

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Manusia diciptakan Tuhan dengan diberi akal yang digunakan untuk memahami apa yang ada di sekitar lingkungannya (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan sangat berbeda dengan kepercayaan (*beliefs*) atau takhayul (*superstition*). Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia (Mubarak, 2011). Pengetahuan didapat manusia melalui panca indra yang dimiliki seperti mata, telinga, hidung, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan seseorang dapat dinilai dari tingkatan pengetahuannya, tingkatan ini dibagi 6 bagian yaitu :

1) Tahu (*know*)

Tahu merupakan mengingat materi yang pernah dipelajari atau diketahui sebelumnya. Mengingat kembali atau *Recall* termasuk kedalam penilaian kognitif seseorang, dimana seluruh pengetahuan yang sebelumnya sudah ia dapat, harus jelas dan spesifik. Dalam tingkatan pengetahuan, tahu merupakan tingkat yang paling rendah (Notoatmodjo, 2012)

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah kemampuan seseorang untuk menjelaskan secara tepat dan benar tentang suatu pengetahuan yang telah diketahui sebelumnya. Seseorang ini juga dapat menginterpretasikan materi, seperti menyebutkan contoh dan menyimpulkan objek tertentu dengan benar (Efendi & Makhfudli, 2009).

3) Aplikasi (*Application*)

Pengetahuan yang sudah dimiliki atau dipelajari sebelumnya digunakan atau diaplikasikan sesuai dengan situasi atau kondisi sebenarnya (Efendi & Makhfudli, 2009). Aplikasi yang dimaksud seperti prinsip yang digunakan dalam siklus pemecahan masalah atau *problem solving* yang sedang dihadapi (Notoatmodjo, 2012).

4) Analisis (*Analysis*)

Kemampuan setiap orang dalam menjabarkan atau menjelaskan setiap objek atau komponen – komponen tertentu. Komponen tersebut masih dalam satu ikatan yang saling berkaitan satu sama lain (Notoatmodjo, 2012). Kemampuan ini dapat dinilai dan diukur dengan cara, seseorang dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan suatu objek (Efendi & Makhfudli, 2009).

5) Sintesis (*Synthesis*)

Kemampuan seseorang dalam mengelompokkan suatu informasi ke dalam bagian – bagian yang baru dari keseluruhan objek atau formulasi-formulasi yang telah ada (Efendi & Makhfudli, 2009). Mulai dari merencanakan, menyusun, meringkas, dan menyesuaikan dari teori yang ada sebelumnya (Notoatmodjo, 2012).

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ada hubungannya dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian yang dimiliki harus ada kriteria yang telah ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2012).

b. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang sebagai berikut, dibawah ini :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah salah satu usaha seseorang untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan seseorang. Pendidikan dapat diraih dengan cara formal maupun nonformal. Semakin tinggi pendidikan, maka semakin mudah seseorang dalam menerima dan menyesuaikan diri dengan hal – hal yang baru (Notoatmodjo, 2012). Pendidikan juga mempengaruhi proses pembelajaran, dimana semakin tinggi pendidikan maka

seseorang tersebut akan mudah memperoleh informasi (Mubarak, 2012).

2) Informasi / Media Massa

Informasi dapat diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal yang memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan. Semakin majunya teknologi, maka akan tersedia bermacam-macam media masa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat (Mubarak, 2012) Media massa dapat memudahkan seseorang memperoleh informasi dan mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Sedangkan informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu (Notoatmodjo, 2012).

3) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu baik lingkungan fisik, biologis maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya informasi kepada setiap individu yang berada di lingkungan tersebut (Mubarak, 2012). Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu. Sehingga akan mempengaruhi perkembangan dan perilaku manusia (Notoatmodjo, 2012).

4) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, dapat dilakukan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu (Mubarak, 2012). Pengalaman juga dikaitkan dengan umur dan pendidikan, seseorang yang memiliki pendidikan yang tinggi maka pengalaman juga sudah banyak dan semakin tua umur seseorang, maka pengalaman juga semakin banyak (Notoatmodjo, 2012).

5) Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia maka semakin bertambah dan berkembang pula daya tangkap dan pola pikir seseorang, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik (Mubarak, 2012). Usia yang bertambah, maka akan terjadi perubahan pada aspek psikologis (mental), seperti cara berfikir semakin matang dan dewasa (Notoatmodjo, 2012).

2. Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul atau tinggal disuatu tempat dibawah atap yang sama dengan keadaan saling ketergantungan (Andarmoyo, 2012). Keluarga memiliki keterkaitan aturan, emosional dari setiap individu, dan setiap anggotanya memiliki peran tertentu (Friedman, 2010).

b. Tipe Keluarga

Suprajitno (2004) menjelaskan, keluarga secara tradisional dibagi menjadi 2 tipe yaitu keluarga inti (*Nuclear Family*) dan keluarga besar (*Extended Family*).

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) merupakan keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Keturunan yang dimaksud seperti anak kandung, adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) merupakan keluarga inti yang ditambah dengan anggota keluarga, yang masih memiliki hubungan darah, seperti nenek atau kakek.

c. Fungsi Keluarga

Adapun fungsi keluarga sebagai berikut, dibawah ini :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif ini menjadi kekuatan bagi setiap keluarga. Terkait saling mengasihi satu sama lain antara ayah, ibu, anak,

atau saudara. Keluarga dalam fungsi ini dapat saling mengasihi dan mendukung anggota keluarga dalam mengambil keputusan atau tindakan yang akan diambil atau dilakukan (Friedman, 2010).

2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi dimulai sejak seseorang dilahirkan, dimana ada anggota keluarga yang menjadikan setiap anggota keluarganya dalam mengembangkan proses interaksi. Orangtua seperti ayah dan ibu mengajarkan kepada setiap anaknya untuk cara bersosialisasi di masyarakat sekitar, sehingga saat anak terjun kemasyarakat bisa berinteraksi dengan benar (Friedman, 2010). Keluarga membina pendidikan dan sosialisasi, sehingga meningkatkan kematangan dan kedewasaan fisik atau mentalnya. Selain itu keluarga merencanakan, menciptakan lingkungan dan kehidupan untuk tempat bagi anak dalam memecahkan masalah yang ia miliki di masyarakat (UU No.10 tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994).

3) Fungsi Ekonomi

Ekonomi dan keluarga merupakan lingkup yang tidak dapat dipisahkan karena keluarga berperan sebagai sumber penghasilan utama yang dapat membantu serta menghasilkan perekonomian di dalam satu keluarga. Keluarga berperan sebagai penyedia finansial untuk memenuhi kebutuhan sandang,

pangan, papan, serta perawatan kesehatan (Friedman, 2010; UU No.10 tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994)

4) Fungsi Reproduksi

Keluarga berperan penting dalam reproduksi sebagai sumber dalam menghasilkan keturunan dimana orang tua memiliki adanya keinginan untuk menjadi seorang ibu dan ayah. Keluarga menjadi pengaturan dalam penentuan jumlah ideal anak, jarak kelahiran serta waktu kelahiran yang diinginkan keluarga (Friedman, 2010; UU No.10 tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994).

5) Fungsi Perawatan / pemeliharaan kesehatan

Keluarga terdekat ataupun orangtua dapat menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, selain itu keluarga juga melakukan perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap kondisi anggota keluarga lainnya (Friedman, 2010).

d. Peran Keluarga dalam bidang kesehatan

Keluarga memiliki fungsi sebagai perawatan kesehatan, dimana keluarga berperan dalam menjaga kondisi anggota keluarga dalam masa penyembuhan dan pemulihan kesehatan (Friedman, 2010). Keluarga dalam bidang kesehatan berfungsi untuk mengenali masalah kesehatan dan perubahan yang terjadi pada anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun, keluarga harus memperhatikan dan menyadarinya. Keluarga perlu mencatat kapan

anggota keluarganya sedang sakit, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya (Suprajitno, 2004). Pengaturan diet juga termasuk didalam peran keluarga, dimana keluarga dapat membantu mempersiapkan makanan, memberikan nasehat, membantu mencukupi kebutuhan pasien, dan memberikan dukungan agar dapat hidup bersih dan sehat (Maryam, Ekasari, Rosidawati, dkk, 2008).

Maryam, Ekasari, Rosidawati, dkk (2008) menjelaskan pada teorinya, bahwa keluarga membantu anggota keluarga yang sedang sakit, dengan mempersiapkan makanan. Keluarga berfungsi menyiapkan makanan yang boleh dan tidak boleh dikonsumsi, selain itu keluarga juga memberikan nasehat kepada anggota keluarga yang sakit untuk melakukan diet hipertensi. Serta memberikan dorongan agar anggota keluarga tersebut dapat hidup sehat, dengan mengkonsumsi makanan sehat. Keluarga juga dapat memodifikasi lingkungan anggota keluarga yang sakit menjadi lingkungan yang menjamin kesehatan keluarganya, seperti membuat lingkungan yang tenang dan nyaman untuk istirahat. Selain itu keluarga dapat memutuskan tindakan kesehatan apa yang cocok untuk anggota keluarga yang sakit. Tindakan ini diharapkan tepat, agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau tidak parah. Tindakan yang dilakukan, bisa dari memanfaatkan fasilitas kesehatan sekitar lingkungan keluarga (Suprajitno, 2004).

3. Hipertensi

a. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah dimana TDS > 140 mmHg dan TDD > 90 mmHg. Hipertensi biasa disebut *silent killer* karena penyakit ini tidak menampakkan tanda dan gejala yang jelas (Susilo & Wulandari, 2011). Hipertensi juga sering disebut penyakit degenerative (Ode, 2012). Tekanan darah pada usia dewasa dan lansia memiliki perbedaan, dimana pada lansia tekanan darah biasa lebih tinggi (Susilo & Wulandari, 2011). Faktor penyebab penyakit jantung, stroke, dan gagal ginjal berhubungan dengan hipertensi (Ode, 2012). Hipertensi dan *Cardiovascular Disease (CVD)* memiliki hubungan langsung (Lewis, Dirksen, Heitkemper, dkk, 2008).

b. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi terbagi menjadi :

1) Berdasar pembagian derajat keparahan hipertensi

WHO (2012) mengemukakan bahwa, hipertensi memiliki tiga tingkatan yaitu derajat satu, derajat dua dan derajat tiga. Derajat satu merupakan tekanan darah yang meningkat tanpa gejala-gejala dari gangguan atau kerusakan sistem kardiovaskuler. Derajat dua yaitu tekanan darah yang meningkat dengan gejala hipertrofi kardiovaskuler sedangkan derajat ketiga

yaitu tekanan darah meningkat dengan gejala yang jelas dari kerusakan dan gangguan faal dari target organ.

Table 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi Tekanan Darah	TDS (mmHg)	And	TTD (mmHg)
Normal	< 120	And	< 80
Prahipertensi	120 – 139	Or	80 – 89
Hipertensi derajat 1	140 – 159	Or	90 – 99
Hipertensi derajat 2	>160	Or	>100

Sumber : The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII)

Klasifikasi Hipertensi dibedakan atas usia individu. Tekanan darah berfluktuasi dalam batas-batas tertentu, tergantung posisi tubuh, umur, dan tingkat stres yang dialami. Klasifikasi Hipertensi berdasarkan kelompok usia yaitu pada bayi dikatakan tekanan darah normal apabila memiliki tekanan darah 80/40 mmHg dan Hipertensi apabila memiliki tekanan darah 90/60 mmHg (Tambayong, 2000).

Usia anak 7-11 tahun memiliki tekanan darah normal 100/60 mmHg dan Hipertensi apabila memiliki tekanan darah 120/80 mmHg. Pada remaja 12-17 tahun memiliki tekanan darah normal 115/70 mmHg dan Hipertensi apabila memiliki tekanan darah 130/80 mmHg (Tambayong, 2000). Pada orang dewasa usia 20-45 tahun memiliki tekanan darah normal 120- 125/75-80 mmHg, dikatakan Hipertensi apabila memiliki tekanan darah 135/90 mmHg. Pada usia 45-65 tahun tekanan darah normalnya yaitu 135-140/85 mmHg dan Hipertensi dengan tekanan darah 140/90-160/95 mmHg. Pada usia >65 tahun tekanan darah normalnya yaitu 150/85 mmHg dan Hipertensi apabila memiliki tekanan darah 160/95

mmHg (Tambayong, 2000). Menurut The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC7) tahun 2003 yang berpusat di Amerika, klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa umur ≥ 18 tahun terbagi menjadi kelompok normal, praHipertensi, Hipertensi derajat 1 dan Hipertensi derajat 2 (Sudoyo dkk, 2010).

Ada beberapa klasifikasi dan pedoman penanganan Hipertensi lain dari WHO dan International society of hypertension (ISH), dari Europe society of hypertension (ESH), British Hypertension society (BSH), tetapi umumnya digunakan JNC 7 (Sudoyo dkk, 2010).

2) Berdasar Penyebab

a) Hipertensi Primer (Esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang paling sering dijumpai atau ditemui, sebanyak 90 % penderita hipertensi. Penyebab hipertensi primer masih belum diketahui pasti (idiopatik). Peneliti mengungkapkan ada faktor gaya hidup yang mengakibatkan hipertensi ini, seperti kurang gerak (inaktivitas) dan pola makan (Infodatin, 2014).

b) Hipertensi Sekunder (Non Esensial)

Hipertensi jenis ini banyak terjadi akibat dari penyakit, seperti penyakit ginjal yaitu 5-10% dan penyebab lainnya sebanyak 1-2% yang diakibatkan karena kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu seperti pil KB (Infodatin, 2014)

c. Penyebab Hipertensi

Hipertensi dapat terjadi karena beberapa faktor pemicu seperti :

1) Faktor Keturunan

70 – 80 % kasus, menunjukkan penyakit hipertensi esensial banyak terjadi pada penderita yang memiliki riwayat keluarga hipertensi. Penderita hipertensi yang memiliki kedua orang tua yang memiliki riwayat hipertensi cenderung memiliki risiko dua kali lipat lebih besar dari pada yang tidak memiliki keluarga dengan riwayat hipertensi (Susilo & Wulandari, 2011). Faktor genetik juga mempertinggi risiko terkena penyakit hipertensi, terutama pada hipertensi primer (esensial). Faktor genetik yang dimaksud, seperti keluarga yang memiliki riwayat menderita hipertensi (Arifin, Weta & Ratnawati, 2016).

2) Faktor Nutrisi

Hipertensi primer sering terjadi akibat konsumsi banyak sodium. Asupan garam yang tinggi dan berlebih dapat menimbulkan perubahan tekanan darah yang dapat dideteksi yaitu lebih dari 14 gram per hari (Susilo & Wulandari, 2011).

3) Faktor Merokok

Merokok adalah salah satu faktor risiko, yang dapat dimodifikasi atau diubah. Merokok dapat menyebabkan hipertensi dan penyakit kardiovaskuler (Susilo & Wulandari, 2011). Rokok mengandung ribuan zat kimia yang berbahaya

bagi tubuh, seperti tar, nikotin dan gas karbon monoksida. Selain perokok (perokok aktif), orang yang tidak merokok tetapi menghisap asap rokok juga memiliki risiko hipertensi. Seseorang yang tidak merokok disebut perokok pasif. Risiko perokok pasif 2 kali dari perokok aktif (Laksono, 2013).

4) Faktor Usia

Individu yang memiliki usia diatas 60 tahun keatas, cenderung memiliki 50–60% tekanan darah lebih besar, atau sama dengan 140/90 mmHg, dikarenakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usia (Susilo & Wulandari, 2011). Peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada peningkatan tekanan darah (Sofyan, Yulieta, Hamra, 2012).

5) Kolesterol

Kandungan lemak yang berlebih dalam darah dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah. Pembuluh darah yang menyempit membuat tekanan darah meningkat (Susilo & Wulandari, 2011).

6) Faktor lingkungan

Faktor lingkungan seperti stress dan kurang olahraga juga berpengaruh memicu hipertensi esensial (Susilo & Wulandari, 2011). Aktivitas atau olahraga sangat mempengaruhi terjadinya hipertensi, di mana pada orang yang kurang aktivitas cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung lebih tinggi sehingga otot jantung akan bekerja lebih keras pada tiap kontraksi. Semakin keras dan sering otot jantung memompa, maka beban pada arteri semakin besar (Sulastri, Elmatris, Ramadhani, 2012). Hubungan antara stres dengan hipertensi, diduga terjadi melalui aktivitas saraf simpatis (saraf yang bekerja saat kita beraktivitas). Peningkatan aktivitas saraf simpatis dapat meningkatkan tekanan darah secara intermitten (tidak menentu). Stres yang berkepanjangan, dapat mengakibatkan tekanan darah tetap tinggi (Susilo & Wulandari, 2011). Faktor stres seperti kurang tidur dapat memicu masalah hipertensi dan dapat turun lagi pada saat tidur. Stres tidak menyebabkan hipertensi yang menetap, tetapi stress berat dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah yang bersifat sementara yang sangat tinggi. Jika periode stress sering terjadi maka akan mengalami kerusakan pada pembuluh darah, jantung dan ginjal sama halnya seperti yang menetap (Andria, 2013).

7) Kegemukan

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko hipertensi. Seseorang yang memiliki berat badan berlebih atau mengalami obesitas membutuhkan lebih banyak darah untuk menyediakan oksigen dan makanan ke jaringan tubuh (Arifin, Weta, Ratnawati, 2016). Penumpukan lemak yang terus menerus menyebabkan arteri menyempit sehingga dibutuhkan tekanan yang lebih besar untuk mengalirkan darah (Susilo & Wulandari, 2011).

Karena tubuh membutuhkan lebih banyak darah untuk menyuplai oksigen dan makanan ke jaringan tubuhnya, menyebabkan volume darah yang beredar melalui pembuluh darah meningkat. Curah jantung yang meningkat mengakibatkan tekanan darah meningkat. Selain itu kelebihan berat badan juga meningkatkan kadar insulin dalam darah. Peningkatan insulin ini menyebabkan retensi natrium pada ginjal sehingga tekanan darah ikut naik (Arifin, Weta, Ratnawati, 2016).

4. Diet Hipertensi

Penderita hipertensi yang memiliki tekanan darah tinggi lebih dari 140 mmHg, ada penatalaksanaan yang dapat dilakukan selain pemberian obat-obatan anti hipertensi. Penderita hipertensi perlu juga diberikan terapi diet dan merubah gaya hidup. Tujuan dari penatalaksanaan diet adalah untuk membantu menurunkan tekanan darah dan

mempertahankan tekanan darah menuju normal. *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) merupakan pola diet yang dianjurkan *Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* dalam (JNC 7) bagi semua pasien hipertensi. Pola diet DASH ini meliputi tinggi buah-buahan, sayuran, produk susu rendah lemak, rendah asupan lemak dan rendah lemak jenuh, kolesterol, sereal utuh (*whole grain*), ikan, unggas, dan kacang-kacangan. Diet DASH menganjurkan pasiennya untuk mengurangi daging merah, gula, serta minuman manis. Pola diet sesuai DASH ini kaya akan potasium, magnesium, kalsium, serat, dan sedikit tinggi protein (Kumala, 2014).

a. Jenis – Jenis Diet

1) Rendah Natrium

Garam natrium yang terdapat dalam hampir semua bahan makanan yang berasal dari hewan dan tumbuh-tumbuhan, salah satu sumber utama garam natrium seperti garam dapur. Penderita hipertensi dianjurkan konsumsi garam dapur tidak lebih dari $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ sendok teh per hari atau dapat menggunakan garam lain diluar natrium (Arie, 2002). Diet ini mengandung cukup zat-zat gizi. Sesuai dengan keadaan penyakit, tingkat diet ini dapat diberikan sesuai tingkat derajat hipertensi, seperti :

a) Diet Garam Rendah I (200 – 400 mg Na)

Diet Garam Rendah I diberikan kepada pasien yang memiliki edema, asites dan / atau hipertensi berat. Pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur, hindari bahan makanan yang tinggi kadar Natriumnya (Dalimartha, 2008).

b) Diet Garam Rendah II (600 – 800 mg Na)

Diet Garam Rendah II diberikan kepada pasien yang memiliki edema, asites dan / atau hipertensi tidak terlalu berat. Pemberian makanan sehari sama dengan Diet Garam Rendah I. Pengolahan makanan menggunakan $\frac{1}{2}$ sdt garam dapur (2 g). Hindari bahan makanan yang tinggi kadar Natriumnya (Dalimartha, 2008).

c) Diet Garam Rendah III (1000 – 1200 mg Na)

Diet Garam Rendah III diberikan kepada pasien yang memiliki edema dan atau hipertensi ringan. Pemberian makanan sehari sama dengan Diet Rendah Garam Rendah I. Pada pengolahan makanannya boleh menggunakan 1 sdt (4 gram) garam dapur (Dalimartha, 2008).

2) Diet Potasium atau kalium

Mengonsumsi banyak kandungan kalium (4,5 gram atau 120 – 175 mEq/hari) dapat memberikan efek penurunan tekanan darah yang ringan. Pemberian kalium juga membantu untuk

mengganti kehilangan kalium akibat dan rendah natrium. Ukuran kalium yang digunakan adalah kalium sedang (50 gram) dari apel (159 mg kalium), jeruk (250 mg kalium), tomat (366 mg kalium), pisang (451 mg kalium) kentang panggang (503 mg kalium) dan susu skim 1 gelas (406 mg kalium) (Arie, 2002).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi Penatalaksanaan Diet

1) Dukungan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan bagi individu serta memainkan peran penting dalam program perawatan dan pengobatan. Pengaruh keluarga dapat memudahkan atau menghambat perilaku kepatuhan, selain dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan diperlukan untuk mempertinggi tingkat kepatuhan, dimana tenaga kesehatan adalah seseorang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien, sehingga apa yang dianjurkan akan dilaksanakan (Smet Bart dalam Novian, 2013).

2) Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Budiman & Riyanto, 2013). Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Notoatmodjo, 2012).

3) Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan tentang kepatuhan diet yang rendah yang dapat menimbulkan kesadaran yang rendah dan berpengaruh pada lansia dalam mengikuti tentang cara pengobatan, kedisiplinan pemeriksaan yang akibatnya dapat terjadi komplikasi berlanjut (Novian, 2013). Pengetahuan yang dimiliki keluarga tentang diet hipertensi dapat menjadi dasar untuk berperilaku dalam hidup sehat termasuk dalam melakukan diet hipertensi secara ketat. Dengan pengetahuan yang baik maka lansia akan dapat mengerti, memahami tentang pentingnya diet hipertensi dan mengaplikasikan dalam perilaku diet rendah garam, agar tekanan darah lansia dalam kondisi stabil dan tidak mengalami kekambuhan hipertensi (Putri, 2014).

4) Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupan seseorang dan kehidupan keluarga. Bekerja merupakan suatu kegiatan untuk melakukan pekerjaan dengan maksud memperoleh penghasilan (Arifin, & Santi, 2015).

c. Diet DASH untuk Hipertensi

Makanan yang dianjurkan pada DASH adalah makanan yang segar, atau makanan yang diolah tanpa garam natrium, vetsin dan kaldu bubuk. Rasa tawar bisa diperbaiki dengan menambah bawang

merah, bawang putih, jahe, kencur, salam, dan bumbu lain yang tidak mengandung garam (Adibah, 2014).

Tabel 2.2 DIET DASH

Jenis Makanan	Porsi Harian	Ukuran Porsi
Biji – bijian	6-8	1 iris roti 1 cangkir sereal siap saji ½ cangkir nasi
Sayuran	4-5	1 cangkir sayuran berdaun mentah ½ cangkir sayuran yang dimasak 6 ons jus sayuran
Buah – buahan	4-5	1 buah sedang ¼ cup buah kering ½ cangkir buah segar, ½ cangkir jus buah
Lemak bebas atau susu rendah lemak dan produk susu	2-3	1 cangkir susu atau yogurt 1 ½ ons keju
Daging tanpa lemak, unggas dan ikan	6 atau kurang	3 ons daging yang dimasak tanpa lemak 3 ons unggas, atau ikan yang dimasak 1 butir telur
Kacang-kacang/biji-bijian dan kacang polong	4-5 per minggu	1/3 cangkir atau 1 ½ ons kacang 2 sdm selai kacang 2 sdm atau ½ ons biji - bijian ½ cangkir kacang polong yang telah
Jenis Makanan	Porsi harian	Ukuran Porsi
		dimasak (kacang kering dan kacang polong)
Lemak dan minyak	2-3	1 sdm margarin lembut 1 sdt minyak sayur 1 sdm mayonnaise 2 sdm saus salad
Permen dan gula tambahan	5 atau kurang per minggu	1 sdm gula pasir 1 sdm jeli atau selai ½ cangkir sorbet, gelatin 1 gelas limun

Sumber : DASH (Lewis, Dirksen, Heitkemper, dkk, 2009)

5. Lansia

a. Pengertian Lansia

Lansia atau lanjut usia adalah seseorang yang berusia diatas 60 tahun. Pembagian umur menurut Hurlock (2001), usia terbagi menjadi 3 kategori yaitu Dewasa Awal (16 – 40), Dewasa Madya (41 – 60) dan Lansia (60 – sampai kematian). Lansia merupakan suatu proses yang tidak dapat dihindari, proses ini berjalan secara alami. Usia yang bertambah akan mempengaruhi perubahan pada lansia seperti perubahan fisik, fungsional, kognitif dan psikososial. Menjadi tua ditandai dengan adanya kemunduran atau penurunan biologis seperti pada kondisi fisik, yaitu adanya keriput, rambut beruban, gigi mulai ompong, pendengaran dan penglihatan mulai berkurang (Maryam, 2008).

b. Perubahan yang terjadi pada lansia

1) Perubahan fisik

a) Kardiovaskuler

Penurunan kekuatan kontraksi miokardium mengakibatkan perubahan penurunan curah jantung. Tekanan sistolik dan diastolik pada lansia sering mengalami peningkatan. Lansia yang mengalami hipertensi bukanlah suatu kondisi yang normal. 50% lansia mengalami hipertensi sistolik atau diastolik (sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg) (Friedman, 2010).

b) Belajar dan Memori

Lansia masih memiliki kemampuan belajar, tetapi lansia mengalami penurunan di daya ingat atau memorinya. Penurunan ini disebabkan karena proses *encoding* atau penerimaan (Maryam, Ekasari, Rosidawati, dkk 2008). Proses penerimaan yang berkurang menyebabkan *Recall (Output)* (Lumempaw, 2009).

2) Perubahan Sosial

a) Ekonomi

Lansia memiliki kebutuhan finansial yang bervariasi, meskipun lansia membutuhkan lebih sedikit uang untuk keperluan pakaian, hiburan, dan pekerjaan, dan beberapa lansia masih tinggal dengan keluarga. Lansia yang tinggal bersama keluarga kebutuhannya meningkat, sehingga sulit untuk mengatur biaya makan dan untuk pengobatan (Kozier, Erb, Berman, Snyder, 2010). Lansia akan mengalami kesulitan disegi ekonomi, dimana saat lansia tidak mendapat pemasukan dikarenakan tidak ada pekerjaan. Lansia hanya memiliki kesempatan hanya sedikit. Lansia biasanya mendapatkan finansial tambahan dari anak atau keluarga (Maryam, Ekasari, Rosidawati, dkk 2008).

b) Pendidikan

Lansia memiliki hak untuk tetap belajar, walaupun lansia akan mengalami kesulitan dalam penyerapan informasi dan pengetahuan (Maryam, Ekasari, Rosidawati, dkk, 2008).

3) Perubahan Psikologi

Maryam, Ekasari, Rosidawati, dkk (2008) menjelaskan bahwa perubahan psikologi yang terjadi pada lansia meliputi *short term memory*, frustrasi, kesepian, perubahan di kehidupan dan kecemasan. Perubahan psikologi yang terjadi pada lansia seperti keadaan fisik yang lemah pada lansia dan lansia yang mengalami perasaan tak berdaya menyebabkan lansia harus bergantung kepada keluarga. Lansia juga dapat menentukan kegiatan yang sesuai kondisi hidupnya berdasar perubahan status ekonomi dan kondisi fisik.

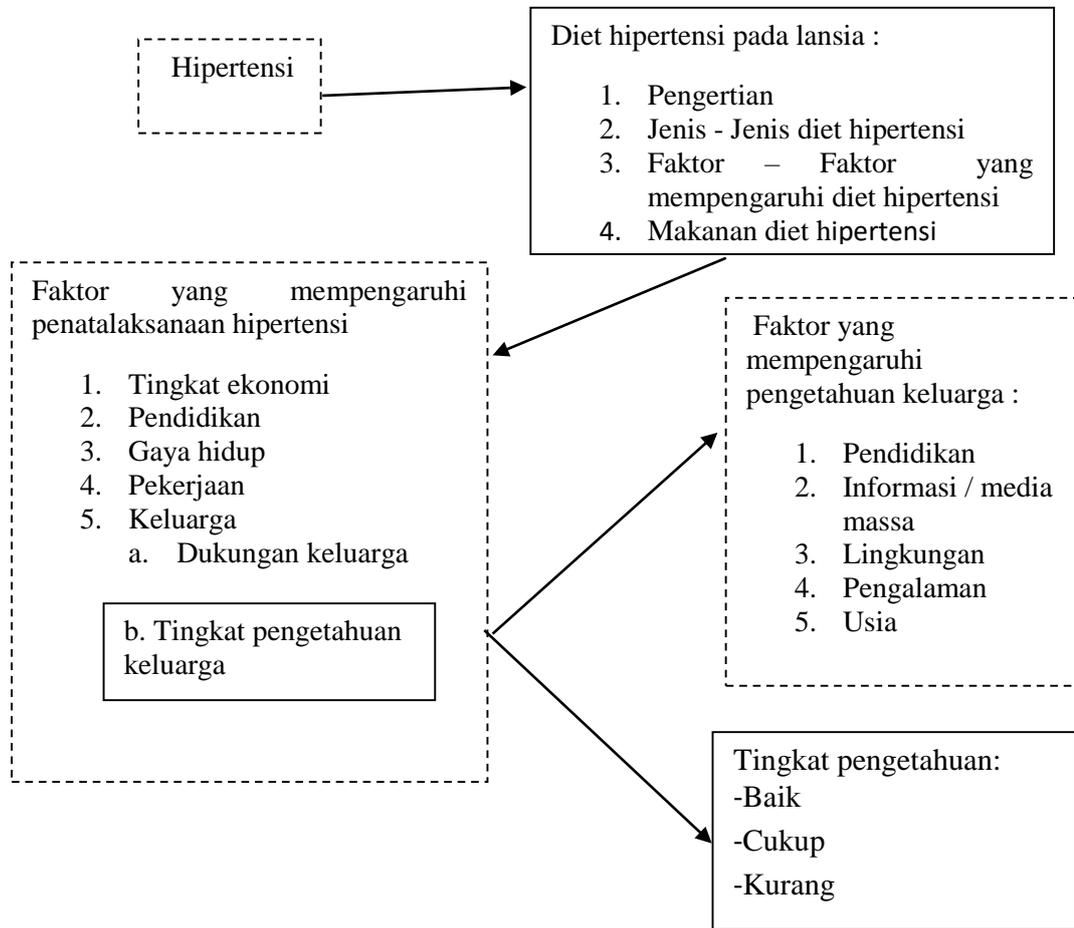
c. Faktor yang berpengaruh pada proses penuaan

Proses penuaan dipengaruhi oleh banyak hal diantaranya yaitu faktor keturunan, faktor nutrisi atau makanan yang dikonsumsi setiap harinya, status kesehatan seseorang, pengalaman hidup, lingkungan tempat seseorang tinggal, dan stres juga dapat berpengaruh terhadap proses penuaan seseorang (Nugroho, 2000).

d. Tindakan Pemeliharaan dan Peningkatan Kesehatan

Lansia dapat mengatasi masalah akibat perubahan yang terjadi pada sistem tubuhnya dengan pemeriksaan kesehatan secara rutin, minum obat secara teratur, memakan makanan yang bergizi, perawatan sehari – hari, dan minum paling sedikit delapan gelas sehari. Mengatasi masalah yang terjadi pada lansia tidak bisa dilakukan sendiri, oleh karena itu keluarga di butuhkan untuk membantu lansia dalam mengatasi masalah (Maryam, Ekasari, Rosidawati, dkk 2008).

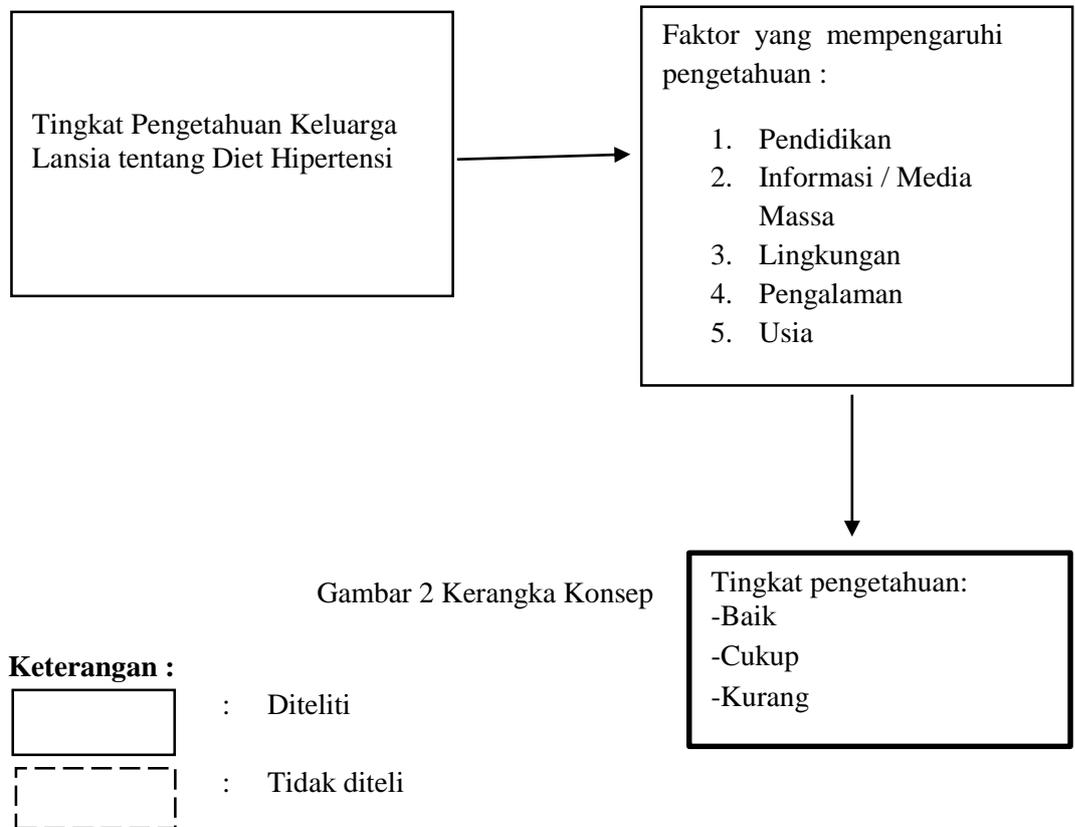
B. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori

Sumber : (Mubarak, 2012 ; Notoatmodjo, 2012 ; Andarmoyo, 2012 ; Friedman, 2010 ; UU No.10 tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994 ; Maryam, 2008 ; Suprajitno, 2004 ; Ode, 2012). (Lewis, Dirksen, Heitkemper, dkk, 2008 ; Infodatin, 2014 ; Arifin, Weta, Ratnawati, 2016 ; Laksono, 2013 ; Sofyan, Yulieta, Hamra, 2012 ; Sulastrri, Elmatris, Ramadhani, 2012 ; Susilo & Wulandari, 2011 ; Andria, 2013 ; Kumala, 2014 ; Dalimartha, 2008 ; Arie, 2002 ; Smet Bart dalam Novian, 2013 ; Budiman & Riyanto, 2013 ; Novian, 2013 ; Putri, 2014 ; Arifin, & Santi, 2015 ; Adibah, 2014).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep