

SKRIPSI

PENGARUH KUNJUNGAN RUMAH TERHADAP TEKANAN DARAH PADA LANSIA YANG MENGALAMI HIPERTENSI PRIMER DI DUKUH SOKO DESA BUNGUR KECAMATAN KANOR KABUPATEN BOJONEGORO

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

MOKHAMAD KHARIS SHODIQ

NIM. 130915194

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2011

1951

RESEARCH REPORT
ON THE
EFFECTS OF
CIVIL SERVICE
REFORMS

1951

Prepared for the
Department of
Public Administration
by
The Institute for
Public Administration



1951

UNIVERSITAS INDONESIA

1951

PROGRAM STUDI SI ILMU KEBERAWATAN
FAKULTAS KEBERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

SURABAYA

1951

LEMBAR PERNYATAAN

**Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah
dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang
pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.**

Surabaya, 24 Pebruari 2011

Yang menyatakan



**MOKHAMAD KHARIS SHODIQ
NIM: 130915194**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

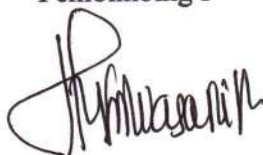
SKRIPSI DENGAN JUDUL

**“PENGARUH KUNJUNGAN RUMAH TERHADAP TEKANAN DARAH
PADA LANSIA YANG MENGALAMI HIPERTENSI PRIMER
DI DUKUH SOKO DESA BUNGUR KECAMATAN KANOR
KABUPATEN BOJONEGORO”**

**OLEH MAHASISWA:
MOKHAMAD KHARIS SHODIQ
NIM: 130915194**

**TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 24 Pebruari 2011**

Oleh:
Pembimbing I



Rizky Fitriyasari PK., S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 198002222006042001

Pembimbing II



Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 139060786

Mengetahui,
a.n Dekan
Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

MEMBERSHIP

The membership of the Society for 1970-1971 was 1,234. This represents an increase of 10% over the membership for 1969-1970. The total number of members for the year was 1,234.

The following table shows the membership figures for the year:

Category	Number
Total	1,234
Male	789
Female	445

The following table shows the membership figures for the year:

Category	Number
Total	1,234
Male	789
Female	445

1

2

The following table shows the membership figures for the year:

Category	Number
Total	1,234
Male	789
Female	445

3

The following table shows the membership figures for the year:

Category	Number
Total	1,234
Male	789
Female	445

4

5

The following table shows the membership figures for the year:

Category	Number
Total	1,234
Male	789
Female	445

LEMBAR PENETAPAN PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**“PENGARUH KUNJUNGAN RUMAH TERHADAP TEKANAN DARAH
PADA LANSIA YANG MENGALAMI HIPERTENSI PRIMER
DI DUKUH SOKO DESA BUNGUR KECAMATAN KANOR
KABUPATEN BOJONEGORO”**


OLEH MAHASISWA:

**MOKHAMAD KHARIS SHODIQ
NIM: 130915194**

**Telah diuji
Pada tanggal, 28 Pebruari 2011**

PANITIA PENGUJI

**Ketua : Penguji
Retno Indarwati, S. Kep., Ns., M.Kep
NIP: 197803162008122002**


(.....)

**Anggota : 1. Pembimbing I
Rizky Fitriyasari PK., S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 198002222006042001**


(.....)

**2. Pembimbing
Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 139060786**


(.....)

**Mengetahui,
a.n Dekan
Plt. Wakil Dekan I**



**Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002**

The Board of Directors has the honor to acknowledge the cooperation and assistance of the various departments of the University of California in the preparation of this report. The Board also wishes to express its appreciation to the many individuals who have contributed to the success of the University during the past year.

STATEMENT OF FINANCIAL POSITION

As of June 30, 1951

Assets

Current Assets	\$ 1,000,000
Fixed Assets	2,000,000
Total Assets	\$ 3,000,000

Liabilities and Equity

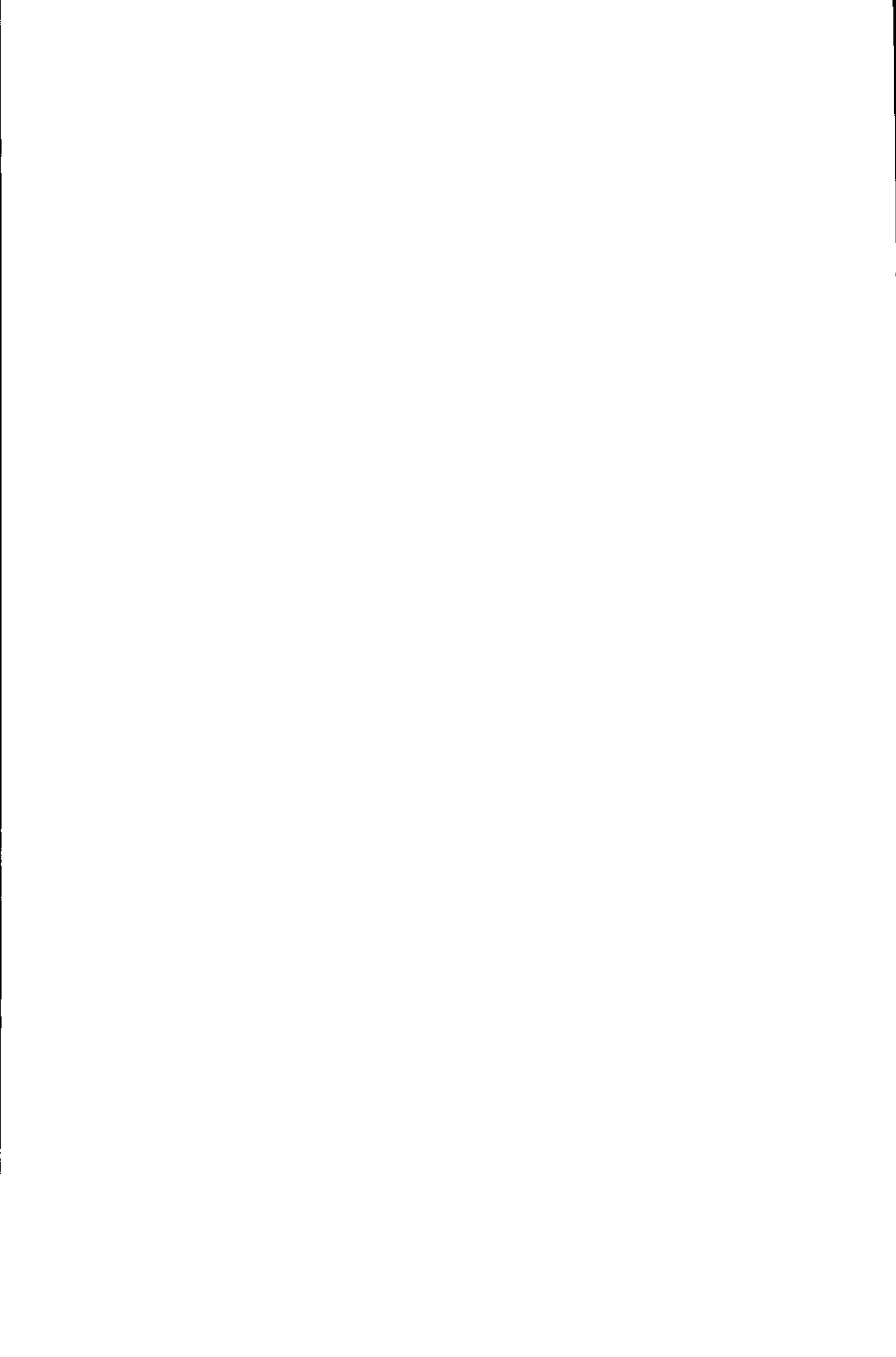
Liabilities	\$ 1,000,000
Equity	2,000,000
Total Liabilities and Equity	\$ 3,000,000

The above statement is based on the financial records of the University of California for the year ended June 30, 1951.

MOTTO

Demi masa. Sesungguhnya manusia itu benar-benar berada dalam kerugian, kecuali orang-orang yang beriman dan mengerjakan amal saleh dan nasihat menasihati supaya menaati kebenaran dan nasihat menasihati supaya menetapi kesabaran.

(Qs. Al-'Ashr: ayat 1-3)

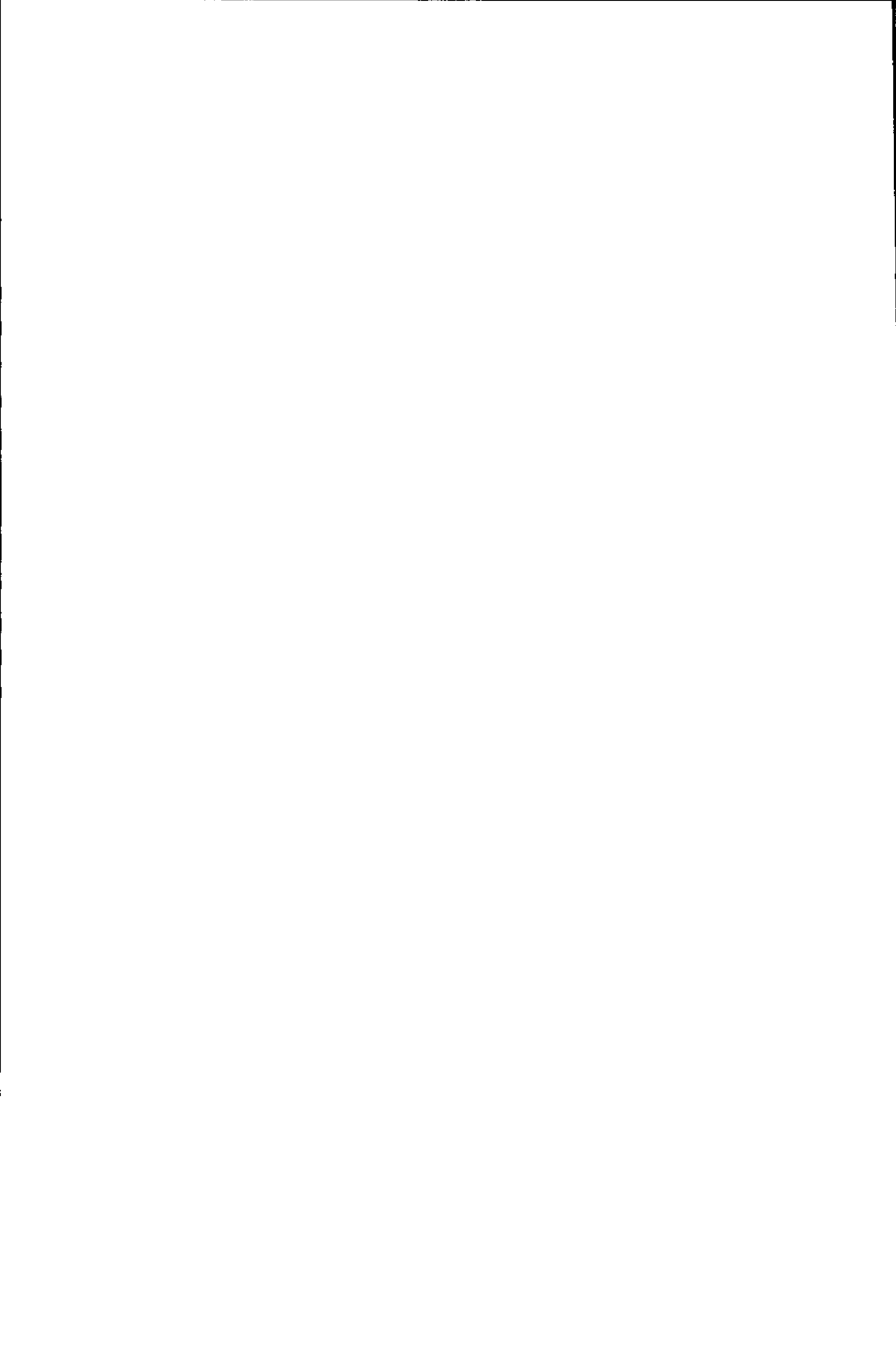


UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah membeikan rahmat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH KUNJUNGAN RUMAH TERHADAP TEKANAN DARAH PADA LANSIA YANG MENGALAMI HIPERTENSI PRIMER DI DUKUH SOKO DESA BUNGUR KECAMATAN KANOR KABUPATEN BOJONEGORO”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penyusunan Skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Rizki Fitriyasaki P. K., S. Kep., Ns., M. Kep, selaku pembimbing I yang telah memberikan motivasi dan bimbingannya untuk meyelesaikan skripsi ini.
3. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk bimbingan, motivasi dan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
4. Kepala Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro yang telah memberikan ijin untuk penelitian.
5. Bidan Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro yang telah membantu memberikan data dan informasi dalam penyusunan skripsi ini.



6. Seluruh responden dan keluarga pada penelitian di Dusun Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro. Terima kasih atas partisipasi dan kerjasamanya selama ini.
7. Ayah dan Ibu serta keluarga tercinta, yang telah memberikan dukungan, semangat, kasih sayang, cinta dan doa sehingga terselesainya skripsi ini.
8. Teman-teman seperjuangan B12 di FKp UNAIR yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam penyelesaian skripsi.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 24 Pebruari 2011

Mokhamad Kharis Shodiq

ABSTRACT

EFFECT OF HOME VISIT TO BLOOD PRESSURE OF ELDERLY PEOPLE WITH PRIMER HYPERTENTION AT DUKUH SOKO VILAGE, BOJONEGORO DISTRICT

By: Mokhamad Kharis Shodiq

Body's ability to adapt with the stress in elderly people is usually decreased and affects their health state such as hypertension, cardiac disorder and metabolic disorder (diabetes mellitus). In order to prevent hypertension, a nurse can do some effort by doing home visit. In which they have chances to help elderly people with hypertension through a health education. This study was aimed to find out the effects of home visit to blood pressure in elderly people with primer hypertension.

This study was a quasi experiment using pre-post test design. Samples were 20 elderly people taken from the population of elderly people with primer hypertension at Dukuh Soko, according to inclusion criteria. Samples were separated into two group, treating group and control group. Independent variable was home visit, and dependent variable was blood pressure. Data was collected using questionnaire and observation sheet then analyzed using *Wilcoxon signed rank test* and *Mann Whitney U Test*.

Results showed that according to *Wilcoxon signed rank test* in treating group, there was a significant differences of hypertension stadium on *pre-test* and *post-test* with $p = 0.025$. *Mann Whitney U Test* showed that there was a significant difference of hypertension stadium in treating group and control group. It means that there was an effect of home visit to blood pressure of elderly people with primer hypertension.

It can be concluded that home visit affect the blood pressure of elderly people with primer hypertension. It was suggested that nurse should do a home visit and give health education about how to manage a normal blood pressure. Further research should study about physical activity that has an effect to control hypertension.

Keyword: *hypertension, home visit, blood pressure, elderly*

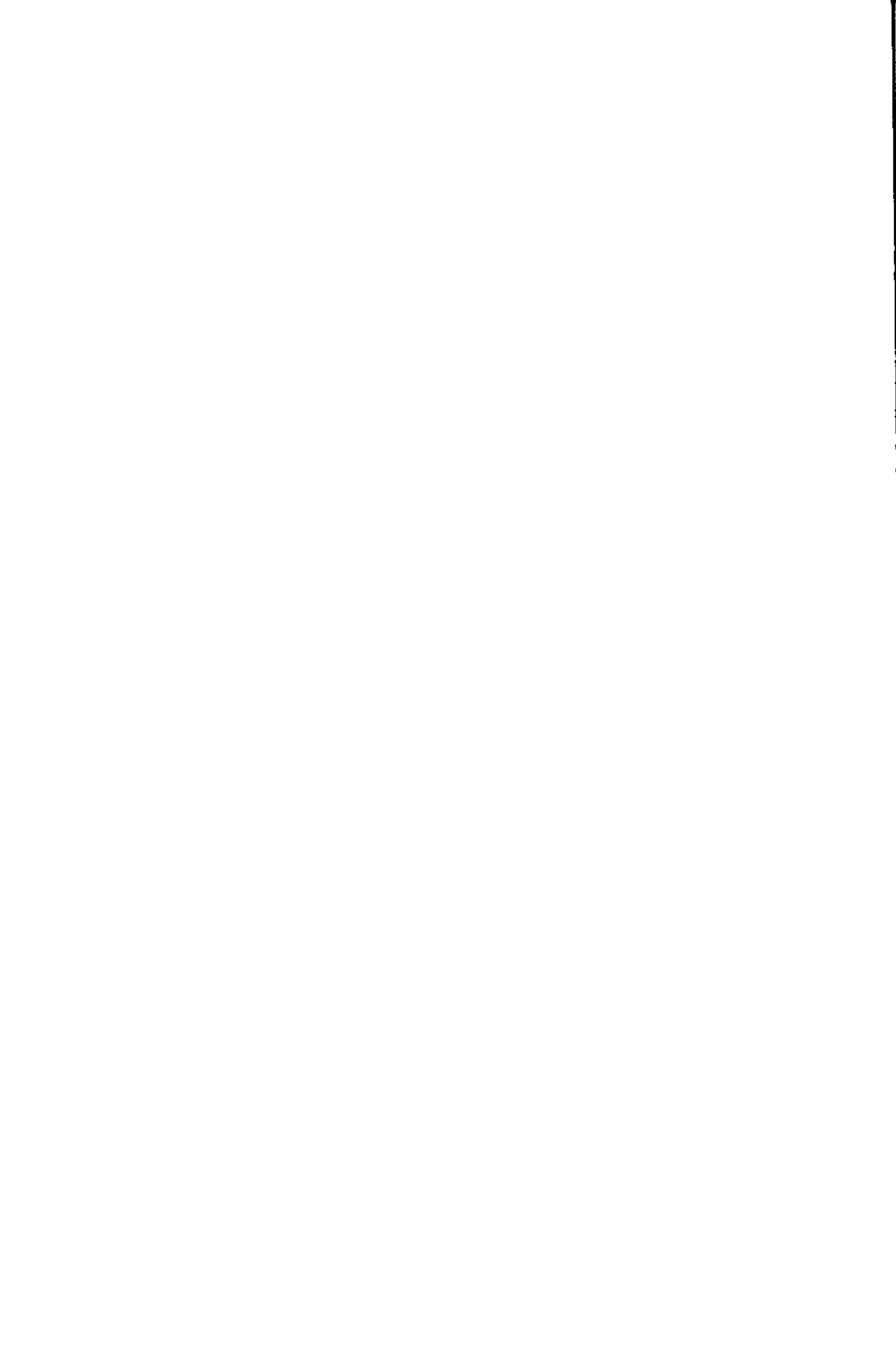


DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Toeritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep kunjungan rumah.....	7
2.1.1 Pengertian kunjungan rumah.....	7
2.1.2 Tujuan kunjungan rumah.....	8
2.1.3 Permasalahan dan pencapaian pada kunjungan rumah....	9
2.1.4 Fase kunjungan rumah.....	9
2.1.5 Dokumentasi kunjungan rumah.....	11
2.1.6 Keuntungan dan kerugian kunjungan rumah.....	11
2.1.7 Indikasi keberhasilan dalam kunjungan rumah.....	12
2.2 Konsep Dasar Lansia.....	13
2.2.1 Pengertian lansia.....	13
2.2.2 Klasifikasi lansia.....	13
2.2.3 Teori-teori proses lansia.....	14
2.2.4 Tugas perkembangan lansia.....	16
2.2.5 Perubahan yang terjadi pada tubuh lansia.....	16
2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi lansia.....	20
2.2.7 Masalah-masalah yang dapat muncul pada lansia.....	21
2.2.8 Kunci menuju lansia bahagia, berguna dan berkualitas ...	22
2.3 Konsep Sirkulasi.....	24
2.3.1 Definisi tekanan darah.....	24
2.3.2 Curah jantung.....	25
2.3.3 Tahanan perifer.....	26
2.3.4 Pengaturan saraf terhadap tekanan darah.....	26
2.3.5 Pengaruh ginjal terhadap tekanan darah.....	26
2.3.6 Pengukuran tekanan darah.....	27

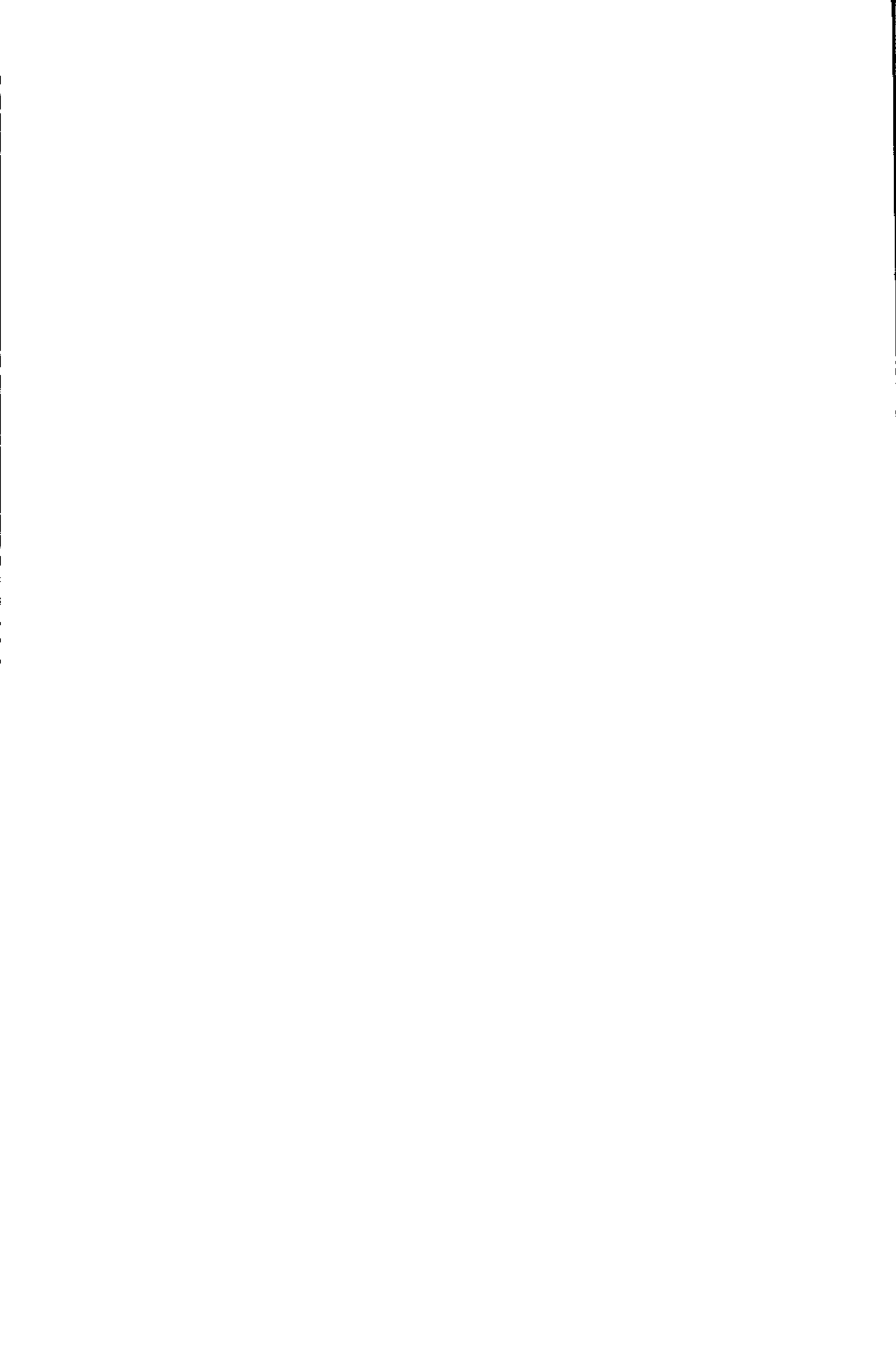


2.3.7	Faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan darah	27
2.4	Konsep Hipertensi	30
2.4.1	Pengertian hipertensi	30
2.4.2	Gejala hipertensi	31
2.4.3	Penyebab hipertensi.....	32
2.4.4	Patogenesis hipertensi	35
2.4.5	Penanganan hipertensi	36
2.4.5	Evaluasi hipertensi	47
2.5	Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Tekanan Darah	49
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual.....	51
3.2	Hipotesis Penelitian	54
BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian	55
4.2	Kerangka Kerja.....	57
4.3	Desain Sampling.....	58
4.3.1	Populasi	58
4.3.2	Sampel	58
4.3.3	Sampling.....	59
4.4	Identifikasi Variabel	59
4.4.1	Variabel Independen	59
4.4.2	Variabel Dependen.....	60
4.5	Definisi Operasional	60
4.6	Pengumpulan Data.....	61
4.6.1	Instumen penelitian	61
4.6.2	Lokasi dan Waktu	62
4.6.3	Prosedur Pengambilan Data.....	62
4.7	Analisa Data	63
4.7	Etika Penelitian.....	65
4.8	Keterbatasan	66
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil Penelitian.....	66
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	66
5.1.2	Data Umum.....	68
5.1.3	Data Khusus.....	71
5.2	Pembahasan	73
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan.....	78
6.2	Saran	79
	DAFTAR PUSTAKA.....	80



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 : Tabel klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa.....	31
Tabel 4.1 : Desain Penelitian.....	55
Tabel 4.2 : Definisi Operasional	60
Tabel 5.1 : Distribusi Tekanan Darah dan Uji Statistik	72



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual	51
Gambar 4.2 : Kerangka Kerja	57
Gambar 5.1 : Jenis Kelamin	68
Gambar 5.2 : Tingkat Pendidikan.....	68
Gambar 5.3 : Pekerjaan.....	69
Gambar 5.4 : Suka mengkonsumsi makanan asin.....	69
Gambar 5.5 : Riwayat keluarga.....	70
Gambar 5.6 : Dukungan keluarga.....	70
Gambar 5.7 : Tekanan Darah Sebelum Kunjungan Rumah.....	71
Gambar 5.8 : Tekanan Darah Sesudah Kunjungan Rumah	71



DAFTAR LAMPIRAN

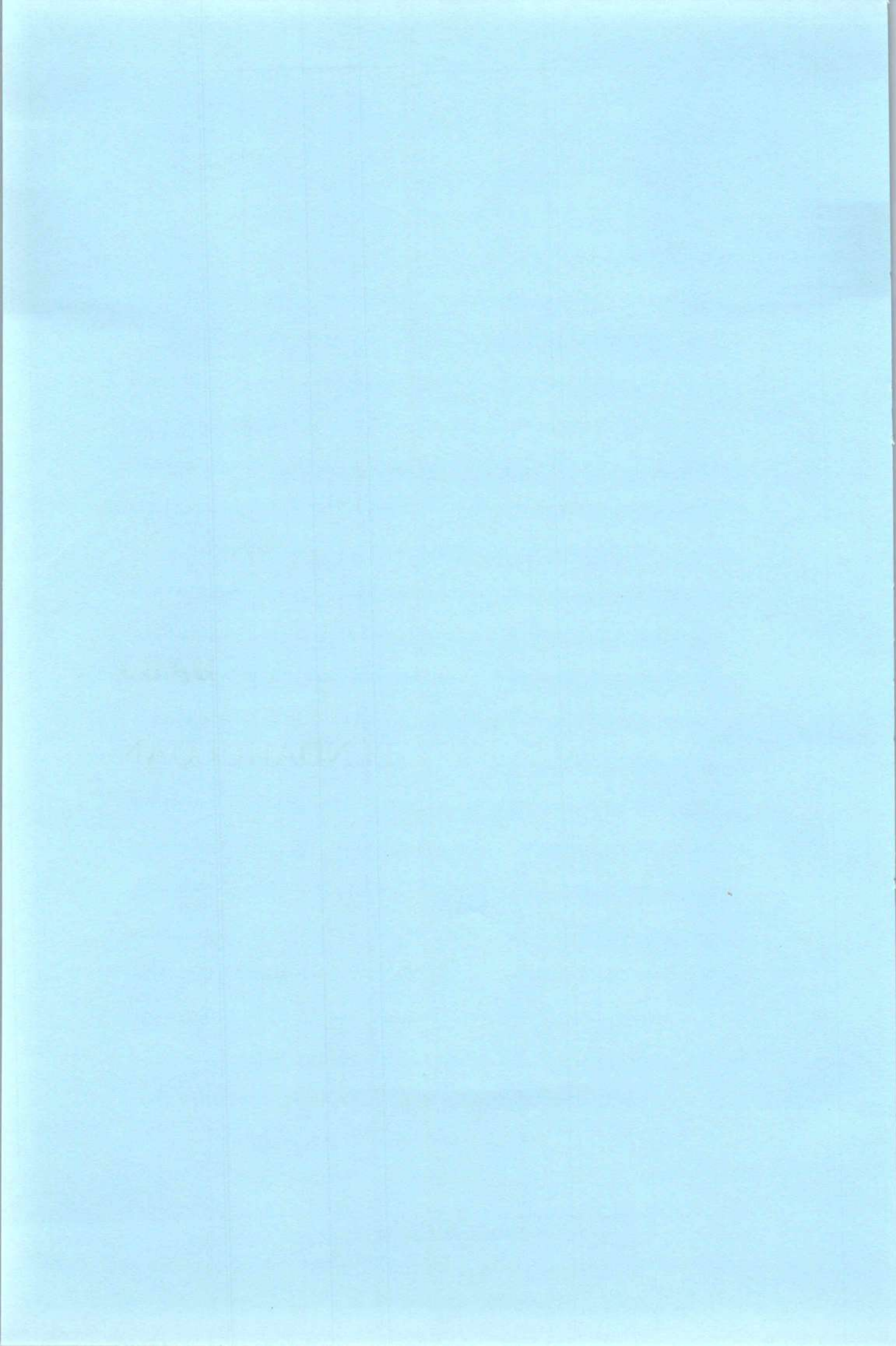
	Halaman
Lampiran 1 Lembar Permohonan menjadi responden	84
Lampiran 2 Lembar Persetujuan menjadi responden penelitian.....	85
Lampiran 3 Lembar data demografi	86
Lampiran 4 Tabel pemeriksaan tekanan darah	87
Lampiran 5 Satuan acara pembelajaran kunjungan rumah	88
Lampiran 6 Materi pembelajaran kunjungan rumah	89
Lampiran 7 <i>Leaflet</i>	102



BAB I

PENDAHULUAN





BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

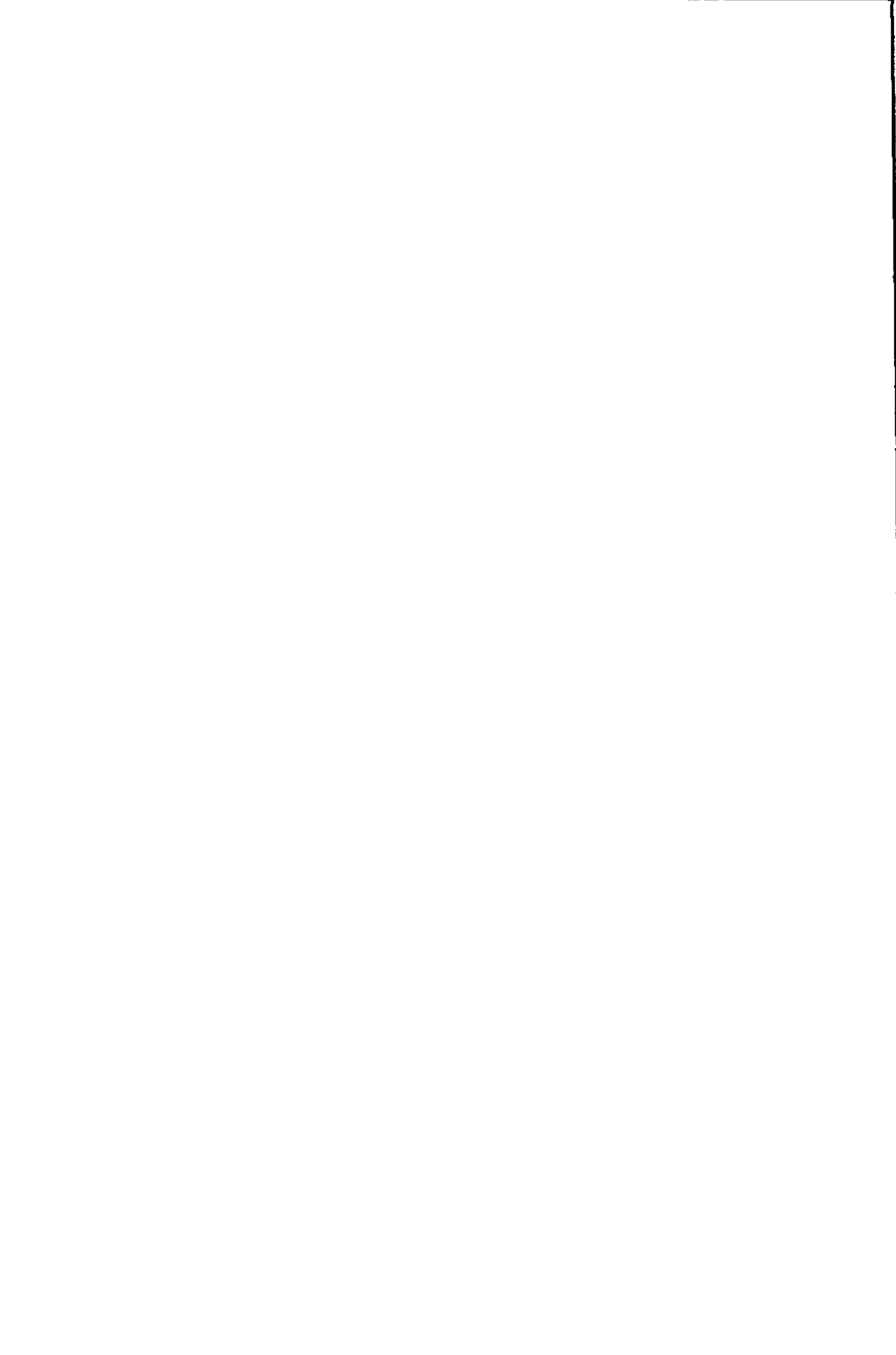
Lansia bukan suatu penyakit, melainkan suatu tahap lanjut dari proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Pudjiastuti, 2003). Hal ini bisa dikatakan dengan istilah proses penuaan, seiring dengan proses menua tersebut, tubuh akan mengalami berbagai masalah kesehatan atau yang biasa disebut sebagai penyakit degeneratif (Maryam, 2008). Dimana penyakit degeneratif tersebut ditandai dengan adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial. Penurunan pada tiga hal tersebut ini dapat berpengaruh pada perubahan status kesehatan lansia misalnya: hipertensi, gangguan jantung, gangguan metabolisme (DM), dan penyakit lainnya. Insiden hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Pada pengukuran tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih tinggi pada orang yang berusia diatas 50 tahun dipastikan hipertensi (Stockslager, 2008). Di Indonesia hampir 90% - 95% penderita hipertensi masuk ke dalam kategori hipertensi primer. Hipertensi ini tidak diketahui penyebabnya, akan tetapi menurut dr. Sari S.M., Sp.PJ dalam seminar tentang pengendalian hipertensi Dinas Kesehatan Jakarta mengatakan bahwa hipertensi primer amat dipengaruhi oleh faktor makanan yang banyak dibubuhi dengan garam. Hal inilah yang menjadi salah satu penyebab lansia yang berumur 60-70 tahun di Dusun Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro mengalami hipertensi. Ini sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) kesehatan 2010 - 2014 dan dituangkan dalam



Keputusan Presiden (Kepres) No. 5 tahun 2010 menargetkan Umur Harapan Hidup (UHH) manusia Indonesia menjadi 72 tahun (Ozie, 2010). Sedangkan usia harapan hidup lansia di Jatim meningkat menjadi 70 tahun dari sebelumnya 60 tahun (Supriadi, 2010 dikutip Putra, 2010). Dari hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan, bahwa lansia yang mengalami hipertensi ini bukan penyebab komplikasi suatu penyakit (Data Posyandu lansia, 2010).

Sekitar 90% kasus hipertensi tidak diketahui penyebabnya (hipertensi esensial). Awitan hipertensi esensial biasanya terjadi antara usia 20 dan 50 tahun (Elokdyah, 2007). Di Dusun Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro sendiri terdapat 144 orang lansia. Dari data studi pendahuluan di Dusun Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro didapatkan dari 144 orang lansia 20 diantaranya mengalami masalah hipertensi primer. Di dapatkan pula angka kunjungan lansia pada bulan September 2010 fasilitas kesehatan baik puskesmas maupun kepolindes di Dusun Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro yaitu hanya 43 orang dari 144 lansia. Sedangkan dari 43 orang tersebut hanya 6 orang yang tergolong rutin mengunjungi fasilitas kesehatan untuk melakukan kontrol. Sebagian besar lansia berkunjung ke fasilitas kesehatan pada saat sakit saja, dan lansia tidak berkunjung ke fasilitas kesehatan dikarenakan jarak yang jauh.

Penyebab hipertensi primer belum diketahui secara pasti. Hipertensi primer juga disebut hipertensi esensial atau idiopatik dan merupakan 95 % dari kasus-kasus hipertensi. Selama 75 tahun terakhir telah banyak penelitian untuk mencari etiologinya (Gray, 2003). Yogiantoro (2006) mengemukakan beberapa faktor yang diduga sebagai faktor resiko hipertensi antarlain adalah: merokok,



obesitas, kurangnya aktivitas fisik, dislipidemia, diabetes melitus, mikroalbuminuria atau perhitungan LFG <60 ml/menit, umur (laki-laki >55 tahun, perempuan 65 tahun), riwayat keluarga dengan penyakit jantung kardiovaskuler prematur (laki-laki <55 tahun, perempuan < 65 tahun). Sedangkan menurut Arif (2001) hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya, disebut juga hipertensi idiopatik. Terdapat sekitar 95 % kasus. Banyak faktor yang mempengaruhinya seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas susunan saraf simpatis, sistem renin-angiotensin, defek dalam ekskresi Na, peningkatan Na & Ca interselular, dan faktor-faktor yang meningkatkan risiko, seperti obesitas, alkohol, merokok, serta polisitemia.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sebagai tenaga kesehatan tentunya kita mengharapkan promotif dan preventif dari pada upaya kuratif dan rehabilitatif. Pada upaya promotif dan preventif dapat dilakukan dengan cara melakukan kunjungan rumah. Menurut Sumijatun (2005) kunjungan rumah merupakan bagian integral dari pelayanan keperawatan, yang dilakukan oleh perawat untuk membantu individu, keluarga, dan masyarakat mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang mereka hadapi. Pada kunjungan rumah dapat dilakukan promosi kesehatan, Promosi kesehatan harus benar-benar fokus pada perilaku berisiko yang dapat dimodifikasi, yang disesuaikan dengan masalah kesehatan utama menurut usia (US-DHHS, 1998 dikutip Anderson, 2006). Secara umum, pelayanan kesehatan untuk lansia memiliki tiga tujuan; (1) meningkatkan kemampuan fungsional, (2) memperpanjang usia hidup, dan (3) meningkatkan kenyamanan dan menurunkan penderitaan (O'Malley dan Blakeney, 1994 dikutip



Anderson, 2006). Intervensi pada promosi kesehatan dengan target individu dan atau keluarga diantaranya adalah: pendidikan kesehatan, modifikasi gaya hidup, konseling, dan kelompok pendukung. Pendidikan kesehatan yang dapat dilakukan pada lansia yang mengalami masalah kesehatan yaitu dengan cara mengendalikan faktor resiko dengan gaya hidup sehat. Metode kunjungan rumah tentunya akan memudahkan observasi kesehatan pada lansia. Selain lansia tidak perlu datang ke fasilitas kesehatan, metode ini juga terbukti efektif dalam pemberian informasi kesehatan berkaitan dengan lansia. Hal ini terbukti dengan penelitian yang dilakukan oleh Stuck (2002) pada program kunjungan rumah untuk mencegah lansia masuk ke panti dan penurunan fungsional pada lansia dengan hasil yang efektif, asalkan intervensi didasarkan pada penilaian multidimensi pada lansia dan termasuk tindak lanjut kunjungan rumah dengan resiko rendah untuk terjadinya kematian. Dari uraian di atas, penulis tertarik akan melakukan penelitian untuk mengetahui sejauh mana pengaruh kunjungan rumah terhadap perubahan tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro?



1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer sebelum di lakukan kunjungan rumah di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.
2. Mengidentifikasi tekanan darah pada lansia sesudah dilakukan kunjungan rumah di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.
3. Mengidentifikasi pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Dapat digunakan sebagai kerangka dalam membangun ilmu keperawatan gerontik yang berhubungan dengan upaya pencegahan primer pada lansia yang mengalami hipertensi primer dalam meningkatkan derajat kesehatan pada lansia melalui kontak dirumah.



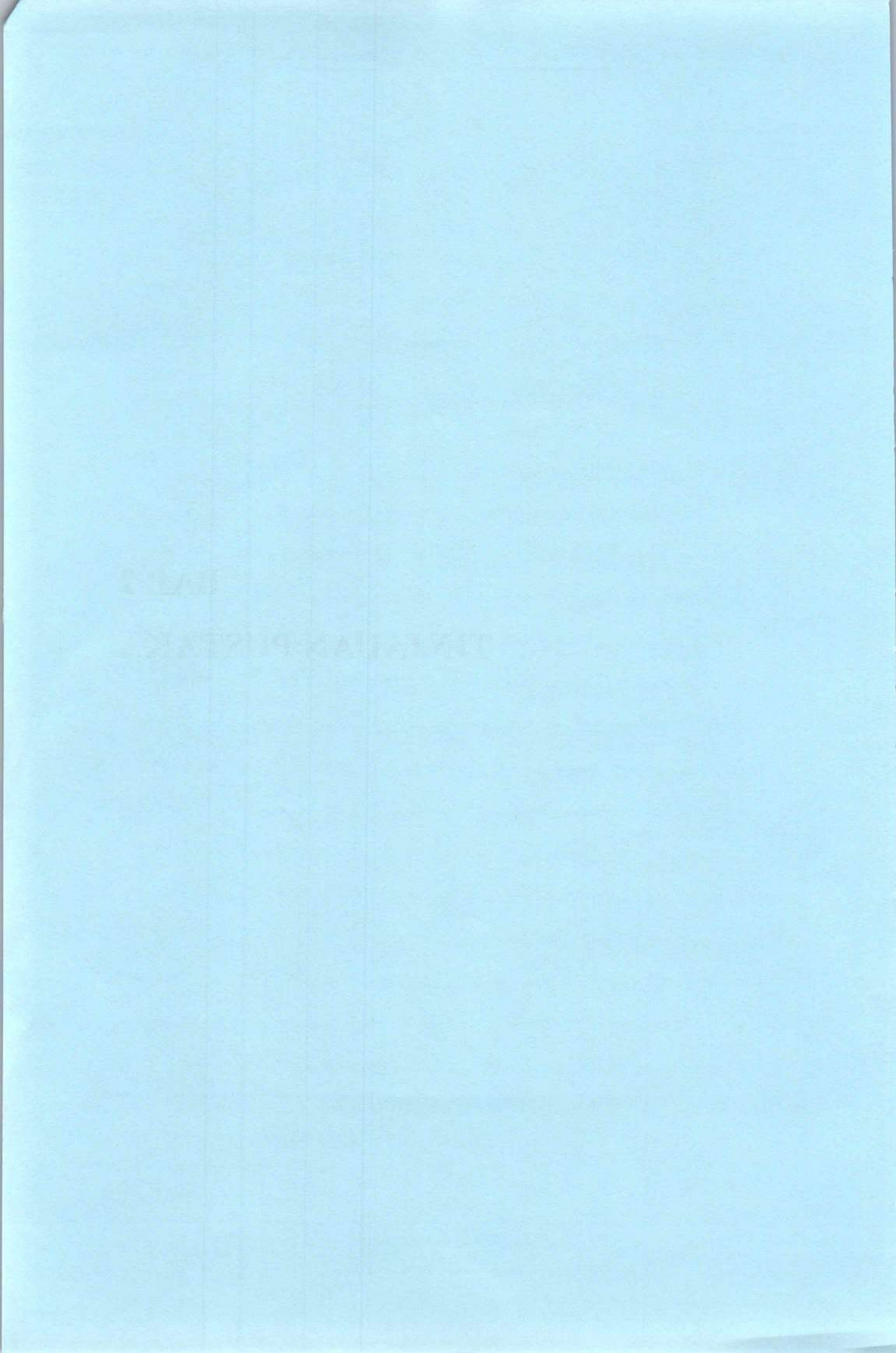
1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi perawat hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan pemahaman perawat tentang pengaruh kunjungan rumah terhadap perubahan tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer di Dukuh Soko Desa Bungur kecamatan Kanor kabupaten Bojonegoro.
2. Bagi penyedia layanan kesehatan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terhadap lansia yang mengalami hipertensi primer.
3. Bagi masyarakat hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam meluaskan penelitian lebih lanjut mengenai kunjungna rumah dan perubahan tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer.





BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menguraikan beberapa konsep teori yang terkait antara lain: konsep kunjungan rumah, konsep lansia, konsep tekanan darah, hipertensi primer dan pengaruh kunjungan rumah terhadap regulasi tekanan darah.

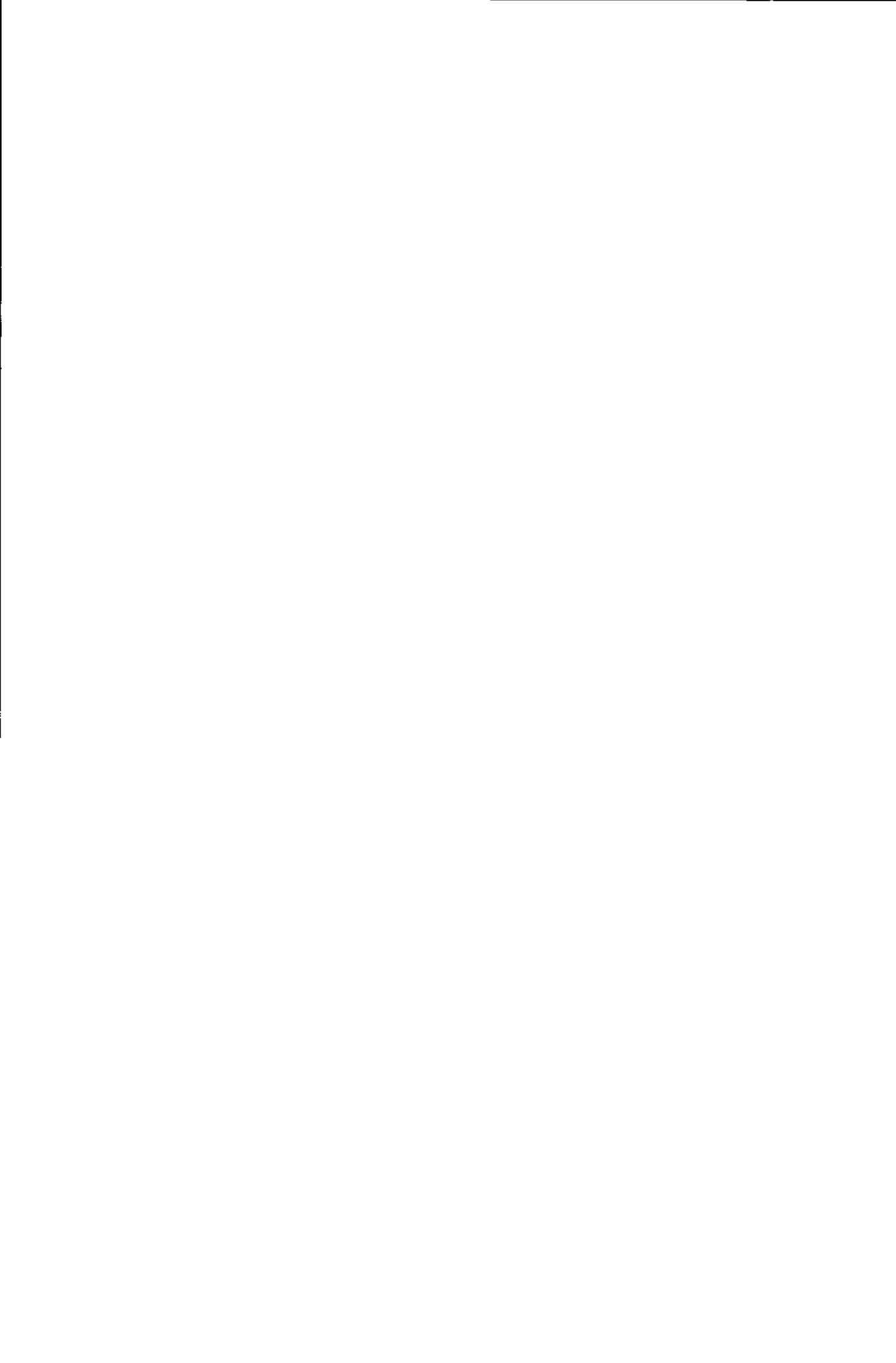
2.1 Konsep Kunjungan Rumah.

2.1.1 Pengertian kunjungan rumah.

Menurut Bukit (2010) kunjungan rumah merupakan interaksi yang dilakukan dirumah untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan individu atau keluarga termasuk pada keluarga dengan penyakit terminal.

Sedangkan menurut Harmoko (2010) kunjungan rumah adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif bertujuan memandirikan pasien dan keluarganya, pelayanan kesehatan diberikan di tempat tinggal pasien dengan melibatkan pasien dan keluarganya sebagai subyek yang ikut berpartisipasi merencanakan kegiatan pelayanan, pelayanan dikelola oleh suatu unit/ sarana/ institusi baik aspek administrasi maupun aspek pelayanan dengan mengkoordinir berbagai kategori tenaga profesional dibantu tenaga non profesional, di bidang kesehatan maupun non kesehatan.

Ruang lingkup kunjungan rumah yaitu memberi asuhan keperawatan secara komprehensif, melakukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya, mengembangkan pemberdayaan pasien dan keluarga.



Kunjungan rumah juga dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta meminimalkan resiko penyakit infeksi masyarakat, serta mencegah terjadinya kekambuhan penyakit, seperti: perawatan nifas pada ibu paska melahirkan, perawatan anak diare, pemantauan pengobatan klien dengan tuberkulosis, hipertensi, kardiovaskuler, penyuluhan kesehatan klien dengan berbagai penyakit, dll (Stanhope dan Lancaster, 2001).

2.1.2 Tujuan kunjungan rumah.

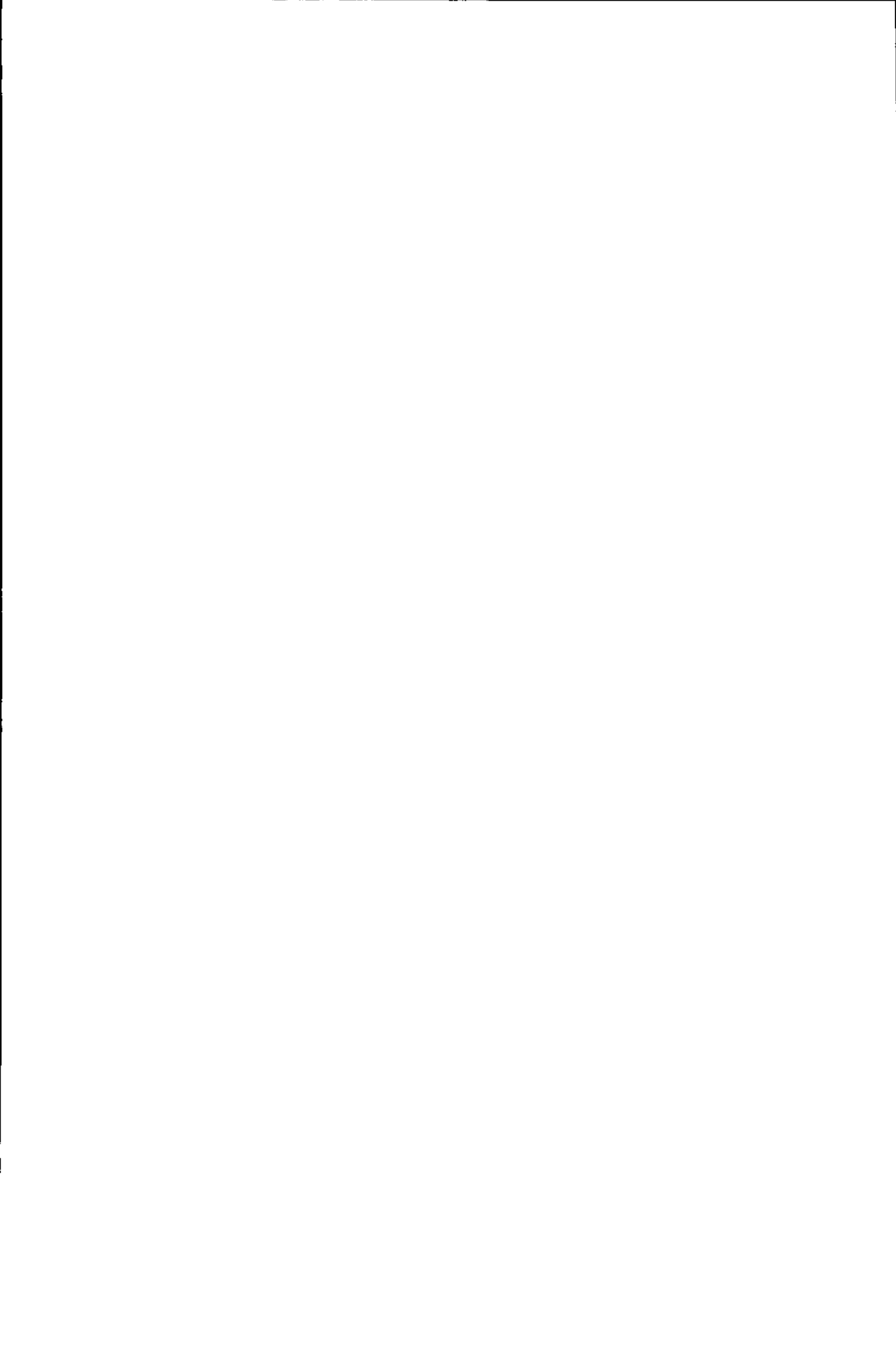
Menurut Ifdil (2007) tujuan kunjungan rumah dibagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus.

Pada tujuan umum diperolehnya data yang lebih lengkap dan akurat berkenaan dengan masalah klien serta digalangnya komitmen orangtua atau anggota keluarga lainnya dalam rangka penyelesaian masalah.

Sedangkan pada tujuan khusus agar terpahaminya permasalahan klien dan upaya pengentasannya. Dari ini dapat mencegah timbulnya masalah lagi serta dapat berlanjut untuk mewujudkan fungsi pengembangan dan pemeliharaan serta advokasi.

Sedangkan menurut Bukit (2008) tujuan kunjungan rumah adalah:

1. Meningkatkan sitem pendukung yang ada agar efektif dan adekuat sebagai upaya pencapaian kesehatan keluarga.
2. Meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan pada keluarga, khususnya keluarga dengan masalah kesehatan yang spesifik ataupun ketidakmampuan.
3. Optimalisasi perkembangan kesehatan keuarga dan pendidikan kesehatan terhadap pemeliharaan dan pencegahan penyakit.



4. Meningkatkan kekuatan fungsi dan hubungan keluarga.
5. Promosi lingkungan yang sehat (Bukit, 2010).

2.1.3 Permasalahan dan pencapaian pada kunjungan rumah.

Permasalahan yang dihadapi pada kunjungan rumah:

1. Gaya hidup dan sumber daya yang ada.
2. Status kesehatan.
3. Pengetahuan pemeliharaan kesehatan.
4. Struktur keluarga yang dinamis.

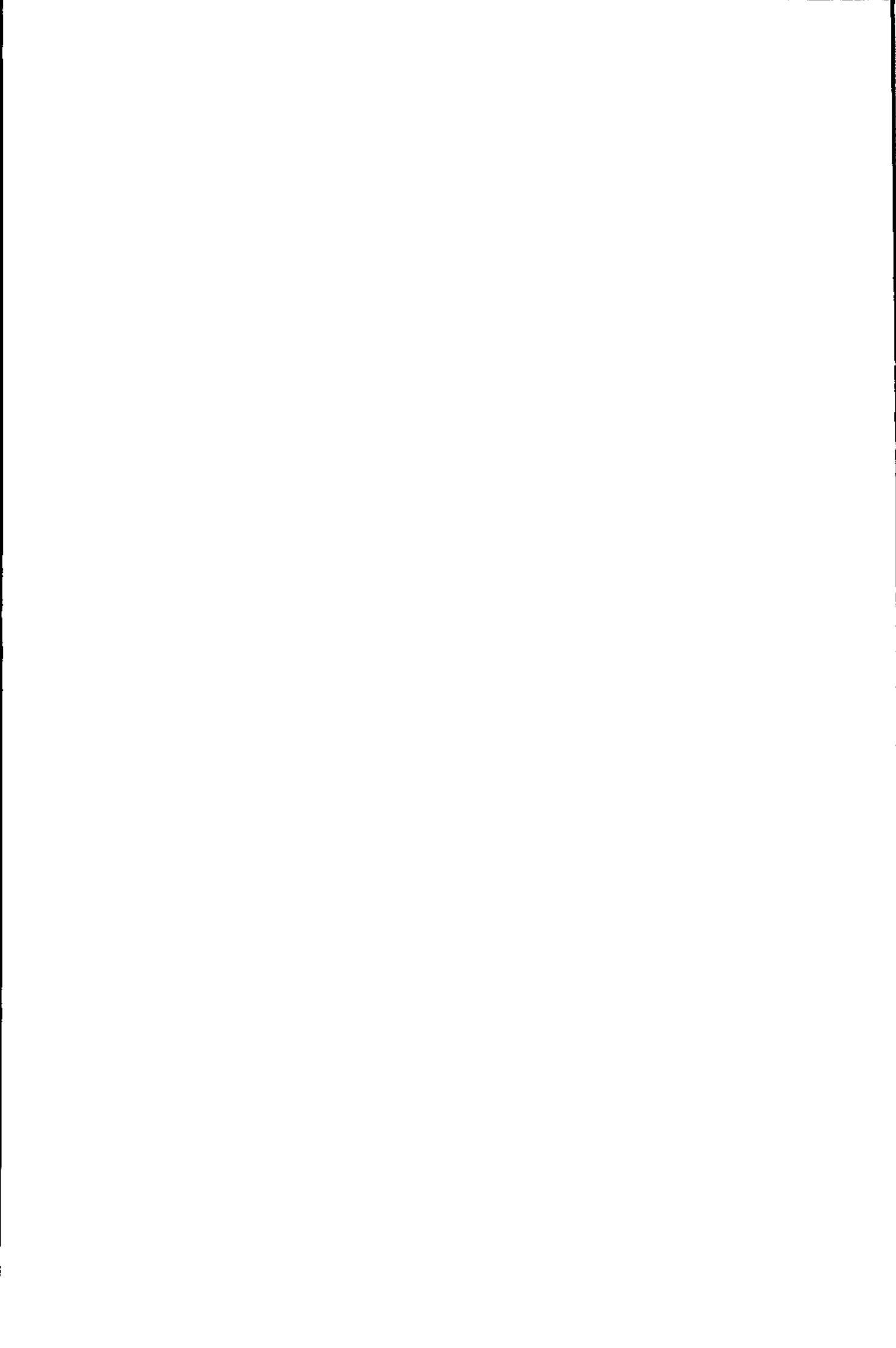
Pencapaian yang diharapkan pada kunjungan rumah:

1. Meningkatkan system pendukung dan sumber daya yang ada.
2. Optimalisasi efektivitas pelayanan keluarga yang sakit.
3. Peningkatan perkembangan keluarga: pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, promosi lingkungan sehat.
4. Peningkatan kekuatan fungsi dan hubungan keluarga.

2.1.4 Fase kunjungan rumah.

Menurut Bukit (2008) tahapan kegiatan kunjungan rumah sebagai berikut:

1. *Preplanning*/ persiapan.
 - 1) Identifikasi sasaran keluarga (nama, alamat, lingkungan, peta).
 - 2) Tujuan kunjungan jelas.
 - 3) Klarifikasi sumber rujukan: lurah, puskesmas.
 - 4) Mengetahui kondisi keluarga yang dikunjungi termasuk kasus yang spesifik.
 - 5) Menyusun rencana kegiatan dan waktu pelaksanaan kunjungan.
 - 6) Menyiapkan instrument yang dibutuhkan.



- 7) Menyiapkan format asuhan keperawatan sesuai kebutuhan (pengkajian, implementasi).
- 8) Memiliki rasa percaya diri yang tinggi

2. *Initiation/* perkenalan.

- 1) Perkenalan dengan keluarga
- 2) Bina hubungan saling percaya
- 3) Informasikan tentang asal institusi.
- 4) Menjelaskan tujuan kunjungan.
- 5) Shering informasi tentang tujuan kunjungan
- 6) Diskusi tentang kesediaan keluarga.
- 7) Melakukan review rujukan (bila ada) dan data kartu kelurga.
- 8) Negosiasi kunjungan berikutnya

3. *Implementation.*

- 1) Tetap bina hubungan saling percaya.
- 2) Identifikasi anggota keluarga serumah.
- 3) Melakukan (pengkajian sampai evaluasi).
- 4) Pendidikan kesehatan
- 5) Observasi status kesehatan
- 6) Diskusikan kemungkinan kolaborasi atau rujukan ke pelayanan kesehatan terdekat.
- 7) Berikan rasa nyaman bagi keluarga

4. *Termination.*

- 1) Merangkum kegiatan kunjungan.
- 2) Review kembali hasil kunjungan.



- 3) Diskusikan rencana tindakan lanjut.
 - 4) Tekankan hal penting yang harus diketahui keluarga.
 - 5) Tinggalkan (nama, nomer telpon) yang dapat dihubungi sewaktu-waktu
5. *Post home visit/* pasca kunjungan rumah.
- 1) Review kegiatan.
 - 2) Membauwat laporan kunjungan.
 - 3) Koordinasi pihak terkait (Kader, Puskesmas, Bidan Desa).
 - 4) Merumuskan evaluasi.
 - 5) Rencana tindak lanjut.
 - 6) Mendokumentasikan semua aktivitas kunjungan

2.1.5 Dokumentasi kunjungan rumah.

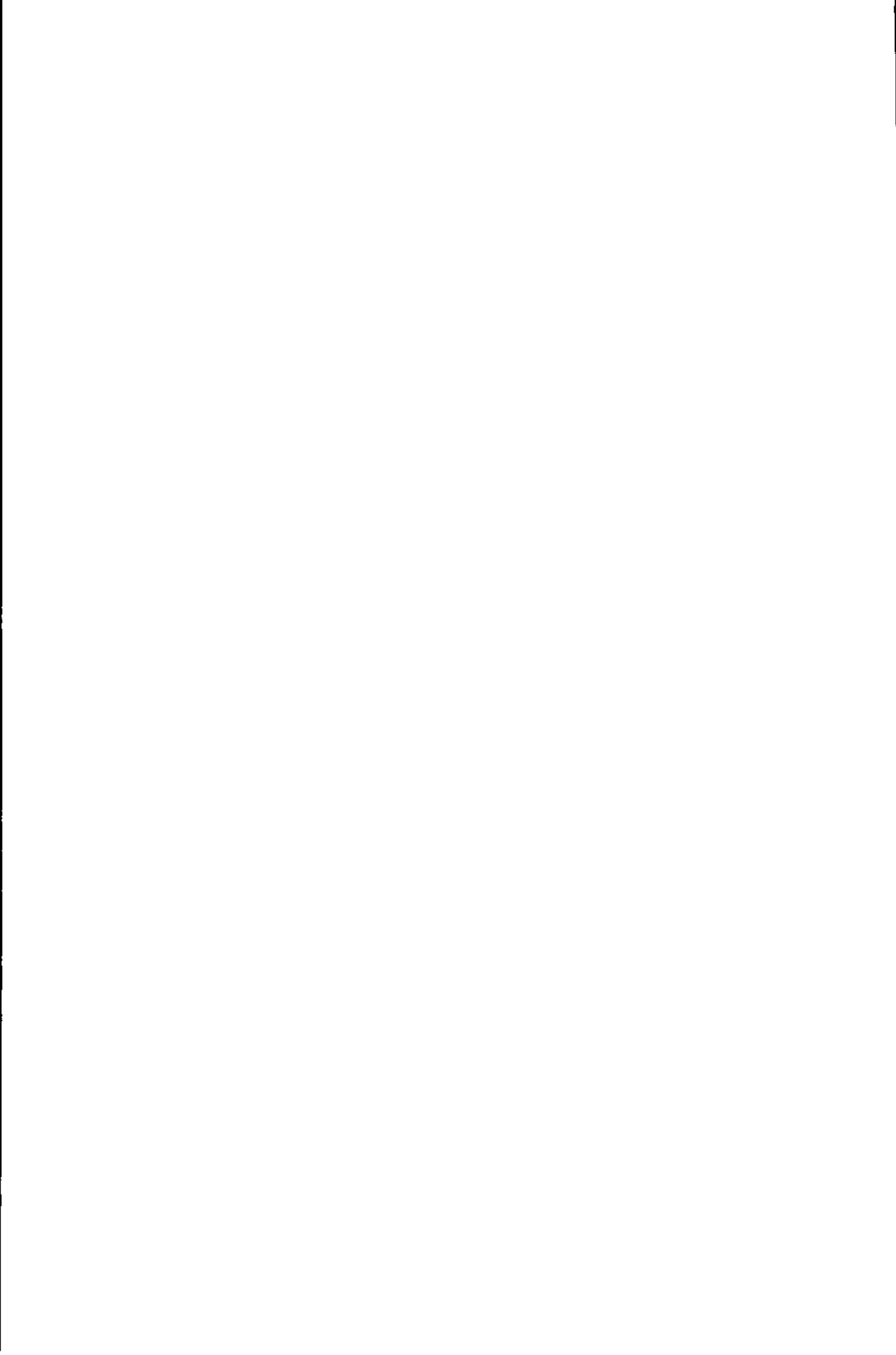
Menurut Bukit (2008) dokumentasi pada kunjungan rumah dapat dinilai dari beberapa aspek, yaitu:

1. Pengkajian lengkap dan akurat, termasuk data dari sumber lain.
2. Mencakup isu kesehatan terkini.
3. Sesuai dengan standar praktek.
4. Menggunakan format dokumentasi.
5. Dokumentasi objective, factual.
6. Memperhatikan legalitas kunjungan.

2.1.6 Keuntungan dan kerugian kunjungan rumah.

Menurut Bukit (2010) ada keuntungan dan kerugian dalam melakukan kunjungan rumah adalah:

1. Keuntungan kunjungan rumah.



- 1) Memberi kesempatan pada pelayanan individu.
 - 2) Keluarga lebih siap dengan pendekatan kesehatan pada kunjungan rumah.
 - 3) Informasi lebih akurat dan validasi melalui observasi.
 - 4) Ada partisipasi keluarga.
 - 5) Individu keluarga lebih menerima dan merasa nyaman karena berada di lingkungan rumah.
 - 6) Perawat dapat melihat perkembangan kesehatan keluarga melalui ADL.
 - 7) Mengurangi biaya pengobatan/ perawatan klien (bila di RS).
 - 8) Keluarga dapat difasilitasi.
2. Kerugian kunjungan rumah.
- 1) Butuh waktu dan biaya yang lebih banyak (cost meningkat).
 - 2) Tidak efisien bagi perawat karena banyak dikunjungi.
 - 3) Gangguan saat interview, sulit dikontrol: suara tv, anak menagis.
 - 4) Keluarga merasa takut terhadap kunjungan dan klien resisten dengan persepsi otoritas diri.
 - 5) Perawat harus bekerja keras untuk melakukan monitoring klien.
 - 6) Butuh tenaga tambahan dan perhatian dari keluarga.

2.1.7 Indikasi keberhasilan dalam melakukan kunjungan rumah.

Menurut Bukit (2008) ada beberapa hal faktor indikasi kunjungan rumah yang nantinya akan mewujudkan keberhasilan pada pelaksanaannya, yaitu :

1. Identifikasi masalah dengan jelas.
2. Kaji motivasi dan kebutuhan.
3. Klarifikasi manfaatnya bagi keluarga.



4. Memahami situasi atau masalah kesehatan keluarga.
5. Perawat memiliki informasi dan keterampilan yang lebih.
6. Positif reward kepada keluarga.
7. Hindari ungkapan tidak mungkin tercapai.
8. Memahami perbedaan nilai-nilai keluarga.
9. Penerimaan keluarga dan penilaian perilakunya bukan hal utama.
10. Menunjukkan sikap empati.
11. Menjadi pendengar yang baik.
12. Konsisten dengan pemahaman situasi keluarga.
13. “*Express feeling*” keluarga – trust.
14. Kesiapan perawat sangat penting.

2.2 Konsep Dasar Lansia.

2.2.1 Pengertian lansia.

Menurut para ahli Gerontologi (Nugroho, 2000) bahwa usia lanjut bukan suatu penyakit, melainkan suatu masa atau tahap manusia, dari bayi, anak, dewasa, tua dan usia lanjut.

Menurut Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada BAB I pasal 1 ayat 2 “lanjut usia (*old age*) adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas.”

2.2.2 Klasifikasi lansia.

Menurut Nugroho (2008) batasan umur berdasarkan WHO adalah:

1. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu usia antara 45-59 tahun.
2. Usia lanjut (*elderly*) yaitu usia 60-74 tahun.



3. Usia tua (*old*) yaitu usia antara 75-90 tahun.
4. Usia sangat tua (*very old*) yaitu usia diatas 90 tahun.

Menurut Hurlock (1979) perbedaan lanjutusia terbagi dalam dua tahap, yaitu:

1. *Erly old age* (usia 60-70 tahun).
2. *Advanced old age* (usia 70 tahun keatas).

Menurut Burnside (1979) ada empat tahapan lanjut usia, yakni:

1. *Young old* (usia 60-69 tahun).
2. *Middle age old* (usia 70-79 tahun).
3. *Old-old* (usia 80-89 tahun).
4. *Very old-old* (usia 90 tahun ke atas)

2.2.3 Teori-teori proses lansia

Teori-teori pada proses lansia:

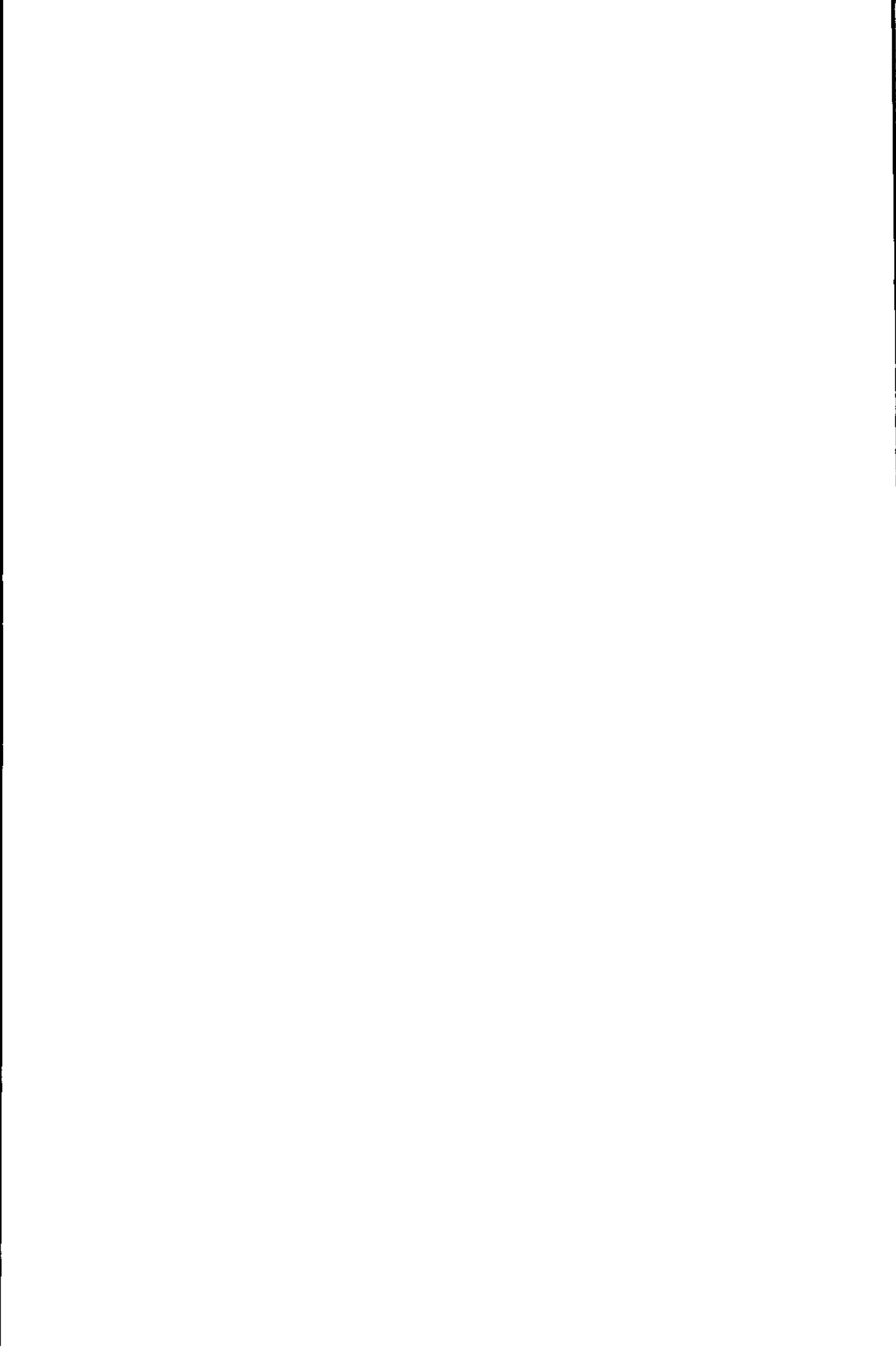
1. Teori biologi

1) Teori *Genetic Clock*

Menurut teori ini menua telah diprogramkan secara genetik untuk spesies-spesies tertentu (Darmojo, 2000). Teori ini merupakan teori intrinsik yang menjelaskan bahwa di dalam tubuh terdapat jam biologis yang mengatur gen dan menentukan jalannya proses penuaan.

2) Teori Radikal bebas

Radikal bebas terbentuk di alam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi (Nugroho, 2000).



3) Teori rusaknya sistem imun tubuh

Teori ini menjelaskan bahwa perubahan pada jaringan limfoid mengakibatkan tidak adanya keseimbangan dalam sel T sehingga produksi antibodi dan kekebalan tubuh menurun (Darmojo dan Martono, 2000).

2. Teori kejiwaan sosial

1) Aktivitas atau kegiatan (*Activity Theory*)

- a. Ketentuan untuk meningkatnya pada penurunan jumlah kegiatan secara langsung. Teori ini menyatakan bahwa pada lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.
- b. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia.
- c. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lansia (Nugroho, 2000).

2) Keperibadian berkelanjutan (*Continuity Theory*)

Perubahan yang terjadi pada lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimilikinya (Nugroho, 2000).

3) Teori pembebasan (*Disengagement Theory*)

Putusnya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya. Pada lansia pertama diajukan oleh Gummig and Herry, 1961. Teori ini mengatakan bahwa dengan bertambahnya usia. Seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lansia

menurun baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*Tripel Loss*), yaitu:

- a. Kehilangan peran (*Loss of Role*)
- b. Hambatan kontak sosial (*Restriction of Contacts and Relationships*)

2.2.4 Tugas perkembangan lansia

Sebagian besar tugas perkembangan usia lanjut banyak berkaitan dengan kehidupan pribadi dari pada kehidupan orang lain.

Tugas perkembangan masa tua adalah sebagai berikut :

1. Menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan fisik dan kesehatannya.
2. Menyesuaikan diri dengan masa pensiun dan berkurangnya *income* (penghasilan) keluarga.
3. Menyesuaikan diri dengan kematian pasangan hidup.
4. Membentuk hubungan dengan orang-orang yang seusia.
5. Membentuk pengaturan kehidupan fisik yang memuaskan.
6. Menyesuaikan diri dengan peran sosial secara luwes.

2.2.5 Perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem tubuh lansia

Pada tahap lansia, seseorang akan mengalami penurunan fungsi pada seluruh sistem tubuh, seperti :

1. Perubahan Fisik.

1) Sel.

Lebih sedikit jumlahnya dan ukurannya lebih besar, jumlah cairan tubuh dan cairan intra seluler berkurang.

2) Sistem Persarafan.



Cepatnya penurunan hubungan persarafan, lambatnya dalam respon dan waktu untuk bereaksi dengan stress, mengecilnya saraf pancaindera, berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan dingin.

3) Sistem Pendengaran.

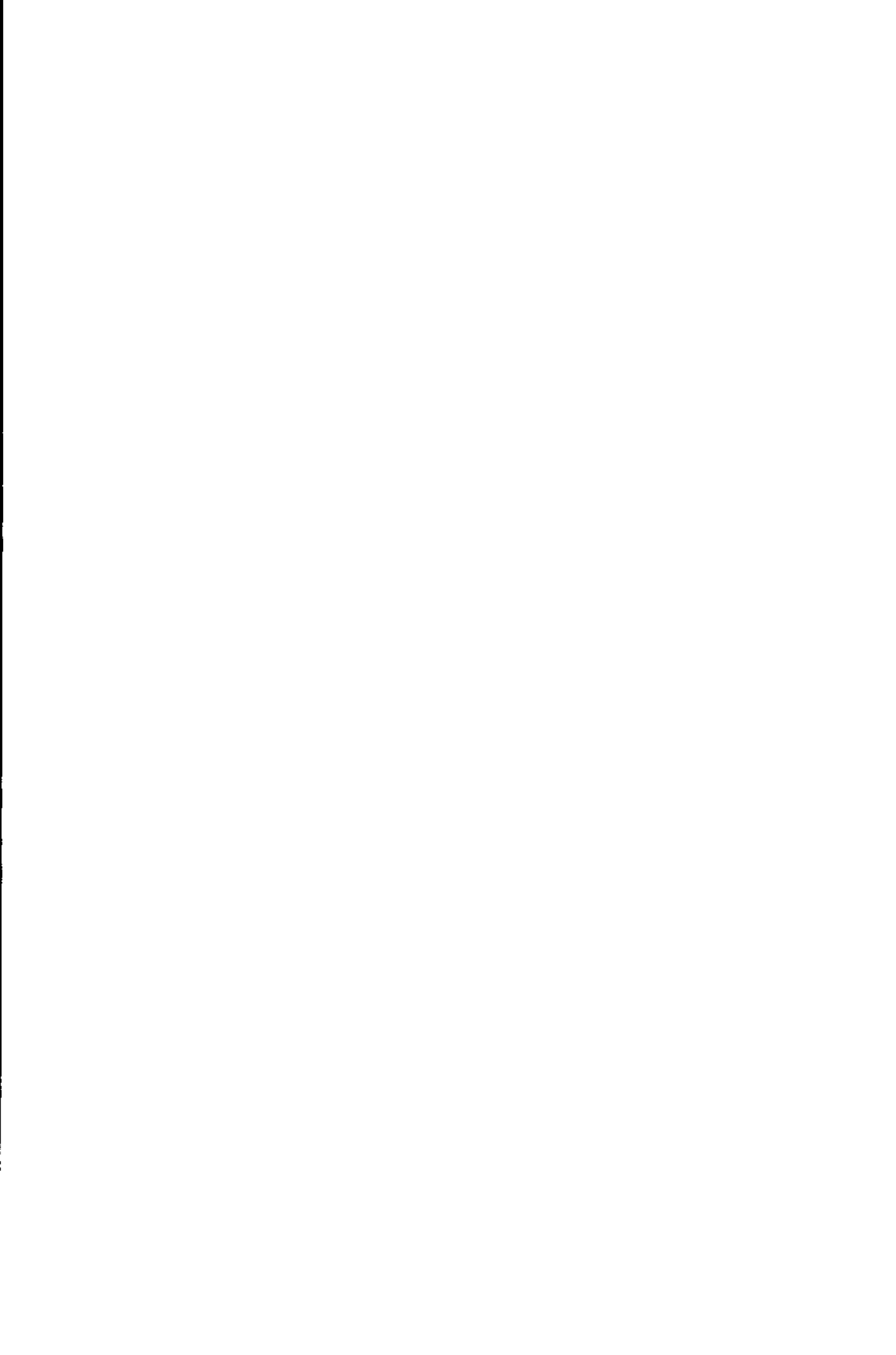
Presbiakusis: Hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada – nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata –kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun.

4) Sistem Penglihatan.

Sfingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola), lensa lebih suram, meningkatnya ambang pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam cahaya gelap, hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang, berkurangnya luas pandangan.

5) Sistem Kardiovaskuler.

Katup jantung menebal, kemampuan jantung memompa darah menurun 1 % setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya, kehilangan elastisitas pembuluh darah; kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah turun 65 mmHg atau hipotensi ortostatik (mengakibatkan pusing - pusing mendadak), tekanan darah meninggi diakibatkan oleh meningkatnya



resistensi dari pembuluh darah perifer. Sistole normal kurang lebih 150 mmHg dan diastole kurang lebih sekitar 95 mmHg (WHO).

6) Sistem Respirasi.

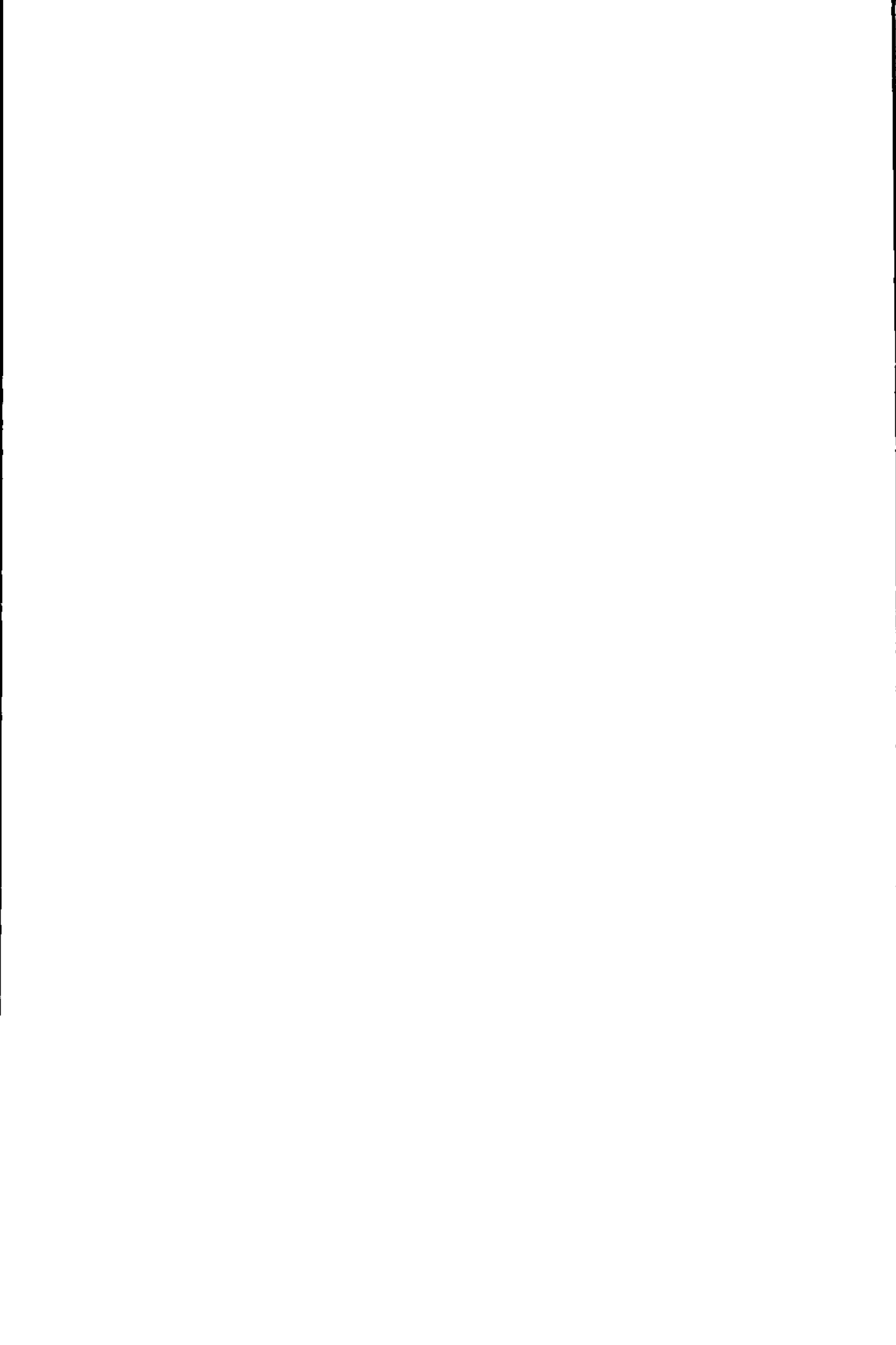
Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatannya dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas dari silia, paru – paru kehilangan elastisitas; kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun.

7) Sistem Gastrointestinal.

Kehilangan gigi; penyebab utama adanya *Periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Indera pengecap menurun; adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir, atropi indera pengecap kurang lebih 80 %. Hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap di lidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap tentang rasa asin, asam, dan pahit. Lambung; rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu pengosongan lambung menurun.

8) Sistem Genitourinaria.

Ginjal; mengecil dan nefron menjadi atropi, aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya kurang kemampuan mengkonsentrasi urin, berat jenis urin menurun, proteinuria, BUN (*Blood Urea Nitrogen*) meningkat sampai 21 mg%, nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.



9) Sistem Endokrin.

Produksi dari semua hormon menurun, fungsi paratiroid dan sekresinya tidak berubah, menurunnya aktivitas tiroid; menurunnya BMR, menurunnya daya pertukaran zat, menurunnya produksi aldosteron, menurunnya sekresi hormon kelamin misalnya: progesteron, estrogen, dan testotestosterone.

10) Sistem Kulit.

Kuku jari menjadi tebal dan rapuh, kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk, kelenjar keringat kulit mengkerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu (ubanan), rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan vaskularisasi.

11) Sistem Muskuloskeletal .

Tulang kehilangan density (cairan) dan makin rapuh, kifosis, discus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang), persendian besar dan menjadi kaku, tendon mengkerut dan mengalami sklerosis, atropi serabut otot; pergerakan menjadi lambat, otot kram, dan menjadi tremor.

2. Perubahan Mental.

1) Perubahan kepribadian yang drastis.

Keadaan ini jarang terjadi, lebih sering berupa ungkapan yang tulus dari perasaan seseorang, kekakuan mungkin oleh karena faktor lain seperti penyakit-penyakit.

2) Kenangan (Memori).

a. Kenangan lama tidak berubah.



- b. Kenangan jangka panjang; berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu, mencakup beberapa perubahan.

3) IQ (*Intelegantia Quantion*).

- a. Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal.
- b. Berkurangnya penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor.

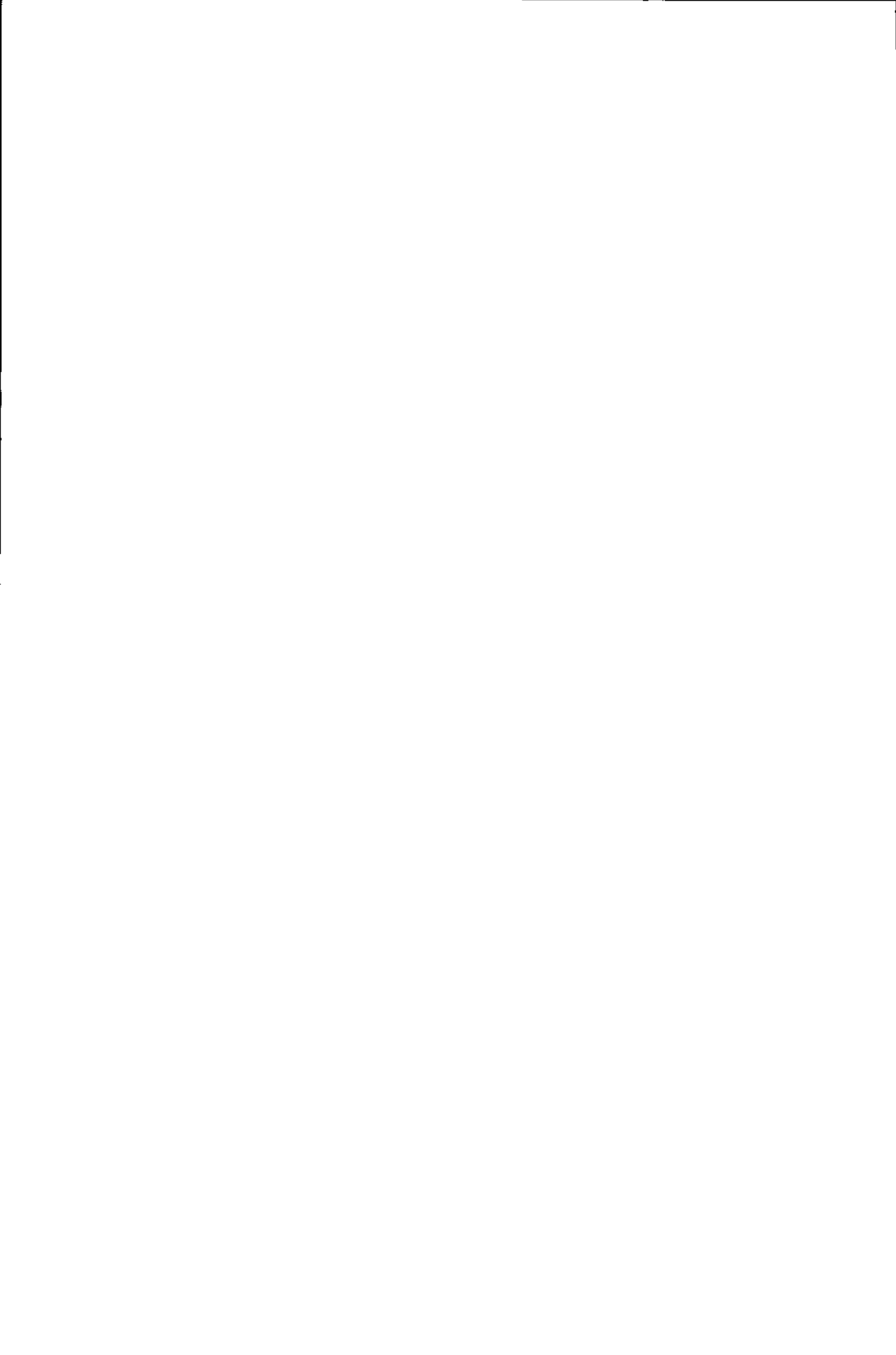
3. Perubahan Psikososial.

- 1) Pensiun; nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya, identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan.
- 2) Merasakan atau sadar akan kematian.
- 3) Perubahan dalam cara hidup yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
- 4) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan.
- 5) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- 6) Kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial.
- 7) Gangguan saraf pancaindera, timbul kebutaan dan ketulian.
- 8) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- 9) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan famili.
- 10) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik; perubahan terhadap gambaran diri.

2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi lansia.

Menurut Mubarak (2006) faktor-faktor yang mempengaruhi lansia dan penyakit yang sering di jumpai adalah:

1. Herediter atau keturunan.
2. Nutrisi atau makanan.



3. Status kesehatan.
4. Pengalaman hidup.
5. Lingkungan.
6. Stress.

2.2.7 Masalah-masalah kesehatan yang dapat muncul pada lansia.

Menurut Mubarak (2006) masalah kesehatan yang dapat muncul pada lansia adalah:

1. Ancaman kesehatan.
 - 1) Resiko terjadinya cedera atau bahaya fisik.
 - 2) Resiko terjadinya kekurangan atau kelebihan nutrisi.
2. Keadaan kurang sehat atau tidak sehat pada lansia yang mengalami:
 - 1) Diabetes mellitus.
 - 2) Hipertensi.
 - 3) Arthritis.
 - 4) Penyakit jantung.
 - 5) Kanker.
 - 6) Penyakit ginjal.
 - 7) Penyakit paru obstruksi menahun.
 - 8) Penyakit kulit.
 - 9) Kasus fraktur atau luka.
 - 10) Lansia dengan menarik diri atau isolasi sosial.
 - 11) Kasus depresi.
 - 12) Koping yang tidak efektif.



3. Krisis.

- 1) Lansia yang memasuki masa pensiun atau kehilangan pekerjaan.
- 2) Kesepian karena ditinggal pasangan hidup (suami atau istri).
- 3) Kesepian karena anak sudah berkeluarga

2.2.8 Kunci menuju lansia yang bahagia, berguna dan berkualitas.

1. Lansia yang berguna dan berkualitas.

- 1) Menghindari sikap menarik diri sebagai lansia.
- 2) Mengembangkan perspektif yang lebih jelas mengenai hidup lansia.
- 3) Mengantikan kepuasan-kepuasan yang hilang.
- 4) Mengembangkan sumber yang berarti dan berharga.
- 5) Mengembangkan hubungan yang bermakana.

2. Lansia yang bahagia.

B : Berat badan (BB) berlebihan supaya dihindarkan

A : Aturilah makanan hingga sesuai/ kurangi lemak atau kolesterol

H : Hindari faktor – faktor resiko penyakit jantung iskemik/ koroner.

A : Agar terus merasa berguna dengan mempunyai kegiatan/ hobi yang bermanfaat

G : Gerak badan teratur wajib terus dilakukan

I : Ikuti nasehat dokter dan hindari situasi tegang

A : Awasi kesehatan dengan memeriksakan badan secara periodik

1) Berat badan (BB) berlebih supaya dihindarkan :

(1) BB ideal seseorang adalah $0,9 \times (TB - 100)$

(2) TB : tinggi badan dalam cm



Contoh :

TB Tn. Margono 160 cm

Jadi BB ideal Tn Kecis adalah 54 kg

- 2) Aturlah makanan hingga sesuai/ kurangi lemak atau kolesterol :

Cukup gizi lebih sehat, kelebihan gizi membahayakan jantung. Untuk masyarakat ada umumnya dan para werda pada khususnya, disarankan ; Kurangi lemak hewani/ lemak jenuh/ kolesterol yang banyak terdapat di daging merah.

- 3) Hindari faktor – faktor resiko penyakit jantung iskemik / koroner :

Faktor – faktor yang menyebabkan gangguan peredaran darah otot jantung ; Merokok, TD tinggi, penyakit gula, kegemukan, kurang gerak fisik, tekanan batin.

- 4) Agar terus merasa berguna dengan mempunyai kegiatan / hobi yang bermanfaat :

Pilih kegiatan misal; membaca, mendengarkan ceramah agama, mengarang, melukis, kerajinan tangan, berkebun, berternak.

- 5) Gerak badan teratur wajib terus dilakukan.

Tujuannya adalah:

- (1) Meningkatkan daya tahan tubuh terhadap serangan penyakit
- (2) Mempermudah untuk menyesuaikan kesehatan terutama fisik dalam beradaptasi kemungkinan gerak mana yang bisa dioptimalakn.
- (3) Memperlancar proses degenerasi karena perubahan usia.
- (4) Dapat memperlambat proses degenerasi karena perubahan usia

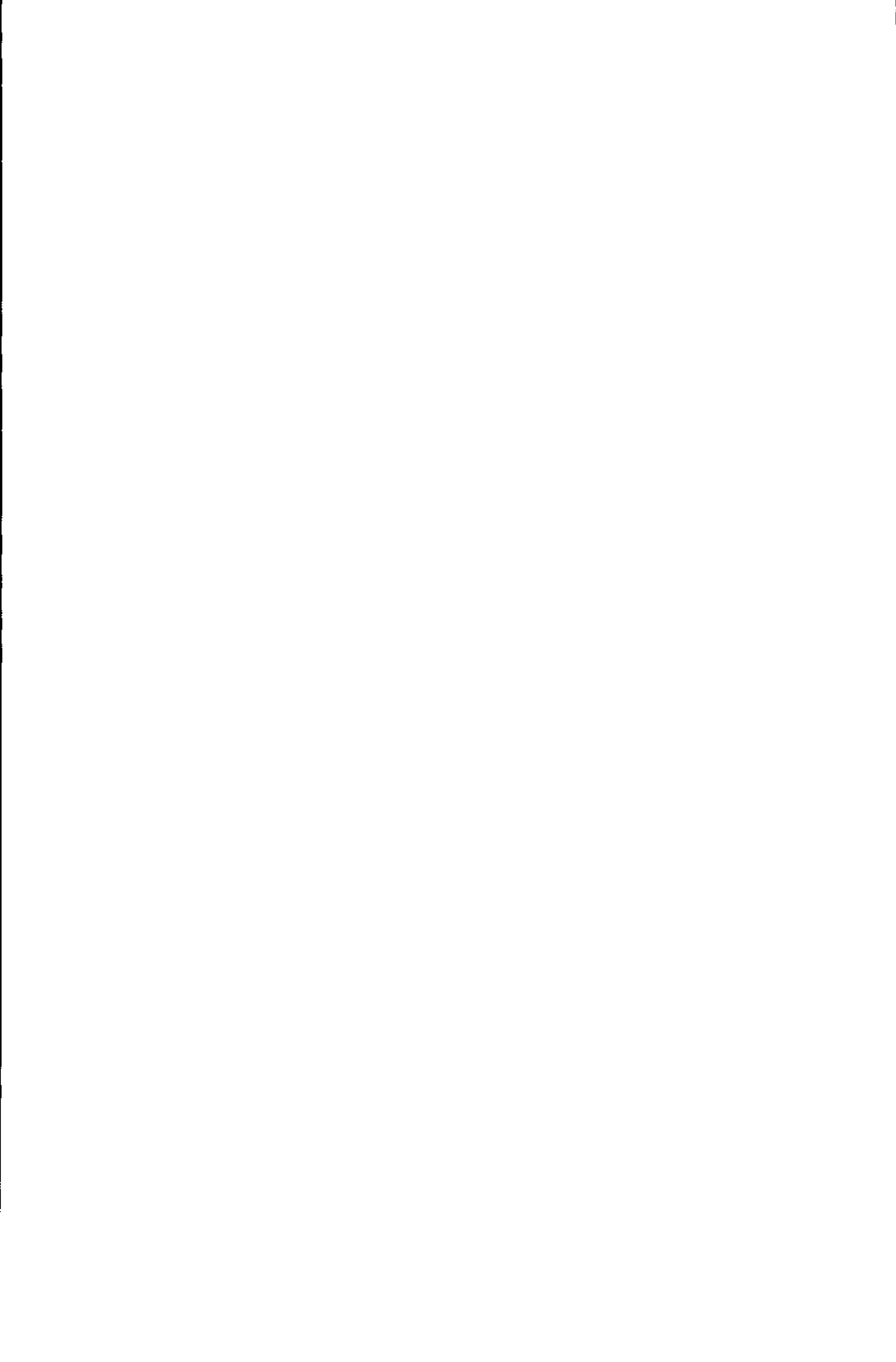


- (5) Mempermudah untuk menyesuaikan kesehatan jasmani dalam kehidupan (adaptasi)
 - (6) Fungsi melindungi, yaitu memperbaiki tenaga cadangan dalam fungsinya terhadap bertambahnya tuntutan, misal sakit.
- 6) Ikuti nasehat dokter dan hindari situasi tegang :
- (1) Berolah raga 2 – 3 kali seminggu
 - (2) Jangan makan makanan berlemak
 - (3) Banyak makan sayur dan makanan tinggi serat
 - (4) Banyak makan buah – buahan
 - (5) Biasakan sarapan pagi
 - (6) Miliki rasa humor
 - (7) Tidur yang cukup (7 – 8 jam)
 - (8) Hindari tekanan batin yang tidak perlu
- 7) Awasi kesehatan dengan memeriksakan badan secara periodik :
- Pemeriksaan kesehatan berkala dan konsultasi kesehatan merupakan kunci keberhasilan dari upaya pemeliharaan lansia (Mubarak, 2006).

2.3 Konsep Sirkulasi

2.3.1 Definisi Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan hasil dari curah jantung dan resistensi terhadap aliran darah yang diatur oleh pembuluh darah terutama kaliber arteriol (John Gibson, 2002). Menurut Gunawan (2001) tekanan darah adalah kekuatan yang diperlukan agar darah dapat mengalir didalam pembuluh darah dan beredar mencapai semua jaringan tubuh manusia.



Tekanan darah dinyatakan dalam mmHg, karena manometer air raksa dipakai sebagai rujukan baku untuk pengukuran tekanan darah. Hg merupakan singkatan dari *hydragyrum*, yaitu merupakan air raksa yang ada didalam tabung tensi meter. Jadi jika tekanan darah seseorang adalah sebesar 140 mm Hg, maka maksudnya adalah tenaga yang dikeluarkan oleh darah untuk mendorong air raksa didalam tabung tensimeter setinggi 140 mm (Guyton & Hall, 1997).

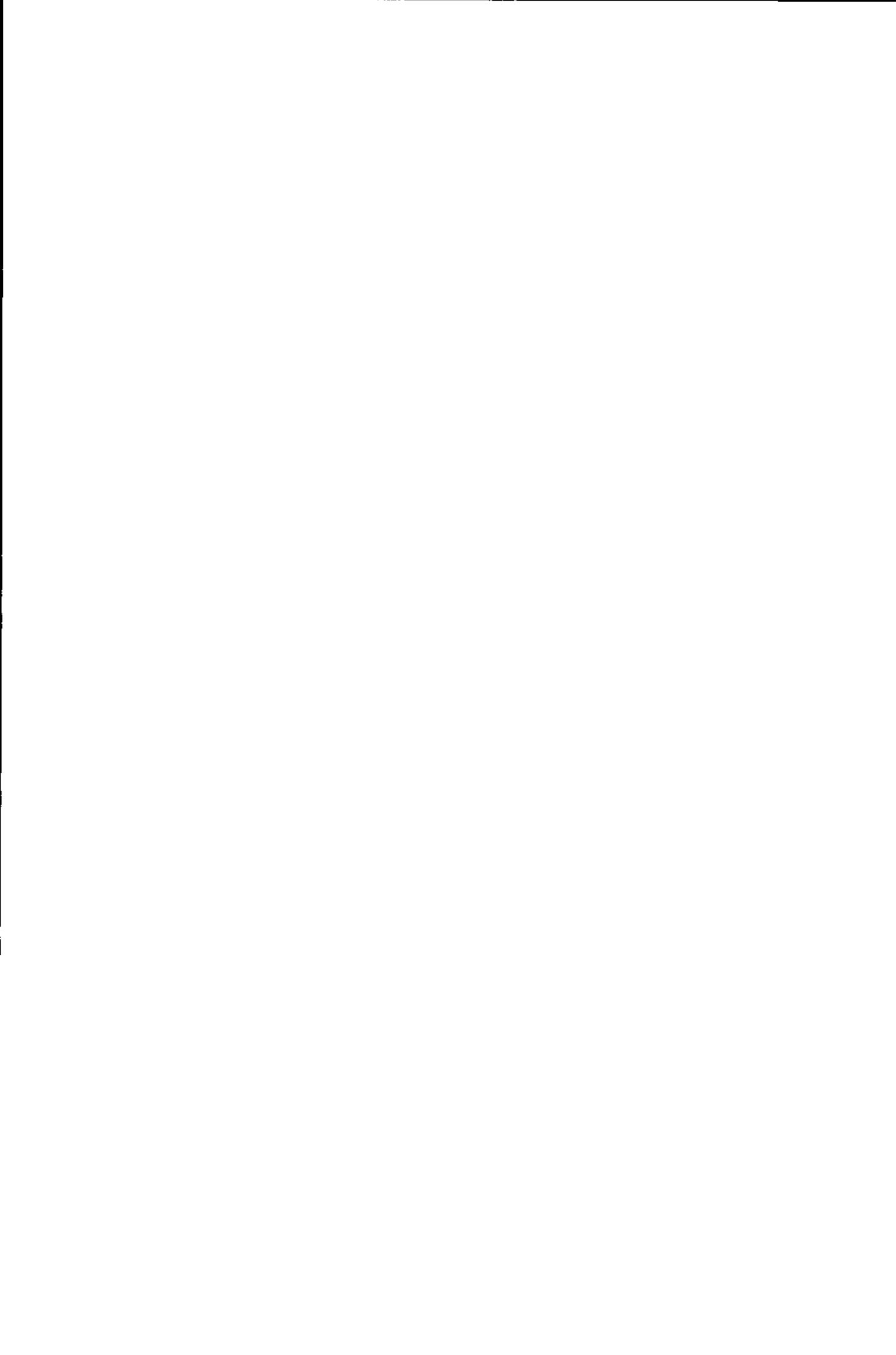
Tekanan darah ditentukan oleh dua faktor utama yaitu *cardiac output* dan tahanan perifer. Tekanan arteri rerata (MAP) akan berubah kalau isi vaskular (curah jantung=CO) ataupun kapasitas vaskular (*Resistensi Perifer Total*= TPR) (Sylvia, 2002).

$$\text{MAP} = \text{CO} \times \text{TPR}$$

2.3.2 Curah Jantung (*Cardiac Output*)

Curah jantung adalah jumlah darah yang dipompa jantung kedalam aorta setiap menit (Guyton & Hall, 1996). Curah jantung tergantung pada frekuensi jantung dan curah sekuncup. Curah jantung dapat dipertahankan cukup stabil meskipun ada perubahan pada salah satu variabel dari pada denyut jantung menjadi lama dengan demikian meningkatkan waktu pengisian ventrikel, dengan sendirinya volume ventrikel menjadi lebih besar dan darah yang dapat dikeluarkan perdenyut lebih banyak (Price & Wilson, 1995).

Kontraksi miokardium yang berirama dan sinkron menyebabkan darah dipompa masuk kedalam sirkulasi paru dan sistemik. Volume darah yang dipompa oleh tiap ventrikel per menit disebut curah jantung. curah jantung rerata adalah 5L/menit (Sylvia, 2005).



2.3.3 Tabanan Perifer Atau Resistensi Perifer Total

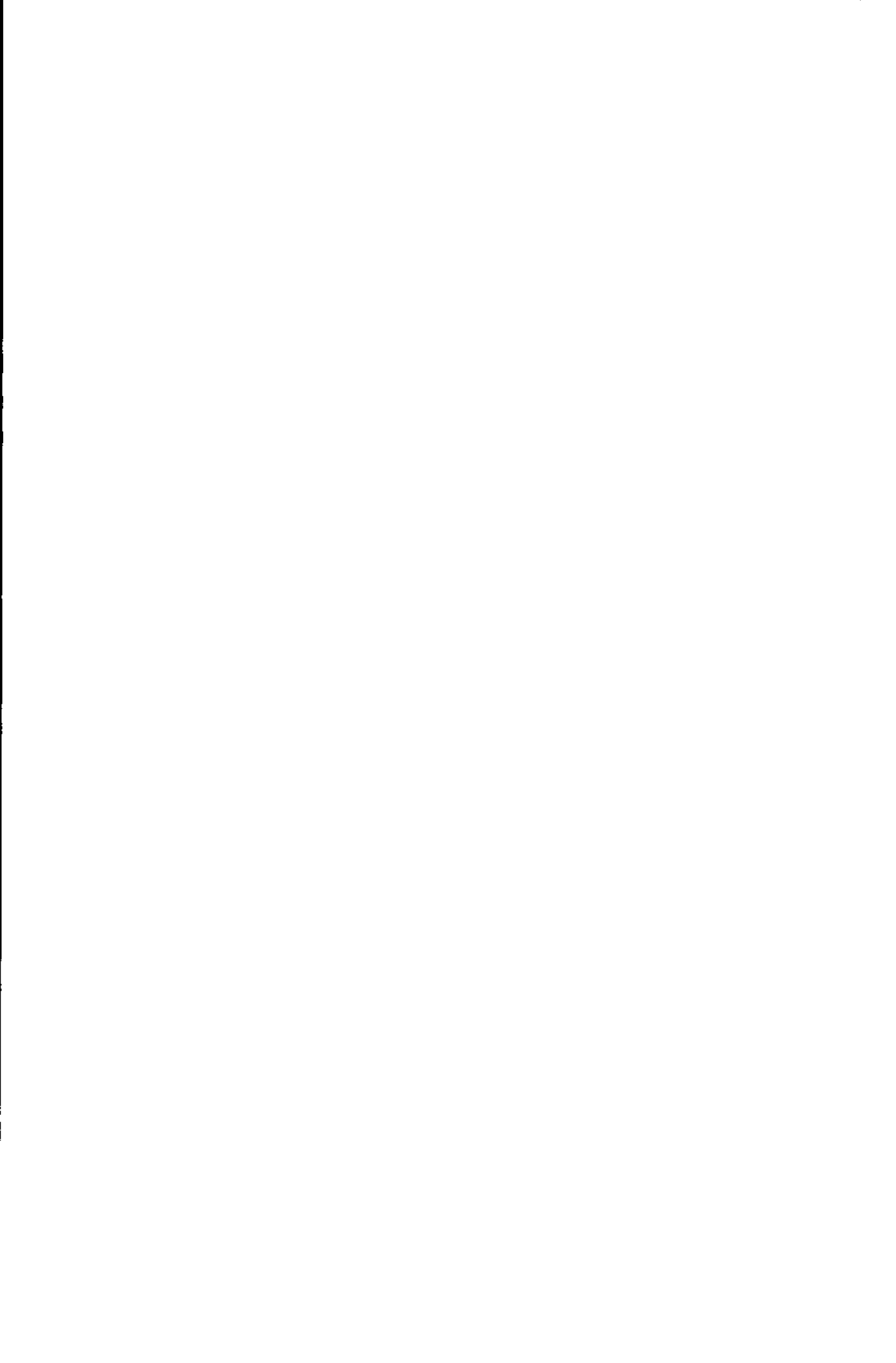
Resistensi merupakan penentu aliran darah yang kedua, terutama ditentukan oleh radius pembuluh darah. Faktor-faktor lain seperti viskositas darah dan panjang pembuluh juga dapat mengubah besar resistensi terhadap aliran. Tetapi karena sifat-sifat relatif ini relatif konstan, maka pengaruh biasanya tidak berarti. Resistensi terutama peka terhadap perubahan lumen pembuluh darah. Hukum poiseuille membuktikan bahwa resistensi (R) berbanding terbalik terhadap radius pembuluh darah (r) pangkat empat (Sylvia, 2002)

2.3.4 Pengaturan Saraf Terhadap Tekanan Darah

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) meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar 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 hormon epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin (noradrenalin), yang merangsang jantung dan pembuluh darah (Guyton&Hall, 1997).

2.3.5 Pengaruh Ginjal Terhadap Tekanan Darah

Sistem ginjal dalam mengatur tekanan darah melalui dua mekanisme, yaitu melalui perubahan pada cairan ekstra sel dan melalui yang lebih kuat yaitu sistim renin angiotensin. Renin adalah enzim yang dilepaskan ginjal sewaktu tekanan arteri turun sangat rendah. Enzim ini meningkatkan tekanan arteri melalui beberapa cara sehingga dapat mengoreksi penurunan awal pada tekanan darah.



2.3.6 Pengukuran Tekanan Darah

Cara menggunakan tensi meter adalah sebagai berikut. Orang yang akan diukur tekanan darahnya berbaring, selanjutnya manset tensimeter diikatkan pada lengan atas, sekitar 2 jari diatas lipatan siku. Kemudian stetoskop diletakkan pada arteri brakhialis yang berada pada lipatan siku.

Sambil mendengarkan denyut nadi, tekanan didalam tensimeter dinaikkan dengan cara memompa sampai denyut nadi tidak terdengar lagi, kemudian tekanan didalam tensimeter pelan-pelan diturunkan. Pada saat denyut nadi mulai terdengar lagi, baca tekanan yang terdapat pada batas atau permukaan air raksa yang terdapat pada tensi meter. Maka tekanan inilah yang disebut tekanan sistolik. Pada proses pengukuran, tekanan didalam tensimeter tetap diturunkan. Suara denyut nadi akan terdengar lebih jelas sampai suatu saat suara denyutan terdengar melemah dan akhirnya menghilang. Saat denyut terdengar melemah, kembali kita lihat tekanan dalam tensimeter, dan tekanan inilah yang kemudian disebut diastolik.

2.3.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengukuran Tekanan Darah

Faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan darah adalah aktifitas fisik, ansietas, nyeri, takut, stress, medikasi, serta jenis kelamin. Nyeri mengakibatkan stimulasi simpatik yang meningkatkan frekuensi darah, curah jantung dan tahanan vaskuler perifer, efek stimulasi simpatik dapat mengakibatkan tekanan darah (Potter&Perry, 1997). Hipotalamus menstimulasi sistim saraf otonom simpatik yang menstimulasi medula adrenal untuk mensekresi katekolamin. Katekolamin secara umum bekerja memperkuat aktifitas saraf simpatis, sehingga jika sintesis katekolamin menurun maka akan terjadi penurunan aktifitas saraf simpatis dan



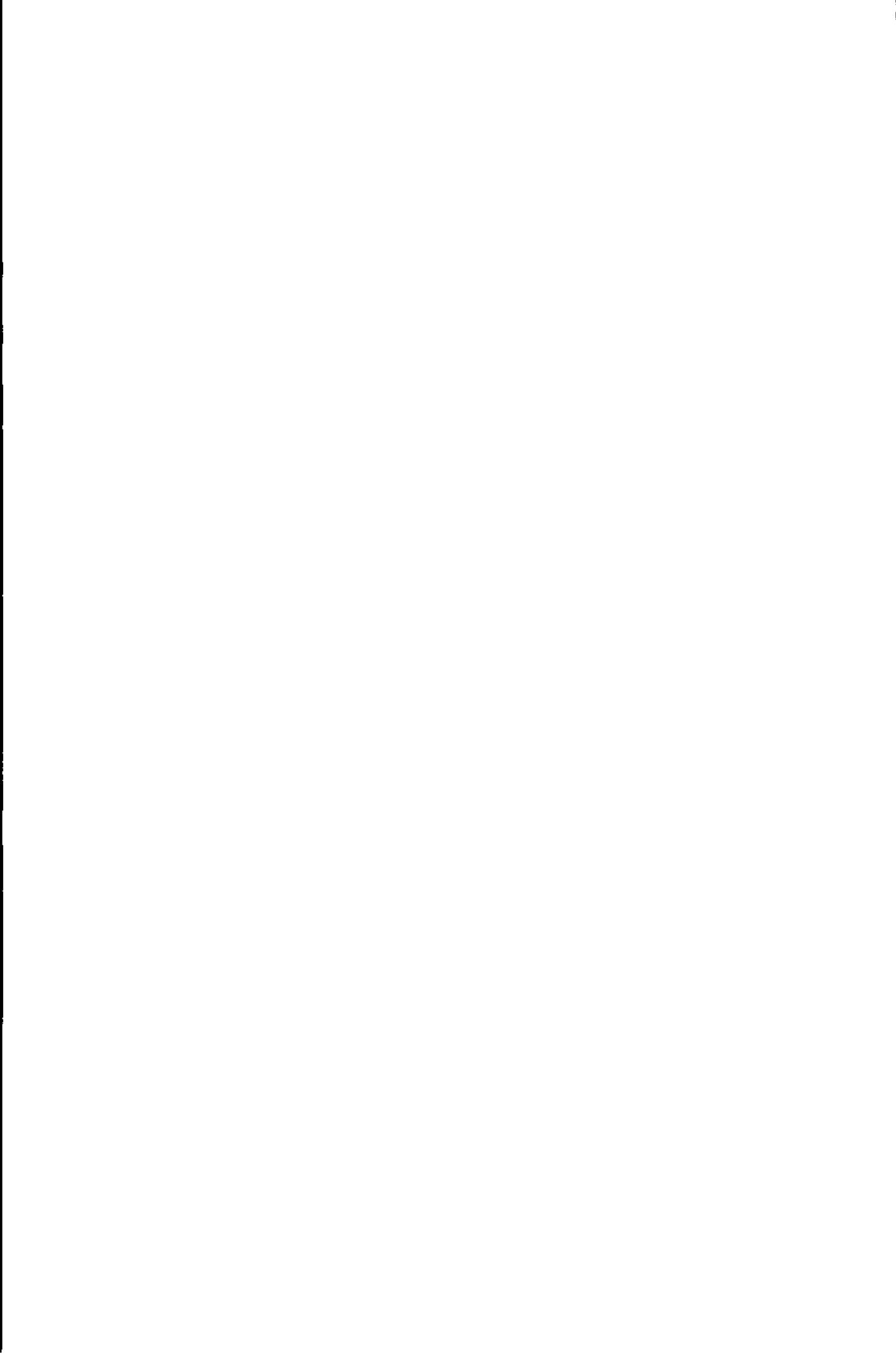
sebaliknya. Katekolamin ini berfungsi sebagai transmisi adrenergik, yang dapat menstimulasi reseptor beta pada jantung sehingga mempengaruhi tekanan darah (Sherwood L, 2001). Pengukuran tekanan darah dilakukan 5 sampai 10 menit (Potter&Perry, 1997).

1. Pengaruh Sikap Tubuh Terhadap tekanan darah.

Sistem cardiovascular biasanya dipelajari dalam keadaan tidur telentang, karena dalam keadaan ini letak arteri dan vena setinggi jantung, sedangkan dalam keadaan berdiri sebagai pelembuh darah terutama yang terdapat dibawah ketinggian (level) jantung mengalami tekanan hydrostatis dan karena itu tekanan didalamnya bertambah.

Dalam sikap tidur telentang, rerata seluruh system pembuluh arteri hampir sama kecuali perbedaan tekanan disebabkan oleh gesekan.

Dalam keadaan berdiri, sebagai akibat pengaruh daya tarik bumi tekanan darah arteri di kaki pada orang dewasa yang normal setinggi 180–200 mmHg dan tekanan venanya 85–90 mmHg. Sebaliknya tekanan arteri setentang kepala 60–75 mmHg dengan tekanan vena nol. Kompensasi utama ketika seseorang berubah sikap dari tidur telentang, mengambil sikap duduk dan berdiri, dimulai oleh perangsangan baroreseptor di sinus carotis dan arcus aorta oleh penurunan tekanan darah yang terjadi sebagai akibatnya. Ini mengakibatkan perangsangan dan penambahan denyut jantung dalam usaha mempertahankan *cardiac output* yang tak berubah. Vena kontraksi hanya sedikit terjadi, tetapi segera terjadi penambahan renin dan aldosteron yang mengaktifkan mekanik renin angiotensin.



2. Pengaruh latihan fisik terhadap tekanan darah.

Pengukuran tekanan darah setelah melakukan aktifitas, di istirahatkan selama 5-10 menit. Terjadi pengaruh perubahan dalam fungsi jantung dan sirkulasi saat kerja otot, sesaat sebelumnya, dimulai oleh rangsangan yang datang dari korteks cerebri dan diencefalon.

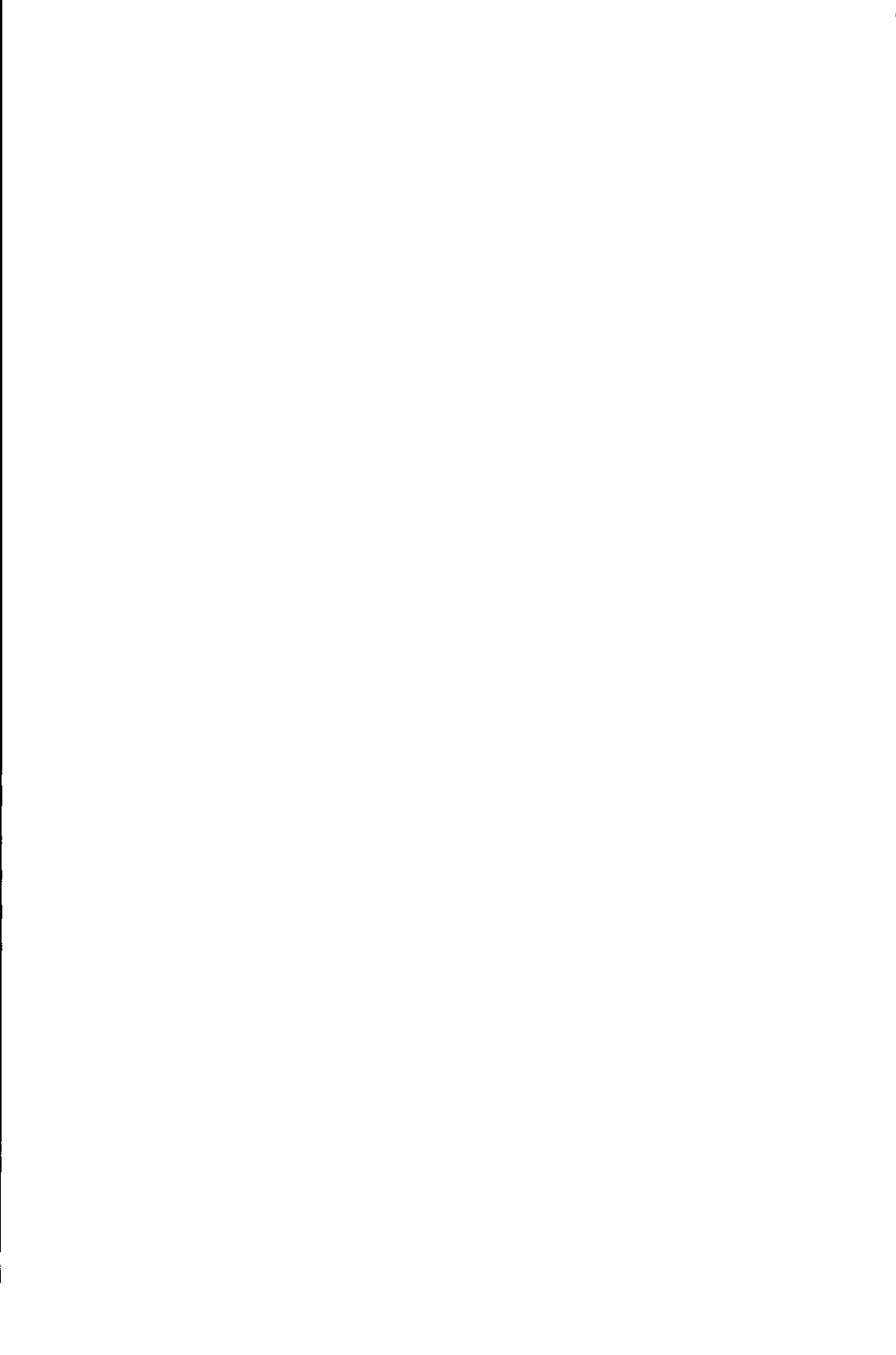
Otot-otot mendapat penambahan darah dari *cardiac output* antara lain disebabkan rangsang oleh saraf simpatis vasodilator yang cholinergic. Sebaliknya aktifitas dari saraf simpatis vasokonstriktor yang adrenergik, mengurangi darah ke kulit dan ke daerah splanchnic. Sebagai akibat redistribusi darah seperti ini, hanya sedikit terjadi pengurangan tekanan sistol pada permulaan kerja, pada saat itu terjadi vasodilatasi pembuluh darah otot.

Selain dari pada itu terjadi konstriksi vena yang menyimpan sejumlah besar darah, pemompaan darah kembali ke jantung oleh otot-otot yang berkontraksi, dan pernapasan yang dalam yang semuanya membantu mempermudah darah kembali ke jantung. Karena hambatan dari pengaruh vagus ditahan, sedangkan perangsangan simpatis bertambah, maka ini memperkuat dan mempercepat kontriksi jantung, sehingga jantung dapat memompakan darah yang bertambah banyak yang kembali dari vena tersebut. Peristiwa kompensasi sistem kardiovaskuler dalam keadaan kerja dapat berlangsung dalam 4 stadium, sebagai berikut:

1) Dalam keadaan istirahat;

- (1) Otot skelet menerima 15 % dari aliran darah.
- (2) Vasokonstriksi arteriol.

2) Denyut jantung rendah karena pengaruh saraf parasimpatis.



3) Ketika dimulai kerja:

- (1) Terjadi penambahan aktifitas simpatis.
- (2) Jantung terlepas dari inhibisi parasimpatis.
- (3) Jantung berdenyut lebih cepat dan dengan tenaga yang lebih kuat.
- (4) Dilatasi arteriol dalam otot.
- (5) Saraf simpatis vasokonstriktor yang adrenergik, bekerja terhadap pembuluh darah organ dalam rongga perut mengakibatkan pengurangan jumlah darah yang diperolehnya.
- (6) Vena menyempit oleh aktifitas saraf konstriktor.
- (7) Pernapasan bertambah.
- (8) *Venous return* meningkat dan *cardiac output* meningkat.

4) Dalam otot yang aktif:

- (1) Metabolisme bertambah.
- (2) Vasodilatasi arteriol dan kapiler.

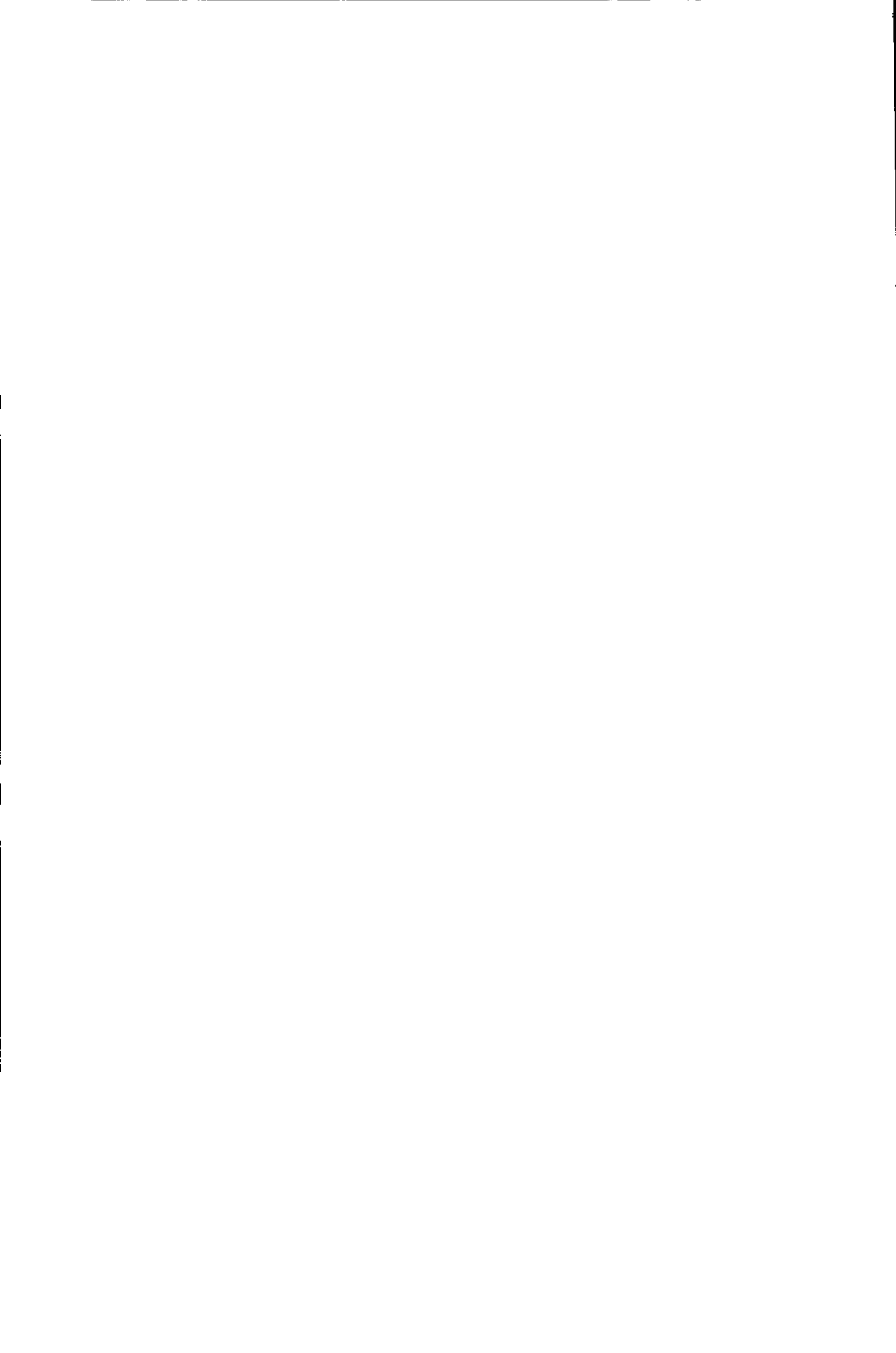
5) Suhu meningkat:

Panas yang berlebihan disalurkan ke pembuluh darah kulit (Petunjuk Praktikum Ilmu Faal, Fakultas kedokteran Universitas Airlangga, 2007).

2.4 Konsep Hipertensi.

2.4.1 Pengertian hipertensi.

Hipertensi adalah peningkatan tekanan systole, yang tingginya tergantung umur individu yang terkena. Tekanan darah berfluktuasi dalam batas – batas tertentu, tergantung posisi tubuh, umur dan tingkat stress. Hipertensi juga sering digolongkan sebagai ringan, sedang atau berat, berdasarkan diastole. Hipertensi



ringan apabila tekanan diastole 95 – 104 mmHg, hipertensi sedang apabila tekanan diastole 105 – 114 mmHg, hipertensi berat apabila tekanan diastole > 115 mmHg (Tamboyong, 2002).

Menurut Darmojo (2000) Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas : Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan / atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

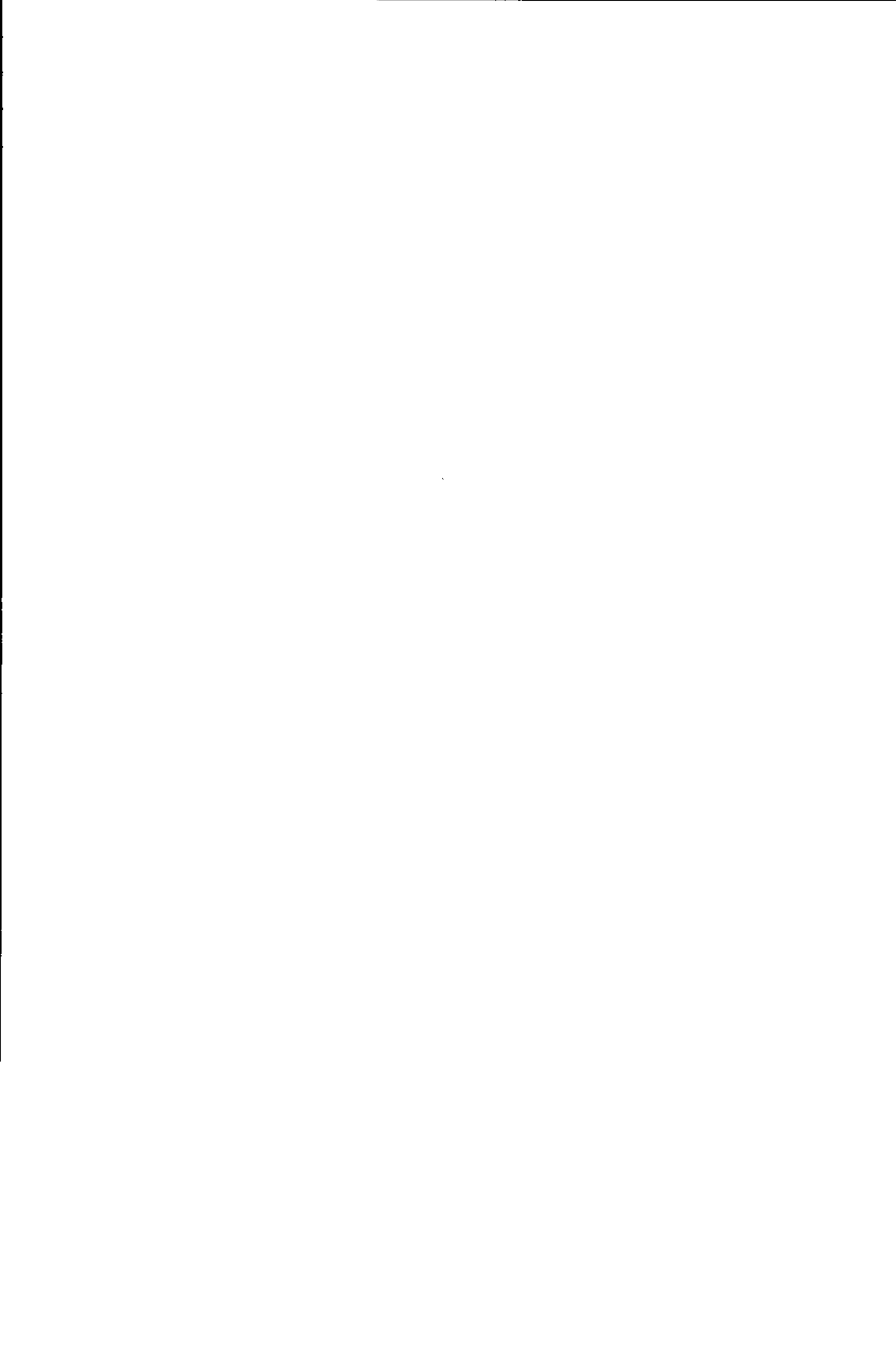
Tabel 2.1 : Klasifikasi Tekanan Darah Pada Orang Dewasa (Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 1993).

Kategori	Sistolik, mmHg	Diastolik, mmHg
Normal	<130 mmHg	<85 mmHg
Normal tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Hipertensi Stadium 1 (ringan)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Hipertensi Stadium 2 (sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Hipertensi Stadium 3 (berat)	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Hipertensi Stadium 4 (maligna)	≥ 210 mmHg	≥ 120 mmHg

2.4.2 Gejala hipertensi

Menurut Susalit (2001) gejala yang timbul dapat berbeda-beda bergantung pada tingginya tekanan darah, gejalanya dapat berupa: sakit kepala, epistaksis, pusing, dan migren meskipun tidak jarang yang tanpa gejala.

Pada survei hipertensi di Indonesia, tercatat berbagai keluhan yang dihubungkan dengan hipertensi. Pada penelitian A.Gani dan kawan-kawan di Sumatra selatan, pusing, cepat marah dan telinga berdenging merupakan gejala



yang sering dijumpai, selain gejala lain seperti mimisan, sukar tidur dan sesak napas. Penemuan ini tidak jauh berbeda dengan laporan Harmaji dan kawan-kawan, yang juga mendapatkan keluhan pusing, rasa berat di tengkuk, dan sukar tidur sebagai gejala yang paling sering dijumpai pada pasien hipertensi. Rasa mudah lelah dan cepat marah juga banyak dijumpai sedangkan mimisan jarang ditemukan. Sugiri dan kawan-kawan melaporkan bahwa rasa berat di tengkuk, sakit kepala, mata berkunang-kunang, dan sukar tidur merupakan gejala yang banyak dijumpai (Susalit, 2001).

2.4.3 Penyebab hipertensi.

Hipertensi primer atau esensial adalah hipertensi yang tidak/ belum diketahui penyebabnya (terdapat pada kurang lebih 90 % dari seluruh hipertensi) (Yogiantoror, 2006).

Sedangkan menurut Budiarta (2009) Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi.

Faktor-faktor yang sering menyebabkan hipertensi antara lain: faktor genetik, ciri perseorangan, gaya hidup, dan olahraga (Guyton, 1998).

1. Faktor Genetik (Keturunan)

Statistik Amerika menunjukkan bahwa seorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah hipertensi (Gunawan, 2001). Faktor genetik mempunyai kontribusi terhadap variasi tekanan darah berkisar antara 30-50 persen, keadaan ini dihubungkan dengan berbagai macam gen misalnya yang berhubungan dengan



sistem *rennin angiotension* dan ACE (*Angiotension Converting Enzim*) (Kaplan, 2002).

2. Ciri Perseorangan

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur, jenis kelamin, dan ras (Gunawan, 2001). Umur yang bertambah akan menyebabkan terjadinya kenaikan tekanan darah. Tekanan darah laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. Statistik di Amerika menunjukkan prevalensi hipertensi pada orang kulit hitam hampir dua kali lebih banyak dibandingkan dengan orang kulit putih (Gunawan, 2001).

3. Gaya Hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi, kegemukan, stress dan pengaruh lain (Gunawan, 2001). Faktor-faktor tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1) Konsumsi garam yang tinggi

Dari statistik Amerika menunjukkan bahwa hipertensi jarang diderita oleh suku bangsa atau penduduk dengan konsumsi garam yang rendah (Gunawan, 2001). Dunia kedokteran juga membuktikan bahwa pembatasan konsumsi garam dapat menurunkan tekanan darah, dan pengeluaran garam (natrium) oleh obat diuretic (pelancar kencing) akan menurunkan tekanan darah lebih lanjut (Gunawan, 2001).

2) Stress

Dalam keadaan stres, umumnya kerja jantung menjadi lebih cepat sehingga sirkulasi darah juga lebih cepat. Dalam kondisi demikian, darah akan meningkatkan kapasitasnya untuk sirkulasi oksigen dan zat makanan, di sisi



lain menurunkan kapasitas dan fungsi darah yang berhubungan dengan relaksasi (Setiadi, 2007).

3) Kegemukan (Obesitas)

Obesitas atau kegemukan terjadi pada saat badan menjadi gemuk (*obese*) yang disebabkan penumpukan *adipose* (*adipocytes*: jaringan lemak khusus yang disimpan tubuh) secara berlebihan (Goodman E, 2007). Dari penelitian kesehatan yang banyak dilaksanakan, terbukti bahwa ada hubungan antara kegemukan (obesitas) dan hipertensi. Mekanisme kegemukan menimbulkan hipertensi belum jelas, tetapi sudah terbukti penurunan berat badan dapat menurunkan tekanan darah (Gunawan, 2001).

4) Pengaruh lain

Pengaruh lain yang dapat menyebabkan naiknya tekanan darah adalah sebagai berikut:

- (1) Merokok, karena merangsang sistem adrenergik dan meningkatkan tekanan darah.
- (2) Minum alkohol
- (3) Minum obat-obatan, misalnya: Ephedrin, Prednison, Epinefrin (Gunawan, 2001).

Faktor gaya hidup yang tidak sehat misalnya konsumsi garam berlebihan, merokok, konsumsi alkohol dan kafein, kurang olah raga, obesitas dan stress.

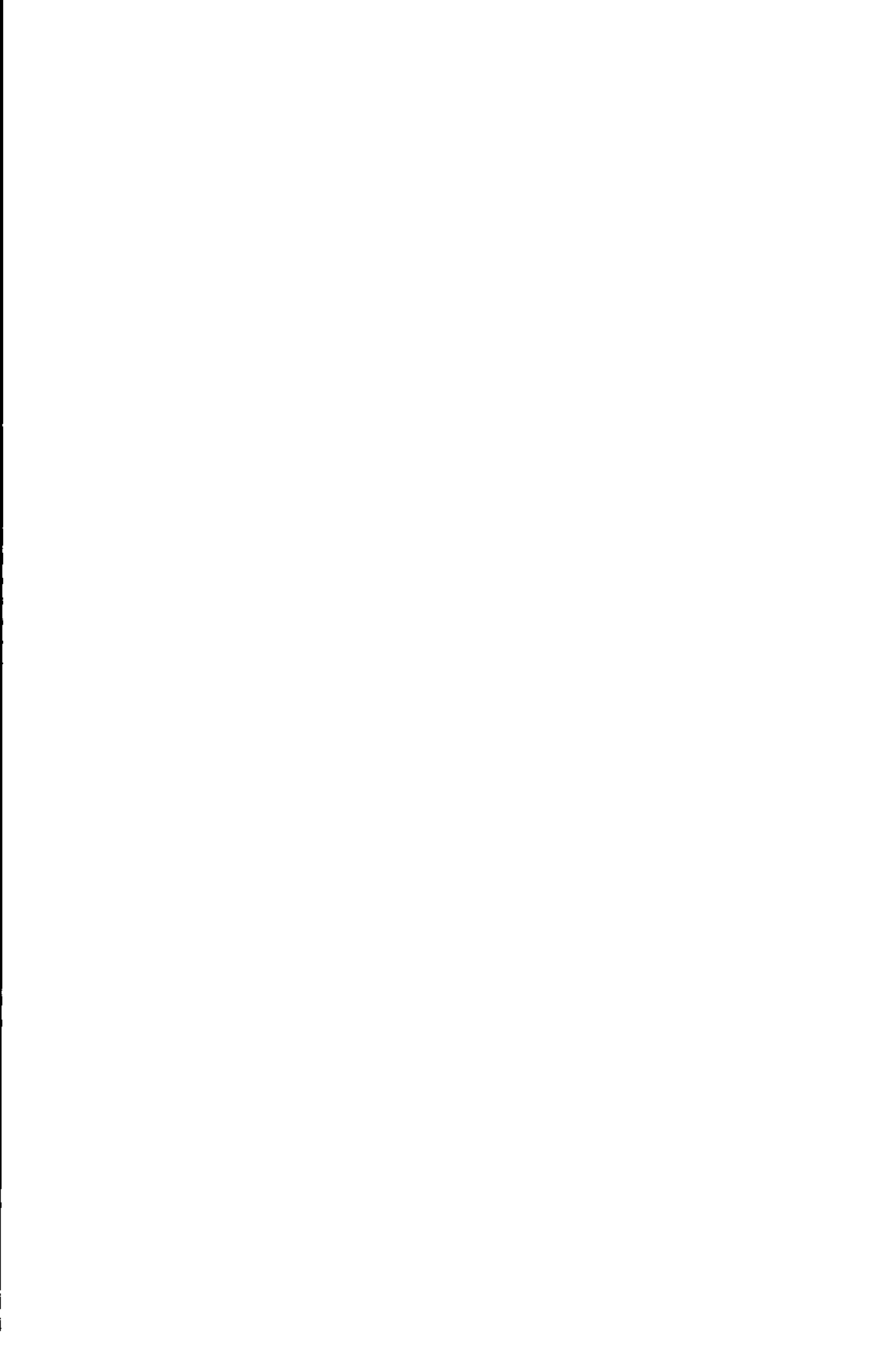
Baroreseptor merupakan reseptor regang pada dinding jantung dan pembuluh darah, impuls yang ditimbulkan pada baroreseptor merangsang pusat kardio inhibit, menimbulkan vasodilatasi, penurunan curah jantung, dan penurunan tekanan darah (Ganong, 1995).



2.4.4 Patogenesis hipertensi

Tekanan darah arteri adalah tekanan yang diukur pada dinding arteri dalam millimeter merkuri. Dua tekanan darah arteri yang biasanya diukur, tekanan darah sistolik (TDS) dan tekanan darah diastolik (TDD). TDS diperoleh selama kontraksi jantung dan TDD diperoleh setelah kontraksi sewaktu bilik jantung diisi. Banyak faktor yang mengontrol tekanan darah berkontribusi secara potensial dalam terbentuknya hipertensi. Faktor-faktor tersebut adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I-*converting enzim* (ACE). ACE memegang peranan fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi oleh hati. Selanjutnya oleh hormon renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi yang pertama adalah dengan menaikkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolaritas dan volume urin yang diekresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolaritasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya volume darah akan meningkat, yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Reaksi yang kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus



ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara menaikkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume darah (Gunawan L, 2001).

2.4.5 Penanganan Hipertensi

Pengobatan terhadap penderita hipertensi dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Pengobatan tanpa obat atau nonfarmakologi, antara lain dengan diet rendah garam, kolesterol dan lemak jenuh, peredaan stres emosional, berhenti merokok dan alcohol, serta latihan fisik secara teratur.

1) Diet rendah garam

Selama ini para peneliti menerapkan strategi *The Big Four* untuk mengatasi hipertensi, yaitu dengan mengurangi konsumsi garam, mempertahankan berat badan sehat, berolahraga, dan menjauhi minuman keras. Sekarang strategi itu bertambah satu, yaitu dengan menjalani diet DASH secara teratur (Aditama, 2007). Perubahan pola makan memang sangat penting untuk mengendalikan hipertensi. DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) merupakan diet pengendalian hipertensi yang direkomendasikan oleh (AHA) *American Heart Association* berdasarkan hasil penelitian ilmiah yang dikelola *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI). Prinsip utama dari diet DASH adalah menyajikan menu makan dengan gizi seimbang yang kaya akan pangan sumber kalium, kalsium, magnesium, serat makanan dari sayuran, buah, dan susu, serta membatasi lemak jenuh, kolesterol, garam, gula, kopi, dan minuman keras (Aditama, 2007).



Batasi mengkonsumsi makanan yang mengandung kadar garam atau natrium yang tinggi seperti: ikan asin, telur asin, camilan asin, serta makanan yang diawetkan dan mengandung zat monosodium glutamat. Konsumsi garam dapur yang dianjurkan tidak lebih dari 6gr/hari setara dengan satu sendok teh (Sari,2008).

Diet rendah garam terdiri dari tiga macam: 1) diet ringan (konsumsi garam 3,5-6gr/hari). 2) diet menengah (1,25-1,35gr/hari). 3) diet berat (kurang dari 1,25gr/hari) (Bagun,2000).

Menurut Shilen (2008) Secara sederhana tekanan darah dihasilkan dari curah jantung (jumlah darah yang dipompakan jantung setiap menit atau volume sekuncup dikalikan dengan denyut jantung tiap menit) dikalikan dengan tahanan pembuluh darah perifer. Asupan garam (natrium) mempengaruhi tekanan darah melalui kelebihan garam akan mengakibatkan retensi natrium sehingga meningkatkan volume darah balik yang akan mengakibatkan peningkatan volume sekuncup. Dengan demikian jelas bahwa peningkatan volume sekuncup, peningkatan denyut jantung dan peningkatan tahanan pembuluh darah perifer akibat dari konsumsi garam/natrium yang berlebihan akan mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

2) Suplemen potassium

Meskipun terdapat bukti bahwa dengan meningkatkan jumlah potasium dalam pola makan dapat menurunkan tekanan darah, tidak perlu mengkonsumsi suplemen yang berbentuk garam atau tablet potasium. Sebaliknya, harus meningkatkan jumlah potasium dalam pola makan

dengan makan lebih banyak buah-buahan dan sayuran segar, dan pada saat yang sama mengurangi garam dari makanan yang diproses.

3) Diet rendah lemak

Kadar lemak dalam darah dipengaruhi oleh asupan makanan dan sebagian besar hasil sintesa hati. Apabila jumlahnya berlebihan, lemak akan membahayakan tubuh karena memicu timbulnya penyakit. Agar lemak tidak memicu penyakit, kadarnya harus dikendalikan, yaitu dengan mengatur pola makan. Caranya yaitu dengan meningkatkan asupan makanan nabati dan mengganti lemak berbahaya dengan lemak sehat.

Ada dua jenis lemak di dalam makanan, yaitu lemak jenuh dan lemak tak jenuh. Lemak jenuh inilah yang menaikkan kadar kolesterol dan trigliserida. Sebaliknya, lemak tak jenuh bermanfaat menurunkan kadar kolesterol dalam darah. Sumber lemak jenuh banyak ditemukan pada makanan hewani seperti daging kambing, babi, kerbau, keju, susu. Lemak tak jenuh banyak terdapat di dalam makanan nabati, seperti kacang-kacangan dan biji-bijian. Tetapi beberapa bahan makanan nabati juga mengandung lemak tak jenuh seperti kelapa dan hasil olahannya. Pola makan rendah kolesterol dan lemak terbatas, dilakukan dengan meningkatkan asupan makanan nabati. Dengan demikian, asupan protein nabati meningkat sehingga menurunkan kadar kolesterol berlebihan. Di samping itu, apabila penderita hipertensi terlalu gemuk, kelebihan berat badannya akan menurun.

Di dalam penerapannya, diet rendah kolesterol dan lemak terbatas perlu memerhatikan hal-hal berikut.

1. Hindari mengonsumsi bahan makanan sumber lemak jenuh, seperti kelapa dan produk olahannya (minyak kelapa), lemak hewan, margarin, dan mentega.
2. Batasi konsumsi daging dan jeroan, seperti hati, limpa, dan ginjal.
3. Ganti susu penuh (full cream) dengan susu rendah lemak, misalnya susu skim.
4. Batasi konsumsi kuning telur. Di dalam seminggu, konsumsi kuning telur tidak boleh lebih dari tiga kali.
5. Tingkatkan konsumsi tahu, tempe, dan jenis kacang-kacangan lainnya.
6. Kurangi penggunaan gula dan makanan manis.
7. Perbanyak konsumsi sayuran dan buah-buahan.
8. Perhatikan kombinasi makanan yang dikonsumsi agar sesuai dengan kadar kolesterol darah (Sutomo, 2009).

Cara mengatur menu diet, sebelumnya menghitung dulu kebutuhan kalori kalori basal/KKB (kalori yang Anda butuhkan untuk kegiatan sehari-hari) dapat ditentukan dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{LAKI-LAKI} = 66 + (13.7 \times \text{BB}) + (5 \times \text{TB}) - (6.8 \times \text{U})$$

$$\text{WANITA} = 65.5 + (9.6 \times \text{BB}) + (1.7 \times \text{TB}) - (4.7 \times \text{U})$$

Keterangan:

BB = Berat Badan ideal (kg)

TB = Tinggi Badan (cm)

U = Umur (tahun)

Dengan perhitungan KKB seperti cara di atas, maka baik kelebihan maupun kekurangan berat badan dapat diatasi dengan mengkonsumsi makanan sesuai dengan kebutuhan kalorinya untuk berat badan yang ideal. Selain itu, di Indonesia juga sering digunakan perhitungan kebutuhan Kalori Basal yang lebih simpel, yaitu:

$KKB = 40 \times (TB - 100)$, Dengan faktor koreksi:

Stress ringan (1) : $1.3 \times KKB$

Stress sedang (2) : $1.5 \times KKB$

Stress berat (3) : $2.0 \times KKB$

Sementara itu, ada 2 cara sederhana menghitung berat badan ideal:

Cara 1:

$BB \text{ ideal} = (TB - 100) - (0.1 \times (TB - 100))$

Cara 2:

Menggunakan Body Mass Index(BMI)/Indeks Massa Tubuh (IMT)

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{TB(m) \times TB(m)}$$

IMT ideal pada pria dan wanita:

Wanita

13-17 : dibawah ideal (terlalu kurus/anoreksia)

19-24 : IDEAL

26-31 : Obesitas (kegemukan)

Pria

14-18 : dibawah ideal

20-25 : IDEAL

28-33 : Obesitas

MENYUSUN MENU DIET

Setelah mengetahui kebutuhan kalori, selanjutnya mulai menyusun menu diet sesuai proporsi zat-zat makanan yang seimbang, yaitu:

- Karbohidrat 60-75%
- Protein 10-15%
- Lemak 10-25%

Kalau sudah menghitung berapa jumlah kalori ideal, dapat menghitung jumlah masing-masing kalori untuk karbohidrat, protein, dan lemak berdasarkan persentase di atas.

Kemudian, jumlah kalori yang di dapatkan per jenis zat dapat dibagi lagi menjadi beberapa jenis makanan. Misalnya, untuk karbohidrat dapat diperoleh dengan mengkonsumsi nasi, kentang, makaroni, ataupun roti.

Yang menyenangkan, setiap jenis makanan tersebut dapat diganti menjadi makanan lain dengan satuan penukar, sehingga tidak bosan memakan jenis makanan yang itu-itu saja. Bahan makanan pada tiap golongan bernilai gizi hampir sama, oleh karena itu satu sama lain dapat saling menukar dan disebut satuan penukar.

Berikut adalah contoh beberapa daftar satuan penukar yang digunakan.

GOLONGAN I

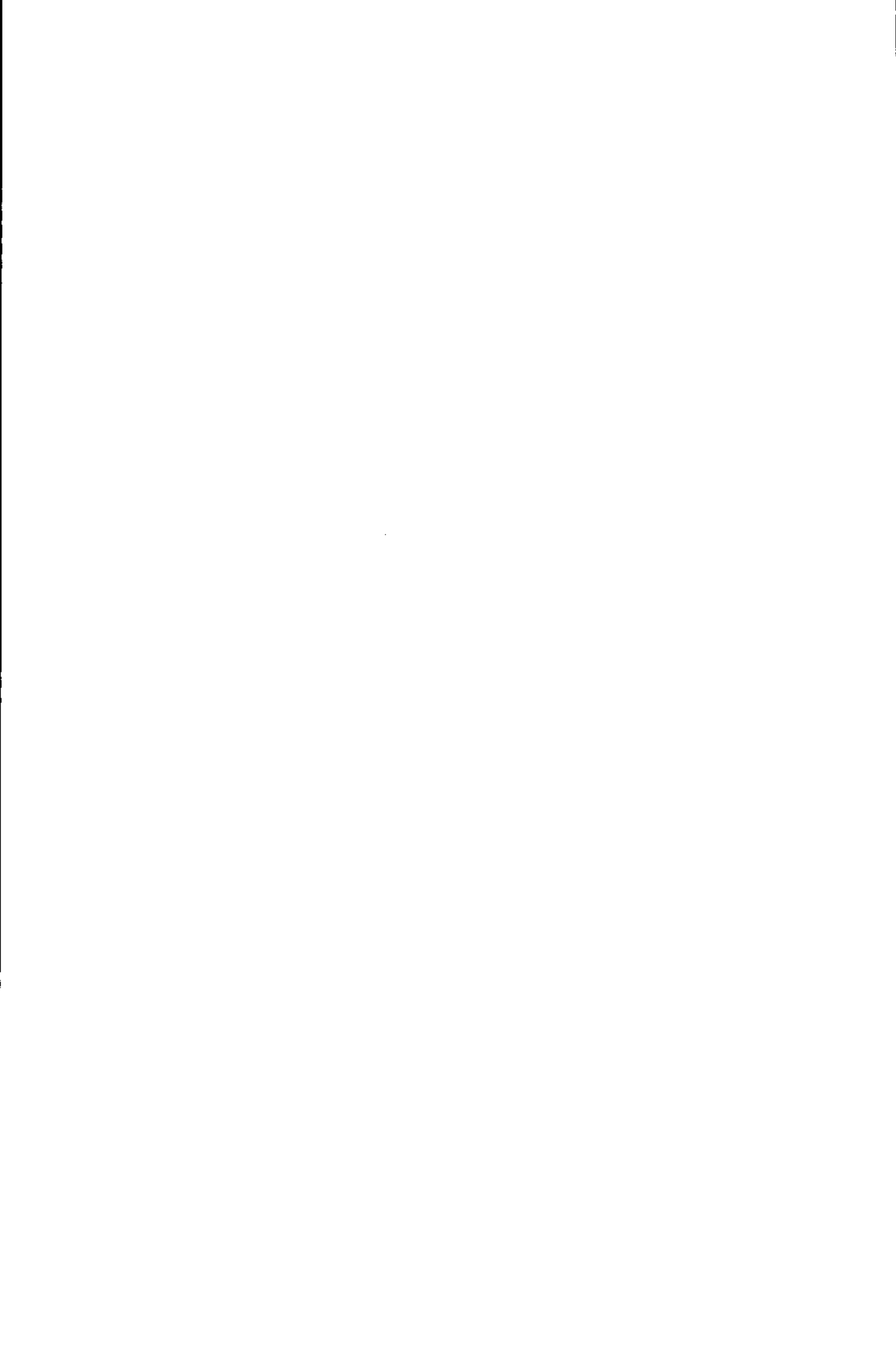
Sumber Karbohidrat

1 satuan penukar = 175 kalori, 4 g protein, 40 g karbohidrat.

Bahan Makanan Ukuran Rumah Tangga Berat (g)

Nasi 1 gelas 200

Roti putih 3 potong kecil 70



Singkong 1 potong 120

Kentang 2 buah sedang 210

Makaroni $\frac{1}{2}$ gelas 50

GOLONGAN II

Sumber Protein Hewani

1. Rendah Lemak

1 satuan penukar = 50 kalori, 7 g protein, 2 g lemak.

Bahan Makanan Ukuran Rumah Tangga Berat (g)

Ikan 1 potong sedang 40

Ayam tanpa kulit 1 potong sedang 40

Udang segar 5 ekor sedang 35

2. Lemak Sedang

1 satuan penukar = 75 kalori, 7 g protein, 5 g lemak.

Bahan Makanan Ukuran Rumah Tangga Berat (g)

Bakso 10 biji sedang 170

Daging kambing 1 potong sedang 40

Daging sapi 1 potong sedang 35

Telur ayam 1 butir 55

3. Tinggi Lemak

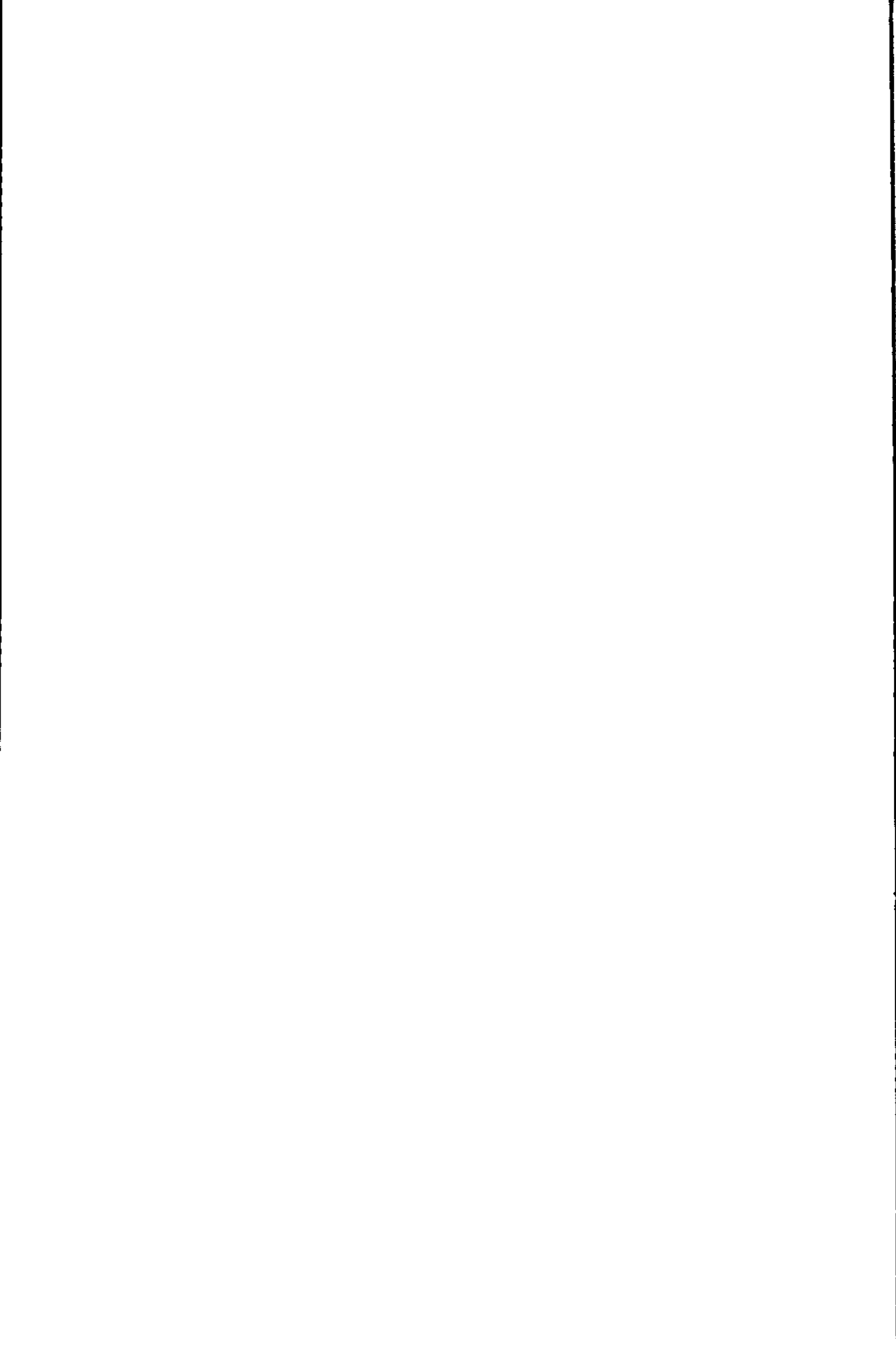
1 satuan penukar = 150 kalori, 7 g protein, 3 g lemak.

Bahan Makanan Ukuran Rumah Tangga Berat (g)

Ayam dengan kulit 1 potong sedang 55

Bebek 1 potong sedang 45

Sosis $\frac{1}{2}$ potong sedang 50



Daging babi 1 potong sedang 50

Kuning telur ayam 4 butir 45

GOLONGAN III

Sumber Protein Nabati

1 satuan penukar = 75 kalori, 5 g protein, 3 g lemak, 7 g karbohidrat.

Bahan Makanan Ukuran Rumah Tangga Berat (g)

Kacang hijau 2 sendok makan 20

Kacang kedelai 2 ½ sendok makan 25

Tahu 1 biji besar 110

Tempe 2 potong sedang 50

Kacang tanah 2 sendok makan 15 (Kusuma, 2009).

4) Pengendalian berat badan

Untuk setiap kilogram berat badan anda yang hilang maka tekanan darah akan turun sekitar satu mmHg. Jadi, jika tekanan darah hanya sedikit meningkat, dapat kembali normal jika mengurangi sedikit berat badan. Namun, hal ini tidak mudah dilakukan kecuali mendapatkan anjuran yang tepat dan memiliki motivasi yang kuat, selain mengurangi penggunaan garam dalam makanan.

5) Pengendalian minum mengandung alcohol

Alkohol mempunyai pengaruh terhadap tekanan darah, dan secara keseluruhan semakin banyak alkohol yang diminum akan semakin meningkatkan tekanan darah. Peminum berat atau alkoholik sangat berisiko meningkatkan tekanan darah dan juga memiliki kecenderungan kuat untuk mengalami stroke. Minum lebih dari empat kali per hari akan



mengakibatkan risiko hipertensi dan stroke, juga berdampak merusak pada organ hati, sistem saraf dan kualitas hidup.

6) **Konseling stres**

Dalam keadaan stres, umumnya kerja jantung menjadi lebih cepat sehingga sirkulasi darah juga lebih cepat. Dalam kondisi demikian, darah akan meningkatkan kapasitasnya untuk sirkulasi oksigen dan zat makanan, di sisi lain menurunkan kapasitas dan fungsi darah yang berhubungan dengan relaksasi (Setiadi, 2007).

Hal ini berkaitan dengan stres kronik yang dapat meningkatkan tekanan darah. Namun, banyak orang menderita hipertensi mengalami stres berat oleh berbagai alasan, seperti masalah pribadi, kecemasan dalam pekerjaan, atau perkembangan keadaan cemas yang tidak jelas penyebabnya. Jika hal ini terjadi, konseling stres dan dalam kasus-kasus yang berat, pengobatan psikiatrik dapat membantu mengurangi stres, sehingga tekanan darah menurun pada saat yang sama. Banyak terapi yang digunakan seperti relaksasi, yoga, biofeedback, atau teknik serupa lainnya.

7) **Olah raga teratur**

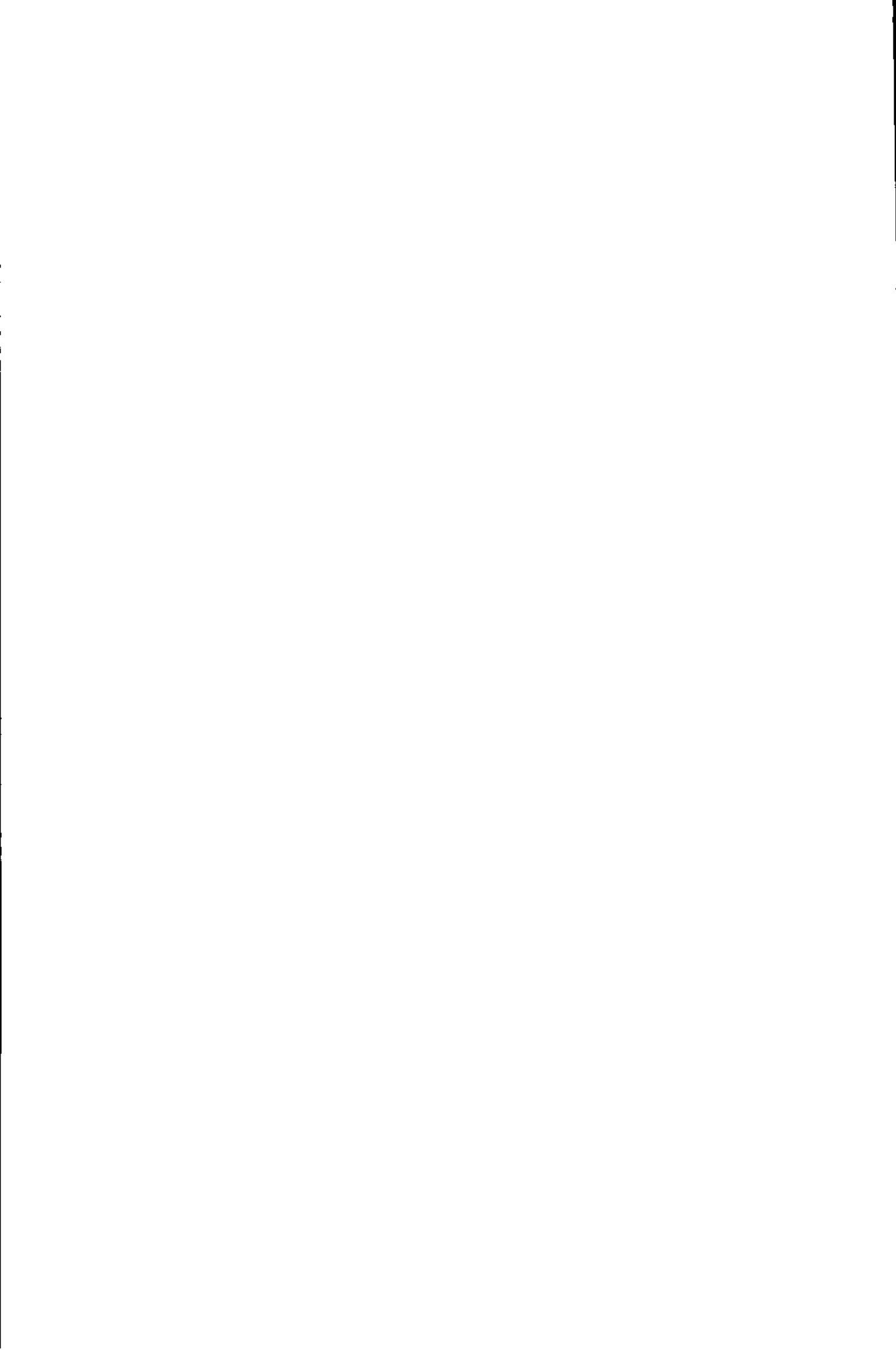
Menurut penelitian, olah raga teratur dapat menyerap atau menghilangkan endapan kolesterol pada pembuluh nadi (Gunawan, 2001).

Hal yang perlu diperhatikan lansia dalam beraktivitas :

(1) **Lansia harus membatasi aktivitas**

jangan jalan jauh, mendengarkan musik, duduk santai sambil menonton televisi. Jangan hanya membiarkan lansia hanya untuk tidur dan makan

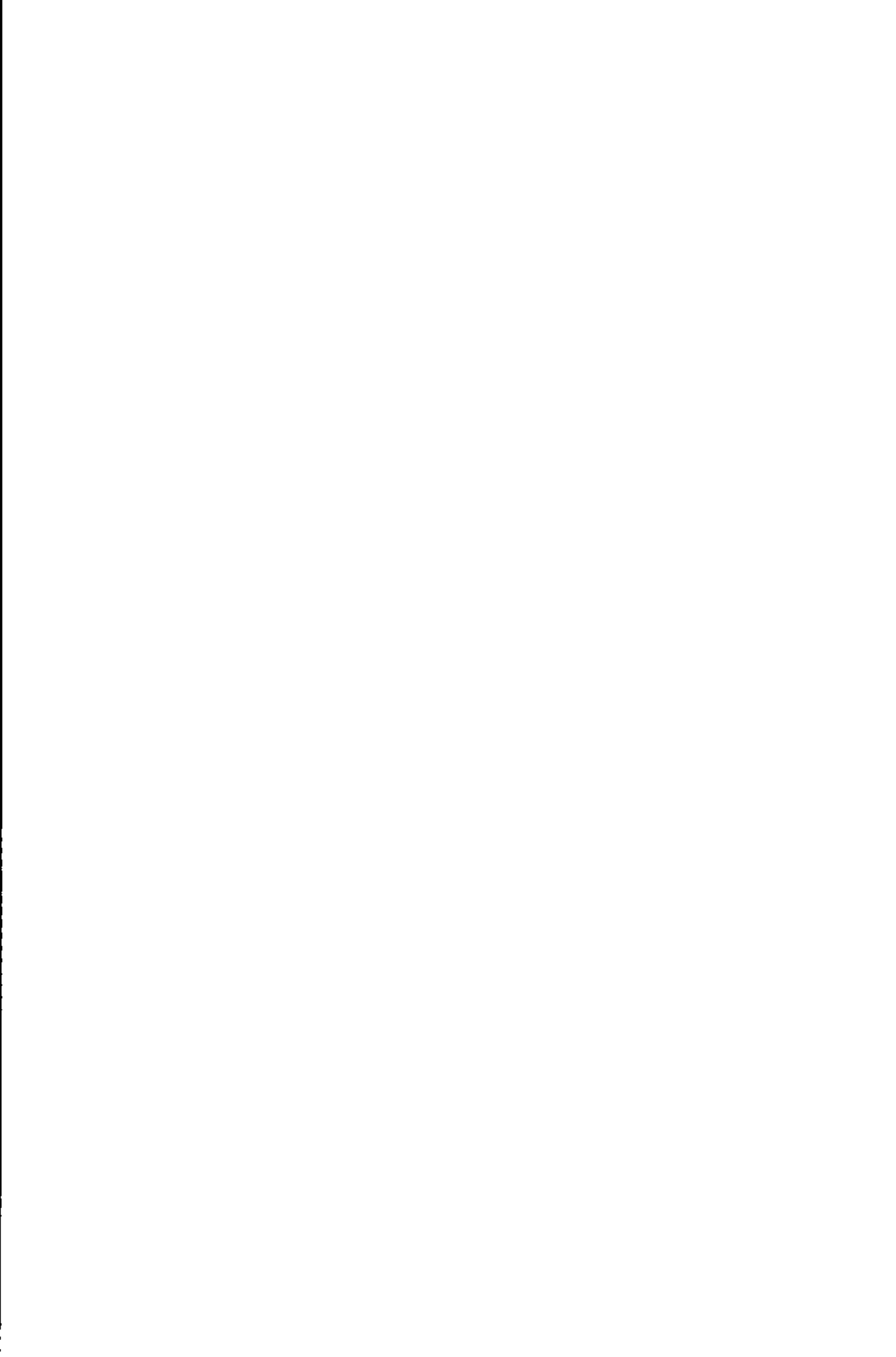
(2) **Dalam melakukan latihan fisik harus teratur**



Prinsip dasar olahraga untuk lansia: 1) pemanasan harus lebih lama 10-15 menit gerakan santai dengan kekuatan atau berat yang ringan. 2) latihan otot 15-20 menit dilakukan dengan beban ringan/ tanpa beban. 3) latihan aerobik 50-60 menit misalnya jalan kaki 30 km/jam atau jogging (jalan cepat). 4) pendinginan 10-15 menit. (Santoso dan Ismail, 2009).

Jenis olahraga yang efektif menurunkan tekanan darah adalah olahraga aerobik dengan intensitas sedang. Salah satu contohnya, jalan kaki cepat. Frekuensi latihannya 3 – 5 kali seminggu, dengan lama latihan 20-60 menit sekali latihan. Latihan olahraga bisa menurunkan tekanan darah karena latihan itu dapat merilekskan pembuluh-pembuluh darah. Lama-kelamaan, latihan olahraga dapat melemaskan pembuluh-pembuluh darah, sehingga tekanan darah menurun, sama halnya dengan melebarnya pipa air akan menurunkan tekanan air. Latihan olahraga juga dapat menyebabkan aktivitas saraf, reseptor hormon, dan produksi hormon-hormon tertentu menurun.

Bagi penderita hipertensi latihan olahraga tetap cukup aman. Hanya saja ada sedikit catatan. Penderita tekanan darah tinggi berat, misalnya dengan tekanan darah sistolik lebih tinggi dari 180 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik lebih tinggi dari 110 mmHg, sebaiknya tetap menggunakan obat-obatan penurun tekanan darah dari dokter sebelum memulai program penurunan tekanan darah dengan latihan olahraga (Marssy, 2007).



Sedangkan Menurut Nora (2006), olahraga secara teratur idealnya dilakukan tiga hingga lima kali seminggu, minimal 30 menit setiap sesi, dengan intensitas sedang dan Jenis olahraga yang dianjurkan bagi penderita hipertensi adalah olahraga yang sifatnya ringan seperti jalan kaki jogging, bersepeda, dan berenang.

2. Pengobatan dengan menggunakan obat antihipertensi. Terdapat banyak jenis obat antihipertensi yang beredar saat ini. Untuk pemilihan obat antihipertensi yang tepat, sebaiknya langsung menghubungi dokter. (info-sehat.com, 2006).

Jenis obat anti hipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut :

- 1) Diuretika

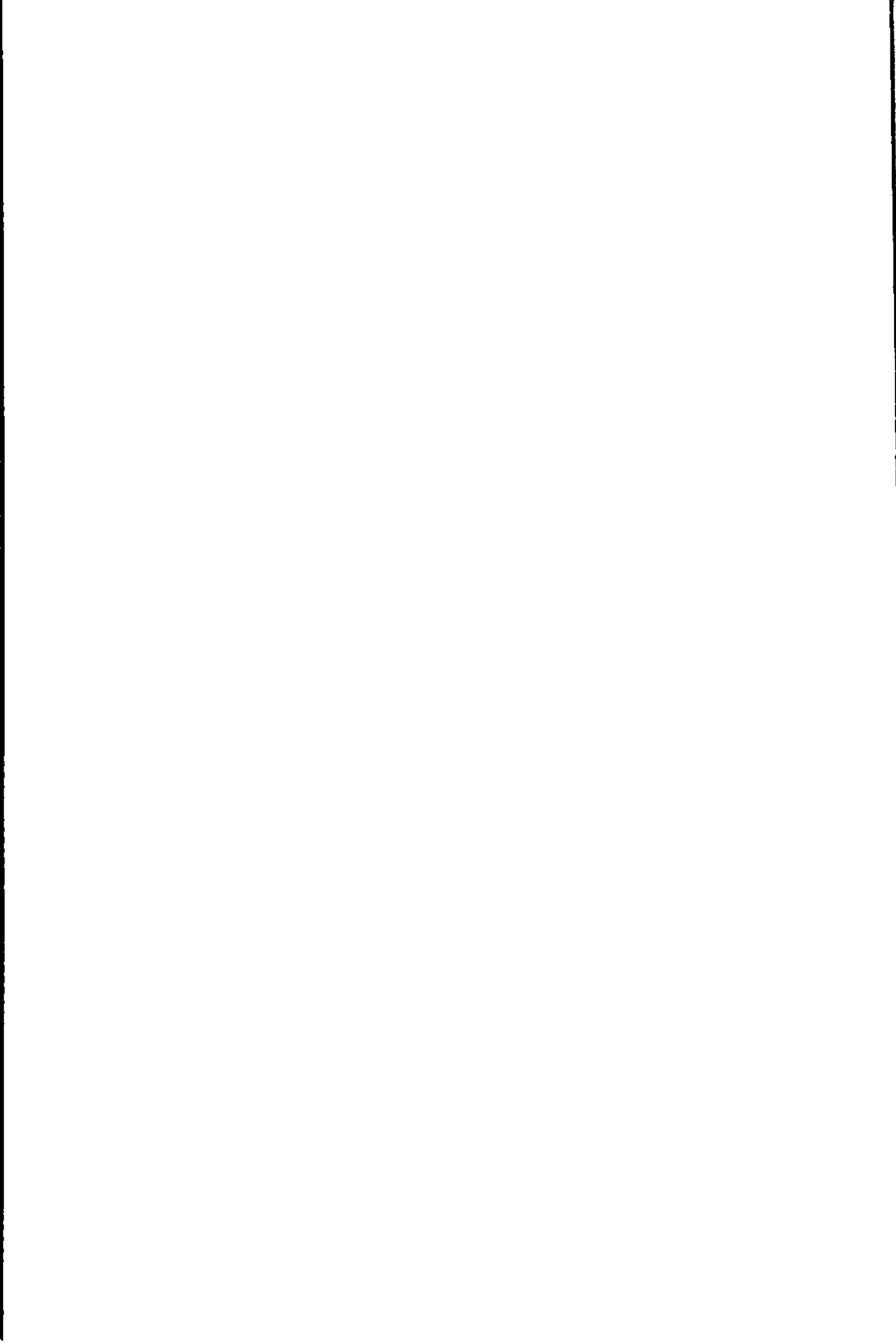
Diuretika adalah obat yang memperbanyak kencing, mempertinggi pengeluaran garam (NaCl). Dengan turunnya kadar Na, maka tekanan darah akan turun, dan efek hipotensifnya kurang kuat. Obat yang banyak beredar adalah Spironolactone, HCT, Chlortalidone, dan Indopanide.

- 2) Alfa-blocker

Alfa-blocker adalah obat yang dapat memblokir reseptor alfa dan menyebabkan vasodilatasi perifer serta turunnya tekanan darah. Obat yang termasuk dalam jenis Alfa-blocker adalah Prazosin dan Terazoin.

- 3) Beta-blocker

Mekanisme kerja obat Beta-blocker belum diketahui dengan pasti. Diduga kerjanya berdasarkan beta blokase pada jantung sehingga mengurangi daya dan frekuensi kontraksi jantung. Obat yang sering digunakan adalah Nolol, Atenolol, Pindolol, dan sebagainya.



4) Obat yang Bekerja Sentral

Obat yang bekerja sentral dapat mengurangi pelepasan noradrenalin sehingga menurunkan aktivitas saraf adrenergik perifer dan turunya tekanan darah. Obat yang termasuk dalam jenis ini adalah Clonidine, Guanfacine, dan Metildopa.

5) Vasodilator

Obat vasodilator dapat langsung mengembangkan dinding arteriole sehingga daya tahan pembuluh perifer berkurang dan tekanan darah menurun. Obat yang termasuk jenis vasodilator adalah Hidralazine dan Ecarazine.

6) Antagonis Kalsium

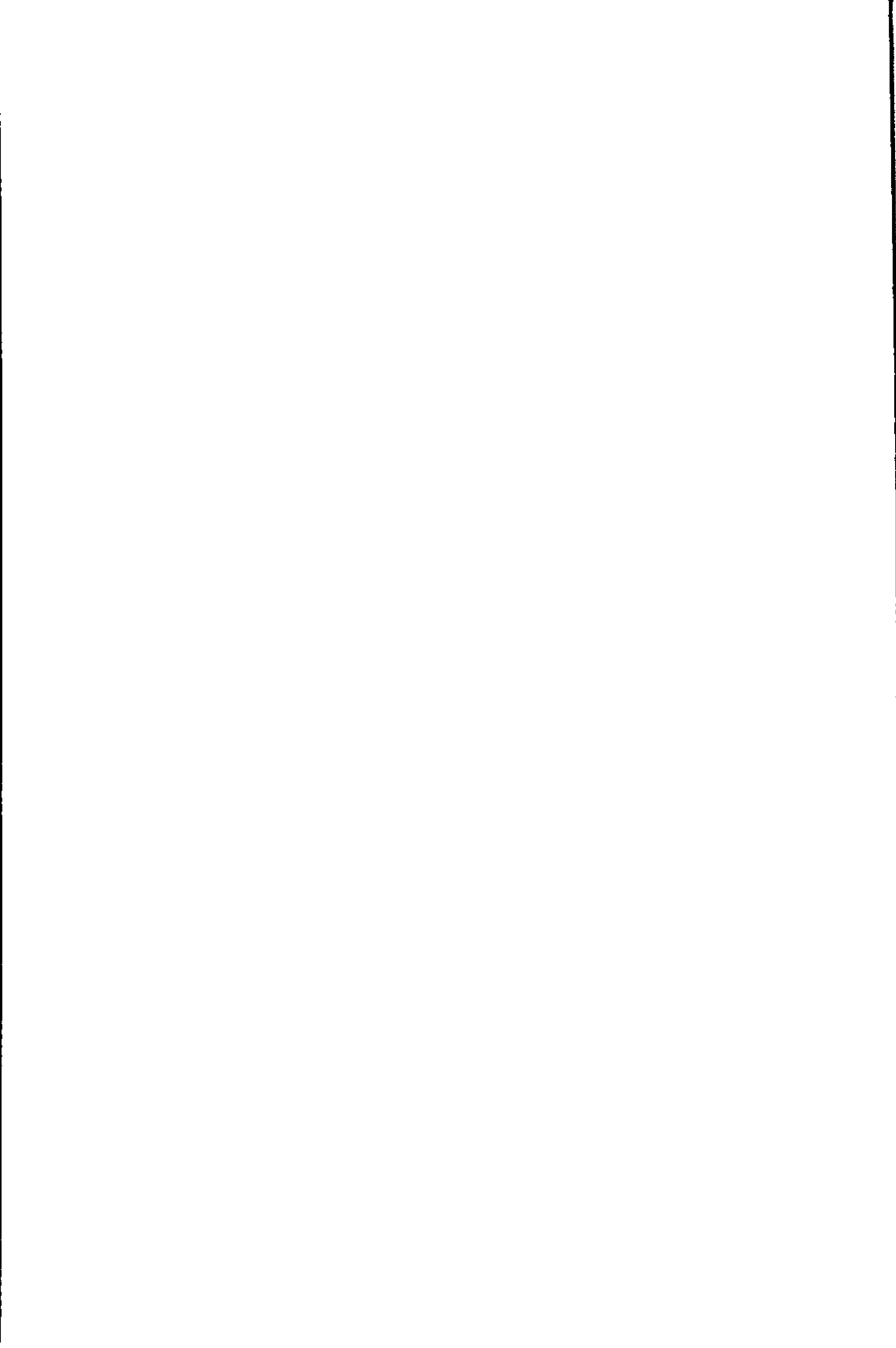
Mekanisme obat Antagonis Kalsium adalah menghambat pemasukan ion kalsium kedalam sel otot polos pembuluh dengan efek vasodilatasi dan turunya tekanan darah. Obat jenis Antagonis Kalsium adalah Nifedipin dan Verapamil.

7) Penghambat ACE

Obat penghambat ACE ini menurunkan tekanan darah dengan cara menghambat *Angiotensin Converting Enzyme* yang berdaya vaso konstriksi kuat. Obat jenis penghambat ACE yang digunakan adalah Captopril (Capoten) dan Enalapril (Gunawan L, 2001).

2.4.6 Evaluasi hipertensi

Berdasarkan Yogiantoro (2006) Evaluasi pada pasien hipertensi bertujuan untuk: 1) menilai pola hidup dan identifikasi faktor-faktor risiko kardiovaskuler lainnya atau menilai adanya penyakit penyerta yang mempengaruhi prognosis

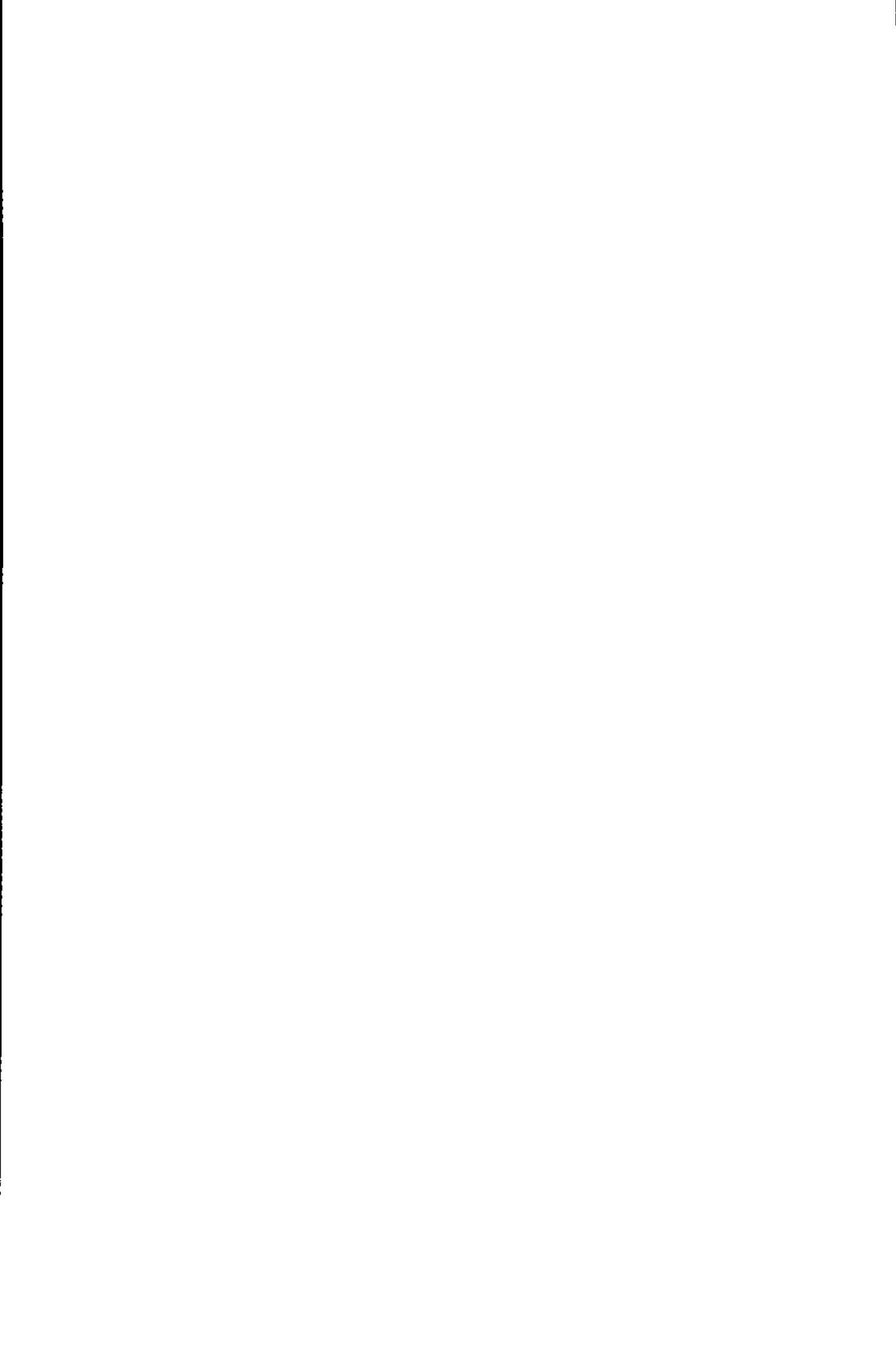


dan menentukan pengobatan. 2) mencari penyebab kenaikan tekanan darah. 3) menentukan ada tidaknya kerusakan target organ dan penyakit kardiovaskular.

Evaluasi pasien hipertensi adalah dengan menggunakan anamnesis tentang keluhan pasien, riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.

Anamnesis meliputi:

1. Lama menderita hipertensi dan derajat tekanan darah
2. Indikasi adanya hipertensi sekunder
 - 1) Keluarga dengan riwayat penyakit ginjal (ginjal polikistik)
 - 2) Adanya penyakit ginjal, infeksi saluran kemih, hematuri, pemakaian obat-obatan analgesik dan obat/bahan lain
 - 3) Episode berkeringat, sakit kepala, kecemasan, palpitasi (feokromositoma)
 - 4) Episode lemah otot dan tetani (aldosteronisme)
3. Faktor-faktor resiko
 - 1) Riwayat hipertensi atau kardiovaskuler pada pasien atau keluarga pasien
 - 2) Riwayat hiperlidemia pada pasien atau keluarganya
 - 3) Riwayat diabetes melitus pada pasien atau keluarganya
 - 4) Kebiasaan merokok
 - 5) Pola makan
 - 6) Kegemukan, intensitas olah raga
 - 7) Kepribadian
4. Gejala kerusakan organ



- 1) Otak dan mata: sakit kepala, vertigo, gangguan penglihatan, transient ischeemic attacks, defisit sensoris atau motoris
- 2) Jantung: palpitasi, nyeri dada, sesak, bengkak kaki
- 3) Ginjal: haus, poliuria, nokturia, hematuri
- 4) Arteri perifer: ekstremitas dingin, klaudikasio intermiten
5. Pengobatan antihipertensi sebelumnya
6. Faktor-faktor pribadi, keluarga dan lingkungan

2.5 Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Regulasi Tekanan Darah

Pada kunjungan rumah petugas kesehatan melakukan suatu pendidikan kesehatan meliputi pengertian hipertensi, gejala hipertensi, penyebab hipertensi dan penanganan hipertensi. Setelah klien tahu tentang masalah kesehatan yang terjadi maka diharapkan terjadi suatu perubahan perilaku. Pada penelitian ini dimana responden merupakan lansia yang mengalami hipertensi primer dan peneliti memberi suatu pendidikan kesehatan tentang hipertensi meliputi: pengertian hipertensi, gejala hipertensi, penyebab hipertensi dan penanganan hipertensi (latihan fisik, manajemen diet dan konseling stres). Pada penyuluhan tentang hipertensi maka pengetahuan pasien akan meningkat, dari pengetahuan yang meningkat akan meningkatkan pula perilaku dalam hidup sehat, dan diperoleh regulasi tekanan darah. Sedangkan pada latihan fisik dapat merilekskan pembuluh-pembuluh darah, lama-kelamaan sehingga tekanan darah menurun, sama halnya dengan melebarnya pipa air akan menurunkan tekanan air. Latihan olahraga juga dapat menyebabkan aktivitas saraf, reseptor hormon, dan produksi hormon-hormon tertentu menurun (Marssy, 2007). Pada manajemen diet rendah



garam dimana kelebihan garam akan mengakibatkan retensi natrium sehingga meningkatkan volume darah balik yang akan mengakibatkan peningkatan volume sekuncup. Diet rendah garam digunakan untuk mengatasi efek negative dari garam terhadap peningkatan tekanan darah seperti yang telah dijelaskan di atas. Sedangkan pada diet rendah lemak, pada kadar lemak dalam darah dipengaruhi oleh asupan makanan dan sebagian besar hasil sintesa hati. Apabila jumlahnya berlebihan, lemak akan membahayakan tubuh karena memicu timbulnya penyakit. Agar lemak tidak memicu penyakit, kadarnya harus dikendalikan, yaitu dengan mengatur pola makan. Caranya yaitu dengan meningkatkan asupan makanan nabati dan mengganti lemak berbahaya dengan lemak sehat. Pola makan rendah kolesterol dan lemak terbatas, dilakukan dengan meningkatkan asupan makanan nabati. Dengan demikian, asupan protein nabati meningkat sehingga menurunkan kadar kolesterol berlebihan. Pada konseling stres diberikan kepada lansia yang mengalami stress. Dalam keadaan stres, umumnya kerja jantung menjadi lebih cepat sehingga sirkulasi darah juga lebih cepat. Dalam kondisi demikian, darah akan meningkatkan kapasitasnya untuk sirkulasi oksigen dan zat makanan, di sisi lain menurunkan kapasitas dan fungsi darah yang berhubungan dengan relaksasi (Setiadi, 2007).





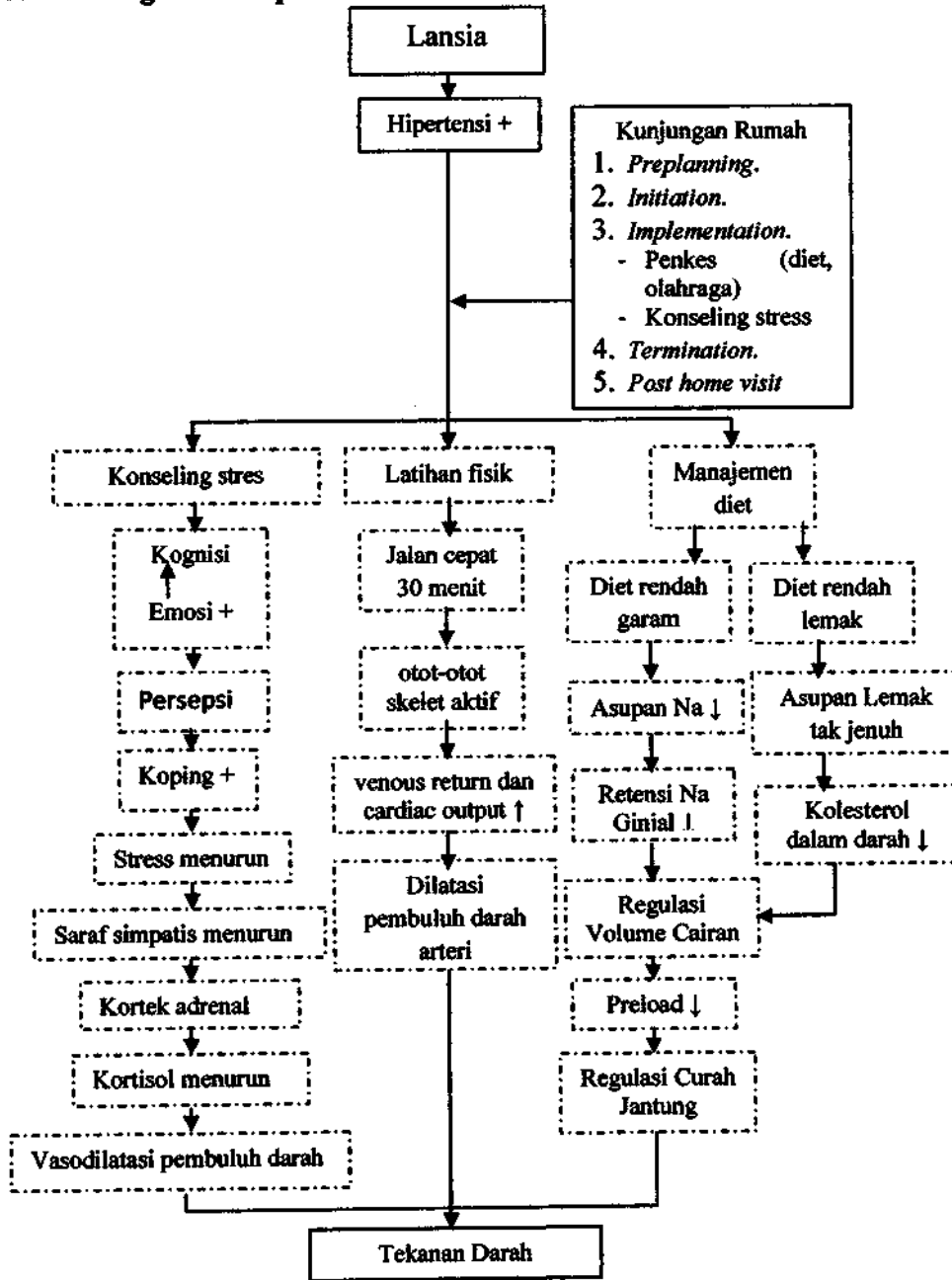
BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual

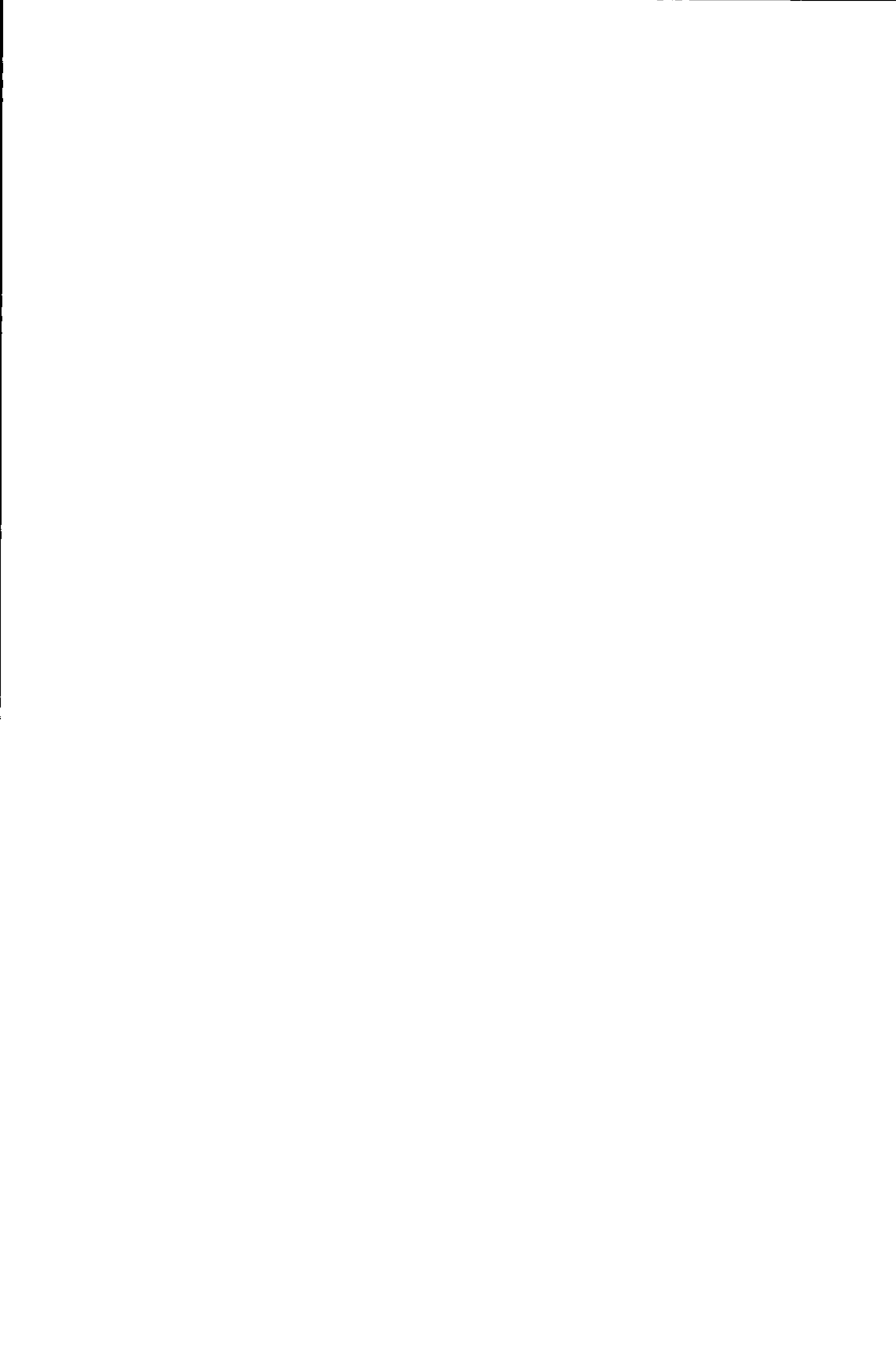


Keterangan :

□ : diukur

□ : tidak diukur

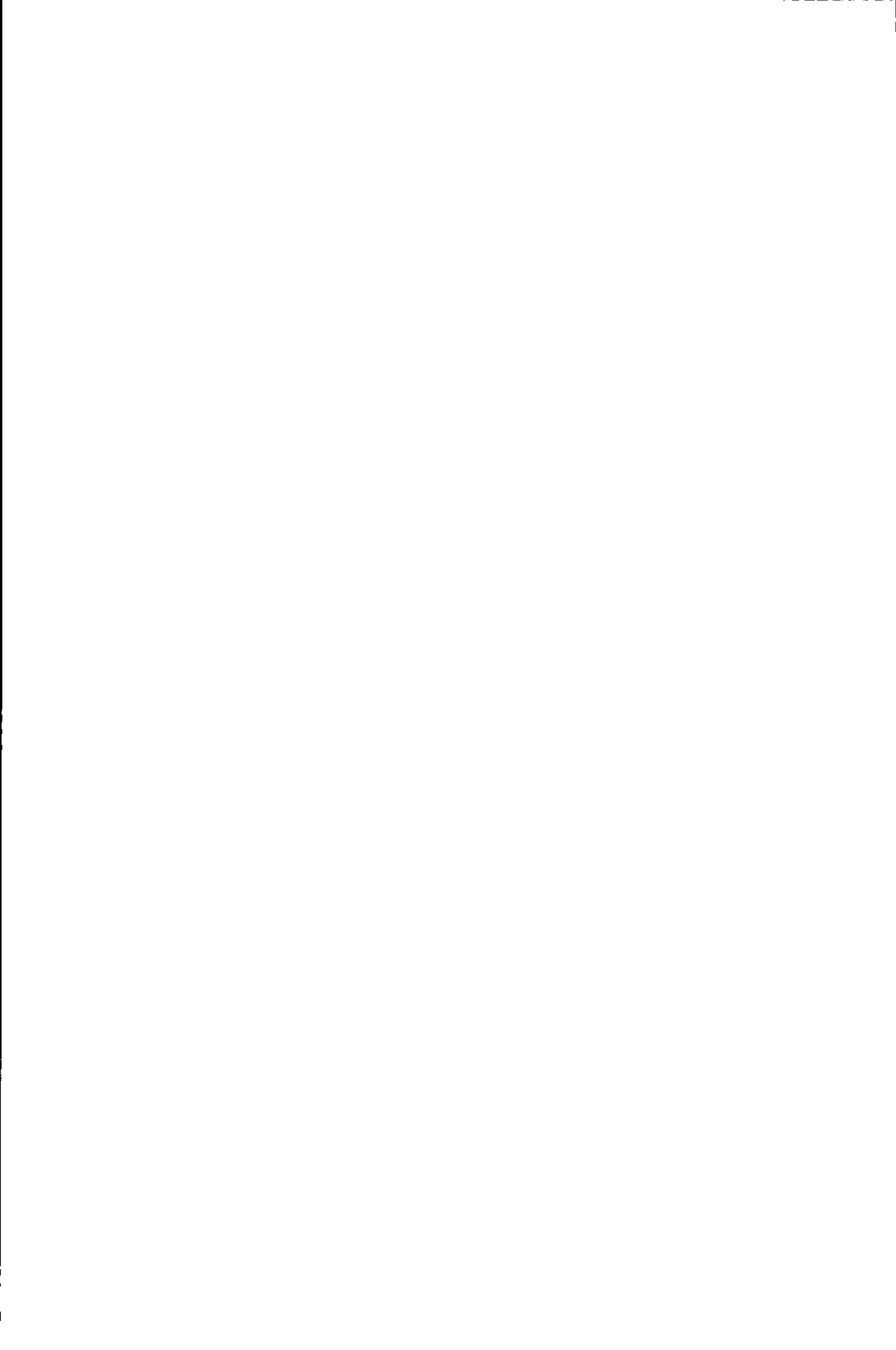
Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer di Dukuh Soko Desa Bungal Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.



Menurut Darmojo (2000) Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas : Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg. Menurut Tamboyong (2002) hipertensi adalah peningkatan tekanan systole, yang tingginya tergantung umur individu yang terkena. Tekanan darah berfluktuasi dalam batas-batas tertentu, tergantung posisi tubuh, umur dan tingkat stress. Hipertensi juga sering digolongkan sebagai ringan, sedang atau berat, berdasarkan diastole. Hipertensi ringan apabila tekanan diastole 90 - 99 mmHg, hipertensi sedang apabila tekanan diastole 100 - 109 mmHg, hipertensi berat apabila tekanan diastole 110-119 mmHg. Sedangkan menurut Darmojo (2000) hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas: hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg. Untuk mencegah terjadinya masalah pada kesehatan lansia dapat dilakukan dengan cara kunjungan rumah. Kunjungan rumah merupakan interaksi yang dilakukan dirumah untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan individu atau keluarga termasuk pada keluarga dengan penyakit terminal (Bukit, 2010). Kunjungan rumah dilakukan dengan tahapan *preplanning, initiation, implementation, termination, dan post home visit*. Pada kunjungan rumah bertujuan untuk diperolehnya data yang lebih lengkap dan akurat berkenaan dengan masalah klien serta digalangnya komitmen orangtua atau



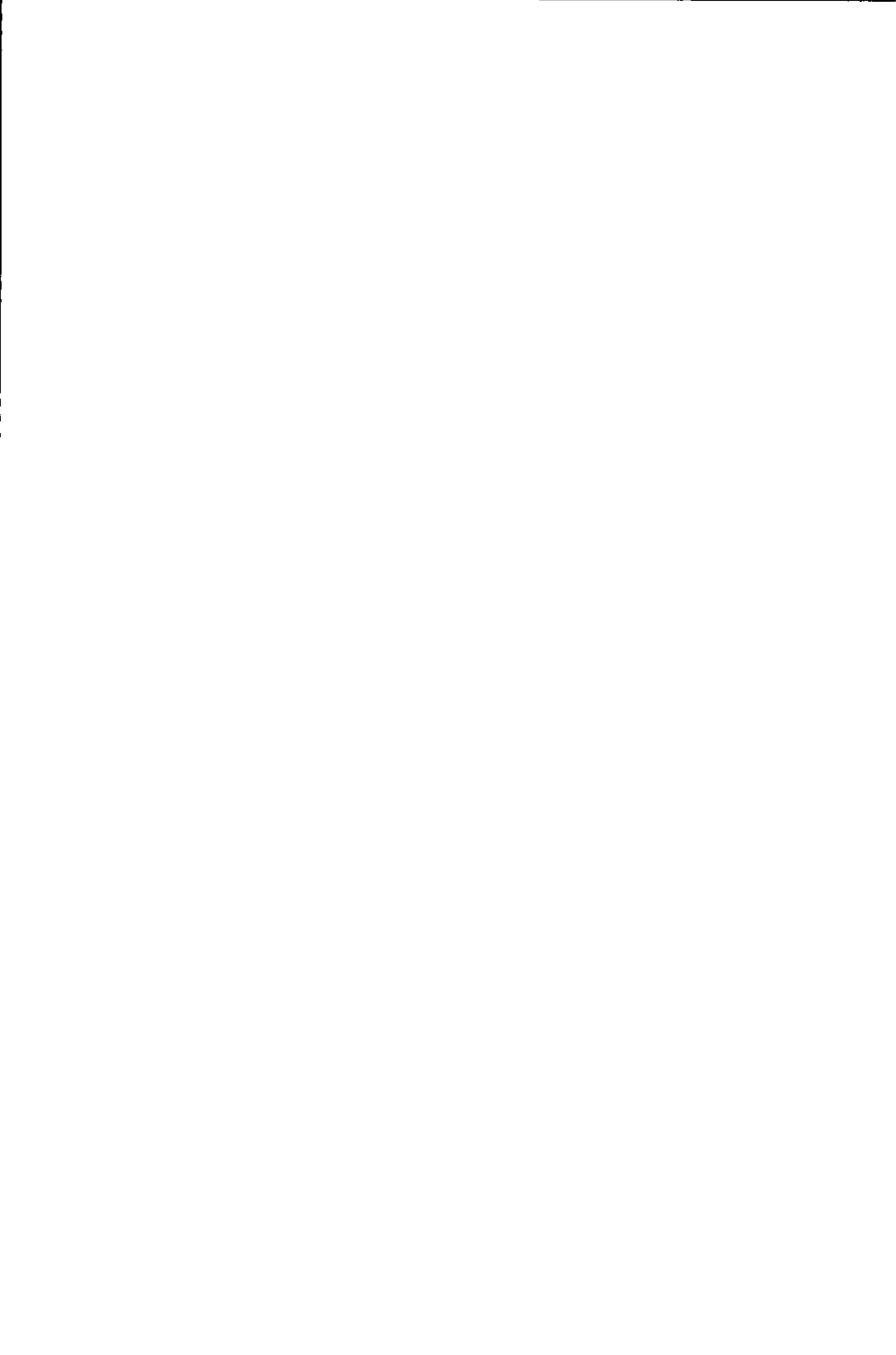
anggota keluarga lainnya dalam rangka penyelesaian masalah, serta agar terpahaminya permasalahan klien dan upaya pengentasannya. Dari ini dapat mencegah timbulnya masalah lagi serta dapat berlanjut untuk mewujudkan fungsi pengembangan dan pemeliharaan serta advokasi. Pada kunjungan rumah dilakukan kegiatan berupa pendidikan kesehatan, pada pendidikan kesehatan diberikan pengetahuan mulai dari pengertian hipertensi sampai dengan penatalaksanaan, pada penatalaksanaan di fokuskan pada konseling stres, latihan fisik dan manajemen diet. Pada latihan fisik dapat merilekskan pembuluh-pembuluh darah, lama-kelamaan sehingga tekanan darah menurun, sama halnya dengan melebarnya pipa air akan menurunkan tekanan air. Latihan olahraga juga dapat menyebabkan aktivitas saraf, reseptor hormon, dan produksi hormon-hormon tertentu menurun (Marssy, 2007). Pada manajemen diet rendah garam dimana kelebihan garam akan mengakibatkan retensi natrium sehingga meningkatkan volume darah balik yang akan mengakibatkan peningkatan volume sekuncup. Diet rendah garam digunakan untuk mengatasi efek negative dari garam pada peningkatan tekanan darah seperti yang telah dijelaskan di atas. Sedangkan pada diet rendah lemak, pada kadar lemak dalam darah dipengaruhi oleh asupan makanan dan sebagian besar hasil sintesa hati. Apabila jumlahnya berlebihan, lemak akan membahayakan tubuh karena memicu timbulnya penyakit. Agar lemak tidak memicu penyakit, kadarnya harus dikendalikan, yaitu dengan mengatur pola makan. Caranya yaitu dengan meningkatkan asupan makanan nabati dan mengganti lemak berbahaya dengan lemak sehat. Pola makan rendah kolesterol dan lemak terbatas, dilakukan dengan meningkatkan asupan



makanan nabati. Dengan demikian, asupan protein nabati meningkat sehingga menurunkan kadar kolesterol berlebihan. Pada konseling stres diberikan kepada seluruh lansia. Dalam keadaan stres, umumnya kerja jantung menjadi lebih cepat sehingga sirkulasi darah juga lebih cepat. Dalam kondisi demikian, darah akan meningkatkan kapasitasnya untuk sirkulasi oksigen dan zat makanan, di sisi lain menurunkan kapasitas dan fungsi darah yang berhubungan dengan relaksasi (Setiadi, 2007).

3.2 Hipotesis penelitian

H1 : Ada pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.



The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized figure, possibly a person or a deity, within a circular border containing text. The logos are arranged in a grid-like fashion across the entire page.

BAB 4
METODE PENELITIAN



BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara yang akan dilakukan dalam proses penelitian meliputi variabel penelitian, rancangan penelitian, teknik pengumpulan data, analisis data, cara penafsiran dan menyimpulkan hasil penelitian (Hidayat, 2007). Menurut Nursalam & Pariani (2000) metode penelitian merupakan suatu cara yang digunakan untuk memecahkan masalah menurut keilmuan. Dalam bab ini akan diuraikan tentang : (1) desain penelitian, (2) kerangka kerja, (3) desain sampling meliputi populasi, sampel, dan sampling (4) identifikasi variabel, (5) definisi operasional, (6) pengumpulan data, (7) analisis data, dan (8) etik penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Menurut Nursalam (2003) desain penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data. Berdasarkan tujuan penelitian, maka desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy Experiment* jenis *Pre-Post Test Control Group Design*.

Tabel 4.1 Tabel Desain Penelitian

Subyek	Pra	Perlakuan	Post
K-A.	O	I	O1-A.
K-B.	O	-	O1-B.
	Time 1.	Time 2.	Time 3.



Keterangan :

K-A. : Subyek perlakuan

K-B. : Subyek kontrol

O : Observasi sebelum kunjungan rumah

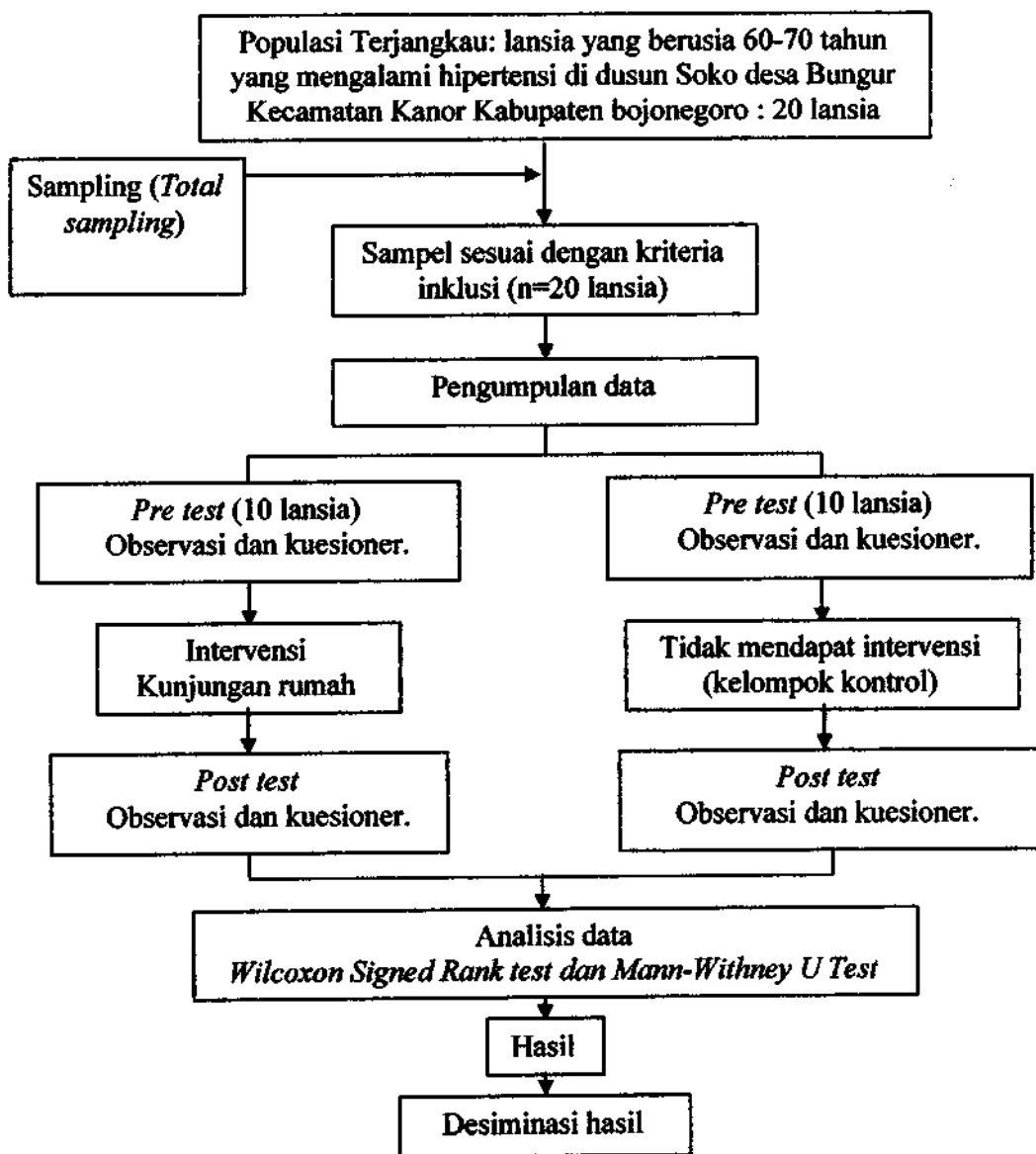
I : Intervensi (kunjungan rumah)

O1(A + B) : Observasi tekanan darah pada lansia usia 60-70 tahun (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol)



4.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan salah satu tahap dalam penelitian. Pada kerangka kerja disajikan alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2003). Kerangka kerja yang digunakan pada penelitian disajikan pada bagan berikut



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Tekanan Darah pada Lansia yang Mengalami Hipertensi Primer di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

4.3 Desain Sampling

4.3.1 Populasi.

Populasi dalam penelitian adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003).

Sedangkan menurut Sugiyono, (2009) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

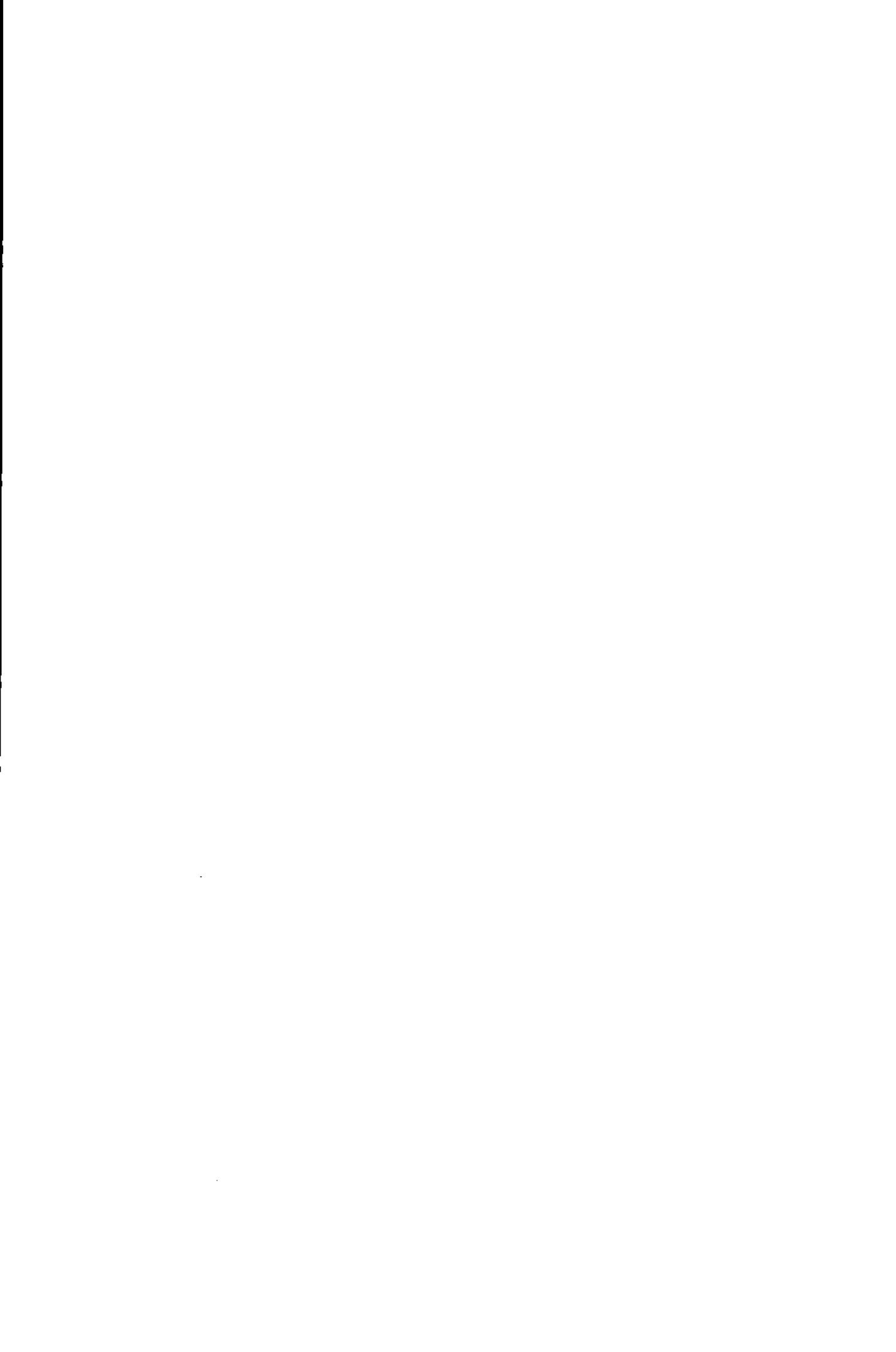
Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia berusia 60-70 tahun yang mengalami hipertensi di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro periode November 2010. Besar populasi sebanyak 20 lansia.

4.3.2 Sampel.

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009). Pengertian sampel menurut Nursalam (2003) adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. Dari data tentang populasi di atas akan diseleksi kriteria sampel yang terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau oleh peneliti (Nursalam, 2003).

1. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Lansia yang mengalami hipertensi primer (ringan dan sedang)
- b. Lansia yang tinggal bersama keluarga.



- c. Lansia yang tidak memiliki cacat fisik dan mental.
 - d. Lansia yang tidak menderita penyakit komplikasi.
2. Kriteria eksklusi pada penelitian ini ditetapkan dengan mengeluarkan atau menghilangkan subyek dari penelitian karena berbagai sebab dengan kata lain tidak layak untuk diteliti atau tidak memenuhi kriteria inklusi pada saat penelitian berlangsung (Nursalam & Pariani, 2000). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :
- a. Lansia yang mengundurkan diri.
 - b. Lansia yang meninggal.

Jadi untuk sampel perlakuan sejumlah 10 lansia, sedangkan untuk sampel yang kontrol sejumlah 10 lansia.

4.3.3 Sampling.

Sampling adalah merupakan teknik pengambilan sampel untuk menentukan sampel dalam penelitian, secara skematis (Sugiyono, 2009). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *Total Sampling*. Suatu teknik dalam penetapan sampel dengan cara seluruh populasi dijadikan sampel (Nursalam, 2003). Untuk membagi menjadi 2 kelompok maka dilakukan *matching* dengan jenis kelamin, pekerjaan dan riwayat keluarga yang memiliki hipertensi.

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel independen

Variabel independen (variabel bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah kunjungan rumah.



4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen (variabel tergantung) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah tekanan darah.

4.5 Definisi Operasional

Menurut Nursalam (2003), definisi operasional adalah pemberian arti atau makna pada masing-masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang dirumuskan dalam suatu penelitian.

Tabel 4.2 Tabel definisi operasional variabel yang diteliti :

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat ukur	Skala Data	Skor
Independen: Kunjungan rumah	Suatu bentuk pelayanan yang diberikan kepada individu pada waktu di tempat tinggal dengan melaksanakan pendidikan kesehatan dan pemantauan kesehatan	Fase kunjungan rumah: 1. <i>Preplanning.</i> 2. <i>Initiation.</i> 3. <i>Implementation.</i> 4. <i>Termination.</i> 5. <i>Post home visit</i>	SAP		

Dependen Tekanan Darah	Tekanan pada pembuluh darah arteri ketika darah di pompa oleh jantung keseluruh anggota tubuh	Tekanan darah	Observasi <i>Spignomanometer</i> dan <i>stetoskop</i>	Ordinal	<p>1= Normal (sistolik <130 mmHg, Diastolik <85 mmHg)</p> <p>2= Normal tinggi (sistolik 130-139 mmHg, Diastolik 85-89 mmHg)</p> <p>3=Hipertensi Stadium 1 (sistolik 140-159 mmHg, Diastolik 90-99 mmHg)</p> <p>4= Hipertensi Stadium 2 (sistolik 160-179 mmHg, Diastolik 100-109 mmHg)</p> <p>5= Hipertensi Stadium 3(sistolik 180-209 mmHg, Diastolik 110-119 mmHg)</p> <p>6= Hipertensi Stadium 4(sistolik \geq210 mmHg, Diastolik \geq120mmHg) (JNC, 1993)</p>
------------------------	---	---------------	---	---------	---

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen

Instrumen adalah alat yang dipakai pada waktu penelitian dengan menggunakan suatu metode (Arikunto, 2002). Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data untuk tekanan darah menggunakan alat *Spignomanometer* dan *stetoskop*.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Kunjungan rumah ini akan dilakukan di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro. Penelitian ini membutuhkan waktu 4 minggu mulai bulan Januari 2011 sampai Pebruari 2011.

4.6.3 Prosedur pengambilan data

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan izin dari bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian juga mendapat izin dari pihak pemerintah Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro. Peneliti kemudian mendatangi lansia (responden). Responden diambil mengacu pada kriteria inklusi. Untuk menentukan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, proporsi lansia dengan usia 60-70 tahun beserta proporsi jenis kelamin lansia dibagi sama antara dua kelompok. *Inform consent* diberikan terlebih dahulu sebelum dilakukan kunjungan rumah pada responden. *Inform consent* disetujui dan ditandatangani oleh lansia atau keluarga.

Kunjungan rumah dilakukan secara *door to door* oleh peneliti di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro. Pada kunjungan pertama, kedua kelompok dilakukan *pre test* untuk mengetahui skor awal dengan melakukan observasi yaitu dengan mengukur tekanan darah lansia menggunakan *Sphignomanometer* dan *stetoskop* untuk mengetahui tekanan darah pada lansia usia 60-70 tahun. Hasil skor pada *pre test* tersebut dijadikan sebagai data awal dan di beri lembar kegiatan untuk mengetahui diet yang dikonsumsi kegiatan olahraga dan tidur. Setelah dilakukan *pre test*, responden (kelompok intervensi) sejumlah 10 lansia dilakukan perlakuan berupa kunjungan rumah dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi berupa: pengertian hipertensi, gejala

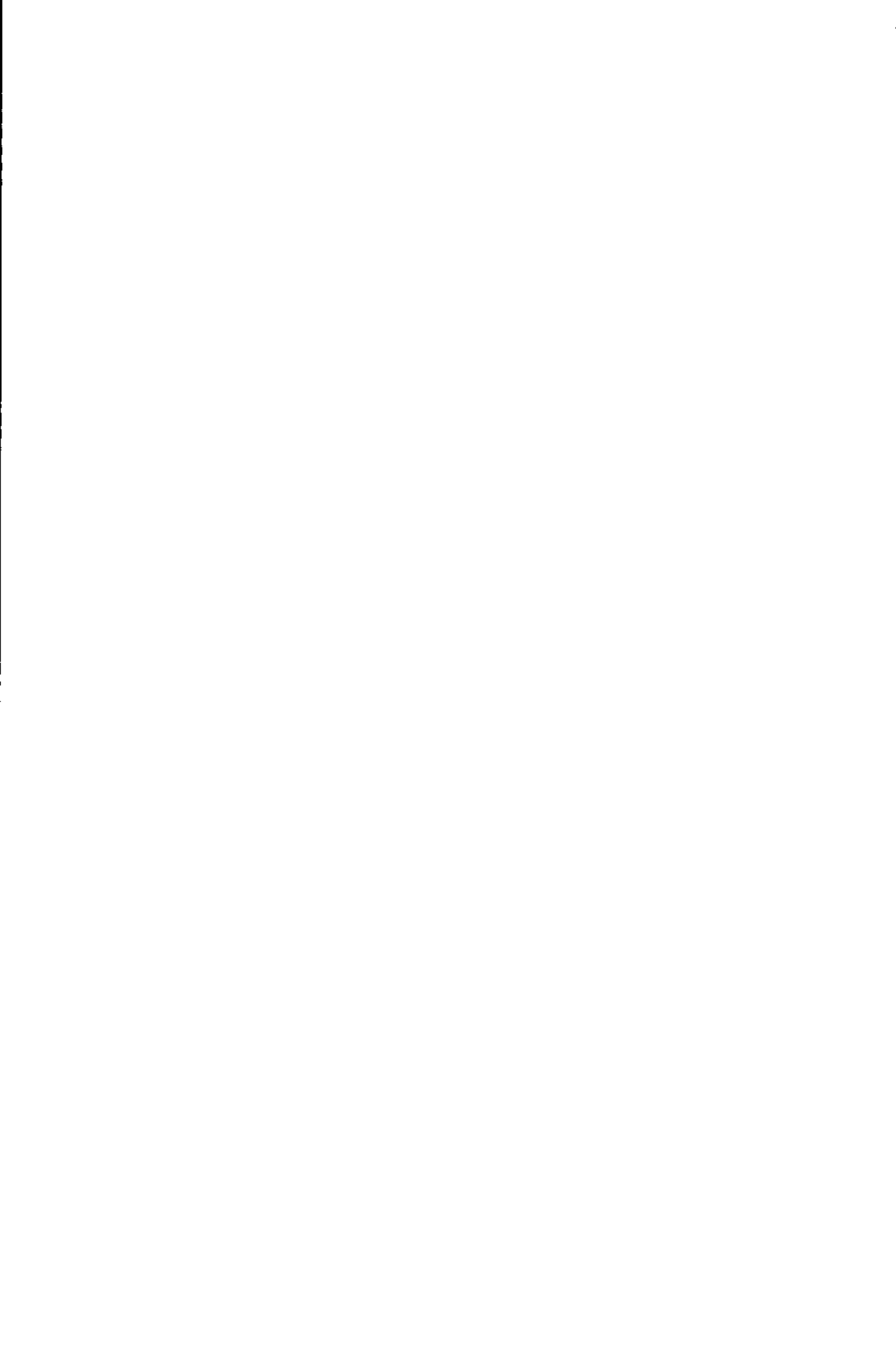
hipertensi, penyebab hipertensi, penanganan hipertensi dengan durasi waktu pertemuan 20 menit (d disesuaikan), wawancara terstruktur pada lansia juga dilakukan untuk mengetahui data demografi lansia. Pada kunjungan kedua dilakukan sehari setelah kunjungan yang pertama, peneliti melakukan *post test I* (observasi I) pada tekanan darah pada kelompok intervensi setelah itu dilakukan pendidikan kesehatan berupa penanganan hipertensi (manajemen diet dan konseling stres) dengan durasi waktu pertemuan 20 menit (d disesuaikan). Selanjutnya pada kunjungan rumah ketiga dilakukan sehari setelah kunjungan rumah kedua, peneliti melakukan *post test II* (observasi II) pada tekanan darah pada kelompok intervensi setelah itu dilakukan pendidikan kesehatan berupa penanganan hipertensi (latihan fisik) dengan durasi waktu pertemuan 20 menit (d disesuaikan). Pada kunjungan keempat dengan jarak 14 hari setelah kunjungan yang ketiga peneliti melakukan *post test III* (observasi III) pada tekanan darah pada kelompok intervensi dan melakukan *post tes* pada kelompok kontrol. Analisis terhadap regulasi tekanan darah pada lansia usia 60-70 tahun dilakukan dengan memakai hasil pada *post test* hari keempat (observasi III).

4.7 Analisis Data

Dalam proses pengolahan terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya (Hidayat, 2007):

1) *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul untuk melihat apakah data sudah terisi lengkap.



2) *Coding*

Setelah kegiatan pengumpulan data, lembar kuesioner diberi kode dengan menggunakan angka. Untuk kode angka 1 normal (<130 mmHg, diastolik <85 mmHg). Untuk kode 2 normal tinggi (sistolik 130-139 mmHg, diastolik 85 - 89 mmHg). Untuk kode 3 hipertensi stadium 1 (sistolik 140-159 mmHg, diastolik 90-99 mmHg). Untuk kode 4 hipertensi stadium 2 (sistolik 160-179 mmHg, diastolik 100-109 mmHg). Untuk kode 5 hipertensi stadium 3 (sistolik 180-209 mmHg, diastolik 110-119 mmHg). Untuk kode 6 hipertensi stadium 4 (sistolik \geq 210 mmHg, diastolik \geq 120mmHg)

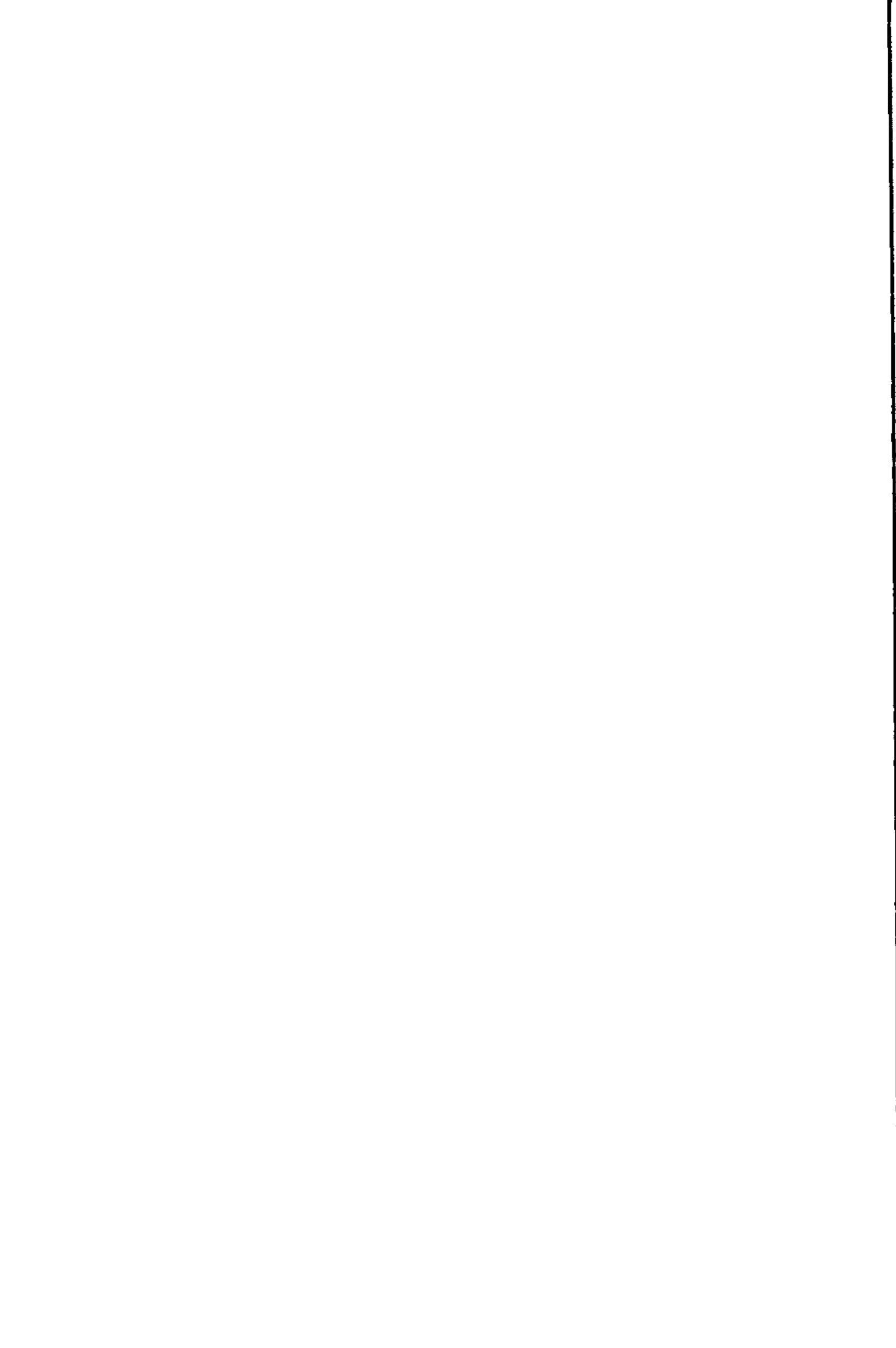
3) *Skoring*

Memberikan skoring terhadap item-item yang perlu di beri skor sesuai dengan item yang telah ditetapkan dalam definisi Operasional.

4) *Analizing*

Pengujian dalam penelitian ini menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) untuk mengetahui selesih antara 2 variabel dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia usia 60-70 tahun.

Uji statistik *Mann-Whitney U Test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen) dengan kemaknaan $p \leq 0,05$ juga digunakan. Uji ini dilakukan untuk mengetahui tekanan darah lansia usia 60-70 tahun antara yang mendapatkan perlakuan (kunjungan rumah) dengan yang tidak mendapatkan perlakuan. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada perubahan tekanan darah lansia usia 60-70 tahun yang mendapatkan



perlakuan kunjungan rumah dengan yang tidak mendapatkan perlakuan.

4.8 Etik Penelitian

Peneliti memohon ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti yaitu yang akan mendapatkan intervensi kunjungan rumah. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2. *Anonymity*

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama, gambar (foto) responden.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.



4.9 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burns & Grove, 1991, dikutip oleh Nursalam, 2008). Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Kemampuan peneliti yang masih terbatas dalam bidang riset.
2. Peneliti menentukan sendiri jumlah kunjungan rumah, dikarenakan peneliti belum menemukan teori yang mendasari tentang hal ini.
3. Besar sampel yang tersedia terbatas sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasikan.
4. Sampel yang diambil terbatas pada usia 60-70 tahun dengan hipertensi ringan dan sedang sehingga kurang representatif terhadap hipertensi segala usia dan hipertensi sekunder.



The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized figure, possibly a person or a deity, within a circular border containing text. The logos are arranged in a grid-like fashion across the entire page.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN



1922

1923

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan tentang hasil dan pembahasan penelitian tentang pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer. Hasil penelitian yang disajikan meliputi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan mengenai karakteristik lokasi penelitian dan karakteristik demografi responden penelitian (jenis kelamin pendidikan, dan pekerjaan). Data khusus meliputi identifikasi tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan kunjungan rumah dan analisis pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro. Di Desa Soko terdiri dari dua Dukuh; Dukuh Bungur dan Dukuh Soko. Pada Dukuh Soko terdiri dari 2 RW. RW 1 dengan 5 RT dan RW 2 dengan 4 RT. Desa Soko mempunyai beberapa fasilitas yaitu kantor kelurahan, sarana pendidikan, sarana peribadatan, dan bidan desa. Jumlah penduduk tahun 2010 sebanyak 2876 jiwa. Dari jumlah tersebut mayoritas berusia produktif. Sebagian besar penduduk bekerja sebagai petani. Desa Soko berada dibawah wilayah kerja Puskesmas Kanor. pada Puskesmas Kanor tidak terdapat program *home visite* untuk kesehatan lansia, yang ada adalah posyandu lansia yang dilaksanakan setiap satu bulan sekali di balai Desa Desa Bungur yang di kelola



oleh bidan desa dengan di bantu kader-kader posyandu lansia yang ada. Pada bulan januari 2011 peserta posyandu lansia sebanyak 34 orang lansia. Penyakit yang sering terjadi pada lansia adalah hipertensi, rematik dan batuk pilek. Jenis kegiatan pada posyandu lansia meliputi pengukuran tekanan darah, penimbangan Berat Badan (BB) dan pengobatan sederhana.

5.1.2 Data Umum

1. Jenis kelamin



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden kelompok perlakuan dan kontrol berjenis kelamin laki-laki sebanyak 7 orang (70%).

2. Pendidikan



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

Berdasarkan gambar 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden kelompok perlakuan berpendidikan SD sebanyak 8 orang (80%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar berpendidikan SD sebanyak 9 orang (90%).

3. Pekerjaan



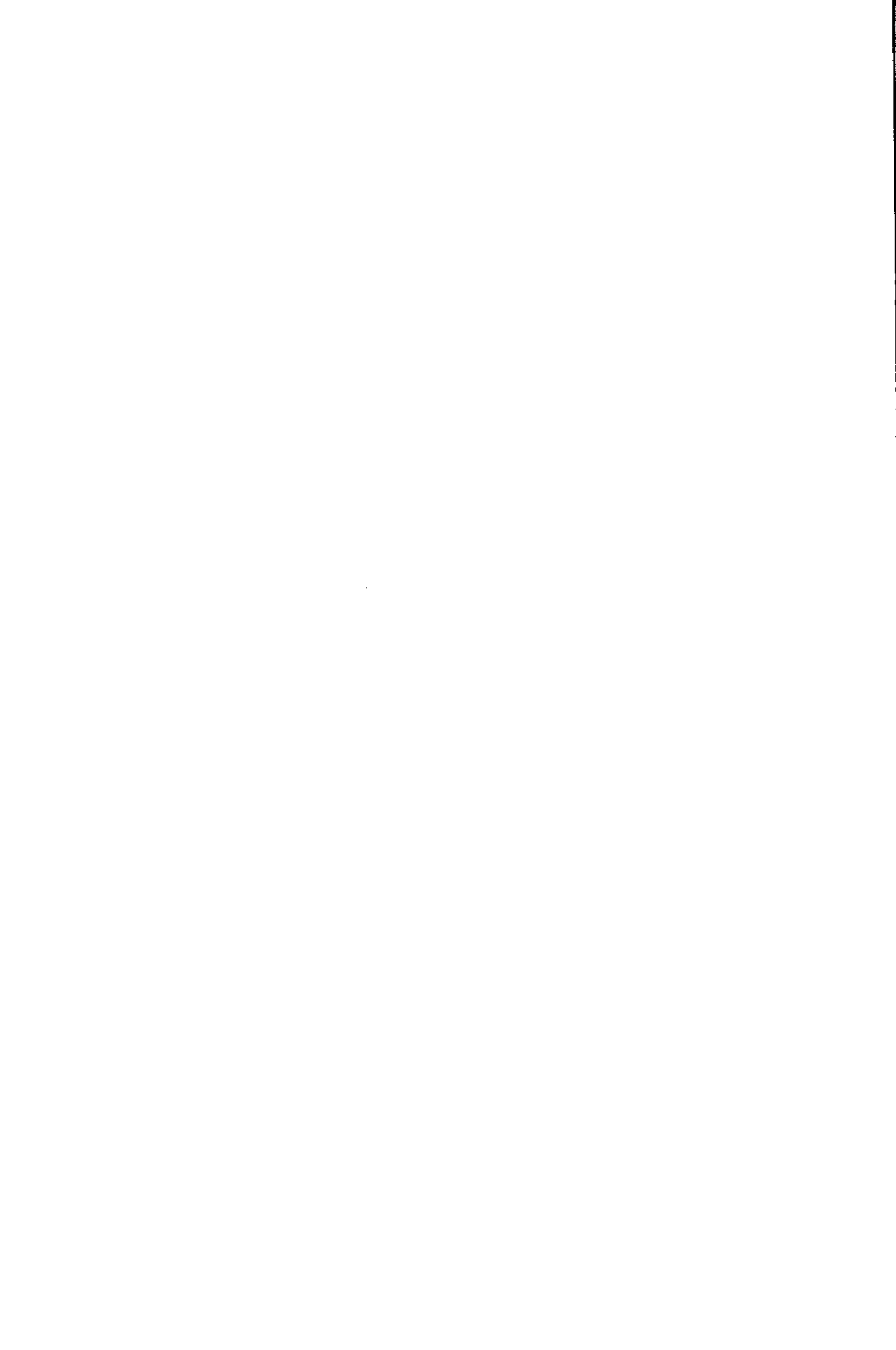
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

Berdasarkan gambar 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden kelompok perlakuan dan kontrol bekerja sebagai petani sebanyak 9 orang (90%).

4. Suka konsumsi makanan asin



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan suka mengonsumsi makanan asin di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.



Berdasarkan gambar 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden kelompok perlakuan suka mengkonsumsi makanan asin sebanyak 7 orang (70%). Sedangkan sebagian besar responden kelompok kontrol suka mengkonsumsi makanan asin sebanyak 8 orang (80%)

5. Riwayat keluarga



Gambar 5.5 Distribusi keluarga responden yang memiliki riwayat hipertensi di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

Berdasarkan gambar 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang memiliki riwayat hipertensi sebanyak 6 orang (60%).

6. Dukungan keluarga



Gambar 5.6 Distribusi responden yang mendapatkan dukungan keluarga dalam perawatan di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

Berdasarkan gambar 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden kelompok perlakuan tidak mendapatkan dukungan keluarga dalam perawatan sebanyak 6 orang (60%). Sedangkan sebagian besar responden kelompok kontrol tidak mendapatkan dukungan keluarga dalam perawatan sebanyak 7 orang (70%).

5.1.3 Data Khusus

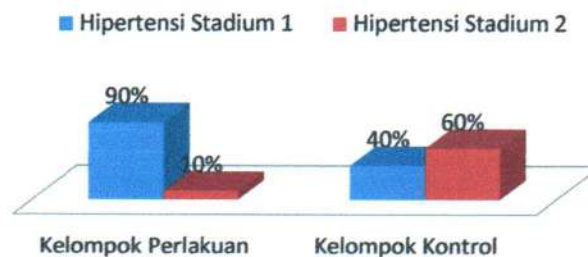
1. Tekanan darah sebelum dilakukan kunjungan rumah.



Gambar 5.7 Distribusi tekanan darah sebelum kunjungan rumah di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

Berdasarkan gambar 5.7 menunjukkan bahwa tekanan darah sebelum dilaksanakan kunjungan rumah di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro, didapatkan pada kelompok perlakuan sebagian besar responden hipertensi stadium 2 (60%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar hipertensi stadium 2 (70%).

2. Tekanan darah sesudah dilakukan kunjungan rumah.



Gambar 5.8 Distribusi tekanan darah sesudah kunjungan rumah di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.



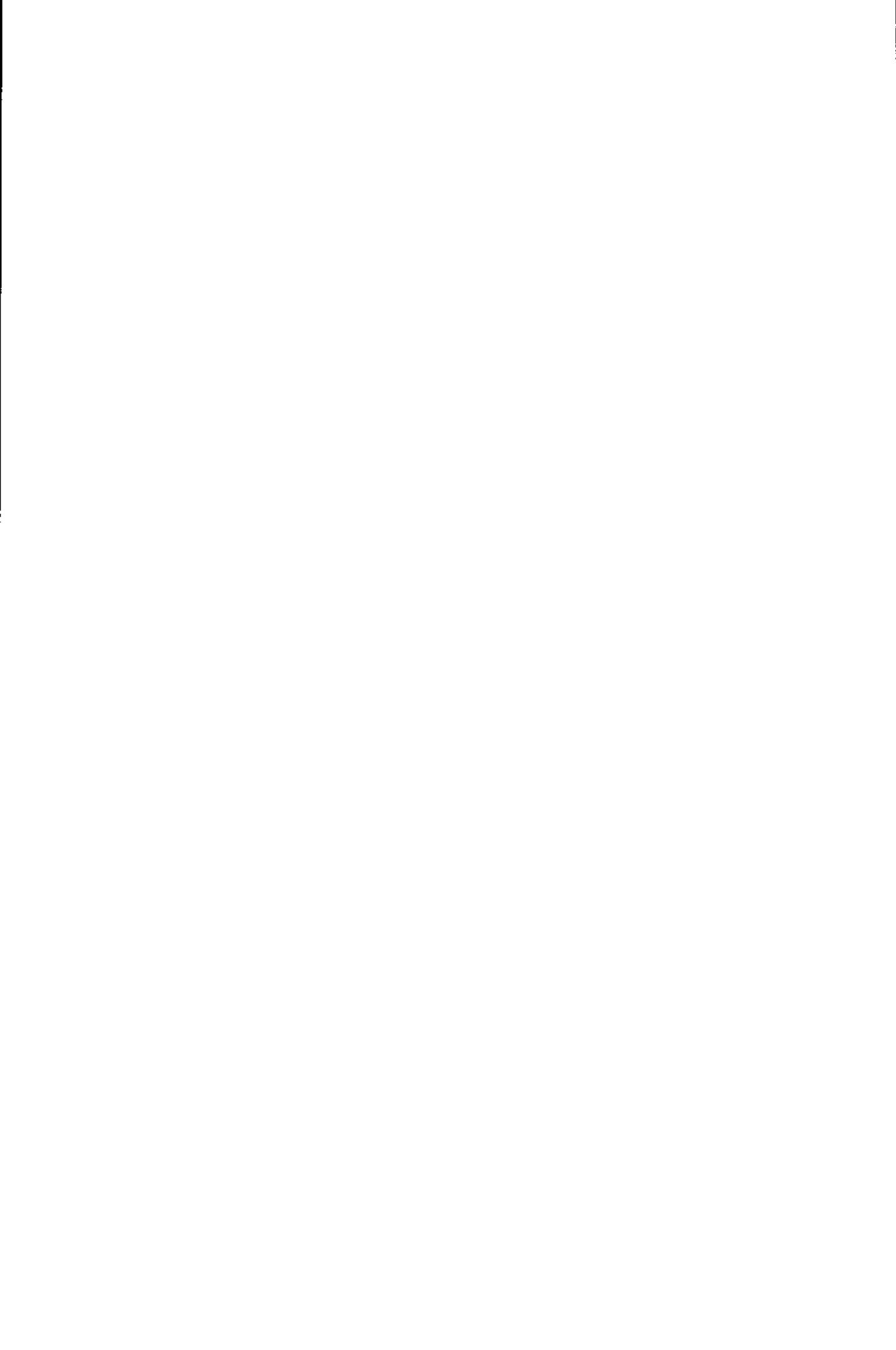
Berdasarkan gambar 5.8 menunjukkan bahwa tekanan darah sesudah dilaksanakan kunjungan rumah di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro, didapatkan kelompok perlakuan sebagian besar responden hipertensi stadium 1 (90%). Sedangkan pada kelompok kontrol hipertensi stadium 2 (60%).

3. Pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah.

Tabel 5.1 Distribusi Tekanan Darah dan Uji Statistik di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

Kategori Hipertensi	Perlakuan				Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Stadium 1	4	40%	9	90%	3	30%	4	40%
Stadium 2	6	60%	1	10%	7	70%	6	60%
Stadium 3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	$p = 0.025$				$p = 0.564$			
Uji statistic	<i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>				<i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>			
	$p = 0.022$							
	<i>Mann Whitney Post Test</i>							

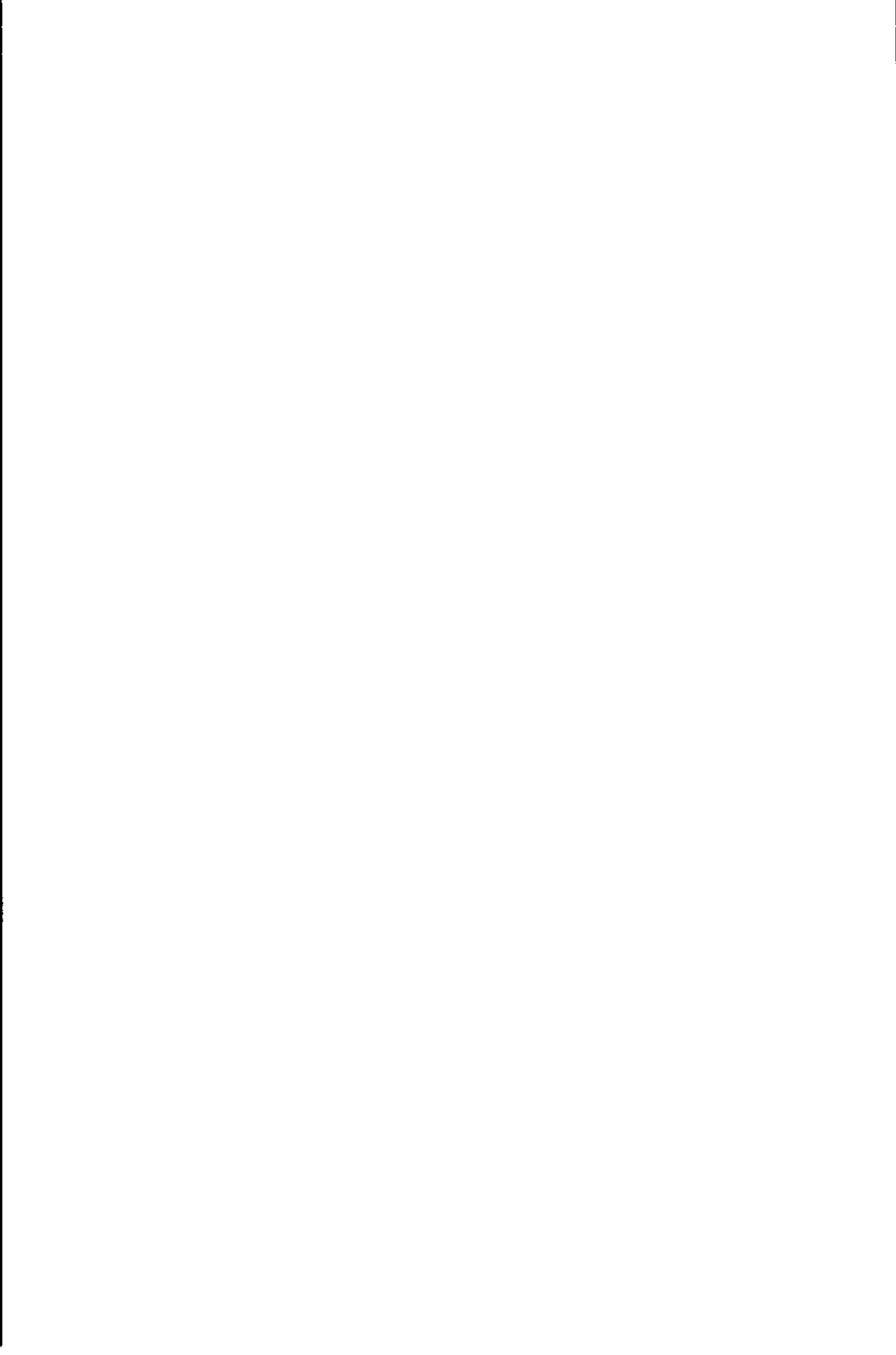
Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* pada kelompok perlakuan didapatkan $p=0.025$. Hal ini berarti ada perbedaan stadium hipertensi lansia sebelum dan sesudah dilakukan tindakan kunjungan rumah. Sedangkan pada kelompok kontrol, didapatkan nilai $p=0.564$, artinya tidak ada perbedaan stadium hipertensi pada *pre* dan *post test*. Uji *Mann Whitney* data stadium hipertensi didapatkan $p=0.022$, ini berarti bahwa H_1 diterima yang artinya ada pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.



5.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi perubahan stadium hipertensi pada kelompok perlakuan. Hasil *post test* pada kelompok perlakuan didapatkan penurunan stadium hipertensi dan ada 1 responden pada kelompok ini yang masih stadium 2 hal ini dikarenakan oleh adanya faktor eksternal yaitu: responden tersebut lebih suka makan makanan asin, tidak ada dukungan keluarga dan adanya riwayat keluarga yang mengalami hipertensi. Hal ini sesuai dengan jawaban atau hasil penelitian yang mana pada pertanyaan yang mencakup aspek diatas mereka menjawab “ya” (pada aspek suka makanan asin, riwayat keluarga hipertensi) dan untuk jawaban “tidak” (pada aspek dukungan keluarga). Sedangkan pada kelompok kontrol, terdapat 2 orang responden yang mengalami perubahan stadium hipertensi. Hal ini dikarenakan adanya faktor internal dan eksternal yang sangat mendukung yaitu adanya kemauan untuk sembuh atau kepatuhan (internal), eksternal (pola makan, riwayat keluarga dan dukungan keluarga). Namun berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan antara stadium hipertensi *pre test* dan stadium hipertensi *post test*. Uji statistik juga menunjukkan ada pengaruh signifikan kunjungan rumah terhadap stadium hipertensi lansia.

Hasil tersebut sesuai pernyataan dari Sundoko (2011) bahwasanya dukungan keluarga sangatlah mempengaruhi proses penyembuhan hipertensi, dikarenakan pada dukungan keluarga didapatkan adanya proses komunikasi dimana pada proses tersebut dapat menimbulkan psikologis penderita sangat baik dan dirinya menganggap bahwa masih ada seseorang yang peduli dengan penderita. Dan hasil tersebut sesuai dengan tujuan kunjungan rumah menurut



Harmoko (2010) yang menyatakan bahwa kunjungan rumah bertujuan memandirikan pasien dan keluarganya untuk berpartisipasi merencanakan kegiatan pencegahan maupun pemeliharaan kesehatan salah satunya ialah kontrol terhadap tekanan darah. Pada kunjungan rumah akan diperoleh data yang lebih lengkap dan akurat berkenaan dengan masalah klien serta digalangnya komitmen orangtua atau anggota keluarga lainnya dalam rangka penyelesaian masalah. Dari ini dapat mencegah timbulnya masalah lagi serta dapat berlanjut untuk mewujudkan fungsi pengembangan dan pemeliharaan (Marssy, 2001).

Pada kunjungan rumah yang dilakukan pada lansia di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro, petugas kesehatan memberikan pendidikan kesehatan. Melalui pendidikan kesehatan, responden dapat meningkatkan pengetahuannya tentang hipertensi mulai dari pengertian hipertensi sampai dengan penatalaksanaan dan pencegahan peningkatan tekanan darah. Pemberian informasi tentang penatalaksanaan di fokuskan pada konseling stress, latihan fisik dan manajemen diet. Hal ini karena ketiga hal tersebut dapat mempengaruhi perubahan atau peningkatan tekanan darah. Latihan fisik dapat merilekskan pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah. Selain itu latihan fisik juga dapat menurunkan aktivitas saraf, reseptor hormone dan produksi hormon-hormon tertentu yang mempengaruhi peningkatan tekanan darah.

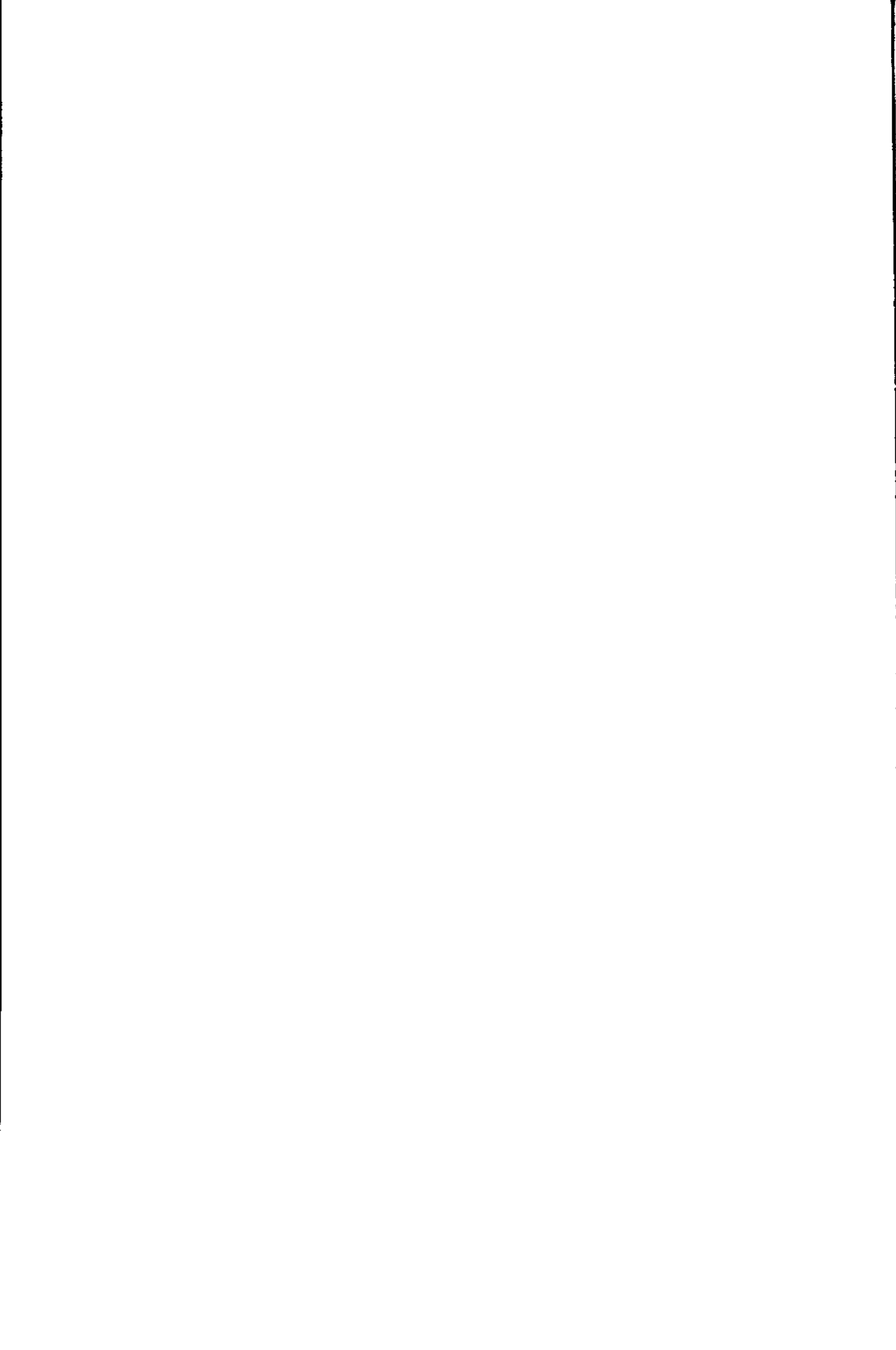
Stress juga dapat meningkatkan tekanan darah melalui respon hormon kortisol melalui mekanisme HPA-axis. Dalam keadaan stres, umumnya kerja jantung menjadi lebih cepat sehingga sirkulasi darah juga lebih cepat. Dalam kondisi demikian, darah akan meningkatkan kapasitasnya untuk sirkulasi oksigen dan zat makanan, di sisi lain menurunkan kapasitas dan fungsi darah yang



berhubungan dengan relaksasi. Kelompok lansia yang diberikan kunjungan rumah, belajar mengelola stresor sehingga dapat menurunkan stres dan mencegah terjadinya peningkatan tekanan darah.

Diet lemak dan garam juga dapat mempengaruhi peningkatan tekanan darah pada lansia. Prinsip utama dari diet pada hipertensi adalah menu makan dengan gizi seimbang yang kaya akan pangan sumber kalium, kalsium, magnesium, serat makanan dari sayuran, buah, dan susu, serta membatasi lemak jenuh, kolesterol, garam, gula, kopi, dan minuman keras. Mengonsumsi garam dalam jumlah banyak akan meningkatkan volume cairan ekstraseluler sehingga meningkatkan curah jantung. Kunjungan rumah yang memberikan informasi tentang diet yang sesuai dapat membantu lansia mengatur konsumsi lemak dan garam sesuai dengan kebutuhan.

Pada kunjungan rumah juga didapat kesempatan untuk berinteraksi dan bekerjasama dengan keluarga lansia yang memiliki hipertensi. Hal ini memudahkan perawat untuk memampukan keluarga mengelola pasien lansia dengan hipertensi di rumah. Perawat dapat menggalang komitmen keluarga dalam membantu pelaksanaan sebuah program terapi misalnya keteraturan melakukan olahraga atau aktivitas fisik, menghindari rokok dan menjalankan perilaku hidup sehat. Stressor yang berasal dari keluarga lansia dengan hipertensi juga dapat diketahui dan didiskusikan pemecahannya sehingga keluarga tidak lagi menjadi sumber stress melainkan sebagai dukungan pada lansia. Dukungan keluarga terhadap lansia sangat dibutuhkan agar lansia termotivasi dan patuh pada pelaksanaan upaya-upaya menjaga tekanan darah normal. Dari uraian tersebut

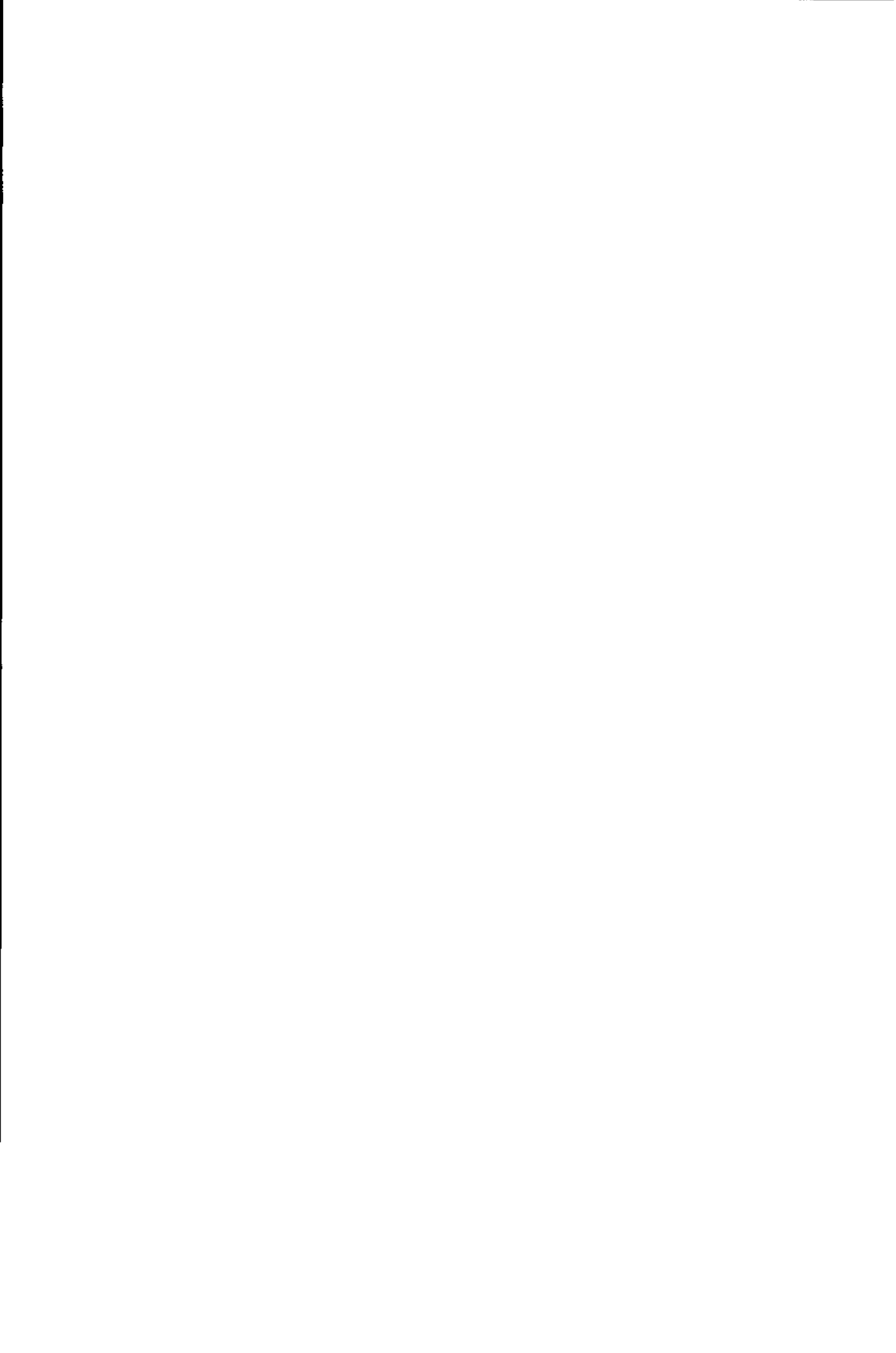


dapat dipahami mengapa yang menyebabkan adanya pengaruh kunjungan rumah terhadap stadium hipertensi pada lansia.

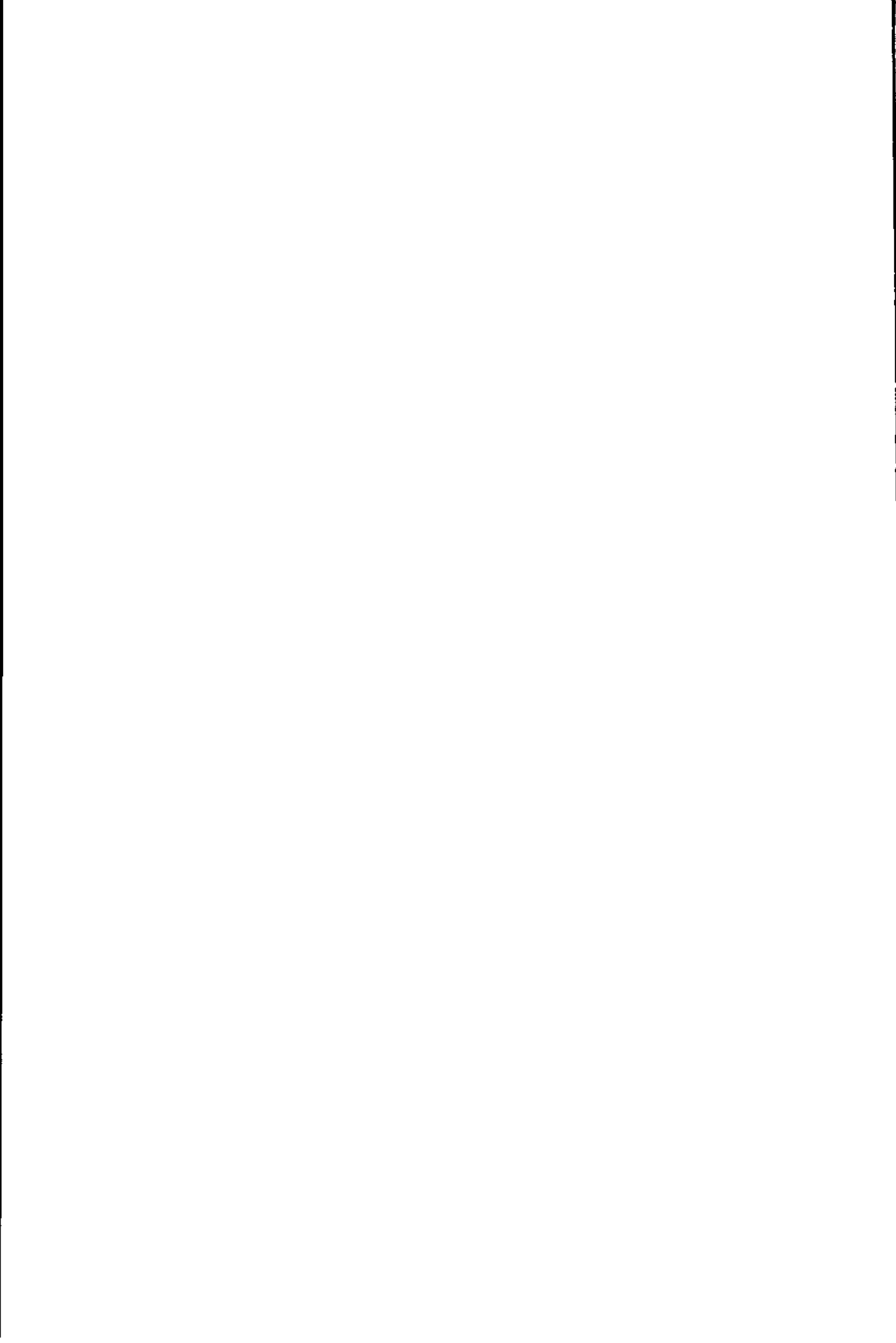
Berbeda dengan kelompok perlakuan, pada kelompok kontrol, berdasarkan hasil uji statistik didapatkan tidak ada perbedaan signifikan stadium hipertensi antara hasil *pre* dan *post test*. Namun terdapat dua orang responden yang mengalami perubahan stadium hipertensi dari stadium 2 menjadi stadium 1 padahal mereka tidak mendapatkan kunjungan rumah. Hal ini dapat terjadi karena stadium hipertensi tidak hanya dipengaruhi oleh kunjungan rumah secara langsung tetapi ada beberapa faktor lain seperti dukungan keluarga. Dua responden yang mengalami perubahan stadium hipertensi tersebut memiliki dukungan keluarga yang baik. Dukungan keluarga ini dapat sangat membantu dalam keseluruhan usaha pemeliharaan tekanan darah normal.

Keluarga dapat membantu menyajikan menu makanan yang sesuai dengan kebutuhan lansia. Selain itu hubungan yang baik dengan keluarga meminimalkan konflik yang dapat menjadi sumber stresor, dimana telah kita ketahui bahwa stress adalah salah satu faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah. Pengendalian stress menurunkan risiko peningkatan tekanan darah sehingga stadium hipertensi dapat menurun.

Perbedaan signifikan hasil *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan hasil uji *Mann Whitney* yang menunjukkan adanya pengaruh kunjungan rumah terhadap stadium hipertensi dapat terjadi karena kelompok yang diberikan kunjungan rumah mendapatkan informasi dan dukungan dari keluarga maupun petugas kesehatan dalam melakukan usaha-usaha memelihara tekanan darah normal. Sedangkan pada kelompok kontrol, tidak



mendapatkan tambahan informasi maupun dukungan sehingga mereka tidak memiliki informasi tambahan dan tidak mengetahui lebih banyak alternatif cara untuk menurunkan tekanan darah. Pengetahuan kurang mempengaruhi tindakan pencegahan yang mereka lakukan, yang pada akhirnya tidak banyak berguna dalam menurunkan stadium hipertensi.



The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized figure, possibly a bird or a person, within a circular border. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

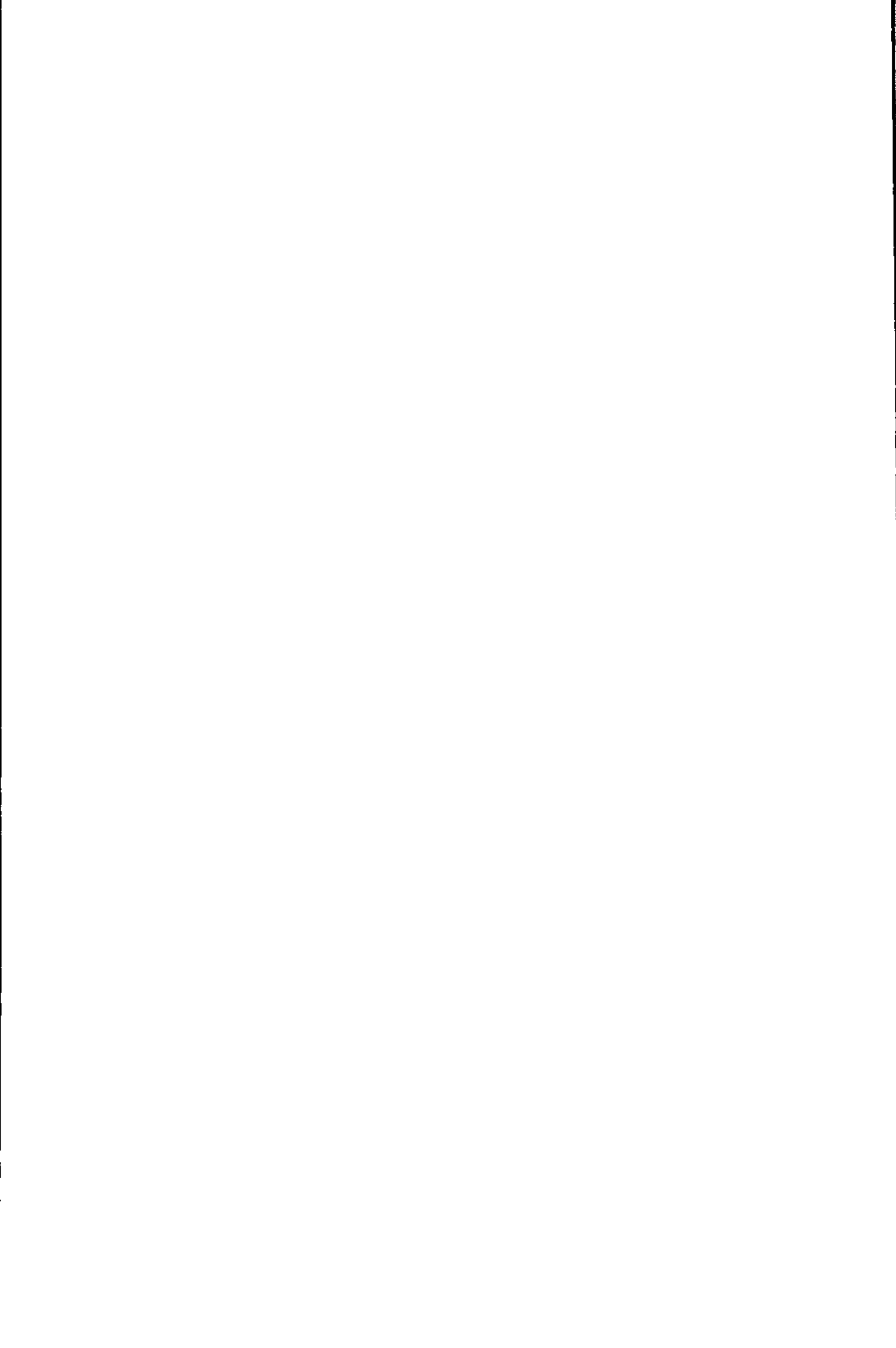
BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

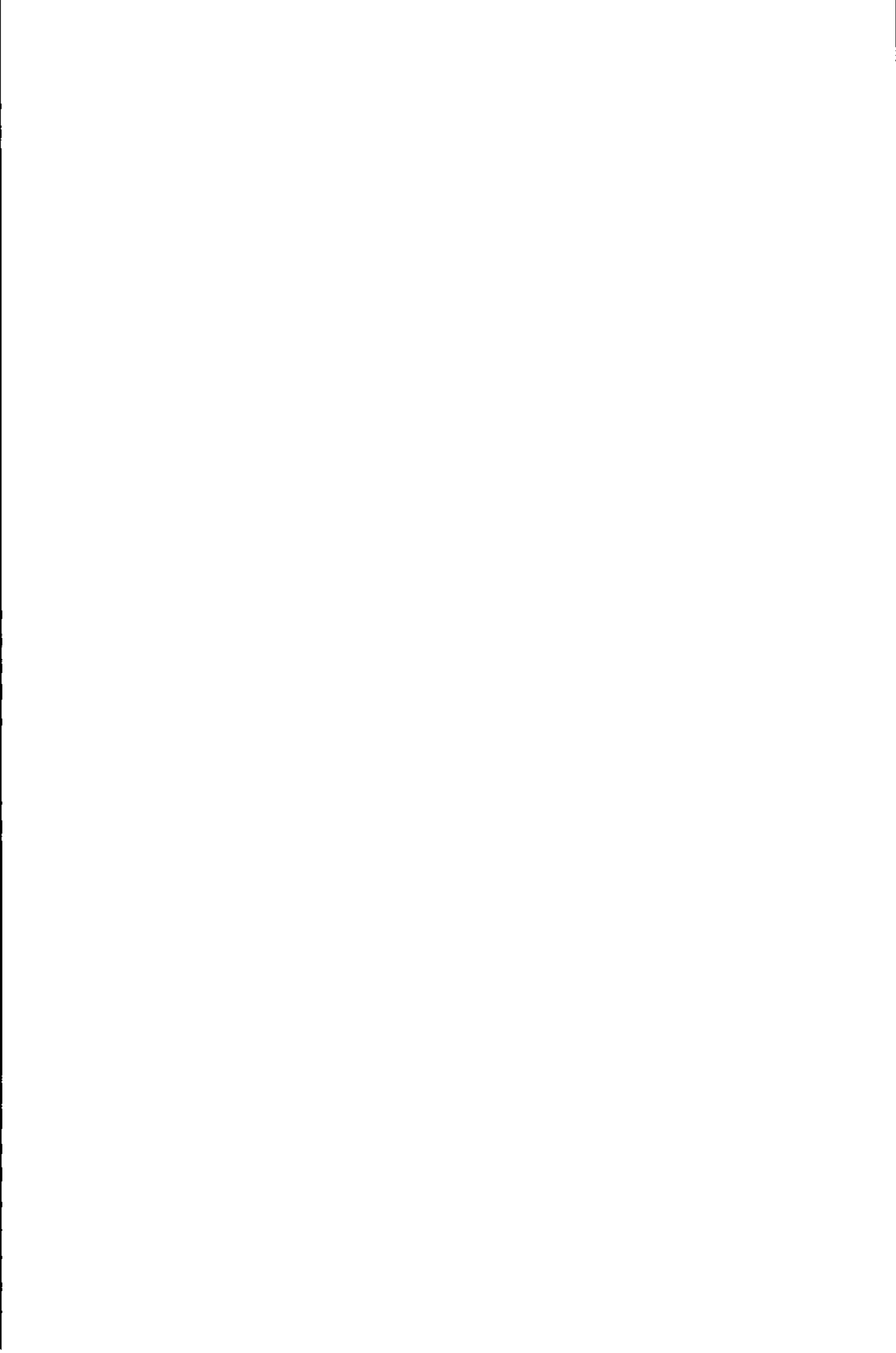
Bab ini akan disampaikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh kunjungan rumah terhadap tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro sebagai berikut:

1. Tekanan darah lansia sebelum diberikan kunjungan rumah sebagian besar termasuk kategori hipertensi stadium 2 dikarenakan oleh faktor genetik dan gaya hidup.
2. Tekanan darah lansia setelah dilakukan kunjungan rumah, sebagian besar masuk kategori hipertensi stadium 1 dikarenakan pada kunjungan rumah didapat kesempatan untuk berinteraksi dan berkerjasama dengan keluarga lansia yang memiliki hipertensi. Yaitu komitmen keluarga dalam membantu pelaksanaan sebuah program terapi misalnya keteraturan melakukan olahraga atau aktivitas fisik, menghindari rokok dan menjalankan perilaku hidup sehat.
3. Kunjungan rumah dapat menurunkan stadium hipertensi pada lansia di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro karena lansia mendapatkan pengetahuan tentang penatalaksanaan dan pencegahan peningkatan tekanan darah.



6.2 Saran

- 1. Bagi perawat diharapkan kunjungan rumah dapat digunakan sebagai salah satu intervensi dalam melakukan keperawatan gerontik.**
- 2. Bagi Lansia yang mengalami hipertensi normal tinggi dapat dicegah dengan program hidup sehat pengurangan asupan garam, tanpa rokok, olah raga cukup dan konsumsi makanan berserat.**
- 3. Bagi Keluarga, diharapkan memberikan dukungan kepada lansia berupa diet rendah garam dan lemak secara teratur serta olah raga jalan kaki yang dapat dijadikan sebagai upaya meningkatkan sirkulasi tekanan darah pada lansia yang mengalami hipertensi primer.**
- 4. Berkaitan dengan hasil penelitian ini perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap tekanan darah pada lansia guna mengembangkan ilmu keperawatan gerontik.**

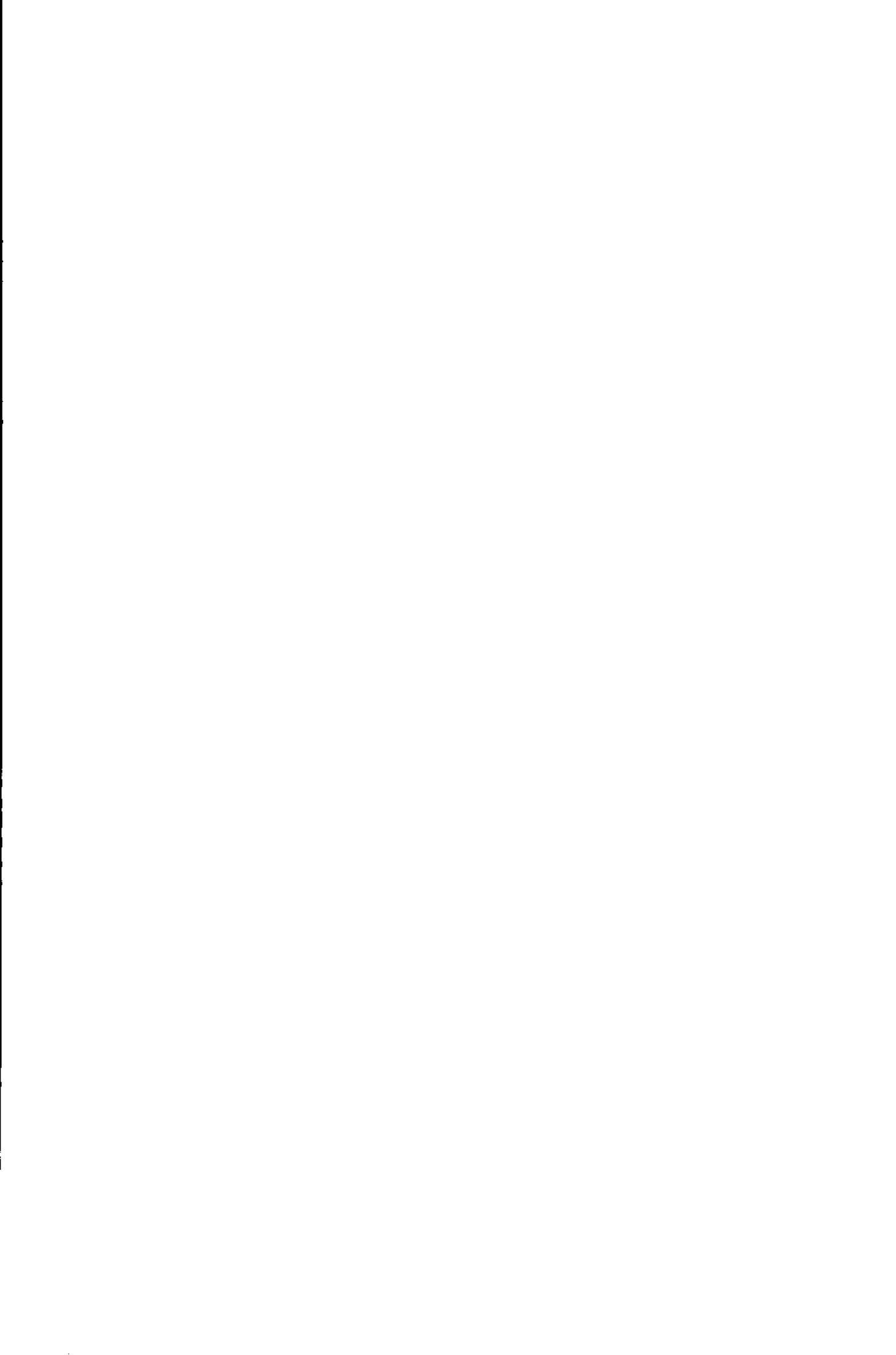




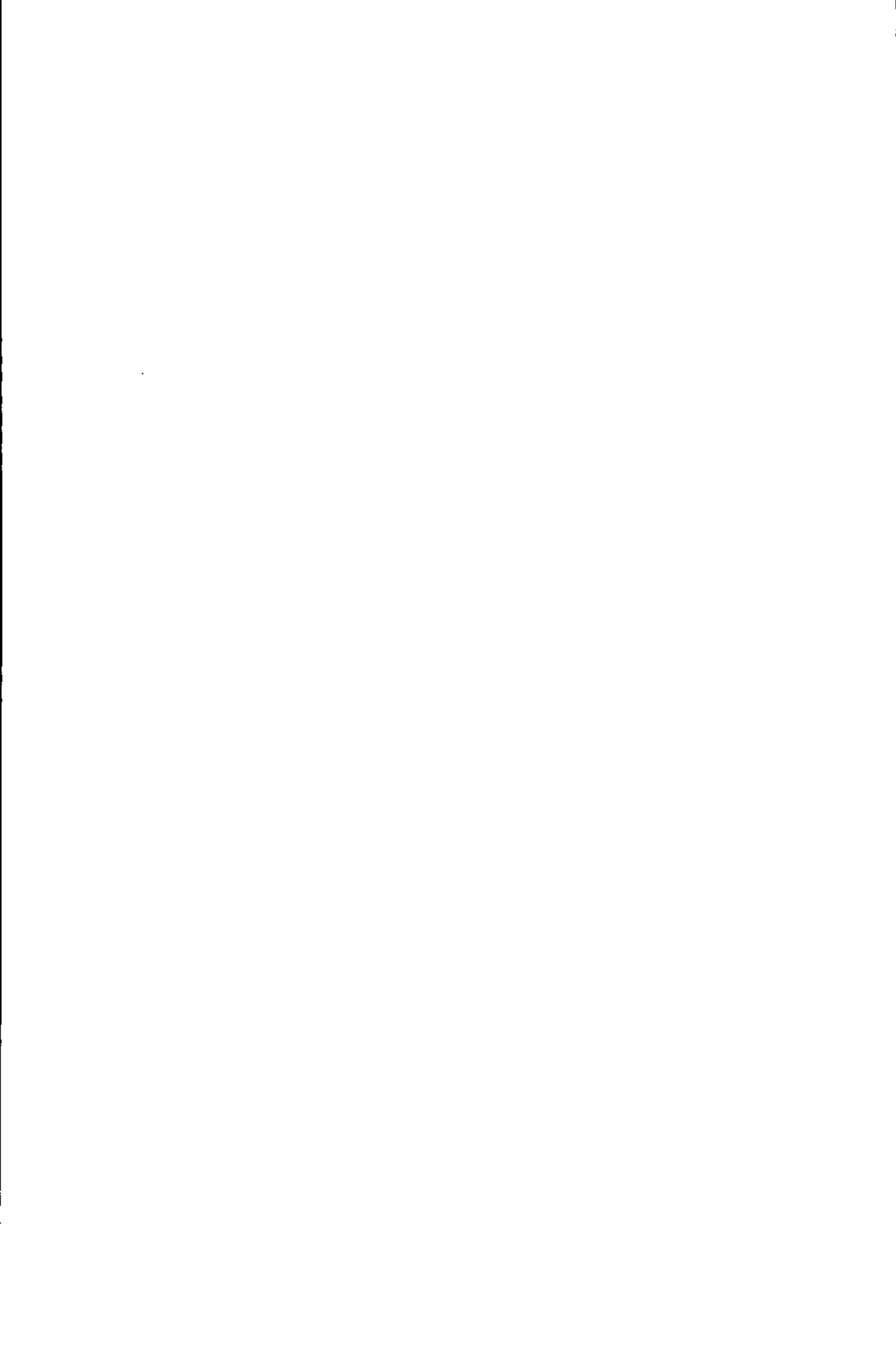
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, (2007). <http://www.kalbe.co.id/index>. Tanggal 25 Januari 2009.
Tanggal 29 Desember 2010 Jam 08.00 WIB
- Anderson, (2006). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas: Teori Dan Praktik, Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Arif, (2001). *Kapita Selekta Kedokteran Edisi Ketiga Jilid 1*. Jakarta. Media Aesculapius.
- Arikunto, (2002). *Prosedur Penelitian, Edisi Revisi V*. Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Bukit, (2008). *Perawatan Kesehatan di Rumah*.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3585/3/Eva%20Karota%20Bukit.pdf.txt>. Tanggal 01 Desember 2010. Jam 19.00 WIB.
- Brunner&Suddarth (2002). *Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah vol 2 Edisi 8*. Jakarta: EGC.
- Darmojo, (2000). *Buku Ajar Geriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Depkes, (2003). *Pedoman Perawatan Usia Lanjut di Rumah*. Jakarta: Depkes RI.
- Efendi dan Makhfudli, (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Elokdyah, (2007). *Hipertensi*.
<http://355445.multiply.com/journal/item/8/hipertensi>. Tanggal 09 Desember 2010 Jam 07.00 WIB.
- Guyton, (1998). *Fisiologi Manusia dan Mekanisme Penyakit*. Alih Bahasa Andrianto P., Jakarta: EGC.
- Gunawan L, (2001). *Hipertensi Tekanan Darah Tinggi*. ISBN : Kanisius.
- Harmoko, (2010). *Perawatan Kesehatan Masyarakat*.
<http://maydwiurisantoso.wordpress.com/peran-perawat-dalam-kesehatan-masyarakat/>. Tanggal 01 Desember 2010. Jam 19.00 WIB
- Hidayat, AA. (2006). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta : Salemba Medika.
- Ifdil, (2007). *Kunjungan Rumah (P4)*.
http://konselingindonesia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=109. Tanggal 01 Desember 2010. Jam 19.00 WIB.



- Kusuma, (2009). Cara Praktis Hitung Kalori.
<http://ayuna.abatasa.com/post/detail/2144/cara-praktis-hitung-kalori->
 Tanggal 05 Januari 2011. Jam 07.00 WIB
- Marssy, (2007). *Meredam hipertensi dengan aerobic*.
<http://radmarssy.wordpress.com/2007/02/25/meredam-hipertensi-dengan-aerobik/>. Tanggal 03 Januari 2011 Jam 16.00 WIB.
- Maryam, dkk. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Martono dan Kris, (2010). *Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut) Edisi 4*. Jakarta: FKUI.
- Notoatmodjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- Mubarak, (2005). *Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta: Sagung Seto.
- Mubarak, dkk, (2006). *Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Nugroho, (2008). *Keperawatan Gerontik Dan Geriatric Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Nursalam & Pariani. (2000). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Surabaya : FK. Unair.
- Nursalam, (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ozie, (2010). *Indonesia Targetkan UHH Capai 72 Tahun*.
<http://www.globalfmnlombok.com/content/indonesia-targetkan-uhh-capai-72-tahun>. Tanggal 09 Desember 2010 Jam 07.00 WIB.
- Perry and potter, (2005). *Buku ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Perry and potter, (2009). *Fundamental Keperawatan Buku 1 Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Priharjo, (2006). *Pengkajian Fisik Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Putra, (2010). *Biar Sehat Lansia Harus Positive Thinking*.
<http://birohumas.jatimprov.go.id/index.php/ngawikab/431-biar-sehat->



lansia-harus-positive-thinking. Tanggal 14 Desember 2010 jam 07.00 WIB.

Pudjiastuti, (2003). *Askep Klien Lanjut Usia Dengan Loss, Grieving, Dying And Death*. http://meggumex.blogspot.com/2010/10/askep-klien-lanjut-usia-dengan-loss_27.html. Tanggal 14 Desember 2010 jam 07.00 WIB.

Shilen, (2008). *Hati-hati garam dan hipertensi*. http://www.medicalera.com/index.php?option=com_myblog&show=hati-hati-garam-dan-hipertensi.html&Itemid=352. Tanggal 03 Januari 2011 Jam 16.00 WIB.

Stanhope and Lancaster, (1996). *Community health nursing: Promoting health of aggregates, families, and individuals (4th Ed)*. St. Louis: Mosby Year Book.

Stanhope, (2007). *Buku Saku Keperawatan Komunitas, Pengkajian, Intervensi, Dan Penyuluhan, Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Stockslenger, (2008). *Buku Saku Asuhan Keperawatan Geriatrik*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

Stuck, (2002). *Home Visits To Prevent Nursing Home Admission And Functional Decline In Elderly People: Systematic Review And Meta-Regression Analysis*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866651>. Tanggal 14 Desember 2010 jam 07.00 WIB.

Sugiyono. (2009). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabetha.

Sumijatun, (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Komunitas*. Jakarta. EGC.

Susalit, (2001) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi ke3 jilid 2*. Jakarta: Departemen Ilmu penyakit Dalam FKUI.

Sutomo, (2009). *Mencegah dan Mengatasi Hipertensi dengan Diet Rendah Kolesterol*. <http://www.demediapustaka.com/Review/mencegah-dan-mengatasi-hipertensi-dengan-diet-rendah-kolesterol.html>. Tanggal 03 Januari 2011 Jam 16.00 WIB

Sylvia, Price. (2005). *PATOFISIOLOGI edisi 6 vol:1*, Jakarta:EGC.

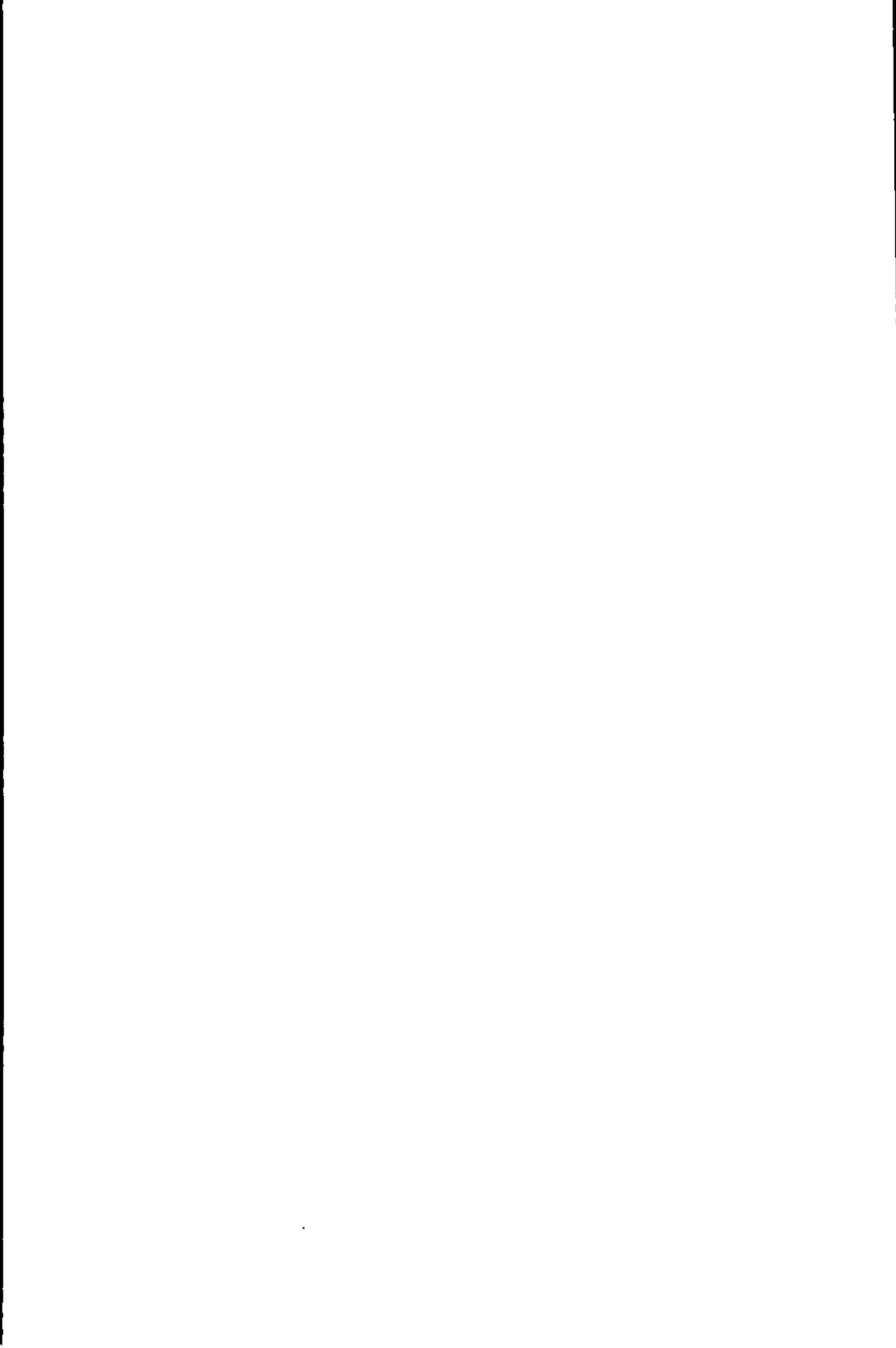
Tambayong,(2002), *Patofisiologi Keperawatan*, Jakarta : EGC.

Tamher dan Noorkasiani, (2008). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Tim PSIK Unair. (2004). *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*. PSIK Surabaya:FK Unair.

Tjokronegoro, (2003), *Ilmu Penyakit Dalam, Ed 3, jilid 2*. Jakarta : FKUI.

Yogiantoro, (2006) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi ke4 jili 1*. Jakarta:
Departemen Ilmu penyakit Dalam FKUI.



LAMPIRAN

Lampiran 1**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mokhamad Kharis Shodiq

NIM : 130915194

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Angkatan B XII. Saya akan melakukan penelitian tentang: **“Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Yang Mengalami Hipertensi Primer di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro”**. Hasil dari penelitian ini adalah untuk menganalisis status kesehatan lansia yang pernah dilakukan kunjungan rumah dan yang belum pernah dilakukan kunjungan rumah, diharapkan akan bermanfaat untuk meningkatkan kondisi kesehatan lansia. Untuk itu kami mohon partisipasi lansia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, dijamin kerahasiaannya (tanpa nama) dan tidak ada pemaksaan.

Atas kerjasama dan partisipasinya, kami sampaikan terima kasih.

Surabaya, Januari 2011

Hormat saya,

Mokhamad Kharis Shodiq

NIM: 130915194



Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
No Responden : (diisi oleh peneliti)

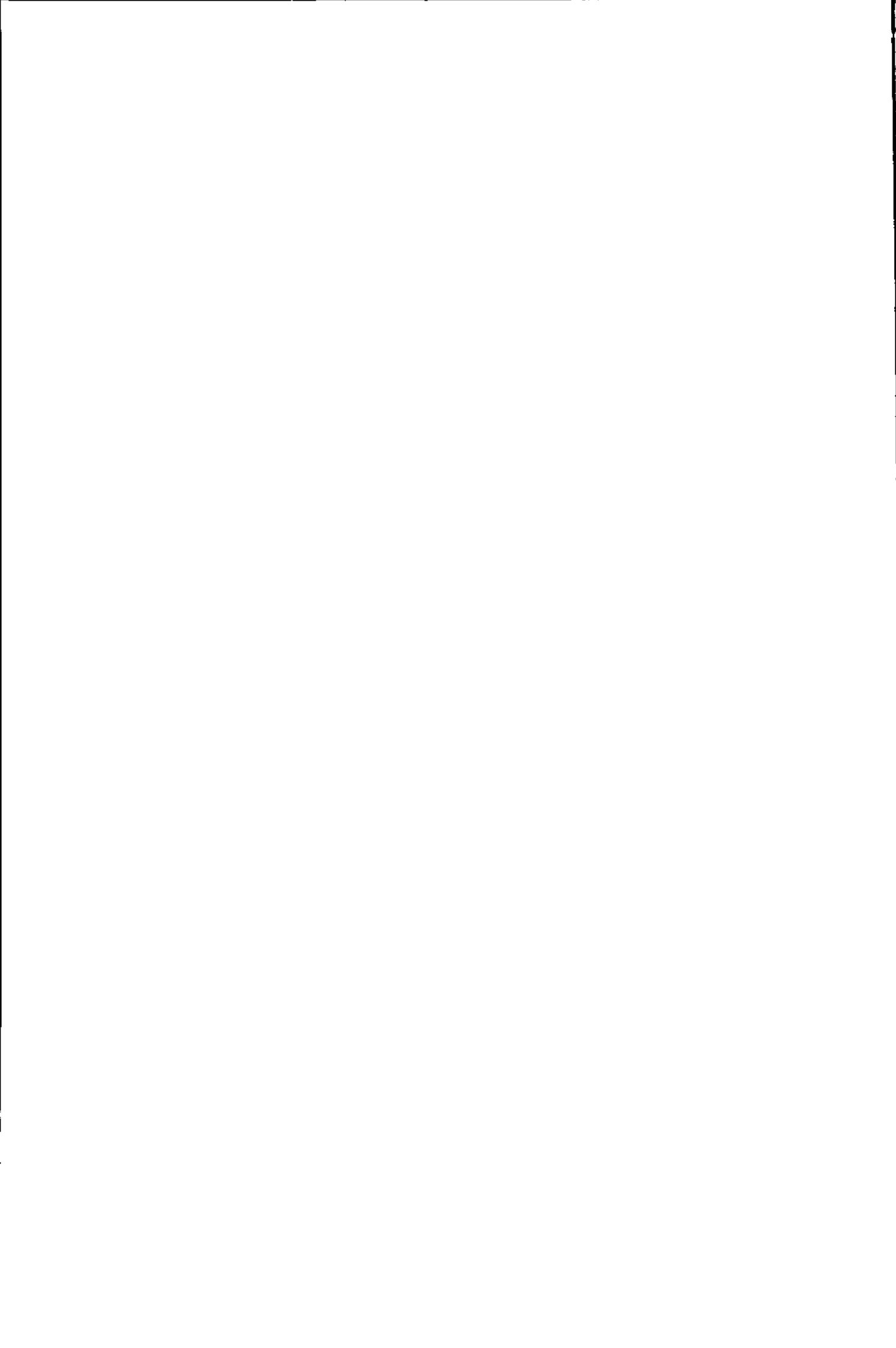
Setelah diberi penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya memahami tujuan yang nantinya akan bermanfaat bagi tekanan darah. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak sebagai responden.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan kesediaan saya untuk menjadi responden dalam penelitian ini dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Surabaya, Januari 2011

Responden

(.....)



Lampiran 3**DATA DEMOGRAFI**

No. Responden :

Tanggal Pengisian :

A. Data Umum

1. Jenis kelamin :
 - a) Laki-laki
 - b) Perempuan
2. Pendidikan Terakhir:
 - a) SD
 - b) SLTP
 - c) SMA
3. Pekerjaan:
 - a) Petani
 - b) Pedagang
 - c) Pensiunan
4. Adakah di keluarga Anda ada yang mempunyai penyakit tekanan darah, seperti orang tua atau saudara Anda?
 - a) Ya
 - b) Tidak
5. Apakah Anda selama ini suka mengonsumsi makanan yang asin?
 - a) Ya
 - b) Tidak
6. Apakah anggota keluarga mendukung dalam perawatan Anda selama ini ?
 - a) Ya
 - b) Tidak

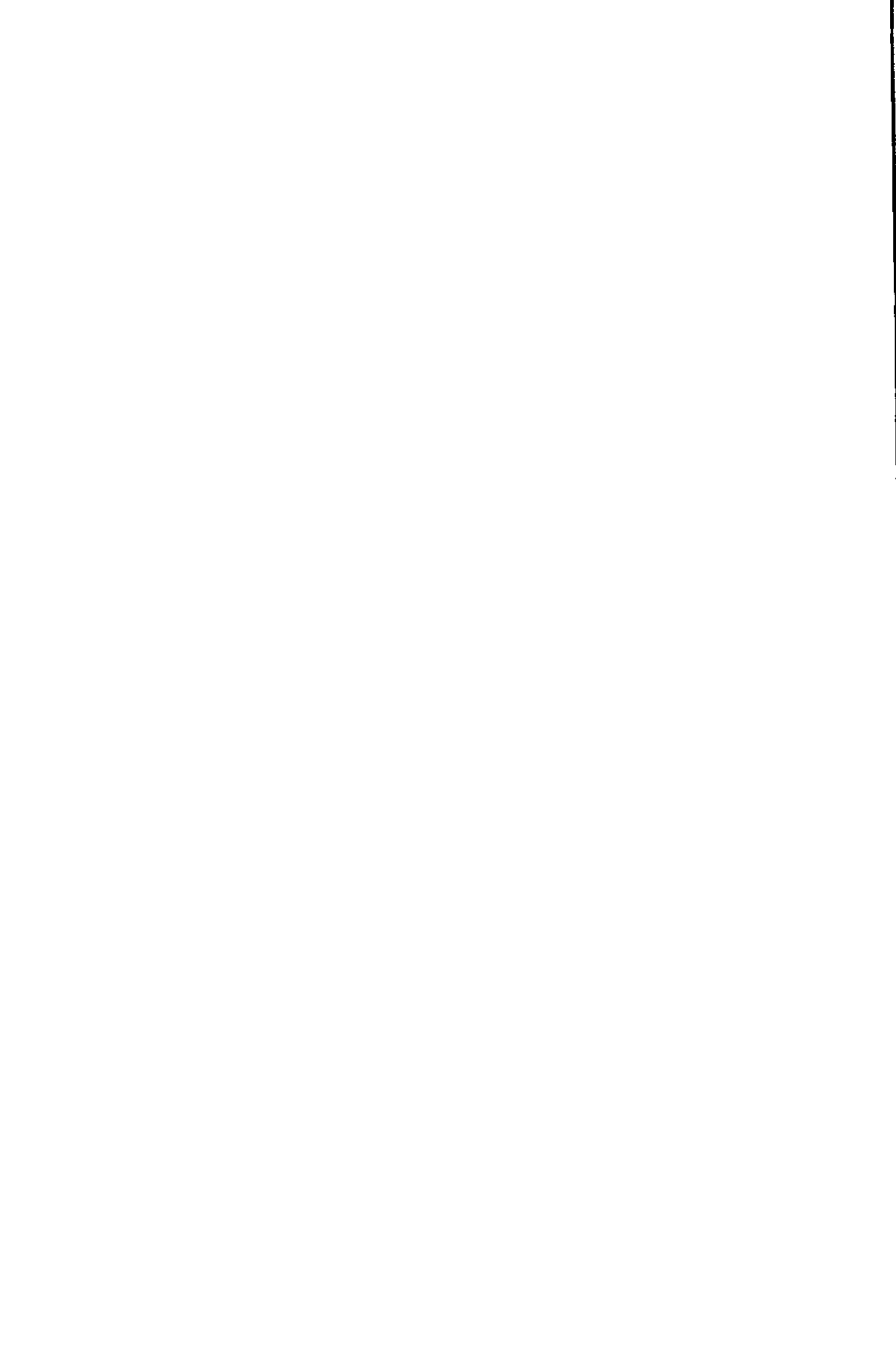
Lampiran 4**PEMERIKSAAN TEKANAN DARAH PADA KEGIATAN KUNJUNGAN**

No. Res	Kode Kelompok	TD Pretes	TD Postes
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

LEMBAR KEGIATAN

No responden : _____
Kelompok : _____

No	Tanggal	Rata2 Konsumsi Garam Dalam Sehari	Rata2 Konsumsi Makanan Berlemak Dalam Sehari	Olahraga	Tidur
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					



Lampiran 5**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
KUNJUNGAN RUMAH**

- Topik** : Hipertensi primer pada lansia usia 60-70 Tahun
- Sasaran** : Lansia usia 60-70 tahun beserta keluarga yang mengalami permasalahan pada kesehatan di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.
- Waktu** : Disesuaikan (20 menit)
- Tempat** : Rumah lansia di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.
-

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah dilakukan kunjungan rumah, lansia dan keluarga dapat memahami masalah yang terjadi pada lanjut usia beserta dengan penanganannya.

2. Tujuan Instruksional Khusus

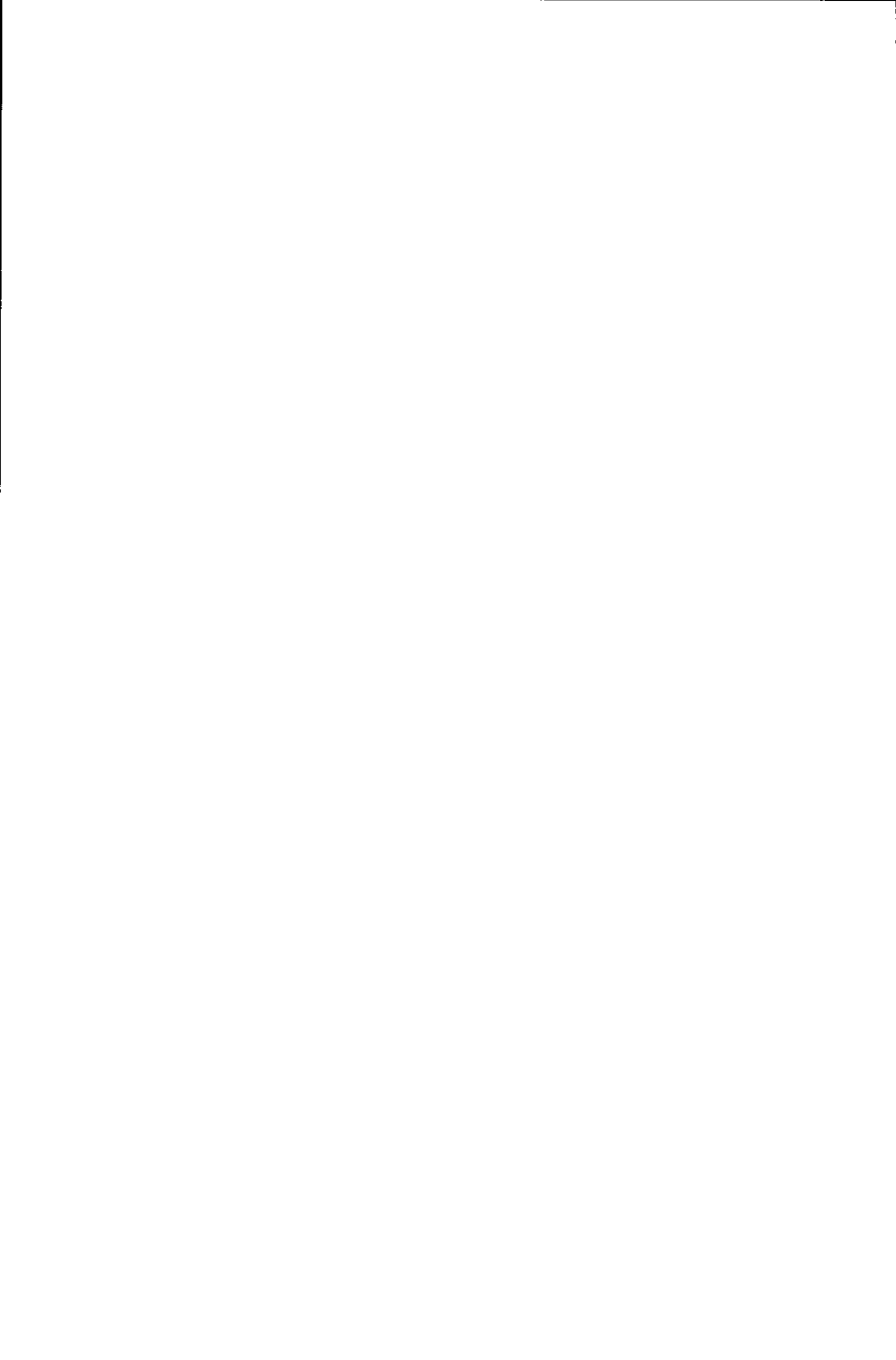
1. Seluruh lansia dan keluarga dapat menjelaskan pentingnya mempertahankan tekanan darah pada kondisi yang normal.
2. Lansia dan keluarga mengerti cara menurunkan tekanan darah pada kondisi hipertensi.

3. Sasaran

Lansia usia 60-70 tahun beserta keluarga yang mengalami hipertensi primer di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

5. Metode Kunjungan Rumah

- Ceramah



➤ Diskusi

6. Alat bantu Kunjungan Rumah

1. Lembar materi
2. Leaflet

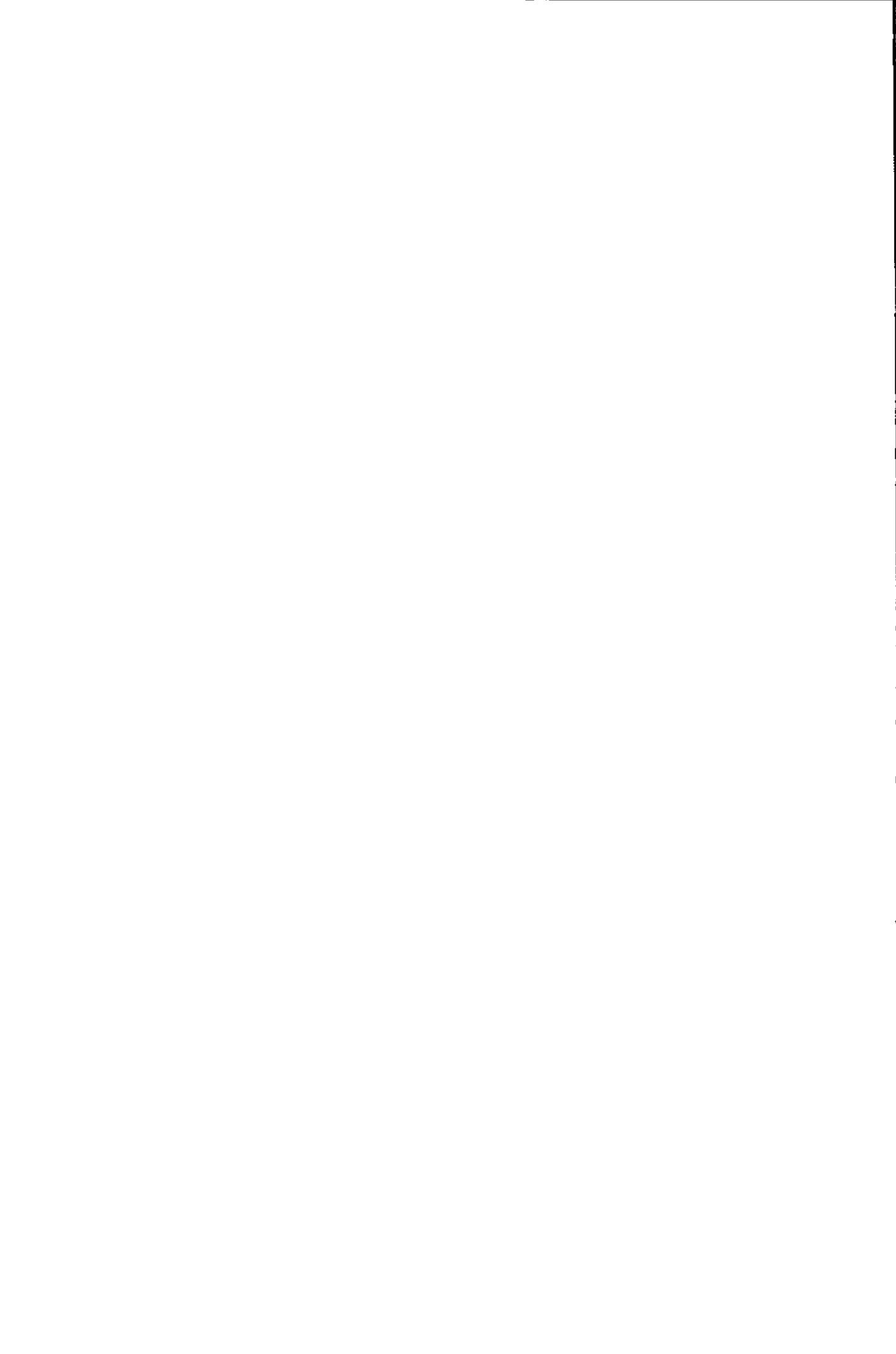
7. Kegiatan Kunjungan Rumah

Kunjungan Pertama

No.	Tahap dan Waktu	Kegiatan Pendidik/ Pengajar	Kegiatan Sasaran
1	Pembukaan 2 Menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri. 2. Perkenalan dengan keluarga. 3. Informasikan tentang asal institusi. 4. Menjelaskan tujuan kedatangan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan. 4. Memperhatikan.
2	Pengembangan 15 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wawancara terstruktur data demografi dan observasi tekanan darah. 2. Pendidikan kesehatan berupa pengertian hipertensi, gejala, penyebab, sampai penanganan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti instruksi yang diberikan. 2. Memperhatikan penjelasan yang diberikan.
3	Penutupan 3 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negosiasi kunjungan berikutnya. 2. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyepakati keputusan. 2. Menjawab salam.

Kunjungan Kedua

No.	Tahap dan Waktu	Kegiatan Pendidik/ Pengajar	Kegiatan Sasaran
1	Pembukaan 2 Menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam. 2. Tetap bina hubungan saling percaya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Menerima kehadiran peneliti.
2	Pengembangan 15 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan kesehatan berupa penanganan hipertensi (manajemen diet dan konseling stres) 2. Mengobservasi tekanan darah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan penjelasan yang diberikan. 2. Mengikuti instruksi yang diberikan
3	Penutupan 3 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negosiasi kunjungan berikutnya. 2. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyepakati keputusan bersama. 2. Menjawab salam.



Kunjungan Ketiga

No.	Tahap dan Waktu	Kegiatan Pendidik/ Pengajar	Kegiatan Sasaran
1	Pembukaan 2 Menit	1. Memberi salam. 2. Tetap bina hubungan saling percaya.	1. Menjawab salam 2. Menerima kehadiran peneliti.
2	Pengembangan 15 menit	1. Pendidikan kesehatan berupa penanganan hipertensi (latihan fisik) 2. Mengobservasi tekanan darah	1. Mengikuti intruksi yang diberikan. 2. Mengikuti instruksi yang diberikan.
3	Penutupan 3 menit	1. Negosiasi kunjungan berikutnya. 2. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam	1. Menyetujui keputusan bersama. 2. Menjawab salam.

Kunjungan Keempat

No.	Tahap dan Waktu	Kegiatan Pendidik/ Pengajar	Kegiatan Sasaran
1	Pembukaan 2 Menit	1. Memberi salam. 2. Tetap bina hubungan saling percaya.	1. Menjawab salam 2. Menerima kehadiran peneliti.
2	Pengembangan 15 menit	1. Observasi pelaksanaan dalam perawatan lansia di rumah 2. Mengobservasi tekanan darah. 3. Merangkul kegiatan kunjungan. 4. Tekankan hal penting yang harus diketahui keluarga. 5. Mengakhiri kontrak.	1. Mengikuti intruksi yang diberikan. 2. Mengikuti intruksi yang diberikan 3. Memberikan umpan balik. 4. Menerima informasi yang diberikan 5. Mengetahui kegiatan telah berakhir.
3	Penutupan 3 menit	1. Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam	1. Menjawab salam.

8. Kriteria Evaluasi Kunjungan Rumah**1. Evaluasi struktur**

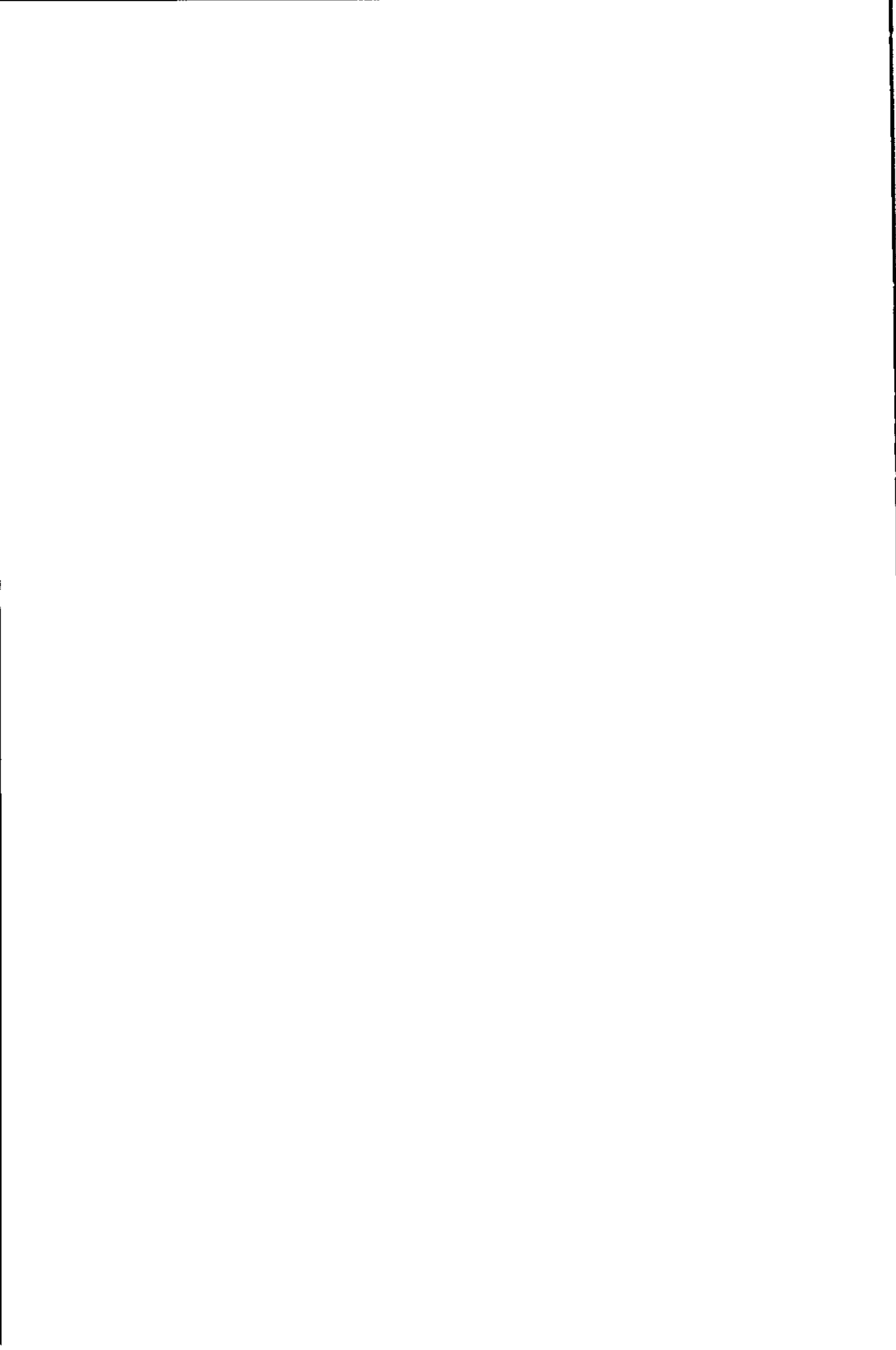
- 1) Penyelenggaraan kegiatan pembelajaran dilakukan di rumah lansia di Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro.

2. Evaluasi proses

- 1) Keluarga dan lansia antusias terhadap implementasi yang diberikan peneliti.



- 2) Keluarga dan lansia tetap berada di tempat sampai kegiatan kunjungan rumah selesai
 - 3) Keluarga dan lansia aktif dalam kegiatan kunjungan rumah
3. Evaluasi hasil
- 1) Tercapainya tujuan kunjungan rumah.
 - 2) Peningkatan perilaku hidup sehat.



Lampiran 6**MATERI PEMBELAJARAN
KUNJUNGAN RUMAH****Hipertensi.****1. Pengertian hipertensi.**

Hipertensi adalah peningkatan tekanan systole, yang tingginya tergantung umur individu yang terkena. Tekanan darah berfluktuasi dalam batas – batas tertentu, tergantung posisi tubuh, umur dan tingkat stress. Hipertensi juga sering digolongkan sebagai ringan, sedang atau berat, berdasarkan diastole. Hipertensi ringan apabila tekanan diastole 95 – 104 mmHg, hipertensi sedang apabila tekanan diastole 105 – 114 mmHg, hipertensi berat apabila tekanan diastole > 115 mmHg. (Tamboyong, 2002).

Menurut Darmojo (2000) Hipertensi pada usia lanjut dibedakan atas : Hipertensi dimana tekanan sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg dan / atau tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg. Hipertensi sistolik terisolasi dimana tekanan sistolik lebih besar dari 160 mmHg dan tekanan diastolik lebih rendah dari 90 mmHg.

2. Gejala hipertensi

Menurut Susalit (2001) gejala yang timbul dapat berbeda-beda bergantung pada tingginya tekanan darah, gejalanya dapat berupa: sakit kepala, epistaksis, pusing, dan migren meskipun tidak jarang yang tanpa gejala.

Pada survei hipertensi di Indonesia, tercatat berbagai keluhan yang dihubungkan dengan hipertensi. Pada penelitian A.Gani dan kawan-kawan di Sumatra selatan, pusing, cepat marah dan telinga berdenging merupakan gejala yang sering dijumpai, selain gejala lain seperti mimisan, sukar tidur dan sesak



napas. Penemuan ini tidak jauh berbeda dengan laporan Harmaji dan kawan-kawan, yang juga mendapatkan keluhan pusing, rasa berat di tengkuk, dan sukar tidur sebagai gejala yang paling sering dijumpai pada pasien hipertensi. Rasa mudah lelah dan cepat marah juga banyak dijumpai sedangkan mimisan jarang ditemukan. Sugiri dan kawan-kawan melaporkan bahwa rasa berat di tengkuk, sakit kepala, mata berkunang-kunang, dan sukar tidur merupakan gejala yang banyak dijumpai (Susalit, 2001).

3. Penyebab hipertensi.

Hipertensi primer atau esensial adalah hipertensi yang tidak/ belum diketahui penyebabnya (terdapat pada kurang lebih 90 % dari seluruh hipertensi) (Yogiantoror, 2006).

Sedangkan menurut Budiarta (2009) Meskipun hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, data-data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1. Faktor keturunan.

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

2. Ciri perseorangan.

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah: Umur (jika umur bertambah maka TD meningkat), Jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan), Ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih).

3. Kebiasaan hidup.



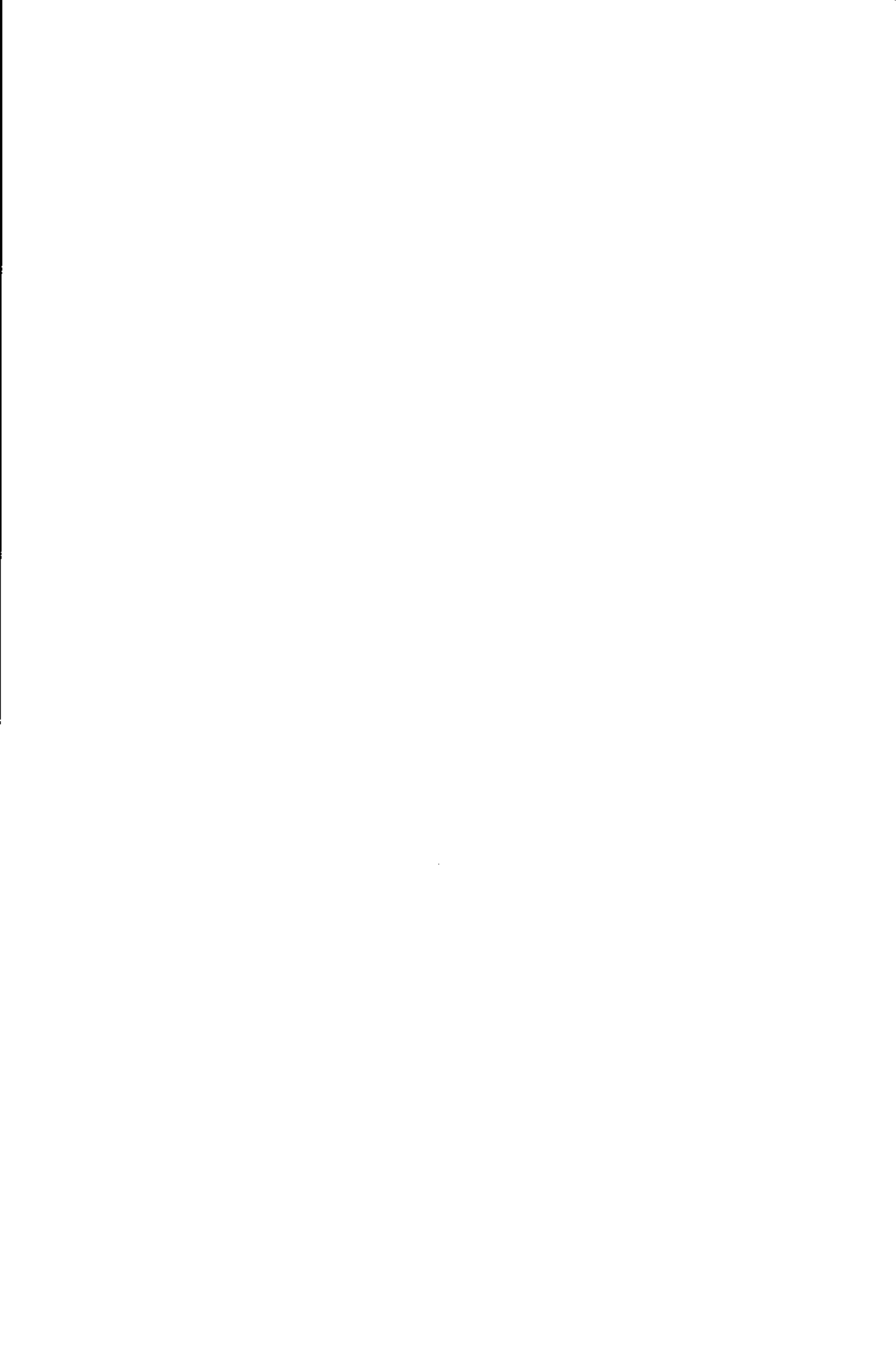
Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah: Konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr), Kegemukan atau makan berlebihan, Stress, Merokok, Minum alcohol, Minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin).

4. Penanganan Hipertensi

Pengobatan terhadap penderita hipertensi dapat dilakukan sebagai berikut: Pengobatan tanpa obat atau nonfarmakologi, antara lain dengan diet rendah garam, kolesterol dan lemak jenuh, peredaan stres emosional, berhenti merokok dan alcohol, serta latihan fisik secara teratur.

1) Diet rendah garam

Selama ini para peneliti menerapkan strategi *The Big Four* untuk mengatasi hipertensi, yaitu dengan mengurangi konsumsi garam, mempertahankan berat badan sehat, berolahraga, dan menjauhi minuman keras. Sekarang strategi itu bertambah satu, yaitu dengan menjalani diet DASH secara teratur (Aditama, 2007). Perubahan pola makan memang sangat penting untuk mengendalikan hipertensi. DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) merupakan diet pengendalian hipertensi yang direkomendasikan oleh (AHA) *American Heart Association* berdasarkan hasil penelitian ilmiah yang dikelola *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI). Prinsip utama dari diet DASH adalah menyajikan menu makan dengan gizi seimbang yang kaya akan pangan sumber kalium, kalsium, magnesium, serat makanan dari sayuran, buah, dan susu, serta membatasi lemak jenuh, kolesterol, garam, gula, kopi, dan minuman keras (Aditama, 2007).



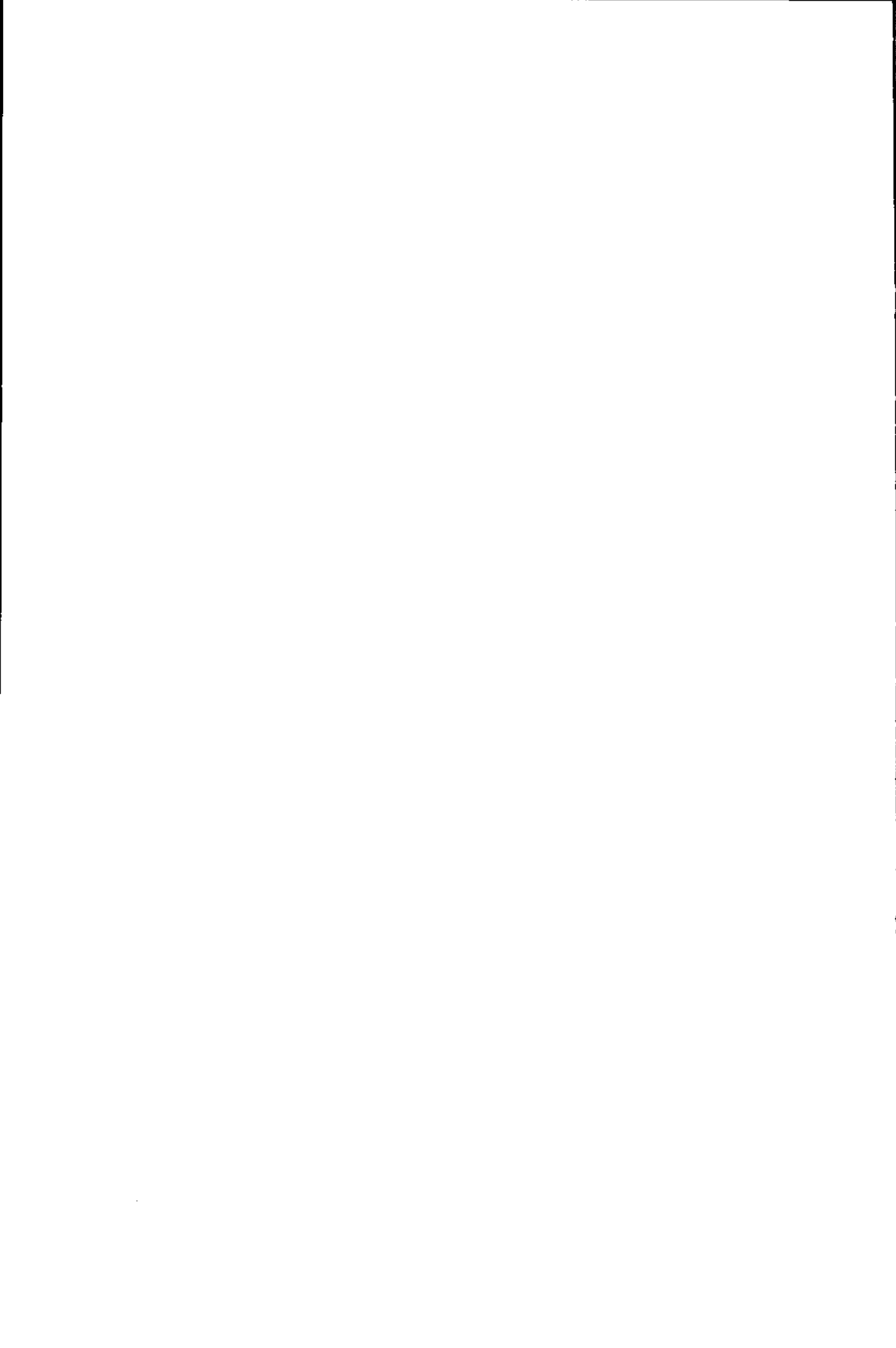
Batasi mengkonsumsi makanan yang mengandung kadar garam atau natrium yang tinggi seperti: ikan asin, telur asin, camilan asin, serta makanan yang diawetkan dan mengandung zat monosodium glutamat. Konsumsi garam dapur yang dianjurkan tidak lebih dari 6gr/hari setara dengan satu sendok teh (Sari, 2008).

Diet rendah garam terdiri dari tiga macam 1) diet ringan (konsumsi garam 3,5-6gr/hari) 2) diet menengah (1,25-1,35gr/hari) 3) diet berat (kurang dari 1,25gr/hari) (Bagun,2000).

Menurut Shilen (2008) Secara sederhana tekanan darah dihasilkan dari curah jantung (jumlah darah yang dipompakan jantung setiap menit atau volume sekuncup dikalikan dengan denyut jantung tiap menit) dikalikan dengan tahanan pembuluh darah perifer. Asupan garam (natrium) mempengaruhi tekanan darah melalui kelebihan garam akan mengakibatkan retensi natrium sehingga meningkatkan volume darah balik yang akan mengakibatkan peningkatan volume sekuncup. Dengan demikian jelas bahwa peningkatan volume sekuncup, peningkatan denyut jantung dan peningkatan tahanan pembuluh darah perifer akibat dari konsumsi garam/natrium yang berlebihan akan mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

2) Suplemen potassium

Meskipun terdapat bukti bahwa dengan meningkatkan jumlah potasium dalam pola makan dapat menurunkan tekanan darah, tidak perlu mengkonsumsi suplemen yang berbentuk garam atau tablet potasium. Sebaliknya, harus meningkatkan jumlah potasium dalam pola makan



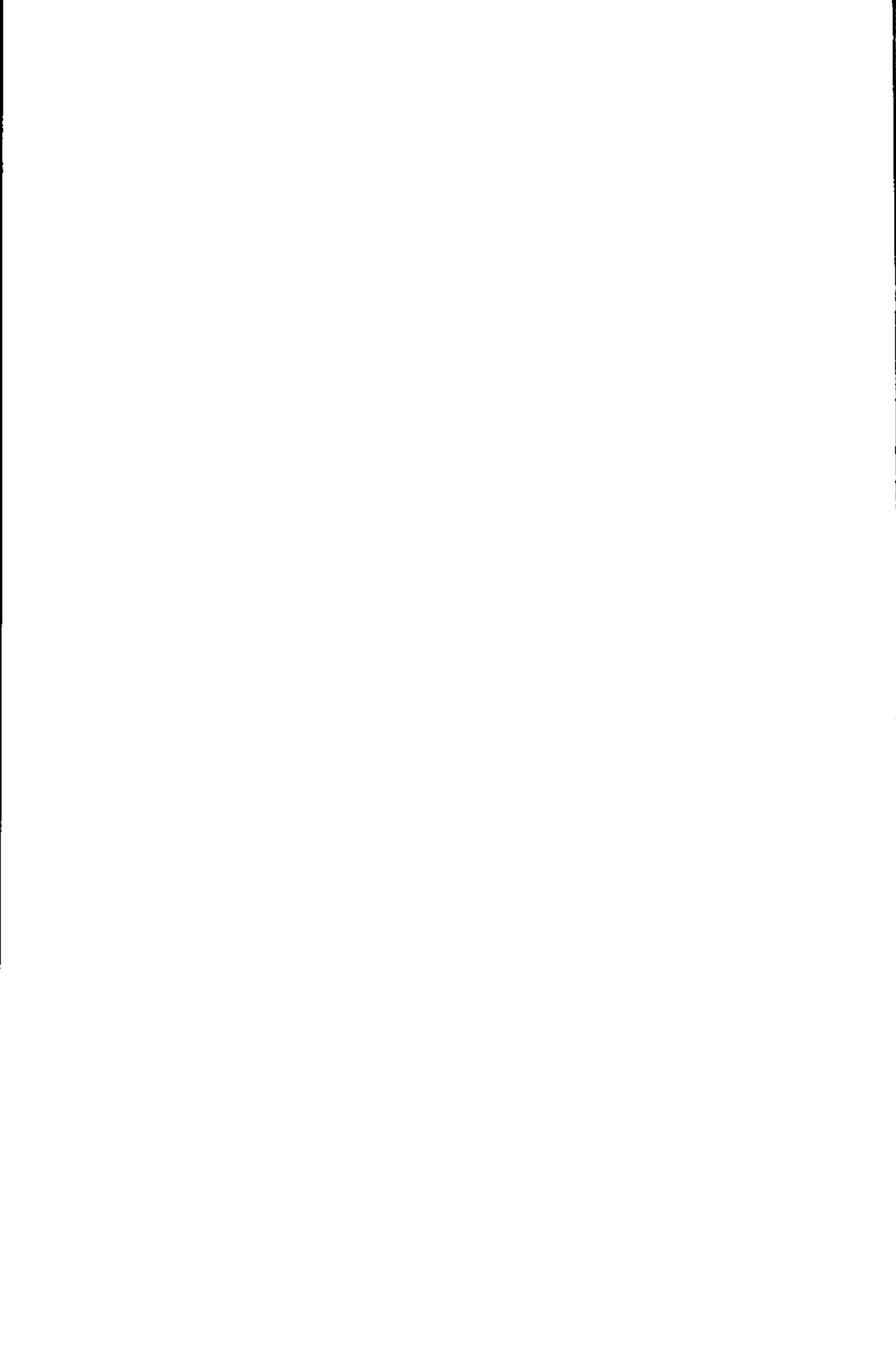
dengan makan lebih banyak buah-buahan dan sayuran segar, dan pada saat yang sama mengurangi garam dari makanan yang diproses.

3) Diet rendah lemak

Kadar lemak dalam darah dipengaruhi oleh asupan makanan dan sebagian besar hasil sintesa hati. Apabila jumlahnya berlebihan, lemak akan membahayakan tubuh karena memicu timbulnya penyakit. Agar lemak tidak memicu penyakit, kadarnya harus dikendalikan, yaitu dengan mengatur pola makan. Caranya yaitu dengan meningkatkan asupan makanan nabati dan mengganti lemak berbahaya dengan lemak sehat.

Ada dua jenis lemak di dalam makanan, yaitu lemak jenuh dan lemak tak jenuh. Lemak jenuh inilah yang menaikkan kadar kolesterol dan trigliserida. Sebaliknya, lemak tak jenuh bermanfaat menurunkan kadar kolesterol dalam darah. Sumber lemak jenuh banyak ditemukan pada makanan hewani seperti daging kambing, babi, kerbau, keju, susu. Lemak tak jenuh banyak terdapat di dalam makanan nabati, seperti kacang-kacangan dan biji-bijian. Tetapi beberapa bahan makanan nabati juga mengandung lemak tak jenuh seperti kelapa dan hasil olahannya. Pola makan rendah kolesterol dan lemak terbatas, dilakukan dengan meningkatkan asupan makanan nabati. Dengan demikian, asupan protein nabati meningkat sehingga menurunkan kadar kolesterol berlebihan. Di samping itu, apabila penderita hipertensi terlalu gemuk, kelebihan berat badannya akan menurun.

Di dalam penerapannya, diet rendah kolesterol dan lemak terbatas perlu memerhatikan hal-hal berikut.



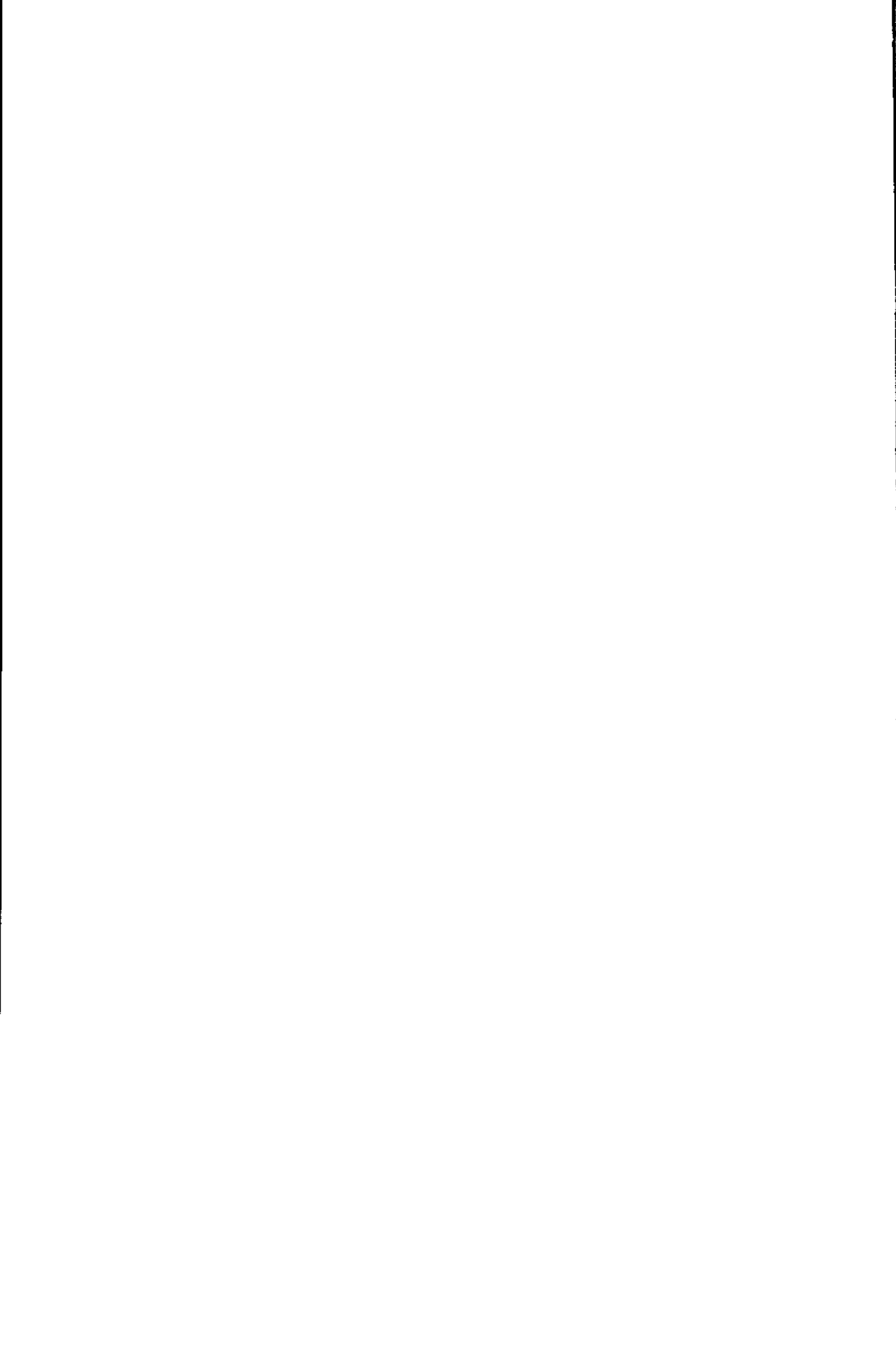
1. Hindari mengonsumsi bahan makanan sumber lemak jenuh, seperti kelapa dan produk olahannya (minyak kelapa), lemak hewan, margarin, dan mentega.
2. Batasi konsumsi daging dan jeroan, seperti hati, limpa, dan ginjal.
3. Ganti susu penuh (full cream) dengan susu rendah lemak, misalnya susu skim.
4. Batasi konsumsi kuning telur. Di dalam seminggu, konsumsi kuning telur tidak boleh lebih dari tiga kali.
5. Tingkatkan konsumsi tahu, tempe, dan jenis kacang-kacangan lainnya.
6. Kurangi penggunaan gula dan makanan manis.
7. Perbanyak konsumsi sayuran dan buah-buahan.
8. Perhatikan kombinasi makanan yang dikonsumsi agar sesuai dengan kadar kolesterol darah (Sutomo, 2009).

4) Pengendalian berat badan

Untuk setiap kilogram berat badan anda yang hilang maka tekanan darah akan turun sekitar satu mmHg. Jadi, jika tekanan darah hanya sedikit meningkat, dapat kembali normal jika mengurangi sedikit berat badan. Namun, hal ini tidak mudah dilakukan kecuali mendapatkan anjuran yang tepat dan memiliki motivasi yang kuat, selain mengurangi penggunaan garam dalam makanan.

5) Pengendalian minum mengandung alcohol

Alkohol mempunyai pengaruh terhadap tekanan darah, dan secara keseluruhan semakin banyak alkohol yang diminum akan semakin meningkatkan tekanan darah. Peminum berat atau alkoholik sangat



berisiko meningkatkan tekanan darah dan juga memiliki kecenderungan kuat untuk mengalami stroke. Minum lebih dari empat kali per hari akan mengakibatkan risiko hipertensi dan stroke, juga berdampak merusak pada organ hati, sistem saraf dan kualitas hidup.

6) **Konseling stres**

Dalam keadaan stres, umumnya kerja jantung menjadi lebih cepat sehingga sirkulasi darah juga lebih cepat. Dalam kondisi demikian, darah akan meningkatkan kapasitasnya untuk sirkulasi oksigen dan zat makanan, di sisi lain menurunkan kapasitas dan fungsi darah yang berhubungan dengan relaksasi (Setiadi, 2007).

Hal ini berkaitan dengan stres kronik yang dapat meningkatkan tekanan darah. Namun, banyak orang menderita hipertensi mengalami stres berat oleh berbagai alasan, seperti masalah pribadi, kecemasan dalam pekerjaan, atau perkembangan keadaan cemas yang tidak jelas penyebabnya. Jika hal ini terjadi, konseling stres dan dalam kasus-kasus yang berat, pengobatan psikiatrik dapat membantu mengurangi stres, sehingga tekanan darah menurun pada saat yang sama. Banyak terapi yang digunakan seperti relaksasi, yoga, biofeedback, atau teknik serupa lainnya.

7) **Olah raga teratur**

Menurut penelitian, olah raga teratur dapat menyerap atau menghilangkan endapan kolesterol pada pembuluh nadi (Gunawan, 2001).

Hal yang perlu diperhatikan lansia dalam beraktivitas :

(1) Lansia harus membatasi aktivitas



jangan jalan jauh, mendengarkan musik, duduk santai sambil menonton televisi. Jangan hanya membiarkan lansia hanya untuk tidur dan makan

(2) Dalam melakukan latihan fisik harus teratur

Prinsip dasar olahraga untuk lansia: 1) pemanasan harus lebih lama 10-15 menit gerakan santai dengan kekuatan atau berat yang ringan. 2) latihan otot 15-20 menit dilakukan dengan beban ringan/ tanpa beban. 3) latihan aerobik 50-60 menit misalnya jalan kaki 30 km/jam atau jogging (jalan cepat). 4) pendinginan 10-15 menit. (Santoso dan Ismail, 2009).

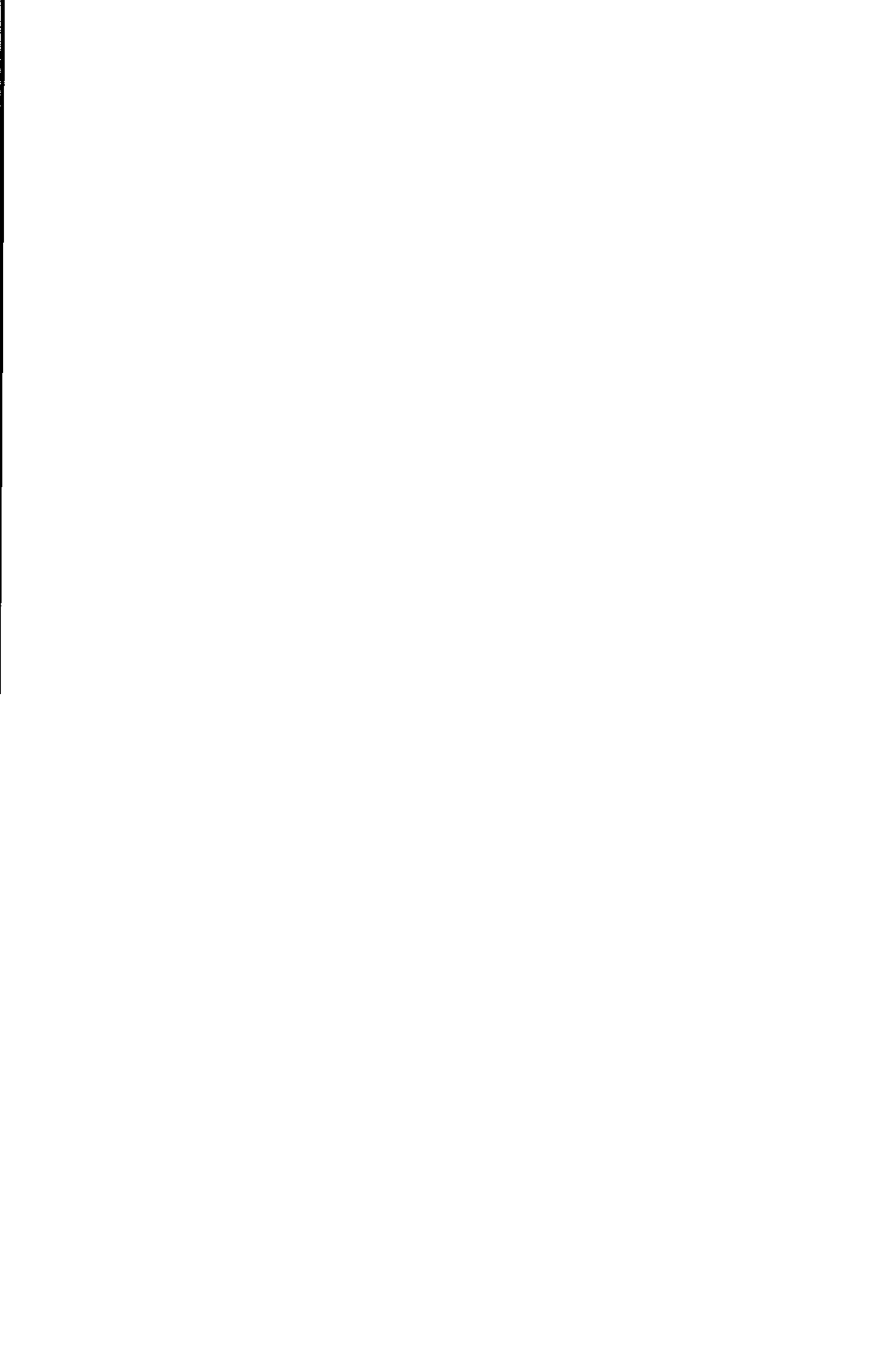
Jenis olahraga yang efektif menurunkan tekanan darah adalah olahraga aerobik dengan intensitas sedang. Salah satu contohnya, jalan kaki cepat. Frekuensi latihannya 3 – 5 kali seminggu, dengan lama latihan 20-60 menit sekali latihan. Latihan olahraga bisa menurunkan tekanan darah karena latihan itu dapat merilekskan pembuluh-pembuluh darah. Lama-kelamaan, latihan olahraga dapat melemaskan pembuluh-pembuluh darah, sehingga tekanan darah menurun, sama halnya dengan melebarnya pipa air akan menurunkan tekanan air. Latihan olahraga juga dapat menyebabkan aktivitas saraf, reseptor hormon, dan produksi hormon-hormon tertentu menurun.

Bagi penderita hipertensi latihan olahraga tetap cukup aman. Hanya saja ada sedikit catatan. Penderita tekanan darah tinggi berat, misalnya dengan tekanan darah sistolik lebih tinggi dari 180 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik lebih tinggi dari 110 mmHg, sebaiknya tetap menggunakan obat-obatan penurun tekanan darah dari dokter sebelum



memulai program penurunan tekanan darah dengan latihan olahraga (Marssy, 2007).

Sedangkan Menurut Nora (2006), olahraga secara teratur idealnya dilakukan tiga hingga lima kali seminggu, minimal 30 menit setiap sesi, dengan intensitas sedang dan Jenis olahraga yang dianjurkan bagi penderita hipertensi adalah olahraga yang sifatnya ringan seperti jalan kaki jogging, bersepeda, dan berenang.



HIDUP SEHAT TANPA DARAH TINGGI



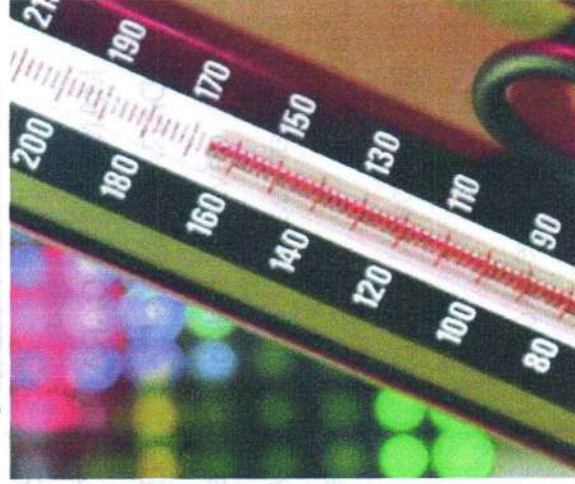
OLEH:
Mokhammad Kharis Shodiq
NIM: 130915194

KERJASAMA ANTARA PUSKESMAS
KANOR DENGAN FAKULTAS
KEPERAWATAN UNIVERSITAS
AIRLANGGA

2011

APA DARAH TINGGI ITU ?

Tekanan darah tinggi merupakan penyakit terbanyak yang diderita oleh lansia. Lansia dikatakan menderita tekanan darah tinggi jika tekanan darah > 140/90 mmHg.



APA GEJALA DARAH TINGGI ?

- ✓ Sakit kepala
- ✓ Pusing
- ✓ Migren (pusing sebelah)
- ✓ Cepat marah
- ✓ Telinga berdenging
- ✓ Sukar tidur
- ✓ Sesak napas
- ✓ Rasa berat di tengkuk
- ✓ Rasa mudah lelah
- ✓ Mata berkunang-kunang dan
- ✓ Meskipun tidak jarang yang tanpa gejala.

APA PENYEBAB DARAH TINGGI?

Hipertensi primer belum diketahui dengan pasti penyebabnya, adapun faktor resikonya adalah:

- ✓ Keturunan

- ✓ Umur (jika umur bertambah maka TD meningkat)
- ✓ Jenis kelamin (laki-laki lebih tinggi dari perempuan)
- ✓ Ras (ras kulit hitam lebih banyak dari kulit putih)
- ✓ Konsumsi garam yang tinggi (melebihi dari 30 gr)
- ✓ Kegemukan atau makan berlebihan
- ✓ Stress
- ✓ Merokok
- ✓ Minum alkohol
- ✓ Minum obat-obatan (ephedrine, prednison, epineprin)



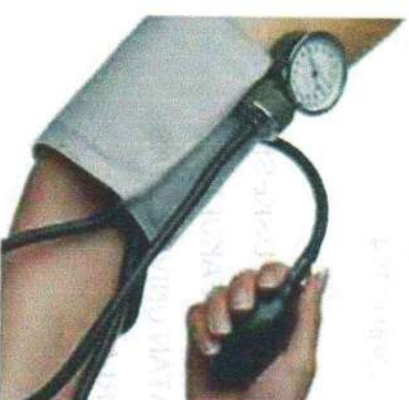
BAGAI MANA CARA MENGATASI DARAH TINGGI ?

- ✓ Perubahan gaya hidup: penurunan berat badan (bila kegemukan)
- ✓ pengurangan asupan garam (dit rendah garam)
- ✓ menghindari faktor resiko : merokok, minum beralkohol, makanan berlemak, stress
- ✓ aktifitas fisik/ jalan sehat



BAGAI MANA CARA MENGOBATI TEKANAN DARAH ?

Berobat / kontrol secara teratur ke fasilitas kesehatan (Bidan Desa, Mantri atau Perawat, Puskesmas, RS, Dokter Praktek)



APA PERLU DIET RENDAH GARAM DAN LEMAK PADA PENDERITA DARAH TINGGI ?



PENDERITA DARAH TINGGI APAKAH BOLEH BANYAK MAKAN GARAM ?

mengonsumsi garam yang berlebihan akan membahayakan tubuh dan dapat memicu timbulnya penyakit seperti hipertensi.



6gr/hari setara dengan satu sendok teh atau 1/3 sendok makan.



OLEH:

Mokhammad Kharis Shodiq

NIM: 130915194

KERJASAMA ANTARA PUSKESMAS KANOR DENGAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS

AIRLANGGA

2011

BERAPA BANYAK GARAM YANG DI ANJURKAN DALAM SEHARI ?

Konsumsi garam dapur yang dianjurkan tidak lebih dari

APAKAH HARUS MENGKONSUMSI MAKANAN RENDAH LEMAK ?

mengonsumsi lemak yang berlebihan akan membahayakan tubuh dan dapat memicu timbulnya penyakit seperti hipertensi.

MAKANAN APA YANG TIDAK

DIANJURKAN?

Mengonsumsi berlebih pada makanan yang banyak mengandung lemak hewani seperti daging kambing, kerbau, keju, jeroan seperti: hati, limpa, dan ginjal. kelapa dan produk olahannya (minyak kelapa), lemak hewani, margarin, dan mentega. susu penuh (full cream) diganti

susu rendah lemak, misalnya susu skim.



MAKANAN APA YANG DI

ANJURKAN ?

Makanan yang banyak mengandung lemak nabati, seperti kacang-kacangan dan biji-bijian. Tahu, tempe, dan jenis kacang-kacangan lainnya

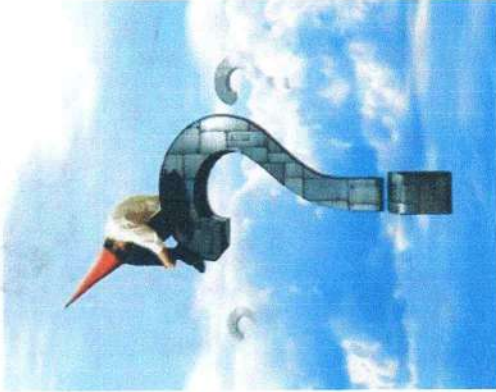
APA YANG PERLU

DIPERHATIKAN ?

1. Batasi konsumsi kuning telur. Di dalam seminggu, konsumsi kuning telur tidak boleh lebih dari tiga kali.
2. Kurangi penggunaan gula dan makanan manis.
3. Perbanyak konsumsi sayuran dan buah-buahan.

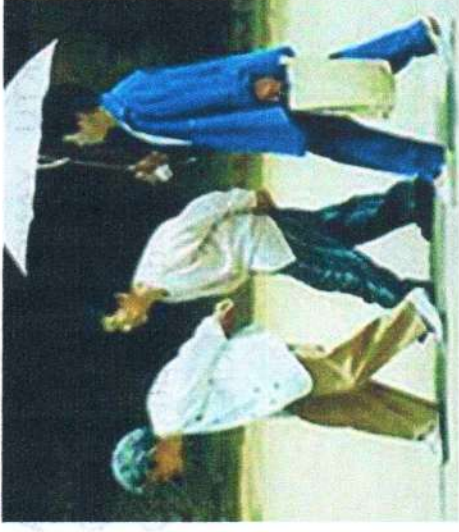


APAKAH PERLU OLAHRAGA PADA
PENDERITA DARAH TINGGI ?



MENGAPA HARUS
OLAHRAGA ?

Karena latihan olahraga dapat melemaskan pembuluh darah, sehingga tekanan darah dapat menurun, sama halnya dengan melebarnya pipa air akan menurunkan tekanan air.



BERAPA LAMA ?

Frekuensi latihannya 3 kali seminggu, dengan lama latihan 30 menit sekali latihan.

OLAHRAGA YANG SEPERTI
APA ?

Jenis olahraga yang efektif menurunkan tekanan darah adalah olahraga aerobik dengan intensitas sedang. Salah satu contohnya, jalan kaki cepat.

OLEH:

Mokhammad Kharis Shodiq

NIM: 130915194

KERJASAMA ANTARA PUSKESMAS
KANOR DENGAN FAKULTAS
KEPERAWATAN UNIVERSITAS

AIRLANGGA

2011

KAPAN WAKTU YANG TEPAT UNTUK BEROLAHRAGA ?

Sebaiknya olah raga dilakukan pada waktu pagi hari atau shore hari.



APA YANG PERLU DIPERHATIKAN LANSIA

DALAM BERAKTIVITAS ?

1 Lansia harus membatasi aktivitas.

jangan jalan jauh, mendengarkan musik,

duduk santai sambil menonton televisi. Jangan

hanya membiarkan lansia hanya untuk tidur dan makan

2 Dalam melakukan latihan

fisik harus teratur





UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id>; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 10 Desember 2010

Nomor : 2509 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Bidan Desa Bungur
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Mokhamad Kharis Shodiq
NIM : 130915194
Judul Penelitian : Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Status Kesehatan Lansia di Dukuh
Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro
Tempat : Dukuh Soko Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP : 196611212000032001

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Kanor
2. Kepala Desa Bungur





UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 20 Januari 2011

Nomor : 030 /H3.1.12/PPd/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa PSIK – FKP Unair

Kepada Yth.
Kepala Kesbang, Pol dan Linmas Kota Bojonegoro
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Mokhamad Kharis Shodiq
NIM : 130915194
Judul Penelitian : Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Tekanan Darah Pada
Lansia Yang Mengalami Hipertensi Primer di Dukuh Soko Desa
Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro
Tempat : Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro

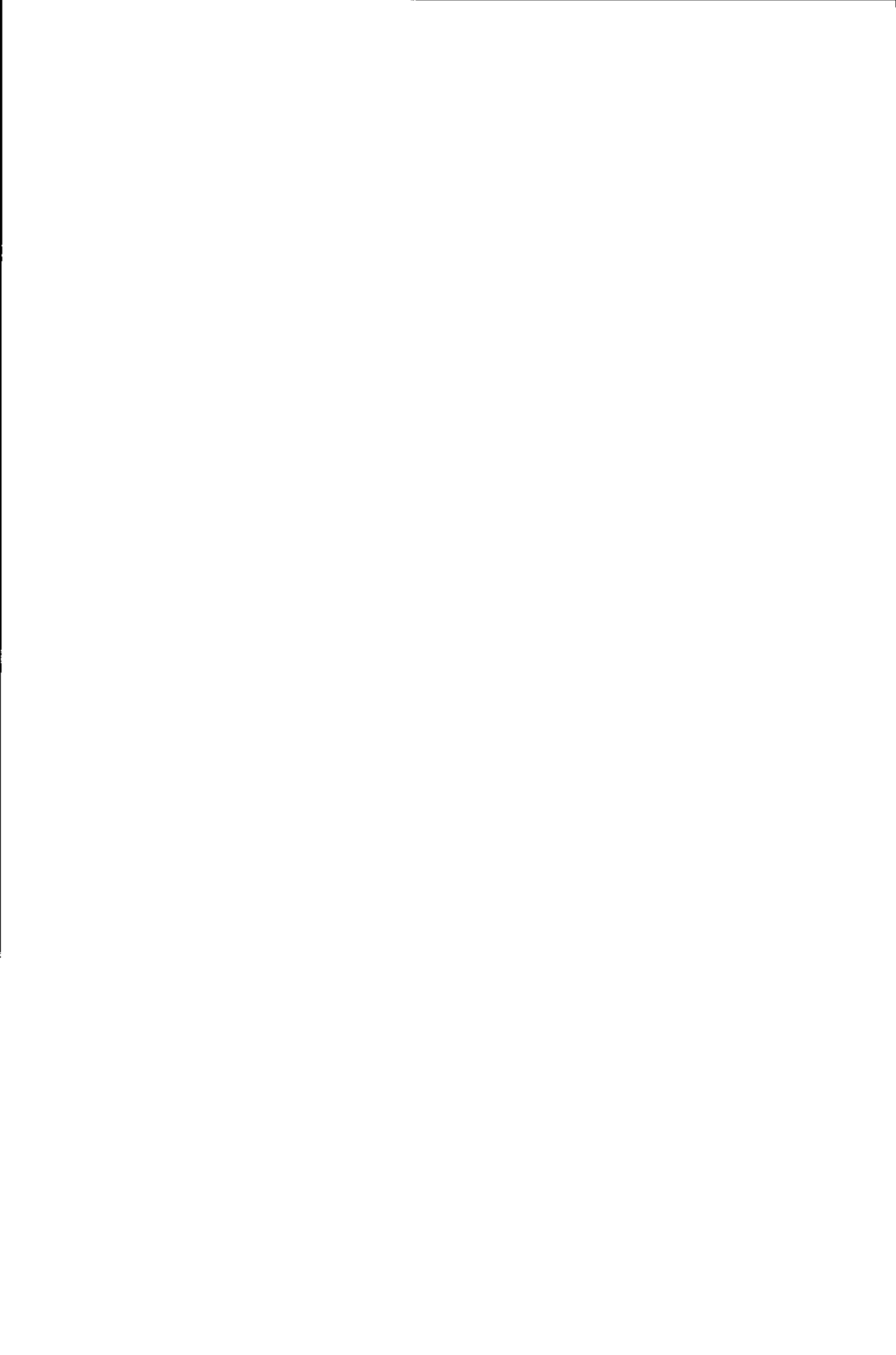
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP : 196511212000032001

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bojonegoro
2. Kepala Puskesmas Kanor
3. Kepala Desa Bungur





PEMERINTAH KABUPATEN BOJONEGORO
KECAMATAN KANOR
DESA BUNGUR
Jalan Raya Desa Bungur No. 138
BUNGUR

SURAT KETERANGAN

Nomor : 423.4 /60 /51.10.015 / 2011

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro, menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : **AHMAD DIYANTO**
Alamat : Desa Bungur Kec Kanor Kabupaten Bojonegoro
Jabatan : Kepala Desa

Menerangkan Bahwa :

Nama : **MOKHAMAD KHARIS SHODIQ**
Nim : 130915194
Institusi : PSIK-FKp Universitas Airlangga Surabaya

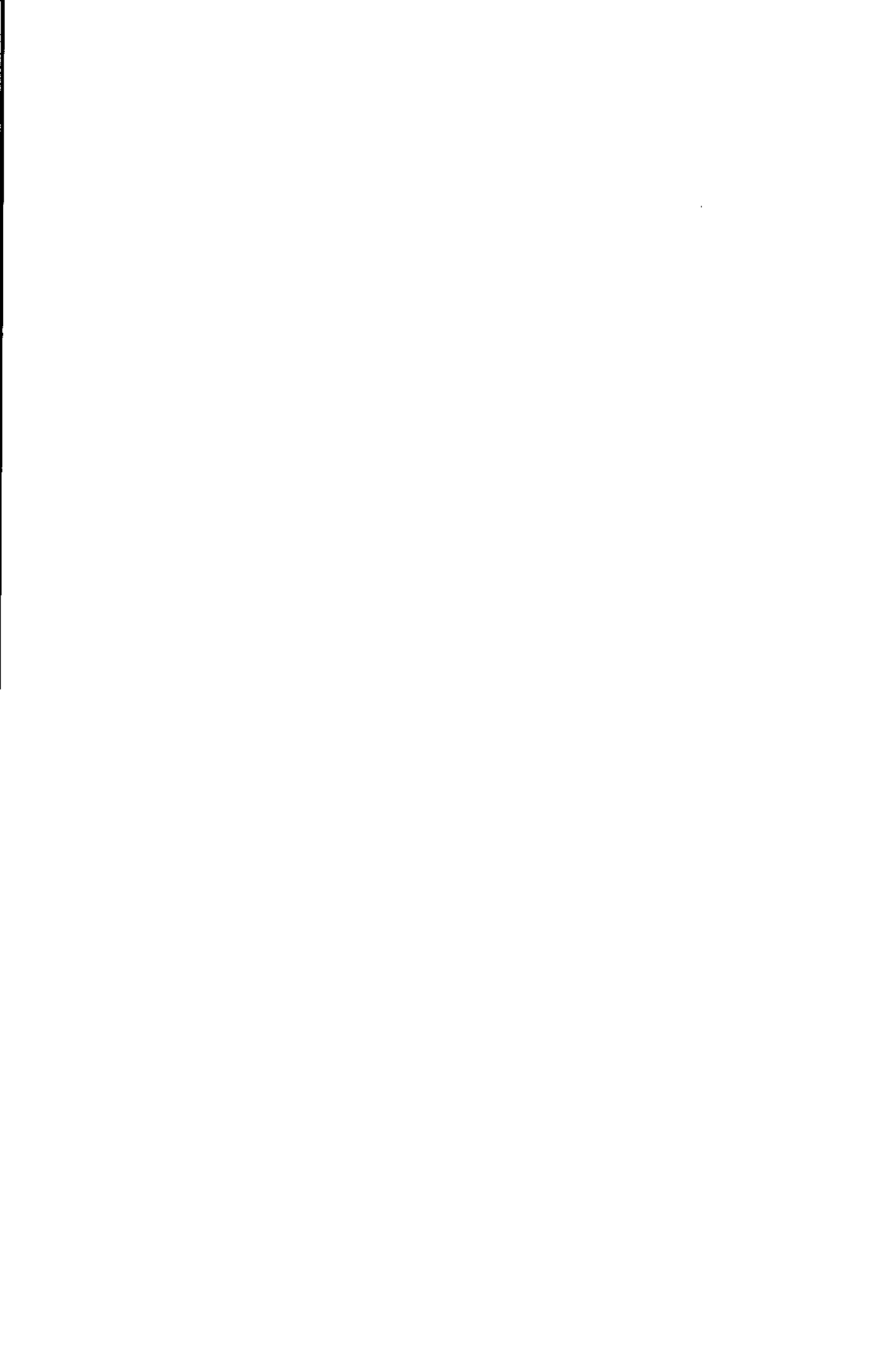
Benar-benar telah mengadakan pengambilan data awal di Dukuh Soka desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro pada bulan November 2010 Dengan judul “ Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Yang Mengalami Hipertensi Primer di Dukuh Soka desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro”.

Demikian surat ini kami buat guna di perlukan untuk kepentingan di PSIK-FKp Universitas Airlangga Surabaya.

Bungur, 14 february 2011
Kepala Desa Bungur



AHMAD DIYANTO





PEMERINTAH KABUPATEN BOJONEGORO
KECAMATAN KANOR
DESA BUNGUR
Jalan Raya Desa Bungur No. 138
BUNGUR

SURAT KETERANGAN

Nomor : 423.4 /61/51.10.015 / 2011

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro, menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : **AHMAD DIYANTO**
Alamat : Desa Bungur Kec Kanor Kabupaten Bojonegoro
Jabatan : Kepala Desa

Menerangkan Bahwa :

Nama : **MOKHAMAD KHARIS SHODIQ**
Nim : 130915194
Institusi : PSIK-FKp Universitas Airlangga Surabaya

Benar-benar telah melakukan penelitian mulai tanggal 21 Januari 2011 sampai 06 Februari 2011 di Dukuh Soka Desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro pada bulan November 2010 Dengan judul “ Pengaruh Kunjungan Rumah Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Yang Mengalami Hipertensi Primer di Dukuh Soka desa Bungur Kecamatan Kanor Kabupaten Bojonegoro”.

Demikian surat ini kami buat guna di perlukan untuk kepentingan di PSIK-FKp Universitas Airlangga Surabaya.

Bungur, 14 february 2011

Kepala Desa Bungur



AHMAD DIYANTO

DATA TEKANAN DARAH PADA WAKTU KUNJUNGAN RUMAH

Kode Responden	Kode Kelompok	Tekanan Darah (mmHg)			
		Kunjungan Rumah			
		Pertama	Kedua	Ketiga	Keempat
1	P	160/100	160/100	150/90	140/90
2	P	150/90	150/90	140/90	140/90
3	P	170/100	170/100	160/100	160/100
4	P	160/100	160/100	150/90	150/90
5	P	150/90	150/90	140/90	140/90
6	P	160/100	160/100	150/100	150/90
7	P	150/90	150/90	140/90	140/90
8	P	150/90	150/90	140/90	140/90
9	P	170/100	170/100	160/100	150/90
10	P	170/100	170/100	160/100	150/100
11	K	160/100	-	-	170/100
12	K	170/100	-	-	170/100
13	K	150/90	-	-	160/100
14	K	150/90	-	-	150/90
15	K	170/100	-	-	170/100
16	K	170/100	-	-	170/100
17	K	150/90	-	-	150/90
18	K	170/90	-	-	160/100
19	K	160/100	-	-	150/90
20	K	160/100	-	-	150/90

Keterangan :

Kode Kelompok :

P = Kelompok Perlakuan

K = Kelompok Kontrol

Tabulasi Data

Kode Res	Kode Kel	Karakteristik Responden										Sebelum kunjungan rumah		Setelah kunjungan rumah	
		Lansia										Tekanan darah	Kode	Tekanan darah	Kode
		Jenis kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Suka konsumsi makanan asin	Riwayat keluarga	Dukungan keluarga								
1.	P	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	160/100	4	140/90	3
2.	P	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	150/90	3	140/90	3
3.	P	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	170/100	4	160/100	4
4.	P	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	160/100	4	150/90	3
5.	P	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	150/90	3	140/90	3
6.	P	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	160/100	4	150/90	3
7.	P	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	150/90	3	140/90	3
8.	P	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	150/90	3	140/90	3
9.	P	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	170/100	4	150/90	3
10.	P	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	170/100	4	150/100	3
11	K	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	160/100	4	170/100	4
12	K	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	170/100	4	170/100	4
13	K	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	150/90	3	160/100	4
14	K	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	150/90	3	150/90	3
15	K	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	170/100	4	170/100	4
16	K	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	170/100	4	170/100	4
17	K	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	150/90	3	150/90	3
18	K	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	170/90	4	160/100	4
19	K	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	160/100	4	150/90	3
20	K	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	160/100	4	150/90	3

Keterangan:

Kode Kelompok :

P = Kelompok Perlakuan

K = Kelompok Kontrol

1) Jenis Kelamin

1. Laki-laki
2. Perempuan

2) Pendidikan

1. SD
2. SLTP

3) Pekerjaan

1. Petani
2. Pedagang

4) Suka konsumsi makanan asin

1. Ya
2. Tidak

5) Riwayat keluarga

1. Ya
2. Tidak

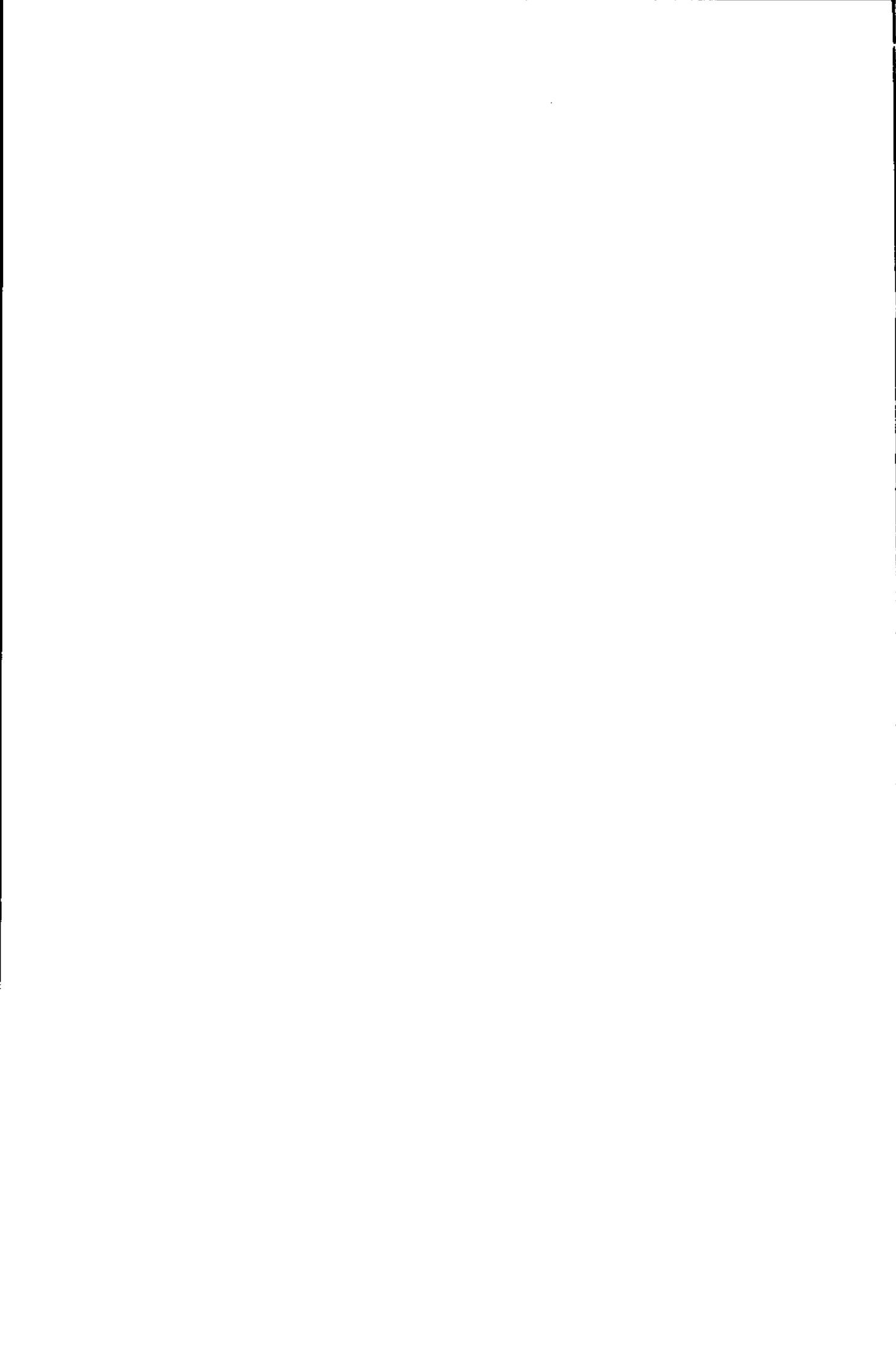
6) Dukungan keluarga

1. Ya
2. Tidak

7) Kode untuk tekanan darah

1. Normal (<130 mmHg, Diastolik <85 mmHg)
2. Normal tinggi (sistolik 130-139 mmHg, Diastolik 85 - 89 mmHg)
3. Hipertensi Stadium 1 (sistolik 140-159 mmHg, Diastolik 90-99 mmHg)

4. Hipertensi Stadium 2 (sistolik 160-179 mmHg, Diastolik 100-109 mmHg)
5. Hipertensi Stadium 3 (sistolik 180-209 mmHg, Diastolik 110-119 mmHg)
6. Hipertensi Stadium 4 (sistolik \geq 210 mmHg, Diastolik \geq 120mmHg)



Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
perlakuanpost - perlakuanpre	Negative Ranks	5 ^a	3.00	15.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	5 ^c		
	Total	10		

- a. perlakuanpost < perlakuanpre
- b. perlakuanpost > perlakuanpre
- c. perlakuanpost = perlakuanpre

Test Statistics^b

	perlakuanpost - perlakuanpre
Z	-2.236 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.025

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

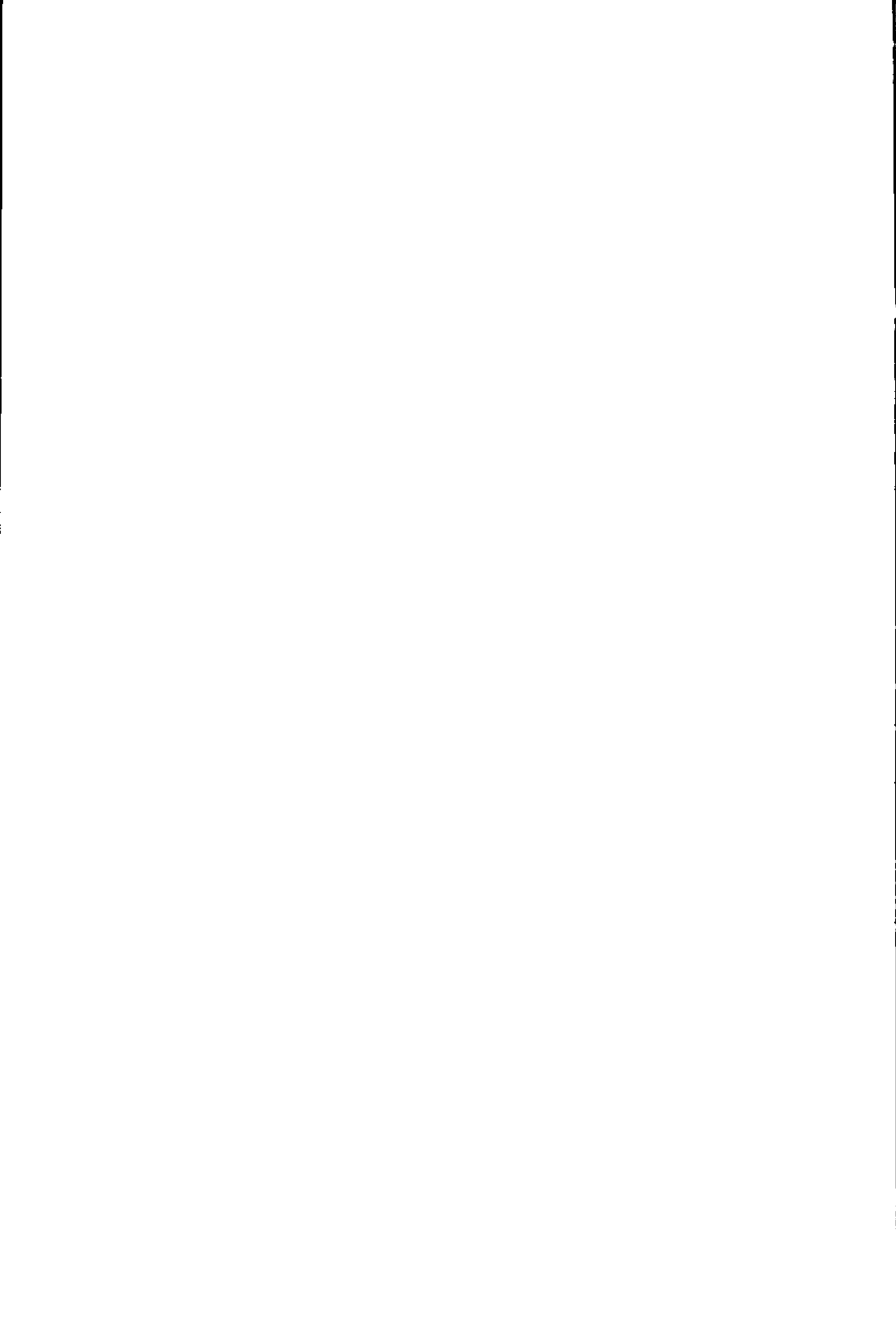
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
kontrolpost - kontrolpre	Negative Ranks	2 ^a	2.00	4.00
	Positive Ranks	1 ^b	2.00	2.00
	Ties	7 ^c		
	Total	10		

- a. kontrolpost < kontrolpre
- b. kontrolpost > kontrolpre
- c. kontrolpost = kontrolpre

Test Statistics^b

	kontrolpost - kontrolpre
Z	-.577 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.564

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test



Mann-Whitney Test

Ranks

	VAR000 01	N	Mean Rank	Sum of Ranks
perlakuanpre	1	10	10.00	100.00
	2	10	11.00	110.00
	Total	20		

Test Statistics^b

	perlakuanpre
Mann-Whitney U	45.000
Wilcoxon W	100.000
Z	-.457
Asymp. Sig. (2-tailed)	.648
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.739 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: VAR00001

Ranks

	VAR000 01	N	Mean Rank	Sum of Ranks
perlakuanpost	1	10	8.00	80.00
	2	10	13.00	130.00
	Total	20		

Test Statistics^b

	perlakuanpost
Mann-Whitney U	25.000
Wilcoxon W	80.000
Z	-2.285
Asymp. Sig. (2-tailed)	.022
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.063 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: VAR00001



