadi 1-2 kali dalam 1 minggu terakhir ini). Skor 2 = Sering (sering terjadi 3- 6 kali dalam 1 minggu terakhir ini). Skor 3 = Sangat sering (sering terjadi setiap hari (minimal 7kali) dalam 1 minggu terakhir ini). Nilai 0-9 (ringan), 10-14 (sedang), 15-19 (berat), dan lebih dari 20 (sangat berat) (Lovibond, S.H. 2015 dalam Arianti, 2020)

Tabel 2. 1 *Koesioner Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS-14)* dalam (Lovibond, S.H. 2015 dalam Arianti, 2020)

No.	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang kadang	Sering	Sangat sering	Nilai
1	Mulut terasa kering					
2	Merasakan gangguan dalam bernapas(napas cepat, sulit bernapas)					
3	Merasa seperti tidak kuat lagi untuk melakukan kegiatan					
4	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi					
5	Kelelahan					
6	Gemetar					
7	Kelemahan pada anggota tubuh					
8	Kesulitan untuk menelan					
9	Pusing					
10	Mudah panik					
11	Mudah merasa kesal					
12	Merasa menghabiskan banyak energi karena cemas					
13	Ketakutan tanpa alasan yang jelas					

14	Tidak sabaran					
Jumlah Nilai						

2.2.8 Perubahan spiritual

Kurangnya pengetahuan keagamaan atau aspek spiritual menjadi salah satu faktor penyebab kecemasan pada lanjut usia dan minimnya aspek spiritual menyebabkan lansia pesimis dan belum mampu memasrahkan permasalahannya yang dihadapi kepada Allah SWT. (Arianti.A, 2020).

Aspek spiritual yang terpenuhi menumbuhkan sikap yang positif sehingga dapat meminimalisasi kecemasan. Oleh karena itu, penanganan kecemasan dengan menggunakan terapi relaksasi zikir dipandang tepat.

2.3 Konsep Dzikir

2.3.1 Definisi Dzikir

Dzikir ditinjau dari segi bahasa (*lughatan*) adalah mengingat, sedangkan dzikir secara istilah adalah membasahi lidah dengan ucapan-ucapan pujian kepada Allah (Nawawi, 2016).

Secara etimologi dzikir berasal dari kata “*zakara*” berarti menyebut, mensucikan, menggabungkan, menjaga, mengerti, mempelajari, memberi dan nasehat. Oleh Karena itu dzikir berarti mensucikan dan mengagungkan juga dapat diartikan menyebut dan mengucapkan nama Allah atau menjaga dalam ingatan (mengingat) (Andlany, 2010).

Dzikir merupakan ibadah hati dan lisan yang tidak mengenal batasan waktu. Bahkan Allah menyifati ulil albab, adalah mereka-mereka yang senantiasa menyebut Rabnya, baik dalam keadaan berdiri, duduk bahkan juga berbaring. Oleh karenanya

dzikir bukan hanya ibadah yang bersifat *lisaniyah*, namun juga *qobliyah*. Imam Nawawi menyatakan bahwa yang afdal adalah dilakukan bersamaan di lisan dan di hati. Jika harus salah satunya, maka dzikir hatilah yang lebih di utama. Meskipun demikian, menghadirkan maknanya dalam hati memahami maksudnya merupakan salah satu hal yang harus diupayakan dalam dzikir.

2.3.2 Fungsi dzikir

Shaleh Bin Ghanim As-Sadlan menyebutkan beberapa faedah atau keutamaan dzikir adalah sebagai berikut:

1. Mengusir, mengalahkan dan menghancurkan setan
2. Menghilangkan rasa susah dan kegelisahan hati
3. Membuat hati menjadi senang, gembira dan tenang
4. Dapat menghapus dan menghilangkan dosa-dosa
5. Dapat menyelamatkan seseorang dari kepayahan di hari kiamat
6. Dzikir merupakan tanaman di surga

2.3.3 Manfaat dzikir

Terdapat dua bagian manfaat zikir yaitu manfaat zikir bersifat umum dan bersifat khusus:

2.2.3.1 Manfaat dzikir secara umum

- a. Menghidupkan kegiatan dan kesadaran bersama Allah SWT, sehingga individu akan senantiasa memperoleh peringatan, pelajaran dan pemeliharaan diri dari kehancuran serta tipu daya iblis.
- b. Memperoleh keberuntungan dan kemenangan di dalam perjuangan hidup di dunia hingga akhirat.
- c. Memperoleh rahmat Allah Swt. dan hubungan persahabatan dengan para malaikat-Nya, serta akan terlepas dari kegelapan hidup menuju

kepada cahaya kehidupan-Nya.

- d. Melenyapkan kegelisahan, keresahan, dan kecemasan yang berasal dalam hati.

2.3.2.2 Manfaat zikir secara khusus

- a. Berzikir dengan membaca kalimat *tahlil* dan tauhid *la ilaha illallah* akan membuat eksistensi diri terlepas dan terbebas dari unsur-unsur menjadi pintu dan wadah masuk dan bermukimnya hawa nafsu hewani yang dihembuskan oleh setan dan iblis.
- b. Berzikir dengan membaca lafal Allah dapat mengantarkan diri ke dalam ke-*Ahadiyyah*-an (kemahaesaan) Allah Swt, dan pintu masuknya ada pada huruf alif-Nya yang berarti kelembutan di atas kelembutan atau kehalusan di atas kehalusan Allah Swt, dan pintu masuknya ada pada dua huruf lam-Nya, serta kegaiban, kerahasiaan dan ketersembunyian Allah Swt, dan pintu masuknya adalah huruf ha'-Nya.
- c. Berzikir membaca kalimat *subhanallah wal hamdulillah wa la ilaha illallah wallahu akbar* akan memperoleh busana ketuhanan sebagai pelindung dari gangguan dan serangan kesyirikan, kefasikan, kekufuran, dan kemunafikan, akan memperoleh makanan ketuhanan berupa *ma'unah*, keramah dan rahmat, serta memperoleh papan atau tempat tinggal di sisi Allah Swt. dan bertetangga dengan pada nabi, rasul, dan kekasih-kekasih-Nya.

2.3.4 Adab berzikir

Adab berzikir adalah sikap, perbuatan dan sopan santun yang harus dijaga ketika berzikir, yang mana hal itu merupakan suatu keharusan demi tercapainya maksud, tujuan dan hikmah *dzikrullah*.

2.3.4.1 *Kekhusyu'an* dan kesopanan, menghadirkan makna kalimat kalimat dzikir berusaha memperoleh kesan-kesannya, dan memperhatikan maksud-maksud serta tujuan-tujuannya.

2.3.4.2 Merendahkan suara sewajarnya disertai konsentrasi sepenuhnya dan kemauan secukupnya sampai tidak ter kacau oleh sesuatu yang lain.

2.3.4.3 Bersih pakaian dan tempat, serta memelihara tempat-tempat yang dihormati dan waktu-waktu yang cocok. Hal ini menyebabkan adanya konsentrasi penuh, kejernihan hati dan keikhlasan niatnya.

2.3.4.4 Setelah selesai berdzikir dengan penuh *kekhusyu'an* dan kesopanan, disamping meninggalkan perkataan yang tidak berguna juga meninggalkan permainan yang dapat menghilangkan faedah dan kesan dzikir sehingga efek dzikir akan selalu melekat pada diri pengamal dzikir (Bukhori, 2010).

2.3.5 Bacaan dzikir

Menurut Hawari (2015), ada beberapa bacaan yang dianjurkan dalam melakukan zikir.

2.3.5.1 Membaca Tasbih (*Subhanallah*) - Maha Suci Allah , Kalimat ini merupakan pernyataan tentang penyucian terhadap kesucian wujud Allah SWT. Kalimat ini

mengandung penyucian ketuhanan yang dapat melepaskan diri dari kotoran atau najis yang bercampur pada jasad.

2.3.5.2 Membaca Tahmid (*Alhamdulillah*) - Segala puji bagi Allah , Kalimat ini merupakan pernyataan tentang pemujian dan penyanjungan terhadap kesucian wujud Allah SWT. Kalimat ini mengandung energi penyucian yang dapat melepaskan diri dari kotoran atau najis yang bercampur pada jiwa.

2.3.5.3 Membaca Tahlil (*La Ilaha Illallah*) – Tiada Tuhan selain Allah, Kalimat ini pada hakikatnya menanamkan di dalam benak bahwa hanya Allah Penguasa dan Pengatur alam raya, tidak ada satupun selain-Nya.

2.3.5.4 Membaca Takbir (*Allahu Akbar*) - Allah Maha Besar Kalimat ini merupakan pernyataan tentang energi penyucian ketuhanan yang dapat melepaskan diri dari kotoran atau najis yang bercampur pada ruh.

2.3.6 Keterkaitan tentang dzikir dengan kecemasan pada lansia

Berkaitan dengan kecemasan pada lansia, zikir dapat digunakan sebagai terapi pengobatannya. Karena secara psikologis, mengingat Allah. Selain itu, pelaksanaan zikrullah yang dilakukan dengan sikap rendah hati dan suara lemah lembut akan membawa dampak relaksasi dan ketenangan. Secara medis telah diketahui bahwa orang yang sudah terbiasa berdzikir dengan mengingat Allah SWT secara otomatis otak akan merespon terhadap pengeluaran endorfin yang mampu menimbulkan perasaan bahagia dan nyaman. Oleh karena itu metode terapi yang cukup efektif dalam menangani gangguan

kecemasan pada lansia yakni melalui terapi dzikir. Lansia yang religiusitasnya tinggi memiliki kecenderungan lebih rendah mengalami kecemasan.

2.3.7 Terapi dzikir sebagai intervensi penurunan kecemasan

Menurut Mardiyono (2011) dalam Arianti. A (2020) bahwa Salah satu pengobatan non medis adalah dengan cara melakukan kegiatan keagamaan, salah satunya melalui ayat dzikir. Dzikir merupakan suatu upaya untuk mendekatkan diri kepada Allah SWT dengan cara mengingatnya sebagai metode psikoterapi, karena dengan banyak melakukan dzikir akan menjadikan hati tenang, damai, serta tidak mudah digoyahkan oleh pengaruh lingkungan dan budaya global (Anggraini dan Subandi, 2014)

teknik terapi dzikir akan memberikan hasil berupa respon relaksasi setelah dilakukan sebanyak minimal 4 kali latihan dan minimal 2 minggu pertemuan. Relaksasi yang dilakukan menimbulkan respon relaksasi berupa perasaan nyaman, dengan indikator perubahan secara klinis berupa penurunan tekanan darah, respirasi dan konsumsi oksigen. Dan mampu menenangkan, membangkitkan percaya diri, kekuatan, perasaan aman, tenang dan memberikan perasaan bahagia.

Tabel 2.2 Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi

ZikirMardiyono (2011) dalam Arianti. A (2020)

NO	TINDAKA N
1	PRA INTERAKSI
	1.1 Siapkan lingkungan : jaga privasi BP 1.2 Persiapan pasien
2	PERSIAPAN ALAT
	2.1 Tasbih

3	ORIENTASI
	3.1 Beri salam (Assalamu'alaikum, memperkenalkan diri, memanggil nama pas yang disukai) 3.2 Kontrak waktu prosedur 3.3 Jelaskan tujuan prosedur 3.4 Memberi pasien / keluarga kesempatan untuk bertanya 3.5 Meminta persetujuan pasien / keluarga 3.6 Meyiapkan lingkungan dengan menjaga privacy pasien BP 3.7 Mendekatkan alat ke dekat pasien
4	TAHAP KERJA
	4.1 Menciptakan lingkungan yang tenang 4.2 Menganjurkan klien untuk mengambil posisi yang nyaman 4.3 Membaca basmallah 4.4 Menggambarkan rasionalisasi dan manfaat relaksasi zikir 4.5 Menjelaskan metode relaksasi zikir 4.6 Mempraktekkan tehnik relaksasi zikir kepada klien 4.6.1 Syarat : <i>Kekhusyu'an</i> dan ketenangan. Merendahkan suara sewajarnya. Bersih pakaian dan tempat. Efek dzikirkan selalu melekat padaa diri pengamal dzikir. 4.6.2 Prosedur : Diskusi terkait masalah yang dihadapi, keluhanmasalah dan usaha yang dilakukan untuk mengatasi masalah Latihan berdzikir dengan membaca “<i>Astaghfirullaahal'adzim</i>” sebanyak 100x <i>Tahmid</i> dengan membaca “<i>Laa illa ha illallah</i>” sebanyak 100x <i>Takbir</i> dengan membaca “<i>Allahuakbar</i>” sebanyak 100x <i>Tasbih</i> dengan membaca “<i>Subhanallah</i>” sebanyak 100x Latihan berdzikir dilakukan selama dua minggu untuk setiap 1 minggu dilakukan 2x.pertemuan dengan waktu25-30 menit 4.7 Menganjurkan klien mempraktekkan tehnik relaksasi zikir yangtelah di ajarkan 4.8 Menganjurkan pengulangan tehnik relaksasi secara berkala

5	TAHAP TERMINASI	28
	5.1 Evaluasi respon pasien (Subjektif & Objektif) terhadap relaksasizikir 5.2 Simpulkan kegiatan 5.3 Kontrak waktu selanjutnya 5.4 Mengucapkan Hamdalah dan mendoakan kesembuhan pasiendengan mengucapkan Syafakallah/syafakillah	
6	DOKUMENTASI Mencatat hasil tindakan	

2.4 Konsep Hipertensi

2.4.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau penyakit darah tinggi merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah tersumbat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan, sehingga hipertensi sering kali disebut sebagai pembunuh gelap (silent killer), karena termasuk penyakit yang mematikan tanpa disertai dengan gejala lebih dahulu (sustrani& Alam dalam Hastuti., 2019)

Jadi, dapat disimpulkan dari beberapa sumber diatas bahwa hipertensi merupakan penyakit yang terjadi gangguan pada pembuluh darah dan peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik yang melebihi 140/90 mmHg.

2.4.2 Klasifikasi hipertensi

Berikut klasifikasi hipertensi menurut Hastuti (2019) sebagai berikut :

2.4.2.1 klasifikasi menurut Joint National Commite 8.

Tabel 2. 1 Klasifikasi menurut JNC (Joint national commite on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure) untuk usia $\geq$ 18 tahun

Klasifikasi	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80

Pre hipertensi	120-139	80-89
Stadium 1	140-159	90-99
Stadium 2	≥ 160	≥ 100

(sumber james *et al.*,2014)

Data terbaru menunjukkan bahwa nilai tekanan darah yang sebelumnya dipertimbangkan normal ternyata menyebabkan peningkatan resiko komplikasi kardiovaskuler. Data ini mendorong pembuatan klasifikasi baru yang disebut pra hipertensi (sani dalam Hastuti., 2019)

2.4.2.2 Klasifikasi menurut WHO (World health organization)

WHO dan international society of hypertension working group (ISHWG) telah mengelompokkan hipertensi dalam klasifikasi optimal, normal, normal-tinggi, hipertensi ringan, hipertensi sedang dan hipertensi berat.

Tabel 2.2 Klasifikasi hipertensi menurut WHO-ISH 2003

Klasifikasi	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan diastolik (mmHg)
Optimal Normal , Normal- tinggi	<120	
<80		<130
<85		
	130-139	
85-89		
Tingkat 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub-group : perbatasan	140-149	90-94
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110
Hipertensi sistol terisolasi (isolated systolic hypertension)	≥ 140	<90
Sub group perbatasan	140-149	<90

2.4.2.3 Klasifikasi berdasarkan perhimpunan dokter spesialis kardiovaskuler Indonesia

Tabel 2.3 Klasifikasi hipertensi menurut perhimpunan spesialis kardiovaskuler Indonesia

Klasifikasi	Tekanan sistolik (mmHg)	Tekanan diastolik (mmHg)
Optimal	<120 dan / atau <80	
Normal	120-129 dan / atau 80-84	
Normal tinggi	130-139 dan / atau 84-89	
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 sistol Terisolasi	≥ 140 dan <90	

2.4.2.4 Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya

Klasifikasi hipertensi menurut sebab nya dibagi menjadi dua yaitu sekunder dan primer. Menurut Wijayaningsih (2013) hipertensi primer atau esensial tidak diketahui penyebabnya atau idiopatik terdapat sekitar 90% kasus dan banyak penderita tidak menunjukkan gejala atau keluhan.

Hipertensi sekunder merupakan jenis yang penyebab sfesifiknya dapat diketahui (sustrani dan alam dalam Hastuti., 2019). Sedangkan Hipertensi sekunder Menurut Udjianti (2013) merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefnisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi flsik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid

2.4.2.5 Klasifikasi hipertensi berdasarkan gejala

Klasifikasi hipertensi menurut gejala dibedakan menjadi dua yaitu hipertensi benigna dan hipertensi maligna. hipertensi benigna adalah keadaan hipertensi yang tidak menimbulkan gejala-gejala biasanya ditemukan pada saat penderita dicek up. Sedangkan hipertensi maligna merupakan keadaan hipertensi yang membahayakan biasanya disertai dengan keadaan kegawatan yang merupakan akibat komplikasi organ-organ (Hastuti., 2019).

2.4.3 Etiologi

Hipertensi sering disebut sebagai salah satu penyakit degeneratif. Umumnya penderita tidak dapat mengetahui dirinya mengidap hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya dan hipertensi dikenal juga dapat menyerang siapa saja dari berbagai kelompok umur dan kelompok sosial ekonomi, tetapi lebih banyak ditemukan pada lansia (Martha dalam khotimah *et al.*, 2021). Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat digolongkan menjadi 2, yaitu:

2.4.3.1 Hipertensi Esensial atau Hipertensi Primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum dapat diketahui. Namun, berbagai faktor diduga turut berperan sebagai penyebab hipertensi primer. Kurang dari 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi primer, sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Menurut (Ardiansyah, 2012) ada beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial di antaranya :

a. Genetik

Individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, berisiko lebih tinggi untuk mendapatkan penyakit ini ketimbang mereka yang tidak.

b. Jenis Kelamin dan Usia

Laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita pasca menopause berisiko tinggi untuk mengalami hipertensi.

c. Diet

Konsumsi diet tinggi garam atau kandungan lemak, secara langsung berkaitan dengan berkembangnya penyakit hipertensi.

d. Berat Badan/Obesitas

25% lebih berat di atas berat badan ideal juga sering dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.

e. Gaya Hidup Merokok dan Konsumsi Alkohol

Gaya hidup merokok dan konsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah (bila gaya hidup yang tidak sehat tersebut tetap diterapkan).

2.4.3.2 Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, Adapun hipertensi sekunder pada umumnya disebabkan oleh berbagai kondisi seperti Beberapa faktor yang diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial di antaranya:

- a. Penyakit Parenkim dan Vaskuler Ginjal Penyakit ini merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskuler berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar, yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada klien 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.

- b. Penggunaan Kontrasepsi Hormonal (Estrogen) Oral
kontrasepsi yang berisi estrogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme renin aldosteron-mediate volume expansion. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah kembali normal setelah beberapa bulan.
- c. Gangguan Endokrin Disfungsi medulla adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenalin-mediate hypertension disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol, dan katekolamin. Pada aldosteron primer. Kelebihan aldosteron menyebabkan hipertensi dan hipokalemia. Aldosteronisme primer biasanya timbul dari adenoma korteks adrenal yang benign (jinak).
- d. Kegemukan (Obesitas) dan Gaya Hidup yang Tidak Aktif (Malas Berolahraga)
- e. Stres. Stres cenderung menyebabkan kenaikan tekanan darah untuk sementara waktu. Jika stres telah berlalu, maka tekanan darah biasanya akan kembali normal.
- f. Merokok Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin ini mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, serta menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian meningkatkan tekanan darah

2.4.4 Faktor resiko

Menurut (Pikir, budi sestyo *et al.*, 2015) menjelaskan terkait faktor resiko hipertensi sebagai berikut :

2.4.4.1 Faktor tidak dapat dimodifikasi

- a. Jenis kelamin

Hipertensi berkaitan dengan jenis kelamin laki-laki dan usia. Namun, pada usia tua, risiko hipertensi meningkat tajam pada perempuan dibandingkan laki-laki. Hipertensi berkaitan dengan indeks massa tubuh (IMT). Laki-laki obesitas lebih mempunyai risiko hipertensi lebih besar dibandingkan perempuan obesitas dengan berat badan sama.

b. Usia

Jumlah penduduk berusia di atas 65 tahun meningkat secara cepat dan, pada kurang dari 30 tahun, satu dari lima orang di Amerika Serikat akan berusia di atas 65 tahun (Spillman dalam Pikir,budi sestyo et al., 2015). Tekanan darah sistolik meningkat progresif sesuai usia 41 dan orang lanjut usia dengan hipertensi merupakan risiko besar untuk penyakit kardiovaskular. Prevalensi hipertensi meningkat sesuai dengan usia.

c. Genetik

Hipertensi pada orang yang mempunyai riwayat hipertensi dalam keluarga sekitar 15–35%. Suatu penelitian pada orang kembar, hipertensi terjadi pada 60% laki-laki dan 30–40% perempuan. Hipertensi usia di bawah 55 tahun terjadi 3,8 kali lebih sering pada orang dengan riwayat hipertensi dalam keluarga. Hipertensi dapat disebabkan mutasi gen tunggal, diturunkan berdasarkan hukum mendel. Walaupun jarang, kondisi ini memberikan pengetahuan penting tentang regulasi tekanan darah dan mungkin dasar genetik hipertensi esensial.

d. Ras

Orang Amerika Serikat kulit hitam cenderung mempunyai tekanan darah lebih tinggi dibandingkan bukan kulit hitam (Lloyd-Jones dkk, 2009) dan keseluruhan angka mortalitas terkait hipertensi lebih tinggi pada kulit hitam (Hertz dkk, 2005). Pada multiple risk factor intervention trial, yang melibatkan lebih dari 23.000 laki-laki kulit hitam dan 325.000 laki-laki kulit putih yang dipantau selama 10 tahun, didapatkan suatu perbedaan rasial yang menarik: angka mortalitas penyakit jantung koroner lebih rendah pada laki-laki kulit hitam dengan tekanan diastolik melebihi 90 mmHg dibandingkan pada laki-laki kulit putih, tetapi angka mortalitas penyakit serebrovaskular lebih tinggi (Neaton dkk, 1989)

2.4.4.2 Faktor yang dapat dimodifikasi

a. Pendidikan

Hipertensi berhubungan terbalik dengan tingkat edukasi, orang berpendidikan tinggi mempunyai informasi kesehatan termasuk hipertensi dan lebih mudah menerima gaya hidup sehat seperti diet sehat, olah raga, dan memelihara berat badan ideal. Sebanyak 66 juta orang Amerika mengalami peningkatan tekanan darah (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg); di mana 72% menyadari penyakit mereka, tetapi hanya 61% mendapat pengobatan dan hanya 35% yang terkontrol.

Keengganan pasien untuk berobat disebabkan oleh tidak adanya gejala, salah paham, sosiokultural, kepercayaan pada pengobatan tradisional, dan kesulitan mencapai pusat pelayanan kesehatan (Olivier et al., 2011). Gaudemaris dkk, pada tahun 2002, di Perancis, melakukan penelitian pada 17.359 laki-laki dan 12.267 wanita, secara signifikan hubungan antara pendidikan rendah dengan prevalensi hipertensi dan kontrol tekanan darah yang buruk.

b. Kontrasepsi oral

Peningkatan kecil tekanan darah terjadi pada kebanyakan perempuan yang menggunakan kontrasepsi oral, tetapi peningkatan besar kadang terjadi. Hal ini disebabkan ekspansi volume karena peningkatan sintesis hepatic substrat renin dan aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron. Kontrasepsi estrogen akan meningkatkan tekanan darah 3–6/2–5 mmHg, sekitar lima persen perempuan yang menggunakan kontrasepsi oral jangka panjang menunjukkan peningkatan tekanan darah di atas 140/90 mmHg.

Hipertensi terkait kontrasepsi lebih sering pada perempuan di atas 35 tahun, pada mereka yang menggunakan kontrasepsi lebih dari 5 tahun, dan individu gemuk. Jarang terjadi pada mereka yang menggunakan tablet estrogen dosis kecil. Umumnya, hipertensi reversibel setelah penghentian kontrasepsi, tetapi mungkin perlu beberapa minggu. Estrogen pada postmenopause

umumnya tidak menyebabkan hipertensi, tetapi tentu memelihara vasodilatasi diperantarai endotel.

c. Diet garam (Natrium)

Natrium intraselular meningkat dalam sel darah dan jaringan lain pada hipertensi primer (esensial). Hal ini dapat disebabkan abnormalitas pertukaran Na-K dan mekanisme transpor Na lain. Peningkatan Na intraselular dapat menyebabkan peningkatan Ca intraselular sebagai hasil pertukaran yang difasilitasi dan dapat menjelaskan peningkatan tekanan otot polos vaskular yang karakteristik pada hipertensi.

Asupan garam dapat menyebabkan rigiditas otot polos vaskular, oleh karena itu asupan garam berlebihan dapat menyebabkan hipertensi. The 2010 Dietary Guidelines for Americans merekomendasikan konsumsi garam kurang dari 2300 mg per hari atau kurang dari 1500 mg pada penderita hipertensi, diabetes, penyakit ginjal kronik, atau pada usia 51 tahun ke atas, atau orang kulit hitam.

The International Study of Salt and Blood Pressure (INTERSALT) meneliti 10.000 orang, usia 20–59 tahun, mendapatkan hubungan positif antara sekresi natrium urine dan tekanan darah. Peningkatan asupan natrium 100 mmol/hari dapat meningkatkan tekanan darah sampai 6 mmHg.

d. Obesitas

Obesitas terjadi pada 64% pasien hipertensi. Lemak badan mempengaruhi kenaikan tekanan darah dan hipertensi. Penurunan berat badan menurunkan tekanan darah pada pasien obesitas dan memberikan efek menguntungkan pada faktor risiko terkait, seperti resistensi insulin, diabetes melitus, hiperlipidemia, dan hipertrofi ventrikel kiri. Penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik pada penurunan berat badan 5,1 kg adalah 4,4 dan 3,6 mmHg. Insiden obesitas lebih tinggi pada perempuan 34,4% dibandingkan pada laki-laki 28,6%.

Body mass index (BMI) $> 24,4 \text{ Kg/m}^3$ dihubungkan dengan peningkatan penyakit kardiovaskular. Peningkatan risiko yang sama juga telah diidentifikasi untuk hipertensi, penyakit vaskular serebral dan perifer, hiperlipidemia, penyakit traktus bilier, osteoarthritis dan gout.

Dalam penelitian eksperimental telah diindikasikan bahwa leptin (bahan yang diproduksi oleh jaringan lemak yang berefek tidak baik, adiponektin, diproduksi lemak tapi berefek baik) dapat merupakan faktor lain dalam patofisiologi hipertensi karena menyebabkan aktivitas simpatetik meningkat. Jadi, Obesitas dikaitkan dengan peningkatan volume intravaskular, peningkatan curah jantung, aktivasi sistem renin

angiotensin, dan peningkatan aliran simpatetik. Penurunan berat badan menurunkan tekanan darah.

e. Dislipidemia

Dislipidemia adalah satu prediktor kuat dari penyakit kardiovaskular. Pada keadaan ini terjadi kerusakan endotel, dan hilangnya aktivitas vasomotor fisiologis yang akan bermanifestasi sebagai peningkatan tekanan darah. Beberapa studi mendapatkan hubungan antara lipid plasma dan perkembangan hipertensi. Beberapa percobaan telah melihat efek dari penurunan lipid pada tekanan darah. Lebih dari ½ pasien hipertensi mempunyai abnormalitas lipid.

Semakin tinggi tekanan meningkat, problem lipid makin meningkat. Normalisasi dari kolesterol LDL dan total mengurangi progresivitas aterosklerosis. Halperin Ruben *et al* meneliti 3110 pria yang normotensi dan diikuti selama rata-rata 18,6 tahun, menemukan 1019 pria mendapat hipertensi. Rata-rata kadar kolesterol total pada awalnya dari pria normotensi adalah 210,5 dan 217,7 mg/dl pada pria yang menjadi hipertensi ($p < 0,0001$).

Studi prospektif ini menunjukkan bahwa kadar tinggi kolesterol total, kolesterol non HDL dan rasio kolesterol total/kolesterol HDL berhubungan secara independen dengan risiko peningkatan insiden hipertensi pada pria yang tampaknya sehat. Kadar tinggi kolesterol HDL dihubungkan dengan penurunan risiko insiden hipertensi.

Castelli dan Anderson mendapatkan bahwa tekanan darah dan kolesterol serum berkorelasi kuat pada pasien hipertensi, dan merekomendasi untuk mengobati kadar kolesterol tinggi pada pasien hipertensi. Mekanisme biologi di mana lipid berperan dalam perkembangan hipertensi tetap kurang dimengerti. Lipid abnormal yang aterogenik secara jelas menyebabkan disfungsi endotel.

f. Alkohol

Konsumsi alkohol akan meningkatkan risiko hipertensi, namun mekanismenya belum jelas, mungkin akibat meningkatnya transport kalsium ke dalam sel otot polos dan melalui peningkatan katekolamin plasma. Terjadinya hipertensi lebih tinggi pada peminum alkohol berat akibat dari aktivasi simpatetik.

Studi di Jepang pada tahun 1990, didapatkan 34% hipertensi disebabkan oleh minum alkohol, di mana efek alkohol terhadap tekanan darah reversibel. Peminum alkohol lebih dari dua gelas sehari akan memiliki risiko hipertensi dua kali lipat dibandingkan bukan peminum, serta tidak optimalnya efek dari obat anti hipertensi. Pada pasien hipertensi yang mengonsumsi alkohol, disarankan kurang dari 30 ml per hari atau 40 mg etanol per hari.

g. Rokok

Rokok menghasilkan nikotin dan karbon monoksida, suatu vasokonstriktor poten menyebabkan hipertensi. Merokok meningkatkan tekanan darah juga melalui peningkatan norepinefrin plasma dari saraf simpatetik. Efek sinergistik merokok dan tekanan darah tinggi pada risiko kardiovaskular telah jelas.

Merokok menyebabkan aktivasi simpatetik, stres oksidatif, dan efek vasopresor akut yang dihubungkan dengan peningkatan marker inflamasi, yang akan mengakibatkan disfungsi endotel, cedera pembuluh darah, dan meningkatnya kekakuan pembuluh darah.⁵⁵ Setiap batang rokok dapat meningkatkan tekanan darah 7/4 mmHg. perokok pasif dapat meningkatkan 30% risiko penyakit kardiovaskular dibandingkan dengan peningkatan 80% pada perokok aktif.

h. Kopi (Kafein)

Kopi merupakan minuman stimulan yang dikonsumsi secara luas di seluruh dunia. Di mana kopi dapat meningkatkan secara akut tekanan darah dengan memblokir reseptor vasodilatasi adenosin dan meningkatkan norepinefrin plasma. Minum dua sampai tiga cangkir kopi akan meningkatkan tekanan darah secara akut, dengan variasi yang luas antara individu dari 3/4 mmHg sampai 15/13 mmHg. Di mana tekanan darah akan mencapai puncak dalam satu jam dan kembali ke tekanan darah dasar setelah empat jam.

i. Obat Anti Inflamasi Nonsteroid (OAIN)

Prevalensi hipertensi meningkat pada usia lanjut, juga disebabkan penggunaan obat OAIN. Di Amerika Serikat diperkirakan ada 20 juta orang yang mendapat obat anti hipertensi dan OAIN. OAIN menyebabkan peningkatan tekanan darah rata-rata 5 mmHg dan sebaiknya dihindari pada individu dengan tekanan darah prehipertensi dan hipertensi. Obat ini akan meningkatkan risiko kejadian kardiovaskular 15% dan kejadian serebrovaskular 67%.

j. Latihan Fisik

Hubungan olah raga terhadap hipertensi bervariasi. Olah raga aerobik menurunkan tekanan darah pada individu yang tidak berolahraga, tetapi olahraga berat pada individu yang aktif memberikan efek yang kurang. Dalam Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study (CARDIA) dengan pemantauan lebih 15 tahun, didapatkan aktivitas fisik mereduksi 17% risiko hipertensi.

Dari 30 studi hipertensi, latihan fisik dapat menurunkan tahanan perifer 7,1%, norepinefrin plasma 29%, aktivitas renin plasma 20% dan tekanan darah 6,9/4,9 mmHg.⁴⁹ Dari 30 studi hipertensi, aktivitas fisik dapat menurunkan tekanan darah 6,9/4,9 mmHg, resistensi vaskular 7,1%, norepinefrin plasma 29%, dan aktivitas renin plasma 20%

k. Stres Mental

Stresor merupakan stimuli intrinsik atau ekstrinsik menyebabkan gangguan fisiologi dan psikologi, dan dapat membahayakan kesehatan. Walaupun data epidemiologi menunjukkan stres mental terkait dengan hipertensi, penyakit kardiovaskular, obesitas, dan sindrom metabolik, efek stres mental pada manusia belum dipahami sepenuhnya.

Oleh karena itu, orang seharusnya mengurangi stres untuk menghindari lingkaran setan stres mental, obesitas, hipertensi, dan diabetes.⁵⁰ Pada manusia, stimulasi sistem saraf simpatetik (SSS), disebabkan stres kronik, meningkatkan frekuensi nadi dan curah jantung dan juga mengaktivasi RAAS, yaitu mekanisme pressor penting lain. Peningkatan aktivitas SSS juga berperan dalam perkembangan gangguan metabolisme glukosa dan lemak.

2.4.5 Manifestasi klinis

Hipertensi sulit dideteksi oleh seseorang sebab hipertensi tidak memiliki tanda/ gejala khusus. Gejala-gejala yang mudah untuk diamati seperti terjadi pada gejala ringan yaitu pusing atau sakit kepala, cemas, wajah tampak kemerahan, tengkuk terasa pegal, cepat marah, telinga berdengung, sulit tidur, sesak napas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, mimisan (keluar darah di hidung) (Fauz dalam Ignatavicius *et al.*, 2017). Selain itu, hipertensi memiliki tanda klinis yang dapat terjadi, diantaranya adalah (Smeltzer, 2013):

- 2.4.5.1 Pemeriksaan fisik dapat mendeteksi bahwa tidak ada abnormalitas lain selain tekanan darah tinggi.
- 2.4.5.2 Perubahan yang terjadi pada retina disertai hemoragi, eksudat, penyempitan arteriol, dan bintik katun-wol (cotton-wool spots) (infarksis kecil), dan papiledema bisa terlihat pada penderita hipertensi berat.
- 2.4.5.3 Gejala biasanya mengindikasikan kerusakan vaskular yang saling berhubungan dengan sistem organ yang dialiri pembuluh darah yang terganggu.
- 2.4.5.4 Dampak yang sering terjadi yaitu penyakit arteri koroner dengan angina atau infark miokardium.
- 2.4.5.5 Terjadi Hipertrofi ventrikel kiri dan selanjutnya akan terjadi gagal jantung.
- 2.4.5.6 Perubahan patologis bisa terjadi di ginjal (nokturia, peningkatan BUN, serta kadar kreatinin).
- 2.4.5.7 Terjadi gangguan serebrovaskular (stroke atau serangan iskemik transien (TIA) yaitu perubahan yang terjadi pada penglihatan atau kemampuan bicara, pening, kelemahan, jatuh mendadak atau hemiplegia transien atau permanen
- 2.4.5.8 Terjadi gangguan Pada arteri perifer menyebabkan nyeri pada tungkai dan kaki sehingga seseorang akan sulit berjalan.

2.4.6 Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi menurut(Black & Hawks, 2014).Sistem kontrol yang menjadi peran utama dalam menjaga tekanan darah yaitu:

- a. Sistem baroreseptor dan kemoreseptor arteri
- b. Pengaturan volume cairan tubuh
- c. Autoregulasi vascular
- d. Sistem renin angiotensin

Hipertensi primer kemungkinan besar terjadi dikarenakan kerusakan pada beberapa bahkan semua pada system. Baroreseptori dan kemoreseptor arteri bekerja secara langsung untuk mengontrol tekanan darah. Baroreseptor reseptor peregangan utama ditemukan disinus karotis, aorta, dan dinding bilik jantung kiri. Semua sistem memonitor tingkat tekanan arteri dan mengatasi peningkatan melalui vasodilatasi dan memperlambat denyut jantung melalui saraf vagus.

Perubahan patologis yang mengubah ambang tekanan dimana ginjal mengekskresikan garam serta air mengubah tekanan darah sistemik. Selain itu, produksi hormon penahan natrium yang berlebihan menyebabkan hipertensi.

Penyebab hipertensi sekunder banyak disebabkan karena kelainan-kelainan seperti masalah pada ginjal, neurologis, vaskular, obat serta makanan yang dapat mempengaruhi ginjal secara langsung maupun tidak langsung serta dapat mengakibatkan gangguan serius pada organ-organ ini yang dapat mengganggu eksresi natrium, perfusi renal atau mekanisme renin-angiotensin-aldosteron yang dapat mengakibatkan hipertensi.

Glomerulonephritis dan stenosis arteri renal kronis adalah penyebab yang paling sering ditemui dari hipertensi sekunder. Selain itu, kelenjar adrenal dapat mengakibatkan hipertensi sekunder jika berlebihan dalam memproduksi aldosterone, kortisol, katekolami. Kelebihan aldosterone dapat mengakibatkan renal menyimpan air juga natrium, memperbanyak volume darah serta menaikkan tekanan darah. Feokromositoma adalah tumor kecil di medulla adrenal yang dapat mengakibatkan hipertensi dramatis karena adanya pelepasan jumlah epinefrin dan norepinefrin yang berlebihan.

Selain itu, permasalahan pada adrenokorsikal lainnya dapat juga mengakibatkan produksi kortisol yang berlebihan atau sering disebut sindrom cushing. Pasien dengan sindrom cushing memiliki 80% terkena resiko pengembangan hipertensi. Kortisol juga meningkatkan tekanan darah dengan meningkatnya simpanan renal, kadarangiotensin II, dan reaktivitas vascular terhadap norepinefrin. Selain itu pasien yang mengalami stress kronis meningkatkan kadar katekolamin, aldosterone serta kortisol dalam darah .

2.4.7 Komplikasi

2.4.7.1 Gagal Jantung

Istilah “gagal jantung” sering disalahartikan dengan “serangan jantung”, namun kedua istilah ini memiliki arti yang berbeda. Gagal jantung adalah istilah untuk suatu keadaan di mana secara progresif jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh secara efisien. Jika fungsinya semakin buruk, maka akan timbul tekanan balik dalam sistem sirkulasi yang menyebabkan kebocoran cairan kapiler terkecil paru. Hal ini akan menimbulkan sesak napas dan pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki.

2.4.7.2 Angina

Angina adalah rasa tidak nyaman atau nyeri di dada nyeri dapat menjalar ke lengan, leher, rahang, punggung, atau perut. Rasa ini timbul akibat otot jantung tidak mendapat cukup oksigen. Angina biasanya dipicu oleh aktivitas fisik dan mereda dengan istirahat selama 10-15 menit.

Seiring dengan bertambahnya usia, ditambah dengan pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat serta kurang berolahraga secara teratur, lemak akan terakumulasi pada dinding arteri sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Tekanan darah tinggi adalah faktor utama yang menyebabkan pembuluh darah menjadi kaku. Tekanan darah tinggi juga mengubah aliran darah di arteri menjadi lebih turbulen. Jika aliran darah ke jantung terganggu saat seseorang membutuhkan oksigen lebih dari normal, maka jantung tidak dapat cukup oksigen.

2.4.7.3 Serangan jantung

Serangan jantung dalam dunia medis disebut infark miokard karena terjadi saat sebagian dari „miokardium“ atau otot jantung mengalami „infark“ atau mati. Penyebabnya mirip dengan angina, dan tekanan darah tinggi juga turut berperan penting. Serangan jantung biasanya dipicu oleh gumpalan darah yang terbentuk di dalam arteri.

2.4.7.4 Tekanan darah tinggi dan stroke

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan dua jenis stroke, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Jenis stroke yang paling sering (sekitar 80% kasus) adalah stroke iskemik. Stroke ini terjadi karena aliran darah di arteri otak terganggu dengan mekanisme yang mirip dengan gangguan aliran darah di arteri koroner saat serangan jantung atau angina. Otak menjadi kekurangan oksigen dan nutrisi. Stroke hemoragik (sekitar 20% kasus) timbul saat pembuluh darah di otak atau di dekat otak pecah, penyebab utamanya adalah tekanan darah tinggi yang persisten. Hal ini menyebabkan

darah meresap ke ruang di antara sel-sel otak. Walaupun stroke hemoragik tidak sesering stroke iskemik, namun komplikasinya dapat menjadi lebih serius. Gejala stroke meliputi:

- a. Rasa baal (mati rasa), lemah atau paralisis pada sisi tubuh.
- b. Bicara tidak jelas atau sulit menemukan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan.
- c. Hilangnya pandangan atau sebagian lapang pandang secara tiba-tiba, pusing, kebingungan, tubuh tidak seimbang, atau sakit kepala berat.

2.4.7.5 Tekanan darah tinggi dan penyakit ginjal

Ginjal bertugas menyaring zat sisa dari darah dan menjaga keseimbangan cairan dan kadar garam dalam tubuh. Gagal ginjal timbul bila kemampuan ginjal dalam membuang zat sisa dan kelebihan air berkurang. Keadaan ini bersifat fatal kecuali bila penderitanya menjalani dialisis (fungsi ginjal dalam menyaring darah digantikan oleh mesin) atau transplantasi ginjal. Ginjal secara intrinsik berperan dalam pengaturan tekanan darah, dan inilah sebabnya mengapa tekanan darah tinggi dapat menyebabkan penyakit ginjal dan demikian pula sebaliknya.

2.4.7.6 Tekanan darah tinggi dan gangguan sirkulasi

- a. Tungkai, penyakit arteri perifer adalah istilah medis untuk penyakit yang menyerang arteri yang menyuplai darah ke tungkai. Penyebabnya sama dengan yang telah dijelaskan untuk penyakit jantung, stroke, dan penyakit ginjal yaitu arteri berada dalam keadaan stres berat akibat peningkatan

tekanan darah, dan penyempitan arteri tersebut menyebabkan aliran darah berkurang. Penyakit arteri perifer menyebabkan nyeri pada tungkai dan kaki sehingga seseorang akan sulit berjalan.

- b. Mata, tekanan darah tinggi dapat mempersempit atau menyumbat arteri di mata, sehingga menyebabkan kerusakan pada retina (area pada mata yang sensitif terhadap cahaya). Keadaan ini disebut penyakit vaskuler retina. Penyakit ini dapat menyebabkan kebutaan dan merupakan indikator awal penyakit jantung (Yasmine, 2007).

2.4.8 Pemeriksaan penunjang hipertensi

Pemeriksaan penunjang menurut (Nur arif dan kusuma, 2015)

2.4.8.1 Pemeriksaan Laboratorium

- a. Hb/Ht : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
- b. BUN /kreatinin : memberikan informasi tentang perfusi / fungsi ginjal
- c. Glukosa : Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- d. Urinalisa : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

2.4.8.2 CT scan : Mengkaji adanya tumor cerebral, encelopati

2.4.8.3 EKG : dapat menunjukkan pola rengangan, dimana luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi

2.4.8.4 IUP : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti : Batu ginjal, perbaikan ginjal.

2.4.8.5 Photo dada : menunjukkan destruksi klasifikasi pada area katup, pembesaran jantung.

2.4.9 Pencegahan hipertensi

Tara e dalam Masriadi (2016) menyatakan bahwa pencegahan terhadap hipertensi dapat dikategorikan menjadi 4 tingkatan :

2.4.9.1 Pencegahan Primordial

Pencegahan primordial merupakan usaha pencegahan predisposisi terhadap hipertensi, belum terlihatnya faktor yang menjadi risiko hipertensi, contohnya adanya peraturan pemerintah merupakan peringatan pada rokok dan melakukan senam kesegaran jasmani untuk menghindari terjadinya hipertensi.

2.4.9.2 Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah upaya pencegahan sebelum seorang penderita terserang hipertensi. Dilakukan pencegahan melalui pendekatan, seperti penyuluhan mengenai faktor risiko hipertensi serta kiat terhindar dari hipertensi dengancara menghindari merokok, konsumsi alkohol, obesitas, stres, dan lainnya.

2.4.9.3 Pencegahan Sekunder

Upaya pencegahan hipertensi ditujukan kepada penderita yang sudah terserang agar tidak menjadi lebih berat.Tujuan pencegahan sekunder ini ditekankan pengobatan pada penderita hipertensi untuk mencegah penyakit hipertensi kronis.

2.4.9.4 Pencegahan Tersier

Pencegahan terjadinya komplikasi yang berat akan menimbulkan kematian, contoh melakukan rehabilitasi.

Pencegahan tersier ini tidak hanya mengobati juga mencakup upaya timbulnya komplikasi kardiovaskuler seperti infark jantung, stroke dan lain-lain, terapi diupayakan dalam merestorasi jaringan yang sudah mengalami kelainan atau sel yang sudah rusak akibat hipertensi, agar penderita kembali hidup dengan kualitas normal.

2.4.10 Penatalaksanaan Hipertensi

Sari & Oktavianus (2016) menyebutkan penatalaksanaan hipertensi dibagi menjadi:

2.4.10.1 Penatalaksanaan non farmakologis

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

a. Diet

Diet yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah:

- 1) Restriksi garam secara moderat dari 10 gr/hr menjadi 5 g/hr
- 2) Diet rendah kolesterol dan rendah asam lemak jenuh
- 3) Penurunan berat badan
- 4) Penurunan asupan etanol
- 5) Menghentikan merokok

b. Latihan Fisik

Latihan fisik atau olah raga yang teratur dan terarah yang dianjurkan untuk penderita hipertensi adalah olah raga yang mempunyai empat prinsip yaitu :

- 1) Macam olah raga yaitu isotonis dan dinamis seperti lari, jogging, bersepeda, berenang dan lain-lain.
- 2) Intensitas olah raga yang baik antara 60-80 % dari kapasitas aerobik atau 72-87 % dari denyut nadi maksimal yang disebut zona latihan.
- 3) Lamanya latihan berkisar antar 20-25 menit berada dalam zona latihan.
- 4) Frekuensi latihan sebaiknya 3 x perminggu dan paling baik 5 x perminggu

c. Edukasi Psikologis

Pemberian edukasi psikologis untuk penderit hipenensi meliputi :

- 1) Tehnik Biofeedback
Biofeedback adalah suatu tehnik yang dipakai untuk menunjukkan pada subyek tanda-tanda mengenai keadaan tubuh yang secara sadar oleh subyek dianggap tidak normal. Penerapan biofeedback terutama dipakai untuk mengatasi gangguan somatik seperti nyeri kepala dan migrain, juga untuk gangguan psikologis seperti kecemasan dan ketegangan.
- 2) Tehnik relaksasi
Relaksasi adalah suatu prosedur atau tehnik yang bertujuan untuk mengurangi

ketegangan atau kecemasan, dengan cara melatih penderita untuk dapat belajar membuat otot-otot dalam tubuh menjadi rileks .

3) Pendidikan Kesehatan (Penyuluhan)

Tujuan pendidikan kesehatan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi dan pengelolaannya sehingga pasien dapat mempertahankan hidupnya dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2.4.10.2 Penatalaksanaan farmakologis

Pengobatan standar yang dianjurkan oleh Komite Dokter Ahli Hipertensi (Joint National Committee On Detection, Eval Uation And Treatment Of High Blood Pressure, USA, 1988) menyimpulkan bahwa obat diuretika, penyekat beta, antagonis kalsium, atau penghambat ACE dapat digunakan sebagai obat tunggal pertama dengan memperhatikan keadaan penderita dan penyakit lain yang ada pada penderita

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Kecemasan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah catatan tentang hasil pengumpulan data yang didapat dari klien untuk mendapatkan informasi, membuat data tentang klien dan catatan tentang kesehatan klien. Pengkajian yang komperhensif akan membantu dalam identifikasi masalah –

masalah yang dialami klien (Dinarti dan Mulyani, 2017).

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2016) dalam buku standar Diagnosa Keperawatan Indonesia data fokus yang perlu dikaji pada pasien dengan ansietas antara lain :

2.5.1.1 Faktor Prediposisi

a. Teori psokonalitik

Ansietas merupakan konflik emosional antara dua elemen kepribadian yaitu, ide, ego, dan super ego. Ide melambangkan dorongan insting dan implus primitive. Super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma – norma budaya seseorang. Sedangkan ego digambarkan sebagai mediator antara ide dan super ego. Ansietas ini berfungsi untuk memperingatkan ego tentang suatu budaya yang perlu diatasi.

b. Teori interpersonal

Ansietas terjadi dari ketakutan akan penolakan interpersonal

Berhubungan juga dengan trauma masa perkembangan seperti kehilangan, perpisahan, individu dengan harga diri rendah biasanya sangat mudah mengalami ansietas berat.

c. Teori Prilaku

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai

tujuan yang diinginkan.

d. Kajian Biologis

Reseptor ini diperkirakan turut berperan dalam mengatur ansietas. Ansietas dapat memperburuk penyakit (Hipertensi jantung,dl). Kelelahan mengakibatkan individu mudah terangsang dan merasa ansietas

2.5.1.2 Faktor Presipitasi

Bersumber dari eksternal dan internal, seperti :

Ancaman terhadap integritas fisik meliputi ketidakmampuan psikologis atau menurunnya kemampuan melaksanakan fungsi kehidupan sehari – hari. Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri dan integritas fungsi sosial.

2.5.1.3 Prilaku

Ansietas dapat diekspresikan langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku secara tidak langsung timbulnya gejala atau mekanisme koping dalam upaya mempertahankan diri dari ansietas, identitas perilaku akan meningkat sejalan dengan peningkatan ansietas (Dalami dkk, 2009).

2.5.1.4 Analisa Data

Data Subjektif :

a. Merasa bingung

b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

c. Sulit berkonsentrasi

- d. Mengeluh pusing
- e. Merasa tidak berdaya

Data Objektif :

- a. Tampak gelisah
- b. Tampak tegang
- c. Sulit tidur
- d. Frekuensi nafas meningkat
- e. Frekuensi nadi meningkat
- f. Tekanan darah meningkat
- g. Muka tampak pucat
- h. Kontak mata buruk
- i. Sering berkencing

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Ansietas b.d Ancaman Pada Status Terkini (00146) (Buku NANDA-1 Definisi dan Klasifikasi 2018-2020)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dengan Ansietas menggunakan pendekatan (Bulechek, et al, 2013). Setelah merumuskan diagnose keperawatan, maka intervensi dan aktivitas keperawatan perlu ditetapkan untuk mengurangi, menghilangkan, serta mencegah masalah keperawatan penderita. Tahapan ini disebut perencanaan keperawatan yang meliputi penentuan prioritas, diagnose keperawatan, menetapkan sasaran dan tujuan, menetapkan kriteria evaluasi, serta merumuskan intervensi dan aktivitas keperawatan (Bulechek et al., 2013).

2.5.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun

pada tahap perencanaan (Manurung, 2016). Implementasi adalah proses dalam keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan akhir dari proses keperawatan dan merupakan suatu tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya adalah berhasil dicapai. Evaluasi dilaksanakan dengan melihat respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan sehingga perawat bisa mengambil suatu keputusan. Tujuan dari evaluasi yaitu untuk mendapatkan umpan balik yang relevan dengan cara membandingkan dengan kriteria hasil. Hasil evaluasi menggambarkan tentang perbandingan tujuan yang dicapai dengan hasil yang diperoleh (Manurung, 2016).