

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Hipertensi

a. Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas batas normal yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan juga angka kematian (mortalitas). Tekanan darah fase sistolik 140 mmHg menunjukkan fase darah yang sedang di pompa oleh jantung dan fase diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Lumowa, 2020). Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi kronis ketika tekanan darah pada dinding arteri (pembuluh darah bersih) meningkat. Kondisi ini dikenal sebagai “pembunuh diam-diam” karena jarang memiliki gejala yang jelas. Satu-satunya cara mengetahui apakah seseorang itu memiliki hipertensi adalah dengan melakukan pengukuran tekanan darah (Anies, 2018).

Hipertensi atau penyakit darah tinggi sebenarnya adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkan. Hipertensi sering kali disebut sebagai pembunuh gelap silent killer, karena termasuk penyakit yang wanita

dinyatakan hipertensi jika tekanan darahnya 160/95 mmHg atau lebih (Lumowa, 2020).

b. Patofisiologi

Meningkatnya tekanan darah dalam arteri bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Darah pada setiap denyut jantung di paksa untuk melalui pembuluh yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan. Inilah yang terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis (Lumowa, 2020).

Dengan cara yang sama tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perangsangan saraf atau hormone di dalam darah. Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dari dalam tubuh, volume darah dalam tubuh meningkat sehingga tekanan darah juga meningkat (Lumowa, 2020).

Sebaliknya, jika aktivitas memompa jantung berkurang, arteri mengalami pelebaran, banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka

tekanan darah akan menurun. Penyesuaian terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan oleh perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Perubahan fungsi ginjal, ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara : jika tekanan darah meningkat, ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air yang akan menyebabkan berkurangnya volume darah dan mengembalikan tekanan darah ke normal (Lumowa, 2020).

Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah selama respon fight-or-flight (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar) meningkatnya arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka yang memerlukan pasokan darah yang lebih banyak mengurangi pembuangan air dan garam oleh ginjal sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh melepaskan hormone epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin) yang merangsang jantung dan pembuluh darah. Faktor stress merupakan satu faktor pencetus terjadinya peningkatan tekanan darah dengan proses pelepasan hormone epinefrin dan norepinefrin (Lumowa, 2020).

c. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik yang dialami oleh penderita biasanya berupa pusing, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak

napas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan. Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan (Lumowa, 2020).

d. Penyebab Hipertensi

Penyebab hipertensi menurut (Lumowa, 2020) dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Hipertensi Esensial atau Primer

Penyebab pasti dari hipertensi esensial sampai saat ini masih belum dapat diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% nya tergolong hipertensi sekunder. Onset hipertensi primer terjadi pada usia 30-35 tahun.

Hipertensi primer adalah suatu kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan. Genetik dan ras merupakan bagian yang menjadi penyebab timbulnya hipertensi primer, termasuk faktor lain yang diantaranya adalah faktor stress, intake alkohol, merokok, lingkungan, demografi dan gaya hidup.

2. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme). Golongan terbesar dari penderita hipertensi adalah hipertensi esensial/primer, maka penyelidikan dan pengobatan lebih banyak ditujukan ke penderita hipertensi esensial/primer.

2. Konsep Penanganan Hipertensi Emergensi

a. Definisi

Hipertensi emergensi adalah keadaan gawat medis ditandai dengan tekanan darah sistolik > 180 mmHg dan atau diastolik > 120 mmHg, disertai kerusakan organ target akut (Aronow, 2017). Hipertensi emergensi juga didefinisikan sebagai peningkatan berat pada tekanan darah ($> 180/120$ mmHg) yang terkait dengan bukti kerusakan organ target yang baru atau memburuk (Whelton et al., 2017). Hipertensi emergensi ditandai oleh peningkatan tekanan darah sistolik atau diastolik atau keduanya, yang terkait dengan tanda atau gejala kerusakan organ akut (yaitu sistem saraf, kardiovaskular, ginjal). Kondisi ini memerlukan pengurangan tekanan darah segera (tidak harus normalisasi), untuk melindungi fungsi organ vital dengan pemberian obat antihipertensi secara intravena (Alatas, 2018).

Hipertensi emergensi adalah peningkatan tekanan darah utama dan sering mendadak, terkait dengan disfungsi organ target progresif dan akut. Hal ini dapat terjadi sebagai kejadian serebrovaskular akut atau fungsi serebral yang tidak teratur, sindrom koroner akut dengan iskemia atau infark, edema paru akut, atau disfungsi ginjal akut. Tekanan darah sangat tinggi pada pasien dengan kerusakan organ target akut yang sedang berlangsung, dan merupakan keadaan gawat medis yang sebenarnya, yang memerlukan penurunan tekanan darah segera (walaupun jarang ke kisaran normal) (Alatas, 2018). Hipertensi emergensi merupakan kenaikan tekanan darah mendadak yang disertai kerusakan organ target akut yang progresif. Pada keadaan ini diperlukan tindakan penurunan tekanan darah yang segera dalam kurun waktu menit-jam. (Turana et al., 2017).

b. Klasifikasi

Menurut American Heart Association (AHA) dan *American College of Cardiology* mengeluarkan pedoman terbaru pembagian klasifikasi hipertensi sebagai berikut (Ii & Hipertensi, 2015):

Tabel 1.2 Klasifikasi Hipertensi AHA dan *American College of Cardiology*.

Klasifikasi	Sistolik		Diastolik
Normal	< 120 mmHg	Dan	< 80 mmHg
Tinggi	120-129 mmHg	Dan	< 80 mmHg
Hipertensi	130-139	Dan	80-89 mmHg

Derajat 1	mmHg		
Hipertensi	≥ 140 mmHg	Dan	≥ 90 mmHg
Derajat 2			
Hipertensi			
Kritis			
Hipertensi	> 180 mmHg	dan/atau	≥ 120 mmHg
Urgensi			
Hipertensi	> 180 mmHg	dan/atau	≥ 120 mmHg
Emergensi	Kerusakan organ	+	Kerusakan organ

Sumber : Lloyd-Jones *et al.* 2017 *Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults, 2017.*

Krisis hipertensi merupakan suatu keadaan klinis yang ditandai oleh tekanan darah yang sangat tinggi yang kemungkinan dapat menimbulkan atau telah terjadinya kelainan organ target. Biasanya ditandai oleh tekanan darah $>180/120$ mmHg, dikategorikan sebagai hipertensi emergensi atau hipertensi urgensi. Pada hipertensi emergensi tekanan darah meningkat ekstrim disertai dengan kerusakan organ target akut yang bersifat progresif, sehingga tekanan darah harus diturunkan segera (dalam hitungan menit – jam) untuk mencegah kerusakan organ target lebih lanjut (Shell, 2016).

c. Etiologi

Hipertensi merupakan penyakit yang sering dijumpai diantara penyakit tidak menular lainnya. Hipertensi dibedakan menjadi hipertensi primer yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya

dan hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang muncul akibat adanya penyakit lain seperti hipertensi ginjal, hipertensi kehamilan, dan lain-lain (Shell, 2016).

Berdasarkan etiologinya, hipertensi dapat dikelompokkan menjadi dua golongan yaitu:

1) Hipertensi Esensial atau primer

Lebih dari 90%-95% pasien dengan hipertensi merupakan hipertensi esensial (hipertensi primer). Beberapa mekanisme yang mungkin berkontribusi untuk terjadinya hipertensi ini telah diidentifikasi, namun belum satupun teori yang tegas menyatakan patogenesis hipertensi primer tersebut. Hipertensi sering turun temurun dalam suatu keluarga, hal ini setidaknya menunjukkan bahwa faktor genetik memegang peranan penting pada patogenesis hipertensi primer. Menurut data, bila ditemukan gambaran bentuk disregulasi tekanan darah yang monogenik dan poligenik mempunyai kecenderungan timbulnya hipertensi esensial. Faktor-faktor lain yang dapat dimasukkan dalam daftar penyebab hipertensi jenis ini adalah lingkungan, kelainan metabolisme intra seluler, dan faktor-faktor yang meningkatkan risikonya seperti obesitas, konsumsi alkohol, merokok dan kelainan darah (Shell, 2016).

2) Hipertensi Renal atau Sekunder

Hipertensi sekunder merupakan penyakit ikutan dari penyakit yang sebelumnya diderita. Kurang dari 10% penderita hipertensi merupakan sekunder dari gangguan hormonal, diabetes, ginjal, penyakit pembuluh, penyakit jantung atau obat-obat tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Pada kebanyakan kasus, disfungsi renal akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular merupakan penyebab sekunder yang paling sering. Obat-obat tertentu, baik secara langsung ataupun tidak, dapat menyebabkan hipertensi atau memperberat hipertensi dengan menaikkan tekanan darah. Apabila penyebab sekunder dapat diidentifikasi, maka dengan menghentikan obat yang bersangkutan atau mengobati/mengoreksi kondisi komorbid yang menyertainya sudah merupakan tahap pertama dalam penanganan hipertensi sekunder (Shell, 2016).

d. Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi darurat tidak dipahami dengan baik. Kegagalan autoregulasi normal dan peningkatan tiba-tiba resistensi vaskular sistemik merupakan komponen awal khas dari proses penyakit (Alatas, 2018).

Patofisiologi darurat hipertensi meliputi:

- a. Peningkatan tiba-tiba resistensi vaskular sistemik, kemungkinan terkait dengan vasokonstriktor humoral.

- b. Cedera dan disfungsi endotel.
- c. Nekrosis fibrinoid pada arteriol.
- d. Deposisi trombosit dan fibrin.
- e. Kerusakan fungsi autoregulasi normal.

Iskemia yang dihasilkan mendorong pelepasan zat vasoaktif lebih lanjut termasuk prostaglandin, radikal bebas, dan faktor pertumbuhan trombotik/mitosis, menyelesaikan lingkaran setan perubahan inflamasi. Jika proses ini tidak dihentikan, kegagalan homeostatis dimulai, menyebabkan hilangnya autoregulasi otak dan lokal, iskemia dan disfungsi sistem organ, dan infark miokard . Keterlibatan organ tunggal ditemukan pada sekitar 83% pasien hipertensi darurat, keterlibatan dua organ pada sekitar 14% pasien, dan kegagalan multiorgan (kegagalan minimal 3 sistem organ) pada sekitar 3% pasien.

Di otak, ensefalopati hipertensi - ditandai dengan hipertensi, perubahan status mental, dan pembengkakan cakram optik - merupakan manifestasi dari disfungsi autoregulasi serebral. Autoregulasi serebral adalah kemampuan pembuluh darah di otak untuk mempertahankan aliran darah yang konstan. Orang dengan hipertensi kronis dapat mentolerir tekanan arteri yang lebih tinggi sebelum sistem autoregulasinya terganggu. Penderita hipertensi juga memiliki peningkatan resistensi serebrovaskular yang membuat mereka berisiko lebih besar mengalami iskemia serebral jika aliran

darah menurun ke kisaran normotensi. Sebaliknya, peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba atau cepat dapat menyebabkan hiperperfusi dan peningkatan aliran darah serebral, menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial dan edema serebral, dengan peningkatan risiko perdarahan intrakranial .

Di jantung, peningkatan kekakuan arteri , peningkatan tekanan darah sistolik , dan tekanan nadi yang melebar, semuanya akibat hipertensi kronis, dapat menyebabkan kerusakan yang signifikan. Tekanan perfusi koroner menurun oleh faktor-faktor ini, yang juga meningkatkan konsumsi oksigen miokard, kemungkinan menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri . Karena ventrikel kiri menjadi tidak mampu mengkompensasi peningkatan akut resistensi vaskular sistemik, kegagalan ventrikel kiri dan edema paru atau iskemia miokard dapat terjadi.

Di ginjal, hipertensi kronis berdampak besar pada pembuluh darah ginjal, menyebabkan perubahan patologis pada arteri kecil ginjal . Arteri yang terkena mengembangkan disfungsi endotel dan gangguan vasodilatasi normal , yang mengubah autoregulasi ginjal. Ketika sistem autoregulasi ginjal terganggu, tekanan intraglomerular mulai bervariasi secara langsung dengan tekanan arteri sistemik, sehingga tidak memberikan perlindungan pada ginjal selama fluktuasi tekanan darah. Sistem renin-aldosteron-angiotensin dapat diaktifkan, menyebabkan vasokonstriksi dan kerusakan lebih lanjut.

Selama krisis hipertensi, ini dapat menyebabkan iskemia ginjal akut, dengan hipoperfusi, keterlibatan organ lain, dan disfungsi berikutnya. Setelah peristiwa akut, disfungsi endotel ini bertahan selama bertahun-tahun (Alatas, 2018).

e. Faktor Risiko

Menurut (Carin et al., 2018), faktor risiko yang mempengaruhi hipertensi yang dapat dan tidak dapat dikontrol, antara lain:

a) Faktor Risiko Tidak Dapat Dikontrol:

1. Jenis Kelamin

Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria bila terjadi pada usia dewasa muda. Tetapi lebih banyak menyerang wanita setelah umur 55 tahun, sekitar 60% penderita hipertensi adalah wanita. Hal ini sering dikaitkan dengan perubahan hormone estrogen setelah *menopause*.

2. Umur

Semakin tinggi umur seseorang semakin tinggi tekanan darahnya, jadi orang yang lebih tua cenderung mempunyai tekanan darah yang tinggi dari orang yang berusia lebih muda. Hal ini disebabkan pada usia tersebut ginjal dan hati mulai menurun, karena itu dosis obat yang diberikan harus benar-benar tepat. Tetapi pada kebanyakan kasus, hipertensi banyak terjadi pada usia lanjut. Pada wanita, hipertensi sering

terjadi pada usia diatas 50 tahun. Hal ini disebabkan terjadinya perubahan hormon sesudah *menopause*.

3. Keturunan (Genetik)

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.

b) Faktor Resiko Dapat Dikontrol:

1. Merokok

Fakta otentik menunjukan bahwa merokok dapat menyebabkan tekanan darah tinggi. Kebanyakan efek ini berkaitan dengan kandungan nikotin. Asap rokok (CO) memiliki kemampuan menarik sel darah merah lebih kuat dari kemampuan menarik oksigen, sehingga dapat menurunkan kapasitas sel darah merah pembawa oksigen ke jantung dan jaringan lainnya.

2. Status Gizi

Masalah kekurangan atau kelebihan gizi pada orang dewasa merupakan masalah penting karena selain

mempunyai resiko penyakit-penyakit tertentu juga dapat mempengaruhi produktivitas kerja. Oleh karena itu, pemantauan keadaan tersebut perlu dilakukan secara berkesinambungan. Salah satu cara adalah dengan mempertahankan berat badan yang ideal atau normal. Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah salah satu cara untuk mengukur status gizi seseorang. Seseorang dikatakan kegemukan atau obesitas jika memiliki nilai $IMT \geq 25.0$. Obesitas merupakan faktor risiko munculnya berbagai penyakit degeneratif, seperti hipertensi, penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus.

f. Manifestasi Klinis

Menurut Endang Triyanto (2014) gejala klinis yang dialami oleh para penderita hipertensi biasanya berupa pusing, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak napas, rasa berat ditenguk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, dan mimisan (jarang dilaporkan). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai system organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin. Keterlibatan

pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (himeplegia) atau gangguan tajam penglihatan.

Endang Triyanto (2014) menyebutkan bahwa sebagian besar gejala klinis timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun berupa nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intracranial. Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Gejala lain yang umumnya terjadi pada penderita hipertensi yaitu pusing, muka merah, sakit kepala, keluaran darah dari hidung secara tiba-tiba, tengkuk terasa pegal dan lain-lain.

g. Komplikasi

Acute target organ damage atau komplikasi pada hipertensi emergensi meliputi otak, jantung, renal, liver, mata, dan vascular (Suryono, 2018).

1. Otak

Prevalensi paling banyak yaitu didapatkan pada otak dengan prevalensi infark serebral sekitar 24,5%, ensefalopati hipertensi sebesar 16,3%, dan stroke hemoragik (ICH dan SAH) sebesar 4,5%. Ensefalopati hipertensi dapat terjadi ketika tekanan darah

meningkat terlalu tinggi, autoregulasi otak tidak dapat mencegah peningkatan tekanan intrakranial sehingga menyebabkan cerebral edema terutama pada posterior cerebral. Pemeriksaan MRI dapat membantu untuk menemukan adanya white matter lesion, microbleed, microinfarct. Sementara untuk mencari bukti perdarahan pada kasus stroke hemoragik, CT scan dapat membantu.

2. Jantung

Prevalensi pada jantung didapatkan acute pulmonary edema sehubungan dengan gagal jantung kiri sebesar 22,5%, acute congestive heart failure (gagal jantung kiri dan/atau kanan) sebesar 14,3%, dan acute coronary ischemia (myocardial infarction atau unstable angina) sebesar 12%. Acute heart failure mengacu pada onset cepat atau memburuknya gejala dan / atau tanda gagal jantung. Ini adalah kondisi medis yang mengancam jiwa yang membutuhkan evaluasi dan perawatan segera/emergensi. Pada kondisi acute heart failure didapatkan pada 90% kasus terdapat tanda-tanda kongesti seperti acute pulmonary edema, orthopnea, paroksismal nocturnal dyspneu, edema tungkai bawah bilateral, peningkatan JVP, hepatomegali kongesti, asites, dan juga hepatojugular reflux.

3. Renal

Pada renal didapatkan prevalensi acute kidney injury (AKI) sebesar $<10\%$. Acute kidney injury merupakan kerusakan ginjal akut yang ditandai dengan peningkatan serum kreatinin sebesar $\geq 0,3$ mg/dL dalam waktu 48 jam atau meningkat $\geq 1,5$ kali lipat dari baseline yang diketahui atau dianggap telah terjadi dalam waktu satu minggu atau urine output <0.5 ml/kgBB/jam minimal selama 6 jam.

4. Liver

Pada Liver didapatkan peningkatan enzim hati yang paling banyak berhubungan dengan HELLP Syndrome dengan prevalensi 0,1 - 0,8%. HELLP syndrome merupakan kondisi kehamilan dimana didapatkan hemolisis, peningkatan enzim hati dan juga penurunan platelet, pada kondisi ini dibutuhkan penanganan dan persalinan segera.

5. Mata

Pada mata didapatkan retinopati hipertensi dengan eksudat/perdarahan pada retina dengan prevalensi sebesar 0,01-0,02%. Kelainan retina yang berhubungan dengan hipertensi emergensi terdiri dari flame shaped hemorrhage, cotton wool spots (Grade III) dengan atau tanpa adanya papilloedema (Grade IV). Abnormalitas retinal ini jarang terjadi pada populasi normal

dan, jika terjadi secara bilateral, sangat spesifik terjadi hipertensi emergensi.

6. Vaskular

Pada vaskular kelainan yang terjadi yaitu eklampsia dengan prevalensi 4,5% dan diseksi aorta sebesar 2%. Eklampsia merupakan hipertensi pada kehamilan yang disertai dengan kejang, sakit kepala berat, gangguan penglihatan, nyeri perut, mual dan muntah dan menurunnya produksi urine output. Penanganan segera dan persalinan segera dibutuhkan pada kondisi ini. Diseksi aorta merupakan pemisahan lapisan pada dinding aorta yang mengakibatkan adanya 2 aliran darah pada aorta. Robekan pada lapisan intima dinding aorta mengakibatkan penyebaran diseksi sekunder setelah darah memasuki ruang intimamedia. Gejala dapat bervariasi sesuai dengan lokasi robekan. Robekan di aorta ascendens akan menyebabkan nyeri di anterior midline dada. Robekan pada arkus aorta dapat menyebabkan nyeri pada rahang atau leher. Nyeri punggung dan perut intra-skapular lebih sering terjadi pada aorta descendens.

h. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Mahendra, 2017), pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu :

- 1) Pemeriksaan fisik dilakukan sesuai dengan kecurigaan organ target yang terkena berdasarkan anamnesis yang didapat.

- 2) Pengukuran peningkatan tekanan darah (dilakukan konfirmasi: sesuai posisi pengukuran yang tepat, ukuran cuff yang sesuai, pemeriksaan pada posisi supinasi dan berdiri, lokasi pengukuran dilakukan dikedua lengan).
- 3) Palpasi denyut nadi dikeempat ekstremitas.
- 4) Auskultasi untuk mendengar ada/tidaknya bruit pembuluh darah besar, bising jantung, dan ronkhi paru.
- 5) Pemeriksaan neurologis umum, Pemeriksaan funduskopi

i. Penatalaksanaan

Menurut American Society of Hypertension and Internasional Society of Hypertension 2013, tatalaksana hipertensi terdiri atas terapi farmakologis dan non farmakologis (Ii & Hipertensi, 2015) yaitu :

a. Terapi farmakologis

Secara umum, terapi farmakologis pada hipertensi dimulai pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat ≥ 2 (Ii & Hipertensi, 2015). Beberapa prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping, yaitu :

- 1) Bila memungkinkan, berikan obat dosis tunggal.
- 2) Berikan obat generic (non-paten) bila sesuai dan dapat mengurangi biaya.
- 3) Berikan obat pada pasien usia lanjut (diatas usia 80 tahun) seperti pada usia 55-80 tahun, dengan memperhatikan faktor komorbid.
- 4) Jangan mengkombinasikan angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-i) dengan angiotensin II receptor blockers (ARBs).
- 5) Berikan edukasi yang menyeluruh kepada pasien mengenai terapi farmakologis
- 6) Lakukan pemantauan efek samping obat secara teratur.

b. Terapi non farmakologis

Menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal yang harus dijalani setidaknya selama 4-6 bulan (Ii & Hipertensi, 2015). Beberapa pola hidup sehat yang dapat dilakukan yaitu :

1) Penurunan berat badan

Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia.

2) Mengurangi asupan garam

Makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional pada kebanyakan daerah di Indonesia. Tidak jarang pula pasien tidak menyadari kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan, dan sebagainya. Tidak jarang, diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat ≥ 2 . Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gram/ hari.

3) Olah raga

Olah raga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30–60 menit/ hari, minimal tiga hari/ minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Terhadap pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus. Sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki mengendarai sepeda, dan menaiki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerjanya.

4) Mengurangi konsumsi kafein dan alkohol

Kafein dapat memacu jantung bekerja lebih cepat, sehingga mengalirkan lebih banyak cairan pada setiap detiknya. Konsumsi alkohol lebih dari dua gelas per hari pada pria atau satu gelas per hari pada wanita dapat meningkatkan tekanan darah. Membatasi atau menghentikan konsumsi kafein dan alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

5) Berhenti merokok

Walaupun hal ini sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok.

6) Mengindari stress

Upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari dan mengurangi stress adalah dengan melakukan relaksasi, hypnosis, meditasi, dan yoga.

j. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Umum (dilakukan untuk mencari semua penyebab yang berpotensi) (Suryono, 2018).

1. Funduskopi

Funduskopi merupakan pemeriksaan bedside untuk mendeteksi adanya retinopati hipertensi. Funduskopi sangat penting dilakukan pada hipertensi urgensi maupun emergensi untuk mendeteksi perdarahan di retina, cotton wool spot, microaneurisma maupun papiledema.

2. EKG 12 lead

EKG untuk mencari apakah ada acute coronary ischemia, left ventrikular hypertrophy, dan adanya aritmia. Kriteria EKG LVH:
 - Sokolow-Lyon $SV_1 + RV_5 > 35$ mm, atau R di aVL ≥ 11 mm; -
 Cornell voltage $SV_3 + RaVL > 28$ mm (laki-laki), > 20 mm (perempuan)

3. Hemoglobin, Trombosit, Fibrinogen

Untuk mencari tanda-tanda hemolisis maupun trombositopenia yang mengarah ke trombotik microangiopathy salah satunya yaitu HELLP Syndrome

4. Creatinine, GFR, elektrolit, LDH

Untuk mengevaluasi adanya kerusakan ginjal

5. Urine albumin

Albuminuria untuk deteksi kerusakan ginjal

6. Test kehamilan pada wanita usia subur

Pemeriksaan Khusus (dilakukan apabila ada indikasi) :

1. Troponin, CK-MB, dan NT-proBNP

Dilakukan bila ada kecurigaan masalah jantung, misalnya nyeri dada akut atau gagal jantung akut.

2. Chest X-Ray

Dilakukan bila ada kecurigaan acute pulmonary oedema, selain itu juga untuk menyingkirkan kemungkinan dispneu non-cardiac

3. Echocardiography

Ekokardiografi dilakukan bila ada kecurigaan diseksi aorta, gagal jantung atau iskemi miokard. Untuk melihat kelainan struktur maupun fungsi kardiak

4. CT angiography thorax/abdomen

Dilakukan bila ada kecurigaan diseksi aorta akut

5. CT or MRI brain

Dilakukan bila ada kecurigaan masalah sistem saraf pusat, seperti terjadi penurunan kesadaran atau kejang

6. Renal Ultrasound

Dilakukan bila ada kecurigaan gangguan ginjal atau stenosis arteri renalis

7. Urine drug screen

Dilakukan bila ada kecurigaan penggunaan metamfetamin atau kokain

k. Pencegahan

Hipertensi emergensi adalah kondisi di mana tekanan darah mencapai 180/120 mmHg atau lebih dengan disertai bukti kerusakan baru atau perburukan organ target. Apabila tidak segera dilakukan penanganan, tingginya tekanan darah dapat mengakibatkan kerusakan organ vital seperti ginjal, paru-paru, dan jantung. Kerusakan pada organ vital ini pun dapat memicu komplikasi penyakit dan bahkan berakibat fatal bagi pasien. Menurut penelitian Zamrodah, (2022) pencegahan hipertensi emergensi sebagai berikut :

1. Pencegahan Primordial

Pencegahan Primordial adalah usaha pencegahan predisposisi terhadap hipertensi, belum terlihat faktor yang menjadi risiko penyakit hipertensi. Contoh: adanya peraturan pemerintah membuat peringatan agar tidak mengonsumsi rokok, dan melakukan senam kesegaran jasmani untuk menghindari terjadinya hipertensi.

2. Pencegahan Primer

Pencegahan primer yaitu kegiatan untuk menghentikan atau mengurangi faktor risiko hipertensi sebelum penyakit hipertensi terjadi, melalui promosi kesehatan seperti diet yang sehat dengan cara makan cukup sayur, buah, rendah garam dan lemak, rajin melakukan aktivitas dan tidak merokok. Tujuan pencegahan primer adalah untuk menghindari terjadinya

penyakit. Pencegahan primer dapat dilakukan dengan mengadakan penyuluhan dan promosi kesehatan, menjelaskan dan melibatkan individu untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha tindakan kesehatan gizi seperti melakukan pengendalian berat badan, pengendalian asupan natrium dan alkohol serta penghilangan stres

3. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder merupakan upaya untuk menjadikan orang yang sakit menjadi sembuh, menghindari komplikasi, dan kecacatan akibatnya. Misalnya mengukur tekanan darah secara rutin dan skreening. Pencegahan sekunder juga dapat dilakukan terapi nonfarmakologis seperti manajemen stres dengan relaksasi, pengurangan berat badan dan berhenti merokok. Untuk menegakkan diagnosa hipertensi dapat diperoleh dari data anamnesis penderita, pemeriksaan tekanan darah secara akurat yang dilakukan setelah cukup istirahat 5-10 menit. Pemeriksaan yang lebih teliti pada target organ untuk menilai komplikasi dan pemeriksaan laboratorium sebagai data pendukung seperti pemeriksaan gula, urine kalium dalam darah dan kreatinin pemeriksaan laboratorium ini juga diperlukan untuk mengikuti perkembangan pengobatan dan untuk menilai kemungkinan dari efek samping yang timbul.

4. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier yaitu upaya mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat atau kematian. Upaya yang dilakukan pada pencegahan tersier ini yaitu menurunkan tekanan darah sampai batas yang aman dan mengobati penyakit yang dapat memperberat hipertensi. Pencegahan tersier dilaksanakan agar penderita hipertensi terhindar dari komplikasi yang lebih lanjut serta untuk meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang lama ketahanan hidup.

3. Perilaku Pencegahan

a. Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Menurut Robet Kwick (1974) perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati bahkan dapat dipelajari. Skinner (1938) seorang ahli psikologi merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau ransangan dari luar (Nuraini, 2017).

a. Tingkat Perilaku

- a) Menurut Notoatmodjo (2014), praktik atau tindakan dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya (Usman, 2018) yakni: Praktik terpimpin (guide response), yakni apabila seseorang melakukan sesuatu (pencegahan

hipertensi) tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

- b) Praktik secara mekanisme (mechanism), yakni apabila seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis. Seperti melakukan pencegahan hipertensi secara otomatis.
- c) Adopsi (adoption), yakni tindakan atau praktik yang sudah berkembang, artinya apa yang dilakukan tidak hanya sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas. Pada tahap ini, melakukan pencegahan hipertensi bukan lagi paksaan atau tuntutan tapi sudah menjadi kebiasaan.

b. Bentuk-Bentuk Perilaku

Menurut (Nuraini, 2017), dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

a) Bentuk pasif /Perilaku tertutup (covert behavior)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran terhadap hipertensi dan sikap yang terjadi pada seseorang yang menerima stimulus tersebut, yang belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

b) Perilaku terbuka (overt behavior)

Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain. Ketika masyarakat memiliki perilaku terbuka itu artinya masyarakat telah melakukan hal-hal yang dapat menghindarkan diri dari hipertensi seperti menghindari faktor risiko dengan cara hidup sehat.

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pencegahan

Dalam penelitian Health Promotion Model (Nola J. Pender) untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi perilaku pencegahan hipertensi. Model promosi kesehatan memberikan keterlibatan dalam mempromosikan kesehatan serta memodifikasi faktor-faktor meliputi karakteristik demografis, pengaruh interpersonal, dan faktor perilaku dalam mempengaruhi proses kognitif maupun proses perseptual. Berdasarkan teori dan berbagai penelitian sebelumnya, ditemukan berbagai faktor yang memengaruhi perilaku pencegahan hipertensi yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan keluarga dan pengetahuan tentang kondisi kesehatan, hiperlipidemia, self efficacy, hambatan yang dirasakan, manfaat, dukungan keluarga, dukungan sosial dan pengaruh situasional (Giena, Thongpat, and Nitirat 2018; Jaiyungyuen Umakorn, Suwonnaroop Nantawon, Priyatrak Panudda 2012; Thanavaro, Thanavaro & Delicath, 2010). Namun, beberapa penelitian menemukan bahwa

usia, jenis kelamin, pendapatan dan tingkat pendidikan, perilaku tidak sehat, manfaat yang dirasakan berkorelasi negatif dengan perilaku kesehatan (Goa & Nahak, 2020).

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pencegahan yaitu:

Menurut (Amaliyyah, 2021) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

a) Faktor Internal

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang di dapat tentang kesehatan (Amaliyyah, 2021).

2. Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh (Amaliyyah, 2021), pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan

keluarga. Pekerjaan bukan lah merupakan sumber kesenangan, tetapi lebih banyak memperoleh cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan.

3. Umur

Menurut Elisabeth BH yang dikutip Nursalam (2003), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut (Amaliyyah, 2021) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

b) Faktor Eksternal

Faktor eksternal menurut (Amaliyyah, 2021) adalah sebagai berikut:

1. Faktor Lingkungan

Lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2. Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

c. Cara Pengukuran Perilaku

Menurut (Azwar, 2008), pengukuran perilaku yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih dan telah diuji reabilitas dan

validitasnya maka dapat digunakan untuk mengungkapkan perilaku kelompok responden. Kriteria pengukuran perilaku yaitu:

- a. Perilaku positif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner $> T$ mean.
- b. Perilaku negatif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner $< T$ mean.

Subyek memberi respon dengan dengan dua kategori ketentuan, yaitu: Ya dan Tidak.

4. Tingkat Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan tingkatan terendah dari sikap dan perilaku. Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan hal terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa adanya pengetahuan seseorang tidak akan mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Nuraini, 2017). Kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan hipertensi akan sangat berpengaruh pada peningkatan tekanan darah.

Hasil penelitian Wulansari (2013) membuktikan bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang hipertensi dengan pengendalian tekanan darah. Responden dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang hipertensi umumnya tekanan darahnya terkendali,

sedangkan responden yang mempunyai tingkat pengetahuan tidak baik mengenai hipertensi umumnya tekanan darahnya tidak terkendali (Nuraini, 2017).

b. Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Berdasarkan taksonomi Bloom, pengetahuan mempunyai enam tingkatan dalam (Nuraini, 2017) yaitu:

a) Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (recall) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah contohnya minimal responden dapat menyebutkan atau menyatakan faktor risiko dan cara pencegahan hipertensi.

b) Memahami

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Pada tingkatan ini responden lebih bisa menjelaskan faktor risiko dan pencegahan hipertensi secara detail.

c) Aplikasi

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

Setelah memahami faktor risiko hipertensi, responden mulai mengaplikasikan ilmu yang didapatkan dengan cara melakukan pencegahan untuk menghindari faktor risiko yang dapat menyebabkan tekanan darah tinggi.

d) Analisis

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

e) Sintesis

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

f) Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk meletakkan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

c. Faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

Mubarak (2007) dalam Wardani dkk (2014) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, antara lain pendidikan, pekerjaan, umur, minat, pengalaman, kebudayaan dan informasi (Nuraini, 2017).

d. Cara Mengukur Tingkat Pengetahuan

Mengukur pengetahuan kesehatan dapat dilakukan secara langsung dengan wawancara atau secara tidak langsung dengan angket atau kuesioner. Menurut Arikunto (2006) dalam Nasir dkk (2016) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a) Pengetahuan tinggi apabila nilai T skor tingkat pengetahuan yang diperoleh responden dari kuesioner $> T \text{ mean}$.
- b) Pengetahuan rendah apabila nilai T skor tingkat pengetahuan yang diperoleh responden dari kuesioner $< T \text{ mean}$.

e. Keterkaitan Tingkat Pengetahuan terhadap Perilaku Pencegahan

Menurut Notoatmodjo pengetahuan adalah salah satu domain dari konsep perubahan perilaku yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan dan akan mencegah terjadinya penyakit (Notoatmodjo, 2018). Perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berhubungan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan (Maulana, 2009). Perilaku kesehatan ini berasal dari cara pandang individu dalam memahami sesuatu berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang ditunjukkan dalam tindakan.

Perilaku kesehatan didukung adanya perubahan perilaku. menurut Rhodes dan Pfaeffli (2010) beberapa teori yang

mempengaruhi perubahan perilaku kesehatan yaitu teori *transtheoretical*, *social cognitive theory* (teori kognitif sosial), *theory of planned behavior* (teori merencanakan perilaku), *protection motivation theory* (teori perlindungan motivasi), *self-determination theory* (teori menentukan keputusan).

Teori *Transtheoretical* (Prochaska dan Velicer, 1997) adalah teori yang mempromosikan perubahan perilaku kesehatan yang melibatkan 6 tahap yaitu *precontemplation* adalah tahap dimana individu belum mengetahui konsekuensi dari perilaku mereka. Dalam hal ini individu belum mendapatkan informasi tentang promosi kesehatan. *Contemplation* atau perenungan adalah tahap dimana individu sudah mulai menyadari dampak dari perilaku, biasanya mulai menyadari akan pentingnya biaya dan manfaat bagi kesehatan. Namun pada tahap ini juga individu belum mampu membuat keputusan yang tepat dalam mempertahankan perubahan perilaku. *Preparation* (persiapan) adalah tahap dimana individu mulai mengambil tindakan dengan mengumpulkan informasi yang membantu perubahan perilaku seperti mulai merencanakan tindakan yang akan dilakukan, bergabung dalam kelas pendidikan kesehatan dan membeli buku sebagai bantuan diri serta konsultasi dengan tenaga kesehatan seperti dokter. Tahap persiapan dapat menjadi sarana untuk merencanakan program kesehatan seperti aktivitas fisik atau olahraga, berhenti merokok dan mengurangi obesitas. Tahap

selanjutnya yaitu *action* (tindakan) adalah tahap dimana seseorang melakukan modifikasi perilaku yang lebih spesifik dengan mengkritisi tindakan yang dilakukan khususnya dalam mengurangi perilaku yang berisiko menimbulkan penyakit, misalnya berhenti mengkonsumsi rokok atau diet kalori dan mengurangi konsumsi lemak. Berikutnya tahap *maintenance* (pemeliharaan) adalah tahap dimana individu melakukan tindakan pencegahan kambuhnya penyakit. Kepercayaan diri merupakan bagian pada tahap ini bahwa adanya kemampuan untuk meningkatkan perubahan perilaku dalam jangka waktu yang panjang, tahap ini bertahan 6 bulan sampai 5 tahun dan setelah itu biasanya akan kembali pada perilaku sebelumnya (kambuh), misalnya berhenti merokok, sebanyak 43% kembali pada perilaku merokok setelah berhenti selama 12 bulan. Dalam hal ini, kambuh merupakan tahap terpisah yang kembali pada tahap awal perubahan perilaku menurut *transtheoretical* (kecuali tahap *precontemplation*). Terakhir adalah tahap *termination* yaitu tahap dimana perubahan perilaku dapat dilakukan secara efektif. Individu yakin bahwa tidak akan kembali pada perilaku tidak sehat, sehingga perubahan perilaku ini menjadi koping dalam mengatasi masalah kesehatan.

Shell, (2016) mengemukakan teori kognitif sosial yaitu mekanisme yang bekerja melalui pengetahuan yang diterjemahkan kedalam praktek kesehatan yakni adanya kemampuan diri seseorang dalam mengontrol kebiasaan yang berpengaruh terhadap kesehatan.

Menurutnya, Pengetahuan merupakan syarat untuk dapat memiliki perubahan perilaku, mempengaruhi gaya hidup yang berdampak pada kesehatan dimana pengetahuan memunculkan keyakinan yang menjadi peran utama dalam perubahan perilaku. fokus keyakinan inilah yang menjadi dasar motivasi manusia dalam melakukan tindakan.

Theory of planned behavior adalah adanya niat atau kemauan dari individu dalam melakukan perilaku tertentu dimana niat ini menangkap faktor motivasi yang mempengaruhi perilaku untuk berupaya keras merubah perilaku, dan berusaha mengarahkan rencana tersebut dalam wujud nyata perilaku (Shell, 2016). Perencanaan ini didahului dengan motivasi serta upaya mengontrol keinginan sebagai aturan yang mendasari perubahan perilaku.

Protection motivation theory adalah teori tentang komunikasi persuasif yang menekankan pada proses kognitif yang memfasilitasi perubahan perilaku. Perlindungan motivasi ini adalah hasil (Shell, 2016). penilaian dari ancaman atau evaluasi dari masalah kesehatan yang muncul serta sebagai variabel mediasi yang meningkatkan dan mempertahankan perilaku sehat. Implikasi dari teori ini jika diterapkan dengan baik dapat meningkatkan status kesehatan. Adanya kemampuan mempertahankan motivasi dalam memelihara kesehatan dapat menjaga perilaku hidup sehat untuk mengurangi faktor risiko penyebab penyakit.

Self-determinaton theory menggambarkan proses perubahan perilaku kesehatan sebagai tugas ganda untuk memulai dan mempertahankan perilaku kesehatan, dimana proses ini berfokus pada bagaimana seseorang memperoleh motivasi untuk memulai awal baru perilaku kesehatan yang dapat dipertahankan dari waktu ke waktu (Ryan et al, 2008). Proses perubahan perilaku menurut teori ini menentukan kesediaan seseorang untuk mempertahankan perubahan perilaku yang telah ditentukan untuk dapat dijalankan secara efektif sebagai respon pemeliharaan kesehatan kesehatan.

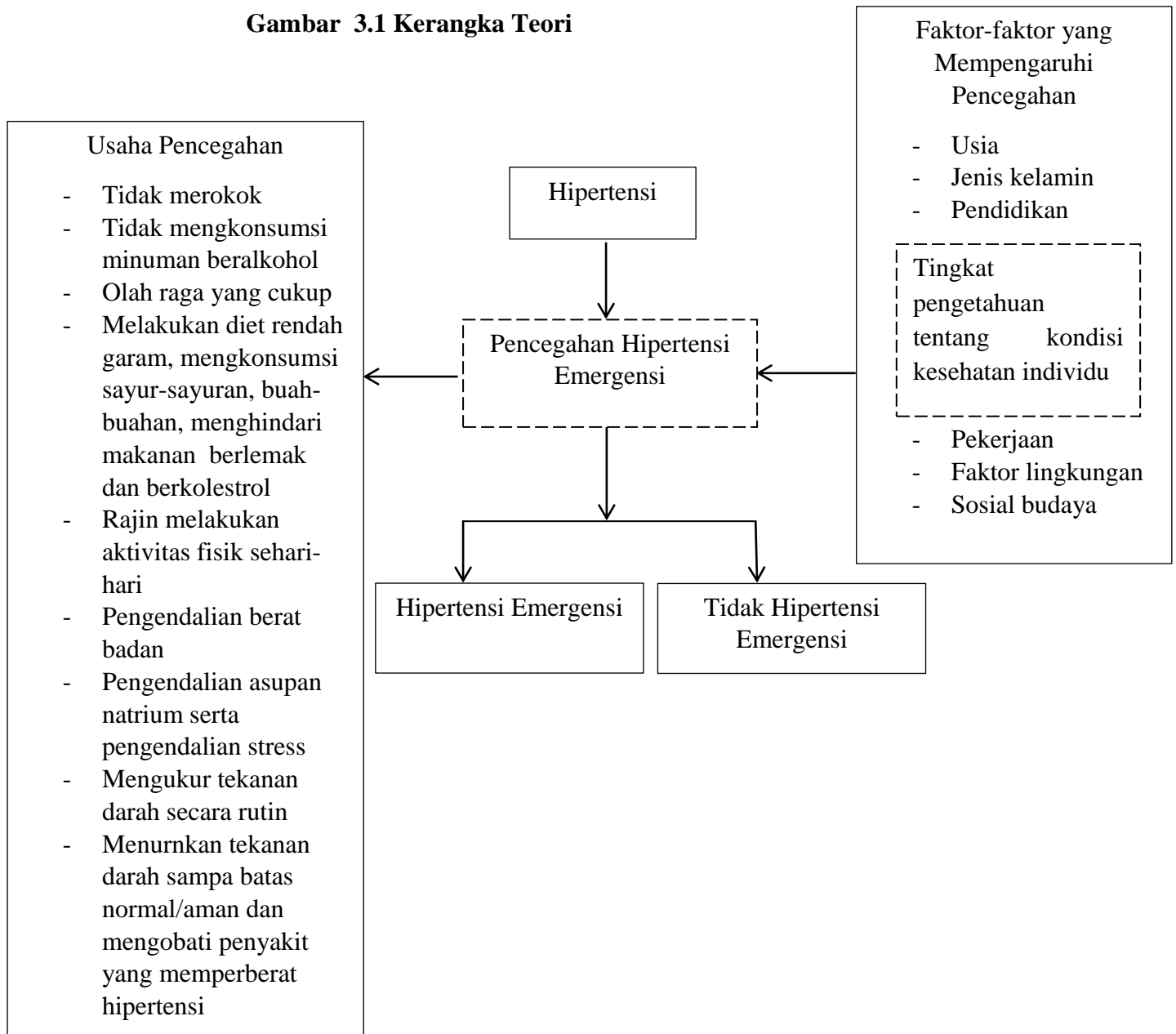
Dalam upaya mengendalikan hipertensi, beberapa contoh upaya perilaku pencegahan dimana gaya hidup sebagai faktor utama yang dilatarbelakangi oleh kerentanan genetik, menentukan tingkat tekanan darah. Pola hidup yang tidak sehat juga menyebabkan kelebihan lemak tubuh baik melalui makanan yang dikonsumsi, alkohol maupun kurangnya aktivitas fisik sebagai faktor kedua penyebab hipertensi, sehingga dibutuhkan perilaku pencegahan hipertensi seperti mengkonsumsi tambahan kalium dan serat serta meningkatkan konsumsi buah dan sayuran (Shell, 2016). Dengan demikian dalam mengendalikan kejadian hipertensi dibutuhkan kesadaran individu dalam menciptakan pola hidup sehat melalui perilaku pencegahan penyakit hipertensi.

Pentingnya ketegasan dalam menjaga perilaku kesehatan menjadi modal utama dalam mempertahankan status kesehatan. Hal

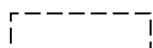
ini tidak lepas dari adanya kemauan untuk merubah perilaku meskipun dalam pelaksanaannya terdapat berbagai tantangan dalam mempertahankan perilaku sehat. Dengan adanya perubahan perilaku untuk mendukung kondisi kesehatan diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat khususnya pada penyakit hipertensi dapat meningkatkan keberhasilan dalam mencegah rehipertensi.

B. Kerangka Teori

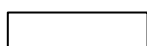
Gambar 3.1 Kerangka Teori



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti