

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Edukasi Keluarga

1. Definisi Edukasi Keluarga

Menurut *Nursing Intervention Classification* (NIC), edukasi kesehatan didefinisikan sebagai suatu proses perencanaan dan pemberian instruksi serta pengalaman belajar yang bertujuan untuk memfasilitasi adaptasi perilaku secara terarah, sehingga mendukung terbentuknya perilaku hidup sehat pada individu, keluarga, kelompok, maupun komunitas. Selain itu, edukasi dipahami sebagai proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, di mana pembelajaran merupakan usaha sistematis untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan melalui penguatan praktik serta pengalaman tertentu (Agustina, 2022).

Penerapan edukasi keluarga merupakan suatu proses pelaksanaan pembelajaran yang ditujukan kepada anggota keluarga untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam menjaga serta meningkatkan kesehatan anggota keluarga.

Bailon dan Maglaya (1978) mendefinisikan keluarga sebagai suatu kelompok yang terdiri atas sejumlah individu yang terikat melalui hubungan darah atau perkawinan, hidup dalam satu rumah tangga, serta menjalin interaksi dan sosialisasi secara berkelanjutan dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup setiap anggota keluarga dalam kehidupan sehari-hari (Fau & Simatupang, 2023).

2. Tujuan Edukasi Keluarga

Tujuan utama edukasi kesehatan adalah membantu individu mencapai derajat kesehatan yang optimal. Pemberian edukasi merupakan salah satu fungsi sentral perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien akan informasi terkait kesehatan. Perawat memiliki tanggung jawab untuk menyampaikan edukasi dan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien sebagai upaya mendukung tercapainya kesehatan yang optimal. Edukasi pasien bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan, mencegah penyakit dan cedera, serta meningkatkan kepatuhan

pasien terhadap pengobatan dan pola diet yang dianjurkan. Dalam konteks penelitian ini, edukasi difokuskan pada pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, mengingat kepatuhan terhadap pembatasan cairan masih menjadi permasalahan pada sebagian besar pasien hemodialisis (Lenggogeni, 2023).

3. Jenis-Jenis Media Dalam Edukasi keluarga

Media merupakan sarana atau alat bantu dalam saluran komunikasi yang berfungsi untuk mempermudah penyampaian pesan kesehatan kepada masyarakat, sehingga dapat meningkatkan tingkat pengetahuan masyarakat. Sikap merupakan respons internal atau reaksi tertutup individu terhadap suatu stimulus, yang dapat dipengaruhi oleh pemberian intervensi dan dinilai melalui perbandingan kondisi sebelum dan sesudah intervensi diberikan.

Media *booklet* merupakan salah satu media edukasi kesehatan yang tepat digunakan karena memuat informasi yang lengkap, mudah dibawa ke berbagai tempat, serta penyajiannya tidak hanya berupa teks, tetapi juga dilengkapi dengan warna dan gambar sehingga lebih menarik. Selain itu, media video juga menjadi alternatif media edukasi kesehatan yang efektif karena mengombinasikan unsur audio, teks, dan gambar bergerak yang dapat meningkatkan daya tarik serta memperluas imajinasi, khususnya pada remaja. Media video dinilai mampu menarik perhatian responden secara optimal. Namun demikian, penggunaan media video memiliki keterbatasan karena memerlukan keterampilan khusus dalam proses pengeditan dan cenderung mudah mengalami perubahan atau revisi.

Media leaflet merupakan salah satu alternatif media edukasi kesehatan yang tepat karena bersifat ringkas, mudah dibawa ke berbagai tempat, serta disajikan dengan tampilan berwarna dan bergambar. Namun demikian, media *leaflet* memiliki keterbatasan, di antaranya mudah hilang dan berpotensi menurunkan minat remaja apabila desain dan penyajiannya kurang menarik.

Media poster merupakan salah satu media edukasi kesehatan yang tepat digunakan karena menampilkan perpaduan tulisan dan gambar yang menarik sehingga mudah dibaca dan dipahami. Namun, efektivitas media poster dapat menurun apabila dipajang dalam jangka waktu yang terlalu lama atau ditempatkan pada lokasi yang kurang strategis. Selain itu, media Facebook juga dapat

dimanfaatkan sebagai media edukasi kesehatan dalam menyampaikan informasi, seperti bahaya merokok pada remaja. Meskipun demikian, penggunaan media Facebook memiliki keterbatasan karena tidak semua remaja memiliki akses terhadap perangkat atau sarana untuk menggunakan media sosial tersebut (Suharti, Judjianto, Utami, & Lestari, 2024).

4. Faktor Penyebab Keterbatasan Edukasi Keluarga

- a. Kesenjangan Geografis Indonesia sebagai negara kepulauan dengan topografi yang beragam menghadapi tantangan besar dalam penyediaan akses pelayanan kesehatan yang merata. Daerah-daerah terpencil, kepulauan terluar, dan wilayah dengan kondisi geografis sulit seringkali mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan primer. Permasalahan geografis meliputi :
 - 1) Jarak yang jauh antara fasilitas kesehatan dengan pemukiman penduduk.
 - 2) Kondisi transportasi yang sulit dan mahal.
 - 3) Keterbatasan infrastruktur jalan dan komunikasi.
 - 4) Kondisi cuaca dan alam yang tidak mendukung.
 - 5) Biaya transportasi yang tinggi untuk mencapai fasilitas kesehatan.
- b. Kesenjangan Ekonomi Meskipun telah ada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masih terdapat hambatan ekonomi yang mempengaruhi akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan primer :
 - 1) Biaya transportasi ke fasilitas kesehatan.
 - 2) Kehilangan pendapatan akibat tidak bekerja saat sakit.
 - 3) Biaya tambahan yang tidak ditanggung JKN.
 - 4) Keterbatasan pemahaman tentang hak dan manfaat JKN.
- c. Kesenjangan Sosial dan Budaya Faktor sosial dan budaya juga menjadi hambatan dalam akses pelayanan kesehatan :
 - 1) Perbedaan bahasa dan komunikasi.
 - 2) Kepercayaan tradisional yang bertentangan dengan medis modern.
 - 3) Stigma sosial terhadap penyakit tertentu.
 - 4) Peran gender dalam pengambilan keputusan kesehatan.
 - 5) Tingkat pendidikan dan literasi kesehatan yang rendah.

d. Kekurangan Tenaga Kesehatan

- 1) Distribusi Tenaga Kesehatan yang Tidak Merata Distribusi tenaga kesehatan di Indonesia masih sangat timpang, dengan konsentrasi yang tinggi di daerah perkotaan dan kekurangan yang signifikan di daerah pedesaan dan terpencil.
- 2) Faktor-faktor yang mempengaruhi distribusi tenaga kesehatan :
 - a) Keterbatasan fasilitas dan infrastruktur di daerah terpencil.
 - b) Perbedaan tingkat kesejahteraan dan insentif.
 - c) Keterbatasan akses pendidikan dan pelatihan lanjutan.
 - d) Faktor keamanan dan kenyamanan hidup.
 - e) Keterbatasan peluang pengembangan karir.
- 3) Kualitas dan Kompetensi Tenaga Kesehatan Selain masalah kuantitas, kualitas dan kompetensi tenaga kesehatan juga menjadi tantangan :
 - a) Keterbatasan akses terhadap Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan.
 - b) Perbedaan standar pendidikan kesehatan antar institusi.
 - c) Keterbatasan exposure terhadap kasus dan teknologi terbaru.
 - d) Kurangnya sistem mentoring dan supervise.
 - e) Keterbatasan akses terhadap literatur dan masi medis terkini.
- 4) Retensi Tenaga Kesehatan Mempertahankan tenaga kesehatan di daerah terpencil menjadi tantangan tersendiri.
 - a) Tingkat turnover yang tinggi.
 - b) Keterbatasan jenjang karir.
 - c) Isolasi profesional dan sosial.
 - d) Beban kerja yang berlebihan.
 - e) keterbatasan fasilitas pendukung (Hariani et al ,2025).

5. Manfaat Edukasi keluarga

- a. Meningkatkan Kesadaran Kesehatan :
Membantu individu memahami pentingnya menjaga kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- b. Pencegahan Penyakit :
Memberikan pengetahuan tentang bagaimana mencegah dan berdaya, dengan individu yang saling mendukung dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan. Dengan pendidikan kesehatan, masyarakat

dapat lebih proaktif dalam menjaga kesehatan mereka, yang akhirnya meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan (Wahid et al., 2025).

6. Evaluasi Edukasi Keluarga

Evaluasi merupakan tahap yang sangat penting dalam pelaksanaan strategi pendidikan kesehatan untuk memastikan bahwa intervensi yang diberikan mampu menghasilkan dampak positif dan berkelanjutan. Evaluasi tidak hanya bertujuan menilai ketercapaian tujuan program, tetapi juga berfungsi untuk mengidentifikasi kelemahan serta peluang perbaikan pada pelaksanaan kegiatan di masa mendatang. Evaluasi dapat dilakukan secara formatif, yaitu selama proses pelaksanaan program untuk menilai efektivitas strategi yang sedang diterapkan, serta secara sumatif, yaitu setelah program selesai guna menilai keberhasilan secara menyeluruh. Metode evaluasi yang digunakan meliputi survei, wawancara, observasi langsung, serta analisis data kesehatan masyarakat. Melalui pelaksanaan evaluasi yang sistematis, strategi pendidikan kesehatan dapat ditinjau secara objektif dan disempurnakan agar lebih efektif dan tepat sasaran (Ramadhan & Safitri, 2022).

Evaluasi jangka panjang sangat penting untuk memastikan bahwa perubahan perilaku yang dihasilkan bukan hanya bersifat sesaat, melainkan menjadi bagian dari budaya masyarakat. Hal ini memerlukan indikator evaluasi yang tidak hanya bersifat output, seperti jumlah peserta pelatihan, tetapi juga outcome, seperti perubahan perilaku atau peningkatan status kesehatan masyarakat. Salah satu tantangan utama dalam evaluasi adalah kesulitan mengukur dampak tidak langsung atau jangka panjang dari program edukasi. Perlu pengembangan instrumen yang valid dan reliabel, serta keterlibatan para pemangku kepentingan untuk menjamin kelengkapan data dan objektivitas hasil evaluasi. Teknologi digital mulai dimanfaatkan untuk mengotomatisasi pengumpulan data dan memudahkan pemantauan dampak program secara berkelanjutan (Bolon et al., 2025).

7. Standar Operasional Prosedure Edukasi Keluarga

Standar Operasional Edukasi Kesehatan

Definisi :

Edukasi kesehatan keluarga adalah proses pemberian informasi, penjelasan, dan pembelajaran kepada keluarga mengenai masalah kesehatan, pencegahan penyakit,

serta perawatan anggota keluarga yang sakit agar keluarga mampu meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan.

a. Tujuan

1. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang masalah kesehatan.
2. Membantu keluarga memahami cara pencegahan dan perawatan penyakit.
3. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
4. Mendorong keluarga untuk menerapkan perilaku hidup sehat.

b. Indikasi

1. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah kesehatan.
2. Keluarga yang membutuhkan informasi mengenai pencegahan penyakit.
3. Keluarga yang belum memahami cara perawatan pasien di rumah.

c. Tahap Kerja

1. Pemeriksaan Fisik
2. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang masalah kesehatan yang dialami pasien.
3. Menjelaskan pengertian penyakit yang dialami pasien.
4. Menjelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit.
5. Menjelaskan tanda dan gejala penyakit.
6. Menjelaskan cara pencegahan komplikasi penyakit.
7. Mengajarkan cara perawatan pasien di rumah.
8. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya.
9. Memastikan keluarga memahami informasi yang diberikan.

d. Tahap Terminasi

1. Menyimpulkan materi edukasi yang telah diberikan.
2. Menanyakan kembali pemahaman keluarga tentang materi yang diberikan.
3. Memberikan motivasi kepada keluarga untuk menerapkan informasi yang telah diberikan.
4. Mengucapkan terima kasih kepada keluarga atas partisipasinya.
5. Melakukan dokumentasi kegiatan edukasi.

8. Edukasi Dalam Pencegahan Risiko Stroke

Edukasi dalam pencegahan risiko stroke merupakan proses pemberian informasi, peningkatan pemahaman, dan pembentukan perilaku sehat pada individu, khususnya pada kelompok dewasa muda, dengan tujuan menurunkan faktor risiko stroke. Edukasi ini menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan mengenai faktor risiko stroke, perubahan perilaku menuju gaya hidup sehat, seperti penerapan pola makan seimbang, aktivitas fisik teratur, dan penghentian kebiasaan merokok, serta pengembangan keterampilan praktis, termasuk pemantauan tekanan darah dan manajemen stres. Proses edukasi dilakukan secara partisipatif, disesuaikan dengan kebutuhan serta tingkat pemahaman sasaran, dan disampaikan melalui metode yang mudah diakses dan dipahami, sehingga berpotensi memberikan dampak jangka panjang dalam pencegahan stroke sejak dini (Simanullang, Aridamayanti, Rustandi, Rumbo, & Yaman, 2025).

B. Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke merupakan sindrom klinis yang ditandai oleh gangguan fungsi otak, baik secara fokal maupun global, yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan menetap selama lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskular (WHO, 1993 dalam Mulyatsih, 2007). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2004) stroke akut didefinisikan sebagai sekumpulan gejala klinis yang muncul sejak menit hingga jam pertama serangan dan berlangsung hingga dua minggu pasca-serangan. Smeltzer (2002) menambahkan bahwa stroke adalah kondisi kehilangan fungsi otak akibat terhentinya suplai darah ke jaringan otak, yang dapat menyebabkan gangguan sementara maupun permanen pada fungsi motorik, kognitif, memori, kemampuan berbicara, dan sensasi (Sarah, 2023).

2. Penyebab Stroke

Retnaningsih (2023) menyatakan bahwa salah satu faktor utama yang memicu terjadinya stroke adalah kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi lemak jenuh, yang berpotensi menimbulkan aterosklerosis. Aterosklerosis merupakan kondisi penyempitan pembuluh arteri akibat akumulasi lemak pada dinding

pembuluh darah. Para ahli menekankan bahwa aterosklerosis merupakan penyebab utama terjadinya stroke secara umum.

Stroke, atau *Cerebrovascular Accident* (CVA), merupakan kondisi di mana aliran darah ke otak terganggu, sehingga menyebabkan kematian sel-sel otak dan hilangnya fungsi pada area otak yang terdampak (Manurung et al., 2017 dalam Retnaningsih, 2023). Gangguan aliran darah ini umumnya disebabkan oleh sumbatan pada arteri, yang dikenal sebagai stroke iskemik, misalnya akibat terbentuknya gumpalan darah, namun dapat juga disebabkan oleh pecah atau kebocoran pembuluh darah, yang disebut stroke hemoragik.

Gumpalan darah dapat berasal dari plak aterosklerosis yang tidak stabil atau dari embolus yang terbentuk di bagian tubuh lain dan kemudian menyumbat pembuluh darah otak (Permatasari, 2020). Selain itu, perdarahan otak dapat terjadi akibat trauma maupun secara spontan, misalnya pada hipertensi yang tidak terkontrol. Stroke iskemik terjadi ketika suplai darah ke jaringan otak tidak mencukupi, sehingga menyebabkan kekurangan oksigen (*hipoksia*) dan glukosa (*hipoglikemia*). Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu lama, sel-sel otak akan mengalami kematian dan membentuk area infark pada jaringan otak (Muthmainnah, 2024).

3. Tanda Dan Gejala Stroke

Gejala dan tanda lainnya bisa dijumpai pada individu yang mengalami penyakit stroke. Stroke mengakibatkan individu mengalami keterbatasan dalam hidupnya, gangguan fisik tersebut adalah :

- a. Pendengaran yang kurang baik.
- b. Terjadi defisit neurologis berupa kelumpuhan fokal, yang biasanya memengaruhi salah satu sisi tubuh, baik kanan maupun kiri.
- c. Gangguan kesadaran yang dapat muncul meliputi kehilangan kesadaran sementara, pingsan, hingga koma.
- d. Fungsi menelan pada penderita stroke mengalami penurunan.
- e. Asimetri wajah, ditandai dengan mulut dan lidah yang mencong saat diluruskan, dapat menyebabkan kesulitan berbicara atau mengungkapkan kata-kata dengan benar. Hal ini sering menimbulkan gangguan artikulasi, seperti bicara pelo, rero, sengau, atau kata-kata yang sulit dipahami.

- f. Gangguan koordinasi motorik, ditandai oleh gerakan yang tidak terkontrol, kehilangan keseimbangan, sempoyongan, atau hilangnya koordinasi pada salah satu sisi tubuh.
- g. Salah satu gejala yang muncul adalah parestesia, berupa mati rasa atau kesemutan pada salah satu sisi tubuh.
- h. Mengalami kekakuan ataupun kesulitan ketika melakukan aktivitas untuk berjalan.
- i. Stroke dapat menyebabkan keterbatasan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari (*activities of daily living*) (Tunik, Anam & Niningasih, 2023).

4. Penanganan Stroke

Penatalaksanaan Stroke dibagi menjadi tiga tahapan :

a. *Prehospital*

Golden period atau jendela emas merupakan waktu yang sangat krusial pada fase awal serangan stroke, di mana pasien harus segera mendapatkan pertolongan medis di rumah sakit terdekat. *Golden period* pada pasien stroke berkisar antara 3 hingga 6 jam, yang bertujuan untuk menurunkan risiko komplikasi serius dan memperbaiki luaran klinis pasien (Hudak et al., 2012). Penatalaksanaan prarumah sakit pada pasien yang dicurigai mengalami stroke dikenal dengan istilah *Stroke Chain of Survival* atau konsep “7 D”, yaitu:

- 1) *Detection* (Pengenalan): Mengidentifikasi onset dan munculnya gejala stroke secara cepat
- 2) *Dispatch* (Pengiriman) : Memanggil ambulans atau mengaktifkan sistem kegawatdaruratan sesegera mungkin.
- 3) *Delivery* (Perjalanan) : Memberikan intervensi medis oleh petugas selama pasien dalam perjalanan ke rumah sakit.
- 4) *Door* (Tiba di rumah sakit) : Penerimaan pasien di Unit Gawat Darurat (UGD) untuk penanganan awal.
- 5) *Data* (Pengumpulan data) : Melakukan evaluasi secara berkala, pemeriksaan laboratorium, serta pencitraan medis untuk menegakkan diagnosis.
- 6) *Decision* (Keputusan) : Menetapkan diagnosis dan menentukan terapi yang tepat berdasarkan hasil evaluasi.

- 7) *Drug* (Pemberian obat) : Memberikan pengobatan secara akurat dan tepat waktu sesuai indikasi medis (Hudak et al., 2012).

b. *Intra Hospital*

Tahap *Intra hospital* pada dasarnya mempunyai 4 tujuan utama yaitu perbaikan aliran darah *cerebral* (reperfusi), pencegahan trombosis berulang, perlindungan syaraf, dan perawatan suportif. Pada penatalaksanaan yang harus diobservasi secara *intensive* tahap *hospital* adalah oksigenasi, kadar glukosa dan aliran darah adekuat. Reperfusi dapat dilakukan dengan *activator plasminogen* jaringan Intra vena (IV). Jika ada indikasi pemberian trombolitik seperti rt-PA (*Recombinant Tissue Plasminogen Activator*) di IGD rumah sakit harus dilakukan observasi dan pemantauan (Hudak et al., 2012).

c. *Pasca Hospital*

Pada tahap ini, diperlukan tindakan pencegahan, rehabilitasi, dan pendidikan kesehatan untuk mendukung pemulihan pasien stroke (AHA, 2014).

1) Pencegahan.

Stroke dapat dicegah dengan melakukan modifikasi terhadap faktor risiko yang dimiliki pasien, seperti hipertensi, diabetes, obesitas, dan kebiasaan merokok (Hudak et al., 2012).

2) Rehabilitas.

Lingkungan sekitar pasien memiliki peran penting dalam proses penyembuhan, termasuk pengaturan hidrasi, suhu tubuh, dan kadar glukosa darah. Tatalaksana tambahan disesuaikan dengan keluhan pasien, seperti kesulitan menelan dan pencegahan trombosis vena. Fisioterapi yang berkesinambungan dapat mendukung kemandirian aktivitas pasien. Peran perawat meliputi pencegahan komplikasi yang timbul akibat stroke, sehingga intervensi yang efektif dapat menurunkan angka kematian dan mengurangi morbiditas pada pasien stroke (Hudak et al., 2012).

3) Pendidikan kesehatan.

Intervensi pendidikan kesehatan pada masyarakat sangat penting dan terbukti efektif, terutama pada pasien stroke iskemik yang menjalani terapi fibrinolitik. Pemberian layanan kesehatan di rumah sakit dan penyediaan informasi kepada masyarakat bertujuan mengembangkan sistem perawatan stroke yang efektif.

Tujuan utama perawatan stroke adalah meminimalkan kerusakan otak dan memaksimalkan kesembuhan pasien (Irofah, Wulandari, Nugroho, & Martyastuti, 2023).

5. Edukasi Keluarga Dalam Pencegahan Risiko Stroke

Edukasi dalam pencegahan risiko stroke merupakan proses pemberian informasi, peningkatan pengetahuan, dan pembentukan perilaku sehat pada individu, khususnya pada kelompok dewasa muda, dengan tujuan menurunkan faktor risiko stroke. Edukasi ini menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan mengenai faktor risiko stroke, perubahan perilaku menuju gaya hidup sehat, seperti penerapan pola makan seimbang, aktivitas fisik teratur, dan penghentian kebiasaan merokok, serta pengembangan keterampilan praktis, termasuk pemantauan tekanan darah dan manajemen stres. Proses edukasi dilakukan secara partisipatif, disesuaikan dengan kebutuhan serta tingkat pemahaman sasaran, dan disampaikan melalui metode yang mudah diakses dan dipahami, sehingga berpotensi memberikan dampak jangka panjang dalam pencegahan stroke sejak dini (Simanullang, Aridamayanti, Rustandi, Rumbo, & Yaman, 2025).

6. Kriteria Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, S., 2014). Cara mengukur pengetahuan dengan memberikan pertanyaan maupun pernyataan, kemudian dilakukan penilaian satu untuk jawaban benar dan nilai nol untuk jawaban salah. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dibagi dengan total soal dan dikalikan 100%. Hasilnya presentase kemudian digolongkan menjadi tiga kategori. Untuk mengklasifikasikannya, kita dapat menggunakan skor yang telah dikonversi ke persen seperti berikut (Arikunto dalam Hutagalung Perak M.A dan Manik Herlina E.Y., 2024):

- a. Pengetahuan Baik : 76%-100%
- b. Pengetahuan Cukup : 56%-75%
- c. Pengetahuan Kurang : <56%

7. Klasifikasi stroke

Secara klinis, stroke dibagi menjadi dua tipe utama, yaitu stroke nonhemoragik (iskemik) dan stroke hemoragik. Stroke nonhemoragik atau iskemik terjadi ketika jaringan otak mengalami kematian akibat suplai darah yang tidak mencukupi. Secara klinis, stroke iskemik ditandai dengan munculnya defisit neurologis fokal secara mendadak, berlangsung lebih dari 24 jam, dan tidak disertai perdarahan (Hudak et al., 2012). Stroke non hemoragik dapat diklasifikasikan berdasarkan manifestasi klinis dan penyebabnya. Berdasarkan manifestasi klinis, stroke nonhemoragik terdiri atas:

a. Stroke Trombotik.

Terjadi akibat penyempitan pembuluh darah yang mengalirkan darah dari jantung ke otak, umumnya disebabkan oleh aterosklerosis yang berhubungan dengan kadar kolesterol tinggi dan tekanan Darah yang tidak terkontrol.

b. Stroke Embolik (Non-Trombotik)

Disebabkan oleh embolus berupa fragmen kolesterol, gumpalan trombosit, atau fibrin yang menyumbat pembuluh darah kecil sebagai cabang arteri utama menuju otak. Akibat penyumbatan ini, jaringan otak yang tidak menerima aliran darah akan mengalami kerusakan dan kehilangan fungsi. Kedua, stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan nontraumatik di dalam jaringan otak. Menurut *World Health Organization International Classification of Disease* (WHO–ICD), stroke hemoragik dapat dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu:

- 1) Perdarahan Intracerebral (PIS), Merupakan perdarahan primer yang berasal dari pembuluh darah di parenkim otak tanpa disebabkan oleh trauma. Kondisi ini paling sering dipicu oleh hipertensi kronis, yang dapat menyebabkan terbentuknya aneurisma mikro pada dinding arteri sehingga meningkatkan risiko pecah atau robeknya pembuluh darah.
- 2) Perdarahan Subaraknoid (PSA), Terjadi secara akut ketika darah masuk ke ruang subaraknoid. Penyebab utama PSA adalah adanya aneurisma intrakranial, yang dapat menimbulkan perdarahan mendadak dan berpotensi mengancam jiwa (Bustan, 1997., Harsono, 2003., Perdossi, 1996., Lumbantobing, 2001., Shimberg, 1998 dalam Hutagalung, 2021).

C. Konsep Dasar Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi termasuk salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular dan menjadi penyebab utama tingginya angka morbiditas serta mortalitas di seluruh dunia. Selain itu, hipertensi termasuk dalam tiga faktor risiko utama yang berkontribusi terhadap beban penyakit dunia, dengan menyumbang sekitar 7% dari *disability-adjusted life years* (DALYs) secara global (Sewunet Ademe, Aga, & Gela, 2019). Hipertensi sering disebut sebagai *silent killer* karena banyak penderitanya tidak menyadari adanya kondisi ini akibat tidak munculnya gejala atau tanda yang khas.

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah melebihi batas normal, yang berkontribusi terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian. Secara klinis, hipertensi ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg (Black & Hawks, 2014). Jika berlangsung dalam jangka panjang, hipertensi dapat merusak berbagai organ target, termasuk otak, ginjal, retina, dan jantung, serta berisiko menimbulkan komplikasi seperti pembesaran ventrikel kiri, gagal jantung kronik, hingga gangguan penglihatan atau kebutaan (Sarfika & Saifudin, 2024).

2. Penyebab Hipertensi

Berdasarkan etiologinya, hipertensi dibedakan menjadi dua jenis, yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Sebagian besar kasus hipertensi, yaitu sekitar 90–95%, termasuk dalam hipertensi esensial, di mana peningkatan tekanan darah tidak disebabkan oleh penyakit tertentu, melainkan dipengaruhi oleh faktor genetik, lingkungan, dan gaya hidup. Sementara itu, sekitar 5–10% kasus hipertensi tergolong sebagai hipertensi sekunder, yang terjadi akibat adanya penyakit penyerta, seperti gangguan ginjal, jantung dan pembuluh darah, maupun sistem endokrin.

Lebih lanjut (Brown 1996 dalam Sur 2017) menyatakan bahwa faktor genetik berperan cukup besar terhadap kerentanan seseorang terhadap hipertensi, dengan kontribusi sekitar 30–70%. Kondisi ini berkaitan dengan peningkatan jumlah gen angiotensinogen (AGT) pada individu yang memiliki riwayat hipertensi (Rasdiyanah, 2022).

3. Patofisiologi Hipertensi

Konstriksi dan relaksasi pembuluh darah dikendalikan oleh pusat vasomotor yang terletak di medula oblongata. Pusat ini mengirimkan impuls melalui sistem saraf simpatik menuju ganglia simpatik, di mana serabut preganglionik melepaskan asetilkolin dan norepinefrin yang menimbulkan vasokonstriksi. Selain itu, rangsangan emosional dan sekresi hormon dari kelenjar adrenal, seperti epinefrin, kortisol, dan steroid, turut memperkuat proses vasokonstriksi. Vasokonstriksi ini mengurangi aliran darah ke ginjal sehingga merangsang pelepasan renin. Renin kemudian mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, yang memiliki efek vasokonstriktor kuat dan merangsang sekresi aldosteron oleh kelenjar adrenal. Aldosteron meningkatkan retensi natrium dan air di tubulus ginjal, yang akhirnya meningkatkan volume darah dan berperan dalam terjadinya hipertensi (Ratnawati & Aswad, 2019 dalam Istiqomah et al., 2025).

4. Tanda dan Gejala Hipertensi

Pasien dengan peningkatan tekanan darah dapat menunjukkan berbagai tanda dan gejala klinis, antara lain sakit kepala, vertigo, gangguan irama jantung atau palpitasi, tinnitus (telinga berdengung), gangguan penglihatan, kelelahan, gangguan tidur, perasaan cemas, penurunan sensasi atau kesemutan pada ekstremitas, mual, muntah, kebingungan, nyeri dada, serta tremor otot. Meskipun pengukuran tekanan darah dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien atau keluarga, konfirmasi oleh tenaga kesehatan tetap diperlukan untuk memastikan diagnosis serta menilai tingkat risiko dan kondisi hipertensi secara tepat. Deteksi hipertensi hanya dapat dilakukan secara akurat melalui pengukuran tekanan darah.

a. Sakit Kepala (*Headache*)

Sakit kepala merupakan salah satu gejala yang umum dialami oleh pasien hipertensi dan dapat menunjukkan kondisi yang serius. Nyeri kepala biasanya bersifat berdenyut (*throbbing*) dan dapat disertai gangguan penglihatan, kesulitan bernapas, serta nyeri dada. Keluhan ini timbul akibat meningkatnya tekanan arteri pada pembuluh darah otak atau karena kondisi medis tertentu yang menjadi penyebab hipertensi sekunder.

b. Nyeri Dada dan Palpitasi

Nyeri dada pada pasien hipertensi berkaitan dengan perubahan frekuensi dan irama denyut jantung akibat peningkatan tekanan arteri. Palpitasi ditandai dengan sensasi jantung berdebar yang tidak teratur, yang muncul ketika denyut jantung terlalu cepat, tidak berirama, atau berhenti sejenak sebelum kembali berdetak.

c. Gelisah atau Kecemasan

Respons gelisah atau kecemasan sering muncul pada pasien hipertensi. Kecemasan dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah secara sementara, dan sebaliknya, tekanan darah yang meningkat juga dapat memperburuk tingkat kecemasan pasien, sehingga keduanya saling memengaruhi.

d. Mudah Lelah (*Fatigue*)

Kelelahan pada pasien hipertensi berkaitan dengan perubahan fisik maupun psikologis. Kelelahan ini berbeda dari kelelahan fisiologis biasa karena bersifat menetap, berkelanjutan, dan tidak sepenuhnya hilang meskipun pasien sudah beristirahat (Mulyadi, Putri, & Yuniarti, 2023).

5. Penanganan Hipertensi

Penatalaksanaan hipertensi secara komprehensif terbukti berperan penting dalam menurunkan kejadian penyakit kardiovaskular. Pasien hipertensi Biasanya, kondisi ini memerlukan terapi jangka panjang, bahkan dapat berlangsung seumur hidup, baik dengan penggunaan obat tunggal maupun kombinasi antihipertensi. Selain terapi farmakologis, pengelolaan hipertensi juga harus disertai dengan modifikasi gaya hidup serta penerapan pendekatan terapi holistik. Kombinasi penatalaksanaan tersebut bertujuan untuk mengatur tekanan darah secara optimal dan mengurangi risiko terjadinya komplikasi kardiovaskular pada pasien hipertensi.

a. Terapi Farmakologi Hipertensi

Strategi terapi hipertensi melalui penggunaan obat antihipertensi dapat dimulai sejak tahap pemilihan terapi awal, termasuk pertimbangan penggunaan kombinasi obat antihipertensi. Pengkajian awal memiliki peran yang sangat penting, yang meliputi identifikasi faktor risiko hipertensi, adanya penyakit penyerta (komorbid), serta kemungkinan terjadinya kerusakan organ target.

Hasil pengkajian tersebut menjadi dasar dalam menentukan pilihan obat antihipertensi yang tepat dan efektif bagi pasien.

b. Kombinasi Terapi Hipertensi dengan Holistik Terapi

1) *Swedish Massage*

Terapi holistik merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang memandang individu secara menyeluruh, mencakup aspek fisik, psikologis, dan spiritual. Salah satu bentuk terapi holistik yang banyak dikenal adalah Swedish massage, yaitu teknik pijat yang tidak hanya bertujuan untuk relaksasi tubuh, tetapi juga berperan dalam meningkatkan keseimbangan mental dan kenyamanan psikologis. Oleh karena itu, Swedish massage sering digunakan sebagai bagian dari intervensi holistik yang mengintegrasikan kesehatan fisik dan mental (Marni et al., 2023).