

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Hipertensi

##### 1. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg (Suddarth, 2002). Hipertensi adalah tekanan sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg, atau bila pasien memakai obat antihipertensi. Hipertensi merupakan gangguan asimtomatik yang sering terjadi di tandai dengan peningkatan tekanan darah secara persisten (Mansjor, 2007).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan suatu keadaan dimana tekanan dalam pembuluh darah meningkat secara kronis. Menurut WHO (2006), batas normal tekanan darah adalah 120 - 140 mmHg. Tekanan sistolik dan tekanan diastolik 80 - 90 mmHg. Seseorang dikatakan menderita hipertensi bila tekanan darahnya  $>140/90$  mmHg. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana individu mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan angka kematian (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) (Basha, 2004).

Menurut Sustrani *et al.*, (2004) hipertensi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat ke jaringan tubuh yang membutuhkan.

## 2. Klasifikasi Hipertensi

Sejak diterbitkan laporan dari *the joint national comitte VI* tahun 1997, para pakar selalu berkoordinasi untuk melakukan penilaian ulang serta menerbitkan beberapa buku pedoman mengenai hipertensi. Tahun 2003, *The Joint National Comitte* menerbitkan kembali buku pedoman penanganan hipertensi beserta klasifikasi hipertensi dengan memberikan tambahan jenis pre hipertensi (Kuswardhani, 2005).

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastole (mmHg)
Normal	<120	<80
Pre hipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tahap 1	140-159	90-99
Hipertensi tahap 2	≥ 160	≥ 100

Sumber : *The joint Nasional Comitte VII*, 2003.

**Tabel I. 1** Klasifikasi hipertensi menurut *The joint Nasional Comitte VII*

Tekanan darah dicatat dalam dua nilai ketika pengukuran dilakukan. Nilai tertinggi merefleksikan tekanan darah tertinggi dalam arteri, yang di capai ketika jantung berkontraksi (ketika sistol). Nilai yang lebih rendah merefleksikan tekanan terendah dalam arteri, yang dicapai sebelum jantung mulai bertraksi (ketika diastol). Tekanan darah dicatat sebagai tekanan sistolik/tekanan diastolik, misal 120/80 mmHg (Kasim, 2007).

Tekanan darah tinggi ditegakkan pada tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih saat istirahat, tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih saat istirahat, atau keduanya. Semakin tinggi tekanan darah, semakin besar resiko hipertensi, bahkan jika tekanan darah masih dalam batas normal.

Karenanya nilai batas ini masih bersifat arbiter. Nilai batas ini ditentukan karena orang dengan tekanan nilai diatas normal, berisiko tinggi mengalami komplikasi (Kasim, 2007).

Tekanan sistolik dan tekanan diastolik biasanya tinggi pada penderita hipertensi. Terkecuali untuk orang lanjut usia, yang umumnya memiliki tekanan sistolik tinggi (140 mmHg atau lebih). Gangguan ini disebut hipertensi sistolik terisolasi (*isolated systolic hypertension*). Tekanan darah lebih dari 180/90 mmHg dan tidak menimbulkan gejala, disebut urgensi hipertensi (Kasim, 2007).

### 3. Penyebab Hipertensi

Berdasarkan diketahui atau tidak diketahui penyebabnya, hipertensi diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Hipertensi primer atau esensial : adalah hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya antara 85-90 % orang dengan tekanan darah tinggi memiliki hipertensi primer. Beberapa perubahan di jantung dan pembuluh darah, bersama-sama menyebabkan peningkatan tekanan darah, misalnya meningkatnya jumlah darah yang dipompa keluar per menit (*cardiac output*), dan meningkatnya resistensi terhadap aliran darah karena pembuluh darah berkonstriksi, selain itu volume darah juga dapat meningkat. Alasan perubahan tersebut tidak sepenuhnya diketahui, tapi sepertinya dipengaruhi faktor genetik yang menyebabkan konstriksi arterioles, yang membantu mengendalikan tekanan darah (Kasim, 2007).

b. Hipertensi sekunder : adalah tekanan darah tinggi yang penyebabnya diketahui. Antara 10-15% orang dengan tekanan darah tinggi, mengalami hipertensi sekunder. Gangguan ginjal banyak yang menyebabkan tekanan darah tinggi, karena ginjal penting dalam mengatur tekanan darah. Kerusakan pada ginjal, dapat mengganggu kemampuan ginjal untuk mengeliminasi garam dan air dari tubuh, meningkatnya volume darah dan tekanan darah. Pada 5-10% orang dengan tekanan darah tinggi, penyebabnya adalah gangguan ginjal, inflamasi ginjal dan cedera pada ginjal (Kasim, 2007).

#### 4. Tanda-tanda Hipertensi

Pada sebagian besar penderita, hipertensi tidak menimbulkan gejala, meskipun secara tidak sengaja beberapa gejala terjadi bersamaan dan dipercaya berhubungan dengan tekanan darah tinggi (padahal sesungguhnya tidak). Gejala yang dimaksud adalah sakit kepala, perdarahan dari hidung, pusing, wajah kemerahan dan kelelahan yang bisa saja terjadi baik pada penderita hipertensi maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal.

Hipertensi diduga dapat berkembang menjadi masalah kesehatan yang lebih serius dan bahkan dapat menyebabkan kematian. Sering kali hipertensi disebut sebagai *silent killer* karena dua hal yaitu:

a. Hipertensi sulit disadari seseorang karena hipertensi tidak memiliki gejala khusus, gejala ringan seperti pusing, gelisah, mimisan dan sakit

kepala biasanya jarang berhubungan langsung dengan hipertensi, hipertensi dapat diketahui dengan mengukur secara teratur.

- b. Hipertensi apabila tidak ditangani dengan baik, akan mempunyai risiko besar untuk meninggal karena komplikasi kardiovaskular seperti stroke, serangan jantung, gagal jantung dan gagal ginjal.

Jika timbul hipertensinya berat atau menahun dan tidak terobati, bisa timbul gejala berikut:

Sakit kepala, Kelelahan Jantung berdebar-debar, Mual, Muntah, Sesak nafas, Gelisah, Pandangan menjadi kabur yang terjadi karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung dan ginjal. Telinga berdenging, Sering buang air kecil terutama di malam hari. Kadang penderita hipertensi berat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma karena terjadi pembengkakan otak, keadaan ini disebut *ensefalopati hipertensif* yang memerlukan penanganan segera (Trisha, 2007).

## 5. Patofisiologi Hipertensi

Tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik meningkat sesuai dengan meningkatnya umur. Tekanan darah sistolik meningkat secara progresif sampai umur 70-80 tahun, sedangkan tekanan darah diastolik meningkat sampai umur 50-60 tahun dan kemudian cenderung menetap atau sedikit menurun. Kombinasi perubahan saat ini sangat mungkin mencerminkan adanya pengkakuan pembuluh darah pengkakuan pembuluh darah dan penurunan kelenturan (*compliance*) arteri dan ini

mengakibatkan peningkatan tekanan nadi sesuai dengan umur, diketahui tekanan nadi merupakan prediktor terbaik dari adanya perubahan struktural di dalam arteri. Mekanisme pasti hipertensi esensial sampai saat ini belum sepenuhnya diketahui secara jelas (Kuswardhani, 2005).

Efek utama dari pertumbuhan dan perkembangan individu normal terhadap sistem kardiovaskuler meliputi perubahan aorta pembuluh darah sistemik. Penebalan dinding aorta dan pembuluh darah besar meningkat dan elastisitas pembuluh darah menurun sesuai perkembangan umur. Perubahan ini menyebabkan penurunan *compliance* aorta dan pembuluh darah besar dan mengakibatkan peningkatan tekanan darah sistolik. Penurunan pembuluh darah menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler perifer. Sensitivitas baroreseptor juga berubah sesuai dengan perkembangan umur (Kuswardhani, 2005).

Perubahan mekanisme refleksi baroreseptor mungkin dapat menerangkan adanya variabilitas tekanan darah yang terlihat pada pemantauan terus menerus. Penurunan sensitivitas baroreseptor juga menyebabkan kegagalan refleksi posural, yang mengakibatkan hipertensi pada penderita hipertensi sering terjadi adrenergic dan vasokonstriksi adrenergic akan menyebabkan kecenderungan vasokonstriksi dan selanjutnya mengakibatkan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dan tekanan darah. Resistensi natrium (Na) akibat peningkatan asupan dan penurunan sekresi juga berperan dalam terjadinya hipertensi. Pada penderita hipertensi juga ditemukan penurunan renin plasma dan respon

renin terhadap asupan garam, sistem renin-angiotensin mempunyai peranan utama terjadinya hipertensi (Kuswardhani, 2005).

Perubahan-perubahan diatas bertanggung jawab terhadap penurunan curah jantung (*cardiac output*), penurunan denyut jantung, penurunan kontraktilitas miokard, hipertrofi ventrikel kiri, dan disfungsi ginjal dan laju filtrasi glomerulus (Kuswardhani, 2005).

## 6. Penatalaksanaan Hipertensi

Pada hipertensi derajat 1 penurunan berat badan dan pengurangan asupan garam adalah langkah awal dari pengobatan hipertensi. Pengurangan asupan garam harus di lihat dari kebiasaan klien sehari-hari, dengan memperhitungkan jenis makanan tertentu yang banyak menggunakan garam. Pembatasan asupan garam sampai 60 mmol/hari yang artinya tidak menambahkan garam pada waktu makan, memasak tanpa garam, menghindari makanan yang sudah diasinkan dan juga menggunakan mentega bebas garam. Cara ini sangat sulit karena akan mengurangi asupan garam secara ketat serta akan mempengaruhi kebiasaan pola makanan pasien secara drastis (Tapan, 2004).

Menurut Jain (2011), terapi farmakologi yaitu menggunakan obat yang di anjurkan oleh JNC 7 (2004), yaitu diuretik terutama jenis Thiazide (Thiaz) atau Aldosterone Antagonis (Aldo Ant), Beta Blocker (BB), Calcium Channel Blocker (CCB), Antagiotensin Convering Enzym Inhibitor (ACEI), Angiotensin II Reseptor Blocker. Pengobatan hipertensi menggunakan pengobatan seumur hidup. *The Join Nasional Committee on*

*Detectoin, Evaluotion, and Treatment of High Blood Pressure* menganjurkan saat pengobatan berdasarkan tipe kelompok resiko yang di tentukan oleh derajat hipertensi, adanya kerusakan organ target, dan faktor resiko kardiovaskuler.

Antihipertensi seperti diuretik mempunyai tujuan utam untuk meningkatkan pembuangan air maka obat ini dikenal sebagai "tablet". Kegiatan utama diuretik adalah dengan meningkatkan jumlah natrium melalui ginjal, dan memperlebar saluran arteri kecil dan juga menurunkan tekanan darah. Obat yang termasuk diuretik yaitu thiazid dapat menurunkan tekanan darah jika di konsumsi dengan dosis yang sangat rendah dan jika di konsumsi dengan jumlah besar dapat meningkatkan tekanan darah dan menimbulkan efek samping. Kerka thiazid menghambat natrium di segmen kortikal ascending limb loop henle pada bagian bawah tubulus distal Jenis lain golongan thiazid adalah klortalidon. Hidroklortalidon merupakan jenis obat yang sering dipakai pada pengobatan hipertensi. Pada pemberian oral obat ini mulai bekerja selama 8-12 jam. Dosis yang sering dipakai adalah 25-50 mmHg 1-2 kali sehari. Efek jangka panjang dapat digunakan kortaliudon yang dapat diberikan dengan dosis 25-100 mmHg setiap hari (Susalit, 2001). Efek samping diuretik thiazid yaitu impotensi jika dikonsumsi dalam dosis tinggi, pada ibu hamil dapat menembus plasenta dan mempengaruhi bayi sehingga tidak dianjurkan untuk ibu hamil, hipokalemia, asam urat, dan serangan penyalit gout (Jain, 2011).



Obat penyekat Beta Blocker di bedakan menjadi 2 yaitu penghambat reseptor 1 dan penghambat reseptor 1 dan 2 sehingga tidak di anjurkan pada pasien yang tidak mempunyai gangguan pernafasan seperti asma bronchial. Obat jenis ini bekerja menghambat transmisi pesan saraf dari pusat otak menuju otot psiral pelindung arteri kecil, dengan menahan kerja noradrenalin dan adrenalin. Efek samping dari beta blocker adalah dapat menyempitkan ruang udara pada paru paru walaupun mengkonsumsi dosis rendah, pada jangka waktu yang lama dapat menyebabkan berkurangnya tingkat energi karena obat ini menyebabkan jantung memompa lebih lama dan lebih lambat, hipotermia pada tangan dan kaki, gangguan tidur, impotensi. Selain itu jika dikonsumsi pada awal kehamilan dapat memperlambat pertumbuhan bayi (Jain, 2011).

Antagonis kalsium bekerja dengan cara menahan perpindahan ion kalsium diseluruh membran sel pada otot halus dinding arteriol, terutama pada jantung. Diperkirakan bahwa penyempitan otot halus disebabkan oleh kalsium menyebabkan pembuluh darah menyempit sehingga tekanan darah meningkat, tetapi obat golongan ini tidak mempengaruhi kalsium pada tulang dan tidak menimbulkan osteoporosis. Obat golongan antogonis kalsium yaitu nifedipin, felodipin, lasidipin, nisolipin, isradipin. Efek samping obat ini adalah sakit kepala, kulit wajah memerah, penbengkakan pergelangan kaki, sembelit, dan pada wanita hamil dapat merunda kelahiran dan cacat tubuh yang fatal (Jain, 2011).

## 7. Komplikasi Hipertensi

Menurut Corwin (2001), komplikasi hipertensi terdiri dari stroke, infark miokardium, gagal ginjal, ensefalopati.

### a. Stroke

Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan tinggi di otak, atau akibat emboli yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri yang mensuplai darah ke otak mengalami hipertrofi dan menebal, sehingga aliran darah menjadi berkurang. Arteri yang terdapat di otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

### b. Infark Miokardium

Infark miokardium dapat terjadi jika arteri koroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau jika terbentuk trombus yang dapat menyumbat aliran darah yang melalui pembuluh tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, akan mengakibatkan kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat di pengaruhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan *infark*. Hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan meningkatkan resiko pembentukan bekuan.

c. Gagal ginjal

Gagal ginjal dapat terjadi kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kalpuler ginjal di glomelurus. Rusaknya glomelurus darah akan mengalir ke unit-unit ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Rusaknya membran glomelurus protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik kokoid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering di jumpai pada hipertensi kronik.

d. Ensefalopati

Terjadi pada hipertensi maligna karena tekanan yang sangat tinggi menyebabkan peningkatan kapiler dan mendorong kedalam ruang interstitium di seluruh susunan saraf pusat. Neuron-neuron di sekitar kolaps dan terjadi koma serta kematian .

## 8. Faktor Resiko Hipertensi

Faktor-faktor tersebut antara lain faktor keturunan, ciri perseorangan dan kebiasaan hidup.

a. Faktor Keturunan

Dari data statistik terbukti seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

b. Ciri Perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur, jenis kelamin dan umur yang bertambah akan menyebabkan

terjadinya kenaikan tekanan darah. Tekanan darah pria umumnya lebih tinggi dibandingkan wanita, statistik di Amerika menunjukkan prevalensi hipertensi pada orang kulit hitam hampir dua kali lebih banyak dibandingkan dengan orang kulit putih.

c. Kebiasaan Hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi, kegemukan (makan berlebihan) stres dan pengaruh lain.

d. Konsumsi garam yang tinggi

Dari data statistik ternyata dapat diketahui bahwa hipertensi jarang diderita oleh suku bangsa atau penduduk dengan konsumsi garam yang rendah. Dunia kedokteran juga telah membuktikan bahwa pembatasan konsumsi garam dapat menurunkan tekanan darah dan pengeluaran garam (natrium) oleh obat diuretik (pelancar kencing) akan menurunkan tekanan darah.

e. Kegemukan atau makan berlebihan

Obesitas didefinisikan sebagai kelebihan berat badan sebesar 20% atau lebih dari berat badan ideal obesitas adalah penumpukan jaringan lemak tubuh yang berlebihan dengan perhitungan  $IMT \geq 27,0$ . Pada orang yang menderita obesitas ini organ-organ tubuhnya dipaksa untuk bekerja lebih berat oleh sebab itu lebih cepat merasa gerah dan kelelahan akibat dari obesitas para penderita cenderung menderita penyakit kardiovaskuler, hipertensi dan diabetes mellitus.

f. Stres atau ketegangan jiwa

Hubungan antara stress dengan hipertensi diduga melalui aktifitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu) stress yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi, stress atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, rasa marah, dendam rasa takut) dapat merangsang belajar anak ginjal melepaskan hormone adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat, jika stress berlangsung cukup lama, tubuh akan berusaha mengadakan penyesuaian sehingga timbul kelainan organis atau perubahan patologis, gejala yang muncul dapat berupa hipertensi atau penyakit maag (Anjali, A. 2008).

Pengaruh lain yang dapat menyebabkan naiknya tekanan darah yaitu:

1) Merokok

Nikotin penyebab ketagihan merokok akan merangsang jantung, saraf, otak dan bagian tubuh lainnya bekerja tidak normal. Nikotin juga merangsang pelepasan adrenalin sehingga meningkatkan tekanan darah, denyut nadi dan tekanan kontraksi otot jantung selain itu meningkatkan kebutuhan oksigen jantung dan dapat menyebabkan gangguan irama jantung (aritmia) serta berbagai kerusakan lainnya (Anjali, A. 2008).

## 2) Minuman beralkohol

Semakin banyak alkohol yang diminum akan membuat tekanan darah semakin. Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menjadi faktor pendukung menderita hipertensi karena efek racunnya. Alkohol juga dapat meningkatkan jumlah lemak didalam tubuh sehingga menyebabkan obesitas (Jain, 2011).

## 3) Olahraga

Olahraga yang bersifat kompetensi dan meningkatkan kekuatan dapat memacu emosi sehingga dapat mempercepat peningkatan tekanan darah seperti tinju, panjat tebing dan angkat besi. Bentuk latihan yang paling tepat untuk penderita hipertensi adalah jalan kaki, bersepeda, senam, berenang dan aerobic, olahraga yang bersifat kompetisi dan meningkatkan kekuatan tidak dibolehkan bagi penderita hipertensi karena akan memacu emosi sehingga akan mempercepat peningkatan tekanan darah.

4) Minum obat-obatan misalnya: ephedrin, prednison, epinefrin (Lany Gunawan, 2001).

## **B. Kesadaran (*awarenes*)**

### **1. Konsep kesadaran**

Konsep kesadaran (*awareness*) sendiri didasari oleh adanya konsep perubahan perilaku terutamanya dalam perubahan perilaku kesehatan. Dimana seseorang menyadari tentang dirinya terhadap suatu permasalahan dalam hal ini penyakit yang akan dan sedang dialaminya. Menurut

Notoatmodjo (2003), pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengalaman perilaku didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang beruntun yaitu:

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Menurut teori *health behavior* dalam teori perilaku individu, salah satu teori dasar yang mencoba menerangkan konsep perilaku dan hal-hal yang menyebabkan seseorang melakukan tindakan merubah perilaku tersebut adalah teori *Health Belief Model* (HBM).

## 2. Teori Health Belief Model

Model perilaku ini dikembangkan pada tahun 1950'an dan didasarkan atas partisipasi masyarakat pada program deteksi dini tuberculosis. Analisis terhadap berbagai factor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat pada program tersebut kemudian dikembangkan sebagai model perilaku. *Health Belief Model* didasarkan atas 3 faktor esensial:

- a. Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan.
- b. Adanya dorongan dalam lingkungan individu (*awareness*) yang membuatnya merubah perilaku.
- c. Perilaku itu sendiri.

Ketiga faktor di atas dipengaruhi oleh factor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan. Kesiapan individu dipengaruhi oleh factor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan. Factor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang ditawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomendasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa (Herquanto, 2001).



## **C. Pendidikan kesehatan**

### **1. Pengertian pendidikan kesehatan**

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat (Notoadmojo, 2007).

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan perilaku yang dinamis dengan tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia yang meliputi komponen pengetahuan, sikap, ataupun praktek yang berhubungan dengan tujuan hidup yang sehat baik secara individu, kelompok, maupun masyarakat, serta merupakan komponen dari program kesehatan (Suliha, 2002).

Pendidikan kesehatan menurut WHO adalah suatu proses yang membuat individu maupun meningkatkan dan memperbaiki kesehatan mereka. Pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain dan bukan juga seperangkat prosedur,

akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam individu, kelompok, atau masyarakat sendiri (Mubarak, 2007).

## **2. Tujuan Pendidikan**

Tujuan pendidikan menurut undang-undang kesehatan No.23 tahun 1992 maupun WHO yaitu : "mengingat kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik secara fisik, mental, dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan di semua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya". Tujuan ini dapat dirincikan lagi seperti menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat, mendorong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, serta mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada (Mubarak, 2007).

Menurut Suliha (2002), pendidikan kesehatan memiliki tujuan yaitu mengubah pemahaman individu, kelompok, dan masyarakat dibidang kesehatan agar menjadi kesehatan sebagai sesuatu yang dinilai, mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai.

## **3. Ruang lingkup pendidikan kesehatan**

Menurut Mubarak (2007), ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi diantaranya adalah dimensi sasaran

pendidikan, dimensi tempat pelaksana atau aplikasinya dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dimensi sasaran pendidikan meliputi pendidikan kesehatan dengan sasaran individu, kelompok dan masyarakat luas. Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sasaran yang berbeda pula seperti pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid sekolah tersebut, pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien dan pendidikan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan di tempat kerja tersebut.

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat (*five levels of prevention*) menurut level dan Clark meliputi promosi kesehatan (*Health promotion*), perlindungan khusus (*specific protection*), diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early Diagnosis and prompt Treatment*), pembatasan cacat (*Disability Limitation*) dan rehabilitasi (*Rehabilitation*).

Dimensi sasaran pendidikan kesehatan di bagi dalam tiga kelompok sasaran diantaranya adalah pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu, pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok dan pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat (Suliha, 2002).

#### 4. Metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoadmojo (2007), media pendidikan adalah alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan. Beberapa metode pendidikan kesehatan yang dapat digunakan di antaranya :

##### a. Metode pendidikan individual (perorangan )

Metode ini bersifat individual yang digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatan ini antara lain :

##### 1) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan di bantu penyelesaiannya. Klien tersebut dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

##### 2) Wawancara (*interview*)

Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi kenapa tidak atau belum menerima perubahan, apakah tertarik atau tidak terhadap perubahan, apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

##### b. Metode pendidikan kelompok

Metode pendidikan kelompok harus memperhatikan jumlah besar kelompoknya dan jumlah kecil kelompoknya.

##### 1) Kelompok besar

Kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar antara lain ceramah dan seminar. Metode ceramah baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Metode seminar hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

2) Kelompok kecil

Kelompok kecil adalah peserta penyuluhan kurang dari 15 orang. Metode yang cocok untuk kelompok kecil antarlain diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok-kelompok kecil, memainkan peran dan stimulasi.

c. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa tidak membedakan usia, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan. Bentuk pendekatan massa ini menggunakan atau melalui media massa. Contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa adalah ceramah umum (*public speaking*) misalnya pada hari kesehatan nasional, menterikesehatan atau pejabat kesehatan menyampaikan pesan-pesan kesehatan di depan massa rakyat. Pidato-pidato tentang kesehatan melalui media elektronik. Simulasi dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan di suatu media massa. Tulisan-tulisan di majalah atau koran dalam bentuk artikel maupun tanya jawab tentang kesehatan dan

penyakit. *Billboard*, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk dan poster tentang kesehatan

#### **5. Media pendidikan kesehatan**

Media pendidikan kesehatan alat yang di gunakan oleh pendidikan untuk menyampaikan bahan informasi diman alat-alat tersebut di gunakan untuk mempermudah masyarakat atau klien menerima pesan-pesan yang ingin disampaikan oleh pendidik atau pengajar. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan kesehatan media di bagi 3 yaitu: media cetak, media elektronik, dan media papan (*billboard*) (Notoatmojo, 2007).

#### **6. Prinsip pendidikan kesahatan**

Prinsip penyampaian pesan atau informasi dalam memberikan pendidikan kesehatan antara lain menggunakan bahasa yang mudah di mengerti dan di pahami oleh orang atau sasaran pendidikan kesehatan. Penyampaian materi pendidikan kesehatan sebaiknya menggunakan srategi atau cara dalam penyampaianya. Menggunakan alat peraga dapat menarik perhatian dan membantu mempermudah dalam pemahaman materi yang di sampaikan dan yang terakhir sebaiknya pesan yang disampaikan harus disesuaikan dengan masalah yang sedang di hadapi agar mengenai target sasaran (Huriah, 2008).

#### **D. Skor Kesadaran**

1. Mengetahui tentang penyakit hipertensi
  - a. Defenisi tekanan darah tinggi (2)
  - b. Klasifikasi tekanan darah tinggi (2)

- c. Penyebab darah tinggi (2)
  - d. Tanda dan gejala darah tinggi (2)
  - e. Komplikasi darah tinggi (3)
  - f. Pencegahan darah tinggi (3)
2. Memiliki kesadaran untuk skrining
    - a. Melakukan tes tekanan darah (3)
  3. Tindakan jika sakit
    - a. Melakukan kontrol ke dokter (3)
    - b. Melakukan konsultasi ke dokter (2)
  4. Tindakan bila tidak sakit
    - a. Akan melakukan olah raga (2)
    - b. Tidak minum-minum alkohol (2)
    - c. Melakukan gaya hidup sehat (4)
    - d. Menghindari makanan yang mengandung banyak garam dan tinggi kolesterol (2)
  5. Jika sudah sakit
    - a. Menghindari komplikasi (2)
    - b. Diet garam(2)

**F. Hipotesis**

Ho :Ada pengaruh penyuluhan (edukasi) tentang Hipertensi terhadap skor kesadaran.

Ha :Hasil posttest lebih baik dari hasil pretest pada kelompok perlakuan (tejadi peningkatan kesadaran )