

**HUBUNGAN ANTARA USIA DENGAN TINGKAT KECEMASAN
PASIEH HIPERTENSI DI KLINIK ISLAMIC CENTER
SAMARINDA**

SKRIPSI



DISUSUN OLEH :

SYARIF HIDAYATULLAH

17.111024.11.0564

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2017/2018

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Syarif Hidayatullah

NIM : 17111024110564

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul Penelitian : "Hubungan antara usia dengan tingkat kecemasan pasien hipertensi di klinik islamic center samarinda"

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No. 17, tahun 2010).

Samarinda, 09 Februari 2018



SYARIF HIDAYATULLAH
NIM. 17111024110564

LEMBAR PERSETUJUAN
HUBUNGAN ANTARA USIA DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN
HIPERTENSI DI KLINIK ISLAMIC CENTER SAMARINDA

SKRIPSI

Disusun Oleh:
Syarif Hidayatullah
17111024110564

Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, Februari 2018

Pembimbing



Ns. Annaas Budi Setyawan, S.Kep.M.Si.Med

NIDN. 1118068902

Mengetahui,
Koordinator Mata Ajar Skripsi



Ns. Bachtiar Safrudin, M.Kep., Sp.Kep.Kom

NIDN. 1112118701

LEMBAR PENGESAHAN
HUBUNGAN ANTARA USIA DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN
HIPERTENSI DI KLINIK ISLAMIC CENTER SAMARINDA

SKRIPSI

Disusun Oleh:
Syarif Hidayatullah
17111024110564

Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, 09 Februari 2018

Penguji I



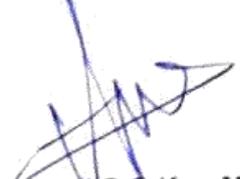
Ns. Siti Khoiro Muflikhatin, M.kep
NIDN. 111501703

Penguji II



Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep
NIDN. 119097601

Penguji III



Ns. AnnaasBudi S.S.Kep,M.Si.Med
NIDN. 1118068902

Mengetahui,
Ketua
Program Studi S1 Keperawatan



Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep
NIDN. 1119097601

Hubungan antara Usia dengan Tingkat Kecemasan Pasien Hipertensi di Klinik Islamic Center Samarinda

Syarif Hidayatullah¹, Annas budi setyawan²

INTISARI

Latar Belakang : Umur merupakan faktor resiko penyakit hipertensi yang tidak dapat di cegah karena menurut penelitian semakin meningkat umur seseorang maka semakin besar resiko terkena hipertensi, menurut dede kusmana dari departemen kardiologi Universitas Indonesia (2007), bahwa umur penderita hipertensi antara 20-30 tahun prevalensinya adalah 5-10%, umur dewasa muda prevalensinya antara 20-25% dan umur diatas 50 tahun 60%.

Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko terbesar penyebab morbiditas dan mortalitas pada penyakit kardiovaskular (Kearney dkk.,2005). Sejak tahun 1999 hingga 2009, angka kematian akibat hipertensi meningkat sebanyak 17,1% (Go dkk., 2014) dengan angka kematian akibat komplikasi hipertensi mencapai 9,4 juta per tahunnya (WHO, 2013).

Tujuan : Menjelaskan hubungan antara Usia dengan tingkat kecemasan pasien hipertensi di klinik islamic center

Metode : Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasional rancangan *cross sectional* jumlah populasi ada 53 responden, sampel pada penelitian ini menggunakan stratified random sampling

Hasil : dari hasil penelitian ini dengan menggunakan uji *spearman's rank* di peroleh hubungan yang signifikan antara usia dengan tingkat kecemasan pasien hipertensi dengan nilai ($p= 0,031 < 0,05$)

Kesimpulan : Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara usia dengan tingkat kecemasan pasien hipertensi di Klinik Islamic Center Samarinda

Kata Kunci : Usia, Tingkat Kecemasan pasien hipertensi

¹Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

³Klinik Islamic Center Samarinda

Relationship between the Age of Anxiety with Hypertension Patients in Clinic Islamic Center Samarinda

Sharif Hidayatullah¹, Annaas Budi setyawan

Abstrack

Background : Age is a risk factor for hypertension that can not be prevented because according to research by increasing the age of a person, the greater the risk of developing hypertension, according to dede Kusmana of the department of cardiology, University of Indonesia (2007), that the age of patients between 20-30 years of hypertension prevalence was 5 -10%, the prevalence of young adults aged between 20-25% and above 50 years of age 60%.

Hypertension is one of the biggest risk factor causes of morbidity and mortality in cardiovascular disease (Kearney et al., 2005). Since 1999 to 2009, the death rate from hypertension increased by 17.1% (Go dkk., 2014) with mortality due to complications of hypertension reached 9.4 million per year (WHO, 2013).

Objective: Explain the relationship between age with anxiety level in hypertensive patients at the clinic islamic center

Methods: The study was descriptive correlational cross sectional population numbers are 53 respondents, the sample in this study using a stratified random sampling

Results: The results of this research by using Spearman's rank test obtained significant relationship between age and anxiety levels of hypertensive patients with values ($p = 0.031 < 0.05$)

Conclusion: The conclusion of this study is the relationship between age and anxiety levels in hypertensive patients at the Clinic Islamic Center Samarinda

Keywords : Age, level of anxiety of patients with hypertension

¹Student University of East Kalimantan

²Muhammadiyah University in East Kalimantan

³Clinic Islamic Center Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Umur merupakan faktor resiko penyakit hipertensi yang tidak dapat di cegah karena menurut penelitian semakin meningkat umur seseorang maka semakin besar resiko terkena hipertensi, menurut dede kusmana dari departemen kardiologi Universitas Indonesia (2007), bahwa umur penderita hipertensi antara 20-30 tahun prevalensinya adalah 5-10%, umur dewasa muda prevalensinya antara 20-25% dan umur diatas 50 tahun 60%.

Menurut penelitian yang dilakukan suyati (2005), di rumah sakit islam Jakarta, bahwa penderita hipertensi umurnya berusia antara 36-50 tahun yaitu 56,7%- sementara penelitian rasmaliah dkk (2005), di desa pecan labuhan dan nelayan indah kecamatan medan labuhan mencatat bahwa penderita hipertensi terbanyak pada umur 45-60 tahun sebesar 30,8%.

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Hipertensi diklasifikasikan atas hipertensi primer (esensial) (90-95%) dan hipertensi sekunder (5-10%). Dikatakan hipertensi primer bila tidak ditemukan penyebab dari peningkatan tekanan darah tersebut, sedangkan hipertensi sekunder disebabkan oleh penyakit/keadaan seperti feokromositoma, hiperaldosteronisme primer

(*sindroma Conn*), *sindroma Cushing*, penyakit parenkim ginjal dan renovaskuler, serta akibat obat (Bakri, 2008).

Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko terbesar penyebab morbiditas dan mortalitas pada penyakit kardiovaskular (Kearney dkk.,2005). Sejak tahun 1999 hingga 2009, angka kematian akibat hipertensi meningkat sebanyak 17,1% (Go dkk., 2014) dengan angka kematian akibat komplikasi hipertensi mencapai 9,4 juta per tahunnya (WHO, 2013).

Penyakit hipertensi dapat mengakibatkan infark miokard, stroke, gagal ginjal, dan kematian jika tidak dideteksi secara dini dan ditangani dengan tepat (James dkk., 2014). Sekitar 69% pasien serangan jantung, 77% pasien stroke, dan 74% pasien congestive heart failure (CHF) menderita hipertensi dengan tekanan darah >140/90 mmHg (Go dkk., 2014). Hipertensi menyebabkan kematian pada 45% penderita penyakit jantung dan 51% kematian pada penderita penyakit strok pada tahun 2008 (WHO, 2013). Selain itu, hipertensi juga menelan biaya yang tidak sedikit dengan biaya langsung dan tidak langsung yang dihabiskan pada tahun 2010 sebesar \$46,4 milyar (Go dkk., 2014).

Hipertensi berpengaruh pada salah satu faktor yaitu usia karena dengan bertambahnya usia maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi. Insiden hipertensi makin meningkat dengan meningkatnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh

yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon (Juliанти, 2005).

Penderita hipertensi di Amerika Serikat diperkirakan sekitar 77,9 juta atau 1 dari 3 penduduk pada tahun 2010. Prevalensi hipertensi pada tahun 2030 diperkirakan meningkat sebanyak 7,2% dari estimasi tahun 2010. Data tahun 2007-2010 menunjukkan bahwa sebanyak 81,5% penderita hipertensi menyadari bahwa mereka menderita hipertensi, 74,9% menerima pengobatan dengan 52,5% pasien yang tekanan darahnya terkontrol (tekanan darah sistolik <140 mmHg dan diastolik <90 mmHg) dan 47,5% pasien yang tekanan darahnya tidak terkontrol. Persentase pria yang menderita hipertensi lebih tinggi dibanding wanita hingga usia 45 tahun dan sejak usia 45-64 tahun persentasenya sama, kemudian mulai dari 64 tahun ke atas, persentase wanita yang menderita hipertensi lebih tinggi dari pria (Go dkk., 2014).

Prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5% pada tahun 2013, tetapi yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan dan/atau riwayat minum obat hanya sebesar 9,5%. Hal ini menandakan bahwa sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis dan terjangkau pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2013). Profil data kesehatan Indonesia tahun 2011 menyebutkan bahwa hipertensi merupakan salah satu dari 10 penyakit dengan kasus rawat inap terbanyak di rumah sakit pada tahun 2010, dengan proporsi kasus

42,38% pria dan 57,62% wanita, serta 4,8% pasien meninggal dunia (Kemenkes RI, 2015).

Di Provinsi Kalimantan Timur berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah ditemukan prevalensi sebesar 33,8% yang menempatkan Kalimantan timur tersebut menempati posisi kedua dengan prevalensi hipertensi terbanyak (Risikesdas, 2013).

Pada tahun 2016 dari hasil survei studi pendahuluan didapatkan data mengenai jumlah penderita hipertensi yang berkunjung ke klinik Islamic center dari data enam bulan terakhir dari bulan juni sampai bulan *November* adalah 430 orang pasien hipertensi yaitu terdiri dari laki – laki dan perempuan rata rata 71 orang yang berkunjung dalam satu bulan yang datang untuk berobat, dan rata – rata pasien hipertensi yang berkunjung ke klinik Islamic center yaitu 30 tahun s/d 65 tahun .

Kecemasan adalah manifestasi dari berbagai proses emosi yang bercampur baur, yang terjadi ketika orang sedang mengalami tekanan perasaan (frustasi) dan pertentangan batin (konflik). Kecemasan itu mempunyai segi yang disadari seperti rasa takut, terkejut, tidak berdaya, rasa berdosa/bersalah, dan sebagainya. Juga ada segi-segi yang terjadi diluar kesadaran dan tidak bisa menghindari perasaan yang tidak menyenangkan itu (Dradjat, 2006).

Tekanan mental atau kecemasan diakibatkan oleh kepedulian yang berlebihan akan masalah yang sedang dihadapi (nyata) ataupun

yang dibayangkan mungkin terjadi. Kecemasan yang paling sering terjadi disebabkan karena penyakit, salah satunya hipertensi, hipertensi merupakan penyakit yang menyebabkan masalah-masalah baru, seperti stroke, gagal jantung, ginjal dan pastinya semuanya berdampak terjadinya kematian. Sehingga perlu adanya pencegahan lebih dini agar hipertensi tidak menyebabkan permasalahan baru bagi pasien. Hal inilah yang membuat pasien dan keluarga cemas akan keadaan pasien (Sarkamo, 2008).

Rasa cemas merupakan keadaan mental yang tidak enak berkenaan dengan sakit yang mengancam atau yang dibayangkan, ditandai oleh kekhawatiran, ketidakenakan dan perasaan tidak baik yang tidak dapat dihindari, disertai perasaan tidak berdaya karena menemui jalan buntu dan ketidakmampuan untuk menemukan pemecahan masalah terhadap masalah yang dihadapi.

Dengan melihat tingginya prevalensi itulah peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian tentang Hubungan antara tingkat kecemasan dengan usia penderita pada pasien hipertensi di Klinik Islamic Center Samarinda.

Penelitian ini akan dilakukan pada pasien hipertensi di klinik Islamic center. Studi awal dilakukan terhadap 8 penderita hipertensi dengan metode wawancara, 5 penderita hipertensi dengan tekanan darah systole ≥ 150 mmHg dan diastole ≥ 100 mmHg mengatakan cemas, dan rata – rata usianya ≥ 46 tahun, 3 penderita hipertensi

dengan rata – rata usia ≤ 45 mengatakan tidak terlalu memikirkan masalah tekanan darahnya.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan antara tingkat kecemasan dengan usia penderita pada pasien hipertensi”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, khususnya fenomena yang ada, Peneliti merumuskan masalah “Apakah ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan usia pada pasien hipertensi di klinik islamic center?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan antara usia dengan tingkat kecemasan pada pasien hipertensi di wilayah kerja klinik Islamic center

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pekerjaan)
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pada pasien hipertensi di klinik islamic center
- c. Mengidentifikasi usia berapa saja yang berpotensi terkena hipertensi di klinik Islamic center

- d. Menganalisa Hubungan antara tingkat kecemasan dengan usia pada pasien hipertensi di wilayah kerja klinik Islamic center

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan peneliti tentang penyakit hipertensi dan faktor – factor yang mempengaruhi dan cara penanganannya

2. Manfaat bagi STIKES muhammadiyah

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi bahan bacaan dan menjadi referensi di institusi

3. Manfaat bagi tempat penelitian

- a. Bagi Klinik

Menambah bahan masukan dalam rangka untuk meningkatkan program pelayanan kesehatan untuk pasien hipertensi di wilayah kerja Klinik Islamic Center

- b. Bagi penderita

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan bacaan di masyarakat serta untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi masyarakat

- c. Bagi keluarga

Menambah wawasan bagi keluarga serta meningkatkan pengertian terhadap penanganan hipertensi

E. Keaslian penelitian

1) Penelitian yang dilakukan oleh Hana Yunita (2010) Hubungan antara Manajemen Diri dengan Tingkat Kecemasan pada Penderita Hipertensi. Pada penelitian ini subyek penelitiannya adalah penderita hipertensi yang berada di Puskesmas Ngaglik Sleman, yang terdiri dari 11 subyek atau responden, metode pengambilan data pada penelitian ini menggunakan metode angket dan wawancara, Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan korelasi *product-momen* yakni teknik statistik yang digunakan untuk mencari hubungan antara dua variabel tersebut. Sedangkan perbedaan antara penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan peneliti sebelumnya adalah pada variabel independennya yakni pada penelitian ini adalah tingkat kecemasan sedangkan penelitian sebelumnya adalah manajemen diri dan variabel dependennya yaitu usia penderita pada pasien hipertensi, kemudian untuk lokasi penelitian yang digunakan juga berbeda dimana penelitian sebelumnya dilakukan di Puskesmas sedangkan peneliti sekarang dilakukan di Klinik Islamic Center.

2) Penelitian sebelumnya pernah dilakukan dengan Ihdaniyati (2008) dengan judul “ Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di RSUD Pandan Arang Boyolali. Tujuan umum dari penelitian ini ialah untuk mengetahui Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme

Koping Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di RSUD Pandan Arang Boyolali. sedangkan perbedaan dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan peneliti sebelumnya adalah pada variabel dependennya yakni pada penelitian ini adalah usia penderita pasien hipertensi sedangkan penelitian sebelumnya adalah mekanisme koping pada pasien gagal jantung kongestif, kemudian waktu dan tempat berbeda di mana penelitian ini dilakukan di klinik Islamic center sedangkan penelitian sebelumnya dilakukan di RSUD Pandan Arang Boyolali .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Usia

a. Definisi

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tekanan darah. Umur berkaitan dengan tekanan darah tinggi (hipertensi). Semakin tua seseorang maka semakin besar resiko terserang hipertensi (Khomsan,2003). Penelitian Hasurungan dalam Rahajeng dan Tuminah (2009) menemukan bahwa pada lansia dibanding Usia 55-59 tahun dengan Usia 60-64 tahun terjadi peningkatan risiko hipertensi sebesar 2,18 kali, Usia 65-69 tahun 2,45 kali dan Usia >70 tahun 2,97 kali. Hal ini terjadi karena pada usia tersebut arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah (Sigarlaki, 2006).

Menurut haryanto, 2002. umur menunjukkan ukuran waktu pertumbuhan dan perkembangan seorang individu. Umur berkorelasi dengan pengalaman, pengalaman berkorelasi dengan pengetahuan, pemahaman dan

pandangan terhadap suatu penyakit atau kejadian sehingga akan membentuk persepsi dan sikap. Kematangan dalam proses berpikir pada individu yang berumur dewasa lebih memungkinkan untuk menggunakan mekanisme coping yang baik dibandingkan kelompok umur anak - anak, ditemukan sebagian besar kelompok umur anak yang mengalami insiden fraktur cenderung lebih mengalami respon cemas yang berat dibandingkan kelompok umur dewasa (lukman, 2009)

Usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung. Oleh yang demikian, umur itu diukur dari tarikh ianya lahir sehingga tarikh semasa(masa kini). Manakala usia pula diukur dari tarikh kejadian itu bermula sehinggalah tarikh semasa(masa kini)

b. Jenis perhitungan umur/usia

1. Usia kronologis

Usia kronologis adalah perhitungan usia yang dimulai dari saat kelahiran seseorang sampai dengan waktu penghitungan usia.

2. Usia mental

Usia mental adalah perhitungan usia yang didapatkan dari taraf kemampuan mental seseorang. Misalkan seorang anak secara kronologis berusia empat tahun akan tetapi masih merangkak dan belum dapat berbicara dengan kalimat lengkap dan menunjukkan kemampuan yang setara dengan anak berusia satu tahun, maka dinyatakan bahwa usia mental anak tersebut adalah satu tahun.

3. Usia biologis

Usia biologis adalah perhitungan usia berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki oleh seseorang.

c. Kategori Umur Menurut Depkes RI (2012):

Masa balita atau bawah lima tahun adalah salah satu periode usia manusia setelah bayi dengan rentang usia di mulai dari 0 – 5 tahun

Masa kanak kanak merupakan masa terpanjang dalam rentang kehidupan dimana individu relative tidak berbadaya dan tergantung pada orang pada masa kanak kanak rentang usia pada kanak – kanak di mulai dari 5 – 11 tahun

Masa remaja awal merupakan masa transisi, di mana usianya berkisar 12 – 16 tahun di mana terjadi perubahan pada dirinya baik secara fisik, psikis, maupun secara sosial

Masa remaja akhir ialah masa ketika seorang individu berada pada usia 17 sampai 25 tahun di mana saat usia rata – rata setiap remaja memasuki usia sekolah menengah tingkat atas

Masa dewasa awal berasal dari bentuk lampau kata *adultus* yang berarti tumbuh menjadi kekuatan atau ukuran yang sempurna atau telah menjadi dewasa di mana dewasa awal di mulai dari 26 – 35 tahun

Masa dewasa akhir membawa penurunan fisik yang lebih besar di bandingkan dengan periode usia sebelumnya. Di mana usia berada di 36 – 45 tahun

Masa lansia awal atau middle age biasanya mengalami perubahan biologi, fisik, kejiwaan, dan sosial perubahan ini berpengaruh terhadap aspek kehidupannya termasuk kesehatannya di mana lansia awal di mulai dari 46 – 55 tahun

Masa Lansia akhir di mana tahap perkembangan pada daur kehidupan manusia dan di tandai oleh gagalnya seorang mempertahankan keseimbangan kesehatan dan kondisi stress fisiologinya di mana pada lansia akhir memiliki batasan usia dari 56 – 65 tahun

Masa manula merupakan masa sekitar masa hidup manusia, orang tua memiliki kemampuan regeneratif yang

terbatas dan lebih mudah terserang penyakit di mana usianya di mulai dari 65 sampai ke atas

1. Masa balita = 0 - 5 tahun,
2. Masa kanak-kanak = 5 - 11 tahun.
3. Masa remaja Awal =12 - 16 tahun.
4. Masa remaja Akhir =17 - 25 tahun.
5. Masa dewasa Awal =26- 35 tahun.
6. Masa dewasa Akhir =36- 45 tahun.
7. Masa Lansia Awal = 46- 55 tahun.
8. Masa Lansia Akhir = 56 - 65 tahun.
9. Masa Manula = 65 - sampai atas

2. Konsep kecemasan

a. Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu dan cemas merupakan suatu keadaan yang wajar, karena seseorang pasti menginginkan segala sesuatu dalam kehidupannya dapat berjalan dengan lancar dan terhindar dari segala marabahaya atau kegagalan serta sesuai dengan harapannya (Videbeck, 2008).

Kecemasan adalah ketegangan, rasa tidak aman dan kekhawatiran yang timbul karena dirasakan terjadi sesuatu yang

tidak menyenangkan tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahui dan berasal dari dalam (DepKes RI, 2008). Kecemasan dapat didefinisikan suatu keadaan perasaan keprihatinan, rasa gelisah, ketidaktentuan, atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal (Stuart and Sundeen, 2012).

b. Teori Predisposisi dan Presipitasi Kecemasan

Beberapa teori yang mengemukakan faktor pendukung terjadinya kecemasan menurut Stuart, (2007). Antara lain

1) Teori Psikoanalitik

Dalam pandangan psikoanalitis, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan super ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan super ego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Teori Interpersonal

Menurut pandangan Interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan Interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan,

yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami ansietas yang berat.

3) Teori Behaviour

Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan.

4) Teori Perspektif Keluarga

Keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi dalam keluarga.

5) Teori Perspektif Biologis

Kesehatan umum seseorang menurut pandangan biologis merupakan faktor predisposisi timbulnya kecemasan.

c. Tingkatan Cemas

1) Cemas Ringan

Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan peristiwa kehidupan sehari-hari. Lapangan persepsi melebar dan orang akan bersikap hati-hati dan waspada. Orang yang mengalami cemas ringan akan terdorong untuk menghasilkan kreativitas. Respon-respon fisiologis orang yang mengalami cemas ringan adalah sesekali mengalami nafas pendek, naiknya tekanan

darah dan nadi, muka berkerut, bibir bergetar, dan mengalami gejala pada lambung.

Respon kognitif orang yang mengalami cemas ringan adalah lapang persepsi melebar, dapat menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah secara efektif. Adapun respon perilaku dan emosi dari orang yang mengalami cemas adalah tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

2) Cemas Sedang

Pada cemas sedang tingkat lapangan persepsi pada lingkungan menurun dan memfokuskan hal-hal lain. Respon fisiologis dari orang yang mengalami cemas sedang adalah sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare, konstipasi dan gelisah.

Respon kognitif orang yang mengalami cemas sedang adalah lapangan persepsi yang menyempit, rangsangan luar sulit diterima, berfokus terhadap apa yang menjadi perhatian. Adapun respon perilaku dan emosi adalah gerakan yang tersentak-sentak, meremas tangan, sulit tidur, dan perasaan tidak aman.

3) Cemas Berat

Pada cemas berat lapangan persepsinya menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal-hal yang kecil saja

dan mengabaikan hal-hal lain. Individu sulit berfikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area lain. Respon-respon fisiologis cemas berat adalah napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, banyak berkeringat, rasa sakit kepala, penglihatan kabur, dan mengalami ketegangan.

Respon kognitif orang mengalami cemas berat adalah lapangan persepsinya yang sangat sempit dan tidak mampu untuk menyelesaikan masalah. Adapun respon perilaku dan emosinya terlihat dari perasaan tidak aman, verbalisasi yang cepat, dan *blocking* (Pieter, 2010).

d. Stresor pencetus

Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stresor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua kategori:

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi yang terintegrasi pada individu.

e. Penilaian stresor

pemahaman masalah tentang ansietas perlu integritas banyak faktor, termasuk pengetahuan dari perspektif psikoanalitis, interpersonal, perilaku, genetik, dan biologis. Penilaian mendorong pengkajian perilaku dan persepsi pasien dalam mengembangkan intervensi keperawatan yang tepat

f. Sumber Koping

Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan. Sumber koping tersebut yang berupa modal ekonomi, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya dapat membantu individu mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stres dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

g. Mekanisme koping

Ketika mengalami ansietas, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya; ketidak mampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi ansietas ringan cenderung tetap dominan ketika ansietas menjadi lebih intens.

h. Tipe Kepribadian Pencemas

Seseorang akan menderita gangguan cemas manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi stresor psikososial yang dihadapinya yang ditandai dengan corak atau tipe kepribadian pencemas, yaitu antara lain:

- 1) Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu, dan bimbang.
- 2) Memandang masa depan dengan rasa was-was (khawatir).
- 3) Kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum (“demam panggung”)
- 4) Sering merasa tidak bersalah, menyalahkan orang lain.
- 5) Tidak mudah mengalah.
- 6) Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk, gelisah
- 7) Seringkali mengeluh ini dan itu (keluhan-keluhan somatik), kekhawatiran berlebihan terhadap penyakit.
- 8) Dalam mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan ragu.

i. Faktor-Faktor Penyebab Cemas

Menurut Suliswati (2005), kecemasan dipengaruhi beberapa faktor, yaitu:

1) Faktor Sosial Lingkungan

Meliputi pemaparan terhadap peristiwa yang mengancam atau traumatis, mengamati respon takut pada orang lain, dan kurangnya dukungan sosial.

2) Faktor Biologis

Meliputi predisposisi *genetis*, *iregularitas* dalam fungsi *neurotransmitter*, dan *abnormalitas* dalam jalur otak yang memberi sinyal bahaya atau yang menghambat tingkah laku repetitif.

3) Faktor Behavioral

Pandangan ilmiah tentang tingkah laku manusia, meliputi stimulus aversif yaitu stimulus yang efektif sebagai *reinforce* (penguat) negatif atau *punisher* (penghukum) atau bahwa menekan perilaku operant positif diperkuat selama rangsangan lain yang mendahului itu.

4) Faktor Kognitif dan Emosional

Meliputi konflik psikologis yang tidak terselesaikan (Fruedian atau teori psikodinamika), faktor-faktor kognitif seperti prediksi berlebihan tentang ketakutan, keyakinan-keyakinan yang *self defeating* (mengalahkan diri sendiri) atau *irasional*, sensititas berlebih terhadap ancaman, sensititas kecemasan, salah atribusi dari sinyal-sinyal tubuh, dan *self efficacy* (kemanjuran diri) yang rendah.

j. Cara Mengatasi Cemas

1) Terapi Individual

Adalah dengan mengajak klien mengeksplorasi rangsangan yang menimbulkan cemas, mengajari klien

untuk menghambat respons cemas melalui penyelesaian dan analisis logis. Membantu klien memahami bagaimana pikiran, perasaan dan situasi yang dapat mencetuskan respons yang terantisipasi. Tingkatkan pengenalan pada keterbatasan diri dalam serangan cemas sehingga klien dapat memulai membentuk kontrol pada semua aspek keterbatasannya. Mendorong klien untuk mengatasi kecemasan, seperti mengatakan kamu dapat melewati masalahmu. Ajarkan klien tentang relaksasi untuk mengurangi segala ketegangan fisik. Mengkaji dan monitor gejala kecemasan, apakah ada keinginan untuk bunuh diri.

2) Terapi Kelompok

Adalah dengan mengajari klien strategi koping untuk mengatasi kejadian hidup yang penuh stres. Beri kesempatan klien untuk membuat dan mencoba cara-cara baru dalam bersikap dan berpikir. Dorong klien untuk menggunakan teman kelompok dalam menentramkan suasana hatinya. Bantu klien mengidentifikasi kapan ansietas meningkat dan mereduksi proses kecemasannya.

3) Terapi Keluarga

Adalah dengan mengajarkan kepada keluarga klien tentang cemas yang terjadi pada klien. Mengajarkan keluarga klien untuk mengembangkan keterampilan

komunikasi yang efektif, mereduksi konflik keluarga dan mengajarkan tentang makna kejujuran, empati, dan keterbukaan.

4) Terapi Obat-obatan

Menggunakan obat ansietas (terutama *benzodiazepin*), anti depresan (seperti *selective serotonin reuptake inhibitor*), *inhibitor oksidase monoamine* (obat untuk panik berat).

5) Pengukuran Tingkat Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptom yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan score (Skala Likert) antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (Severe) (Nursalam, 2008).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan

memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang akan valid dan reliabel. Skala HARS menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- (2) Perasaan cemas : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
- (3) Ketegangan : merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- (4) Ketakutan : takut terhadap gelap, pada orang asing, ditinggal sendirian dan takut pada binatang besar.
- (5) Gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- (6) Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit berkonsentrasi.
- (7) Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih dan perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- (8) Gejala somatik : sakit dan nyeri pada otot-otot, kedutan otot dan suara tidak stabil.

- (9) Gejala sensorik : perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- (10) Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- (10) Gejala pernafasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.
- (12) Gejala gastrointestinal : sulit menelan, mual, muntah, gangguan pencernaan dan kehilangan berat badan
- (13) Gejala urogenital : sering buang air kecil, tidak dapat menahan kencing, ereksi melemah dan impotensi.
- (14) Gejala autonom : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
- (15) Prilaku saat wawancara : gelisah, jari bergemetar, kening mengkerut, muka tegang dan nafas pendek dan cepat

6) Penilaian Tingkat Kecemasan

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

- 1) 0 = tidak ada gejala
- 2) 1 = gejala ringan
- 3) 2 = gejala sedang

4) 3 = gejala berat

5) 4 = gejala berat sekali

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

1) Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.

2) Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.

3) Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.

4) Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

3. Hipertensi

a. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah salah satu masalah kesehatan yang paling banyak ditemukan di Amerika Serikat. Hipertensi juga merupakan suatu masalah yang serius karena penyakit ini berjalan dengan tenang, dan biasanya terdiagnosis bila ada kerusakan-kerusakan pada organ sasaran, seperti pada otak, jantung, dan ginjal. Hipertensi kronis tidak terkontrol sangat berkaitan dengan meningkatnya resiko terhadap *cerebrovaskuler accident*, baik hemoragik maupun trombotik, penyakit jantung aterosklerotik dan nefropati untuk mengetahui kriteria khusus diagnosis hipertensi. Walaupun hipertensi merupakan salah satu masalah penting yang oleh karenanya perlu dilakukan *screening* pada mayoritas populasi orang dewasa, penyakit ini bisa ditanggulangi baik secara

nonfarmakologi maupun farmakologi, yang menggembirakan para internis adalah bukti baru-baru ini yang mengatakan bahwa pengendalian hipertensi menurunkan resiko perkembangannya gejala sisa yang berat dan cenderung mengancam kehidupan (Berg, 2004).

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, atau bila pasien memakai obat anti hipertensi yang meningkat secara perlahan dan menetap dalam tekanan darah arteri sistolik dan diastolik yang biasa disebabkan oleh berbagai faktor tetapi tidak peduli apa penyebabnya, mengikuti suatu pola yang khas (Wolf, 2005).

Hipertensi didefinisikan oleh *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC) sebagai tekanan yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan diklasifikasikan sesuai derajat keparahannya, mempunyai rentang dari tekanan darah (TD) normal tinggi sampai hipertensi maligna. Keadaan ini dikategorikan sebagai primer/ esensial (hampir 90% dari semua kasus) atau sekunder, terjadi sebagai akibat dari kondisi patologi yang dapat dikenali, seringkali dapat diperbaiki (Boedi, 2003).

Hipertensi merupakan gejala yang biasanya terjadi seiring dengan penambahan usia seseorang. Penyakit ini dikenal juga sebagai *heterogenous group of disease* karena dapat

menyerang siapa saja dari berbagai kelompok umur dan kelompok sosial ekonomi. Penderitanya secara umum lebih banyak pria (muda dan setengah baya) di bandingkan dengan wanita seusianya. Namun pada rentang usia 55-64 tahun, risikonya hampir sama besar antara pria dan wanita. Bahkan sudah berusia 65 tahun, jumlah penderita hipertensi justru lebih banyak wanita di bandingkan dengan kaum pria (Wulandari, 2009).

Berdasarkan tekanan darah sistolik dan diastolik dalam satuan mmHg tekanan darah dibagi menjadi beberapa kategori, dari *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Berdasarkan tabel 2.1 dibawah ini.

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi JNC-VII

Kategori	Sistolik mmHg	Diastolik mmHg
Normal	<120	<80
Pre-hipertensi	120-139	80-89
Tingkat 1	140-159	90-99
Tingkat 2	160 atau lebih	100 atau lebih

b. Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dan angiotensin I oleh *angiotensin I-converting*

enzyme (ACE). Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam kenaikan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon antidiuretik (ADH) dan rasa haus. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume ekstra seluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat, yang pada akhirnya meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari korteks adrenal. 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 meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Guyton dan Hall, 2001; Sherwood, 2007).

c. Etiologi hipertensi

Hipertensi dapat disebabkan oleh interaksi bermacam-macam faktor antara lain:

1. Kelelahan
2. Keturunan
3. Stres

4. Proses penuaan
5. Diet yang tidak seimbang
6. Sosial budaya

Akibat/komplikasi dari penyakit hipertensi: Gagal jantung, gagal ginjal, stroke (kerusakan otak), kelumpuhan. (Mujahidullah, 2012).

Faktor-faktor hipertensi yang utama adalah:

- 1) Pola makan

Pola Makan yang tidak tepat dengan komposisi yang tidak seimbang, biasanya tinggi kalori, natrium (garam) dan lemak, serta rendah protein dan nutrient pelindung jantung. Pola makan yang tinggi sukrosa (terutama ditemukan dalam gula tebu dan beberapa jenis buah dan sayuran) juga memiliki efek meningkatkan tekanan darah. Orang Amerika khususnya mengkonsumsi gula olahan dalam jumlah besar. Konsumsi karbohidrat dalam kadar yang tinggi (50-80% dari makanan) terbukti memicu retensi (penahanan secara terus-menerus zat dalam tubuh yang secara normal seharusnya dikeluarkan) natrium dan melalui retensi natrium ini, tekanan meningkat. Sebagian peneliti meyakini bahwa faktor makanan pada tekanan darah tinggi mungkin berhubungan dengan kelebihan asupan kalori dari lemak jenuh (terutama ditemukan dalam produk hewani), juga kolesterol dan garam yang tinggi.

2) Konsumsi Asin/Garam

Secara umum masyarakat sering menghubungkan antara konsumsi garam dengan hipertensi. Garam merupakan hal yang sangat penting pada mekanisme timbulnya hipertensi. Pengaruh asupan garam terhadap hipertensi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Keadaan ini akan diikuti dengan peningkatan ekskresi kelebihan garam sehingga kembali pada keadaan hemodinamik (sistem peredaran) yang normal. Pada hipertensi esensial mekanisme ini terganggu, di samping ada faktor lain yang berpengaruh (Radecki, 2006).

3) Kebiasaan konsumsi minum minuman beralkohol.

Alkohol juga dihubungkan dengan hipertensi. Peminum alkohol berat cenderung hipertensi meskipun mekanisme timbulnya hipertensi belum diketahui secara pasti. Orang-orang yang minum alkohol terlalu sering atau terlalu banyak memiliki tekanan yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak minum atau minum sedikit (Hull, 1996; dalam Suyono, 2004).

4) Merokok

Merokok merupakan faktor penyebab lain yang utama mengisap satu batang rokok saja bisa membuat tekanan darah naik sepuluh poin atau lebih. Nikotin membuat

pembuluh darah yang menyempit, sehingga jantung harus bekerja lebih berat untuk memompa darah melalui pembuluh tersebut, dan karbon monoksida dari rokok menurunkan jumlah oksigen dalam darah. Merokok secara teratur bisa membuat tekanan darah tetap tinggi. Lambat laun, penurunan kadar oksigen meningkatkan pembekuan darah dan pembentukan plak.

5) Obesitas

Obesitas adalah faktor gaya hidup nomor satu yang berhubungan dengan tekanan darah tinggi, seperti juga dengan banyak penyakit modern lainnya. Penelitian telah menunjukkan bahwa tekanan darah secara langsung berbanding lurus dengan kenaikan berat badan. Bahkan berkurangnya beberapa kilogram terbukti membuat perbedaan yang signifikan dalam menurunkan tekanan darah.

6) Stress

Stress dan aktivitasnya pada sistem saraf simpatik, salah satu bagian dari sistem saraf otonom (tidak disadari), yang mendominasi saat stress, memegang peranan penting dalam menciptakan tekanan darah tinggi. Telah menjadi semakin jelas bahwa perubahan gaya hidup bisa menurunkan kelebihan kadar ketakolamin, bahan kimia yang berpotensi negatif yang meningkat saat stress. Kecemasan dan stress

emosional meningkatkan tekanan darah pada banyak orang, namun tidak semua orang. Dan walaupun ketegangan tidak selalu identik dengan hipertensi, penelitian berulang-ulang menunjukkan bahwa kecemasan adalah salah satu emosi yang menyebabkan melonjaknya tekanan darah.

7) Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang mungkin berhubungan dengan tekanan darah tinggi diantaranya adalah iklim, dingin, perbedaan suhu antara musim dingin, dan panas, dan rendahnya status sosial ekonomi serta tingkat pendidikan (Eric, 2006)

d. Tanda dan Gejala

Penyakit darah tinggi sering dijuluki sebagai *silent killer* atau pembunuh diam-diam kerana dapat menyerang siapa saja secara tiba-tiba serta merupakan salah satu penyebab penyakit mematikan, seperti penyakit jantung dan stroke. Untuk lebih memahami penyakit darah tinggi berikut merupakan tanda dan gejala (Raymon, 2010).

1) Pusing

Pusing yang dialami bisa saat baru bangun dari duduk atau berbaring, hal ini merupakan salah satu ciri penyakit darah tinggi. Pusing yang dialami dapat ringan bahkan sampai bisa terjadi pingsan.

2) Sakit kepala

Sakit kepala menjadi salah satu ciri penyakit darah tinggi. Hal ini terjadi karena aliran darah yang dihasilkan oleh jantung keseluruh tubuh semakin meningkat dan terjadilah sakit kepala pada daerah kepala.

3) Sesak nafas

Sesak nafas terjadi karena peredaran darah tidak lancar sehingga terjadilah sesak nafas. Hal ini merupakan salah satu ciri penyakit darah tinggi.

4) Gelisah

Gelisah terjadi karena berbagai hal, diantaranya karena faktor emosi yang berlebihan.

5) Pandangan mata menjadi kabur

6) Jika sering mengalami pandangan mata yang kabur menandakan bahwa ada sistem saraf pada otak yang terganggu.

7) Pencegahan Hipertensi (Nisa, 2010)

- a. Menerapkan pola hidup sehat.
- b. Kurangi konsumsi garam.
- c. Olahraga teratur.
- d. Menjaga berat badan ideal.
- e. Menghindari stres.
- f. Hindari merokok dan alkohol.

g. Konsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran.

e. Pengobatan

Pengobatan hipertensi umumnya untuk selama hidup. Penghentian pengobatan cepat atau lambat akan diikuti naiknya tekanan darah sampai sebelum dimulai pengobatan antihipertensi. Walaupun demikian, ada kemungkinan untuk menurunkan dosis dan jumlah obat antihipertensi secara bertahap bagi pasien yang diagnosis hipertensinya sudah pasti serta tetap patuh terhadap bagi pasien yang diagnosis hipertensinya sudah pasti serta tetap patuh terhadap pengobatan nonfarmakologis. Tindakan ini harus disertai dengan pengawasan tekanan darah yang ketat (Yugiantoro, 2007).

Selain pengobatan hipertensi, pengobatan terhadap faktor resiko atau kondisi penyerta lainnya seperti diabetes mellitus atau dislipidemia juga harus dilaksanakan hingga mencapai target terapi masing-masing kondisi. Pengobatan hipertensi terdiri dari terapi nonfarmakologis harus dilaksanakan oleh semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor-faktor resiko serta penyakit penyerta lainnya:

1) Terapi nonfarmakologis terdiri dari:

a) Menghentikan merokok

b) Menurunkan berat badan berlebih

- c) Menurunkan konsumsi alkohol berlebih
- d) Latihan fisik
- e) Menurunkan asupan garam
- f) Meningkatkan konsumsi buah dan sayur serta menurunkan asupan lemak.

2. Terapi farmakologis

Jenis-jenis obat antihipertensi untuk terapi farmakologis hipertensi yang di anjurkan oleh JNC7 :

- a) Diuretika, terutama jenis *Thiazide (Thiaz)* atau *Aldosteron (Aldo Ant)*. Obat-obatan jenis diuretik ini dengan cara mengeluarkan cairan tubuh (lewat kencing) sehingga volume cairan di tubuh berkurang yang mengakibatkan daya pompa jantung menjadi ringan. Contoh lain golongan obat diuretik adalah *Hidroklorotiazid*.
- b) *Beta blocker (BB)*, mekanisme kerja anti hipetensi obat ini adalah melalui penurunan daya pompa jantung. Jenis beta blocker tidak di anjurkan pada pasien yang telah di ketahui mengidap gangguan-gangguan pernafasan seperti asma bronkhial. Contoh obat-obatan yang termasuk dalam golongan *beta blocker* adalah : Metroprolol, Propanolol dan Atenolol.
- c) *Calcium Channel Blocker* atau *Calcium antagonist/ blocker (ARB)* golongan obat ini menurunkan daya pompa jantung

dengan cara menghambat kontraksi jantung (kontraktilitas) yang termasuk golongan obat ini adalah Nifedipine, Diltiazem, dan Verapamil.

d) Penghambat reseptor Angiotensin II

Cara kerja obat ini adalah dengan menghalangi penempelan zat angiotensin II pada reseptornya yang mengakibatkan ringannya daya pompa jantung. Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini valsartan (Diovan).

e) Penghambat enzim koversi Angiotension

Cara kerja obat golongan ini adalah menghambat pembentukan Angiotensin II (zat yang termasuk dalam golongan obat ini adalah Captopril).

f) Vasodilatator

Obat golongan ini bekerja langsung pada pembuluh darah dengan relaksasi otot polos (otot pembuluh darah) yang termasuk dalam golongan ini adalah : Presosion, Hidralasin.

g) Komplikasi Hipertensi

Komplikasi yang dapat timbul akibat hipertensi menurut (Yogiantoro, 2007)

- 1) Stroke : kerusakan bagian otak yang disebabkan terganggunya penyediaan darah atau salah satu pembuluh darah di bagian otak pecah.
- 2) *Retinopathy* : perdarahan retina, gangguan penglihatan sampai dengan kebutaan.
- 3) Gagal jantung : jantung berfungsi sebagai pompa, jantung dapat mendorong darah dengan kekuatan yang lebih besar maka tekanan darah akan naik. Sebaliknya jika menggunakan kekuatan yang lebih kecil tekanan darah akan menurun.
- 4) Gagal ginjal : darah terus menerus dilairkan melalui ginjal dan dalam hal ini jaringan nefron, hasil dari metabolisme tubuh dikeluarkan dalam air seni. Dengan demikian ginjal tidak dapat menyaring dengan sempurna.

B. Penelitian Terkait

- 1) Penelitian ini bertujuan untuk menguji apakah tidak ada hubungan antara manajemen diri dengan tingkat kecemasan pada penderita hipertensi. Dugaan awal yang diajukan dalam penelitian ini adalah ada hubungan negatif antara manajemen diri dengan tingkat kecemasan pada penderita hipertensi. Semakin tinggi manajemen diri, maka semakin rendah tingkat kecemasan pada penderita hipertensi. Sebaliknya semakin rendah manajemen diri penderita hipertensi, maka semakin tinggi tingkat kecemasan. subjek dalam

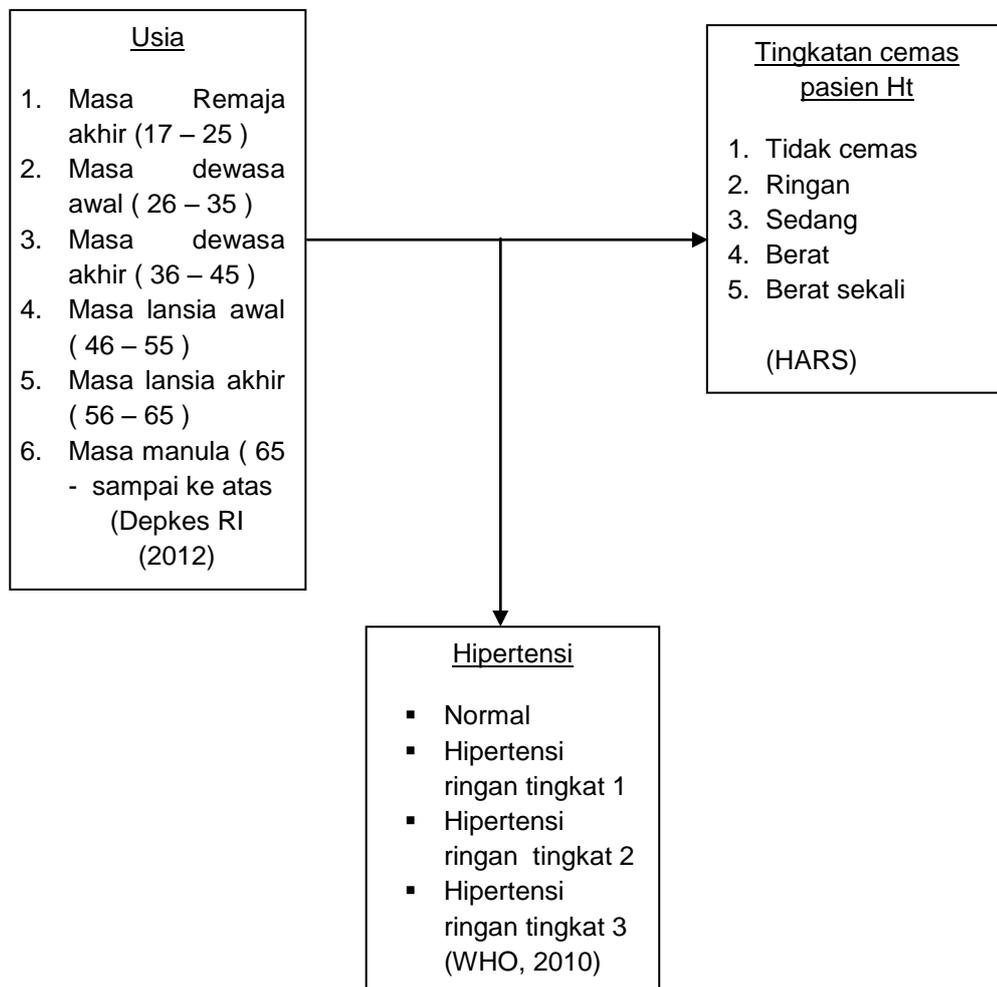
penelitian ini adalah penderita hipertensi yang berobat di Puskesmas Ngaglik Sleman dan Puskesmas Kokap I Wates. Terdiri dari 11 Subjek yang berobat di Puskesmas Ngaglik dan 3 subjek di Puskesmas Kokap I. Alat ukur yang digunakan adalah skala manajemen diri berdasarkan aspek-aspek yang dikemukakan oleh Averril (1976), Bagozzi (1992) dan skala kecemasan berdasarkan aspek-aspek yang dikemukakan oleh Daradjat (1990), Blackburn & Davidson (1994) metode analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan fasilitas program SPSS versi 10,0 untuk menguji apakah terdapat hubungan antara manajemen diri dengan tingkat kecemasan. Korelasi Spearman's rho menunjukkan korelasi sebesar $r = -0,306$; $p = 0,144$ ($p > 0,05$), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan. Jadi hipotesis penelitian tidak diterima

- 2) Penelitian Ihdaniyati (2008), meneliti tentang Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di RSUD Pandan Arang Boyolali, Penelitian ini menggunakan rancangan *deskriptif korelatif* dengan pendekatan *cross sectional*. Dengan sampel adalah pasien Gagal Jantung Kongestif, dan teknik pengambilan sampel menggunakan *aksidental sampling*, uji bivariat pada penelitian menggunakan uji *Kendal tau-b*. Hasil pada penelitian ini dengan analisis korelasi *Kendal tau-b* menunjukkan nilai probabilitas sebesar 0,000 ($p < \alpha$) dan hasil uji z sebesar 5,782 ($5,782 > 1,96$) hasil tersebut menunjukkan bahwa ada

hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan mekanisme koping.

C. Kerangka teori

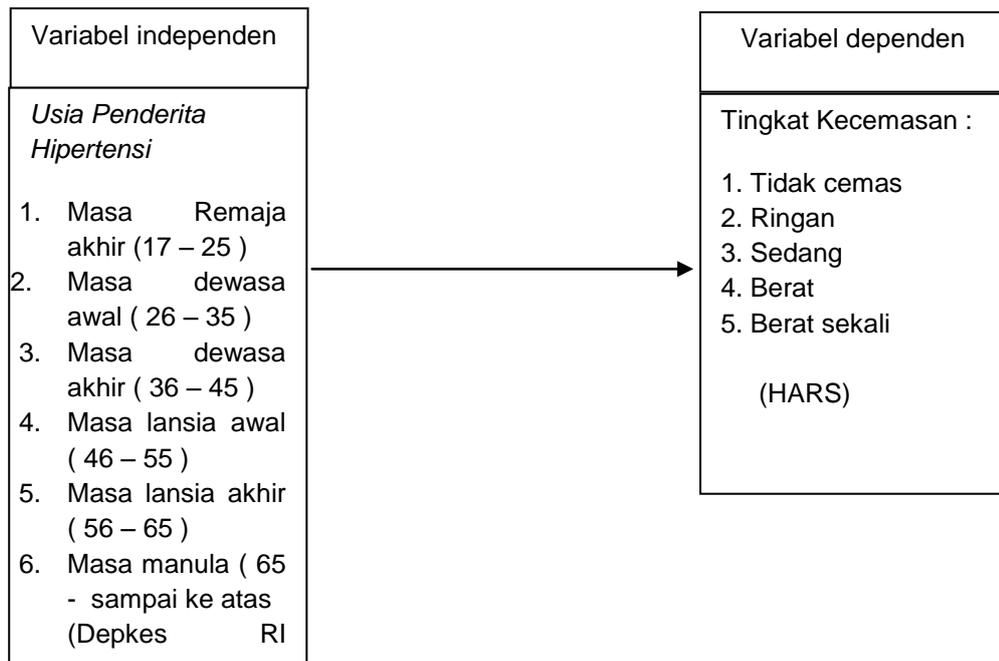
Kerangka teori adalah mempertajam/ mengkhhususkan fakta, membina struktur konsep-konsep, mengembangkan defenisi-defenisi, ikhtisar dari hal-hal yang telah diketahui, diuji kebenarannya, kerangka berfikir yang bersifat teoritis mengenai masalah, memberikan kemungkinan pada prediksi fakta tersebut, memberikan petunjuk-petunjuk terhadap kekurangan pada pengetahuan peneliti.



Kerangka Teori 2.2

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah hubungan-hubungan antara konsep yang satu dengan konsep lainnya dari masalah yang satu dengan konsep yang lainnya dari masalah yang diteliti sesuai dengan apa yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka (Notoatmojo, 2012).



Kerangka Konsep 2.3

Keterangan :

————— : Variabel yang diteliti

—————> : Garis hubungan

E. Hipotesis

Hipotesis merupakan anggapan dasar yang kemudian membuat suatu teori yang masih harus di uji kebenarannya. Hipotesis akan ditolak jika salah satu palsu dan akan di terima jika fakta-fakta membenarkannya (Arikunto, 2010). Dengan demikian hipotesis adalah suatu teori sementara yang kebenarannya masih perlu diuji.

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ho: “tidak ada hubungan bermakna antara Usia dengan Tingkat Kecemasan pasien hipertensi di klinik Islamic center “

Ha: “ada hubungan bermakna antara Usia dengan Tingkat Kecemasan pasien hipertensi di klinik Islamic center”.

BAB III METODE PENELITIAN.....	44
A. Rancangan Penelitian.....	44
B. Populasi dan Sampel.....	45
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	47
D. Definisi Operasional.....	47
E. Instrumen Penelitian.....	48
F. Teknik Pengumpulan Data.....	50
G. Teknik Analisa Data.....	52
H. Etika Penelitian.....	56
I. Jalannya Penelitian.....	59
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	61
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	61
B. Hasil Penelitian.....	62
C. Pembahasan.....	66
D. Keterbatasan Penelitian.....	76

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Adapun kesimpulan yang dapat diambil oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik responden Di klinik Islamic Center Samarinda berdasarkan erdasarkan jenis kelamin responden yaitu responden dengan jenis kelamin Perempuan sebanyak 33 orang (62,3%), sedangkan responden dengan jenis kelamin Laki - Laki yaitu 20 orang (37,7%),
2. Tingkat kecemasan pada penderita pasien hipertensi berdasarkan penelitian didapatkan bahwa pasien hipertensi yang mengalami cemas sedang sebanyak orang 31 orang (58,5%), sedangkan yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 19 orang (35,8%) sedangkan untuk kecemasan berat sebanyak 2 orang (3,8%) sedangkan untuk yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 1 orang (1,9)
3. Usia pasien hipertensi di Klinik Islamic Center Samarinda Berdasarkan hasil yang diperoleh bahwa responden yang berusia 46-55 tahun sebanyak 16 orang (30,2%) sedang kan usia 36 - 45 dan 26 - 35 tahun sebanyak 11 orang (20,8%) sedang kan 17 - 25 tahun sebanyak 9 orang (17,0) dan sedangkan 56 - 65 sebanyak 6 orang (11,3)
4. berdasarkan distribusi deskriptif hasil penelitian hasil uji statistik menunjukkan p value lebih kecil dari alpha ($0,031 < 0,05$) yang berarti H_0 di tolak atau ada hubungan yang signifikan antara usia dengan Tingkat kecemasan Pasien Hipertensi di Klinik Islamic Center Samarinda hasil penelitian variabel tingkat kecemasan berhubungan positif dengan usia penderita pasien hipertensi berarti semakin tinggi usia pasien hipertensi dapat berpengaruh terhadap tingkat kecemasan pasien hipertensi

B. Saran

1. Bagi responden diharapkan jika mengalami cemas mampu mengatasi cemasnya dengan keluarga agar tidak sendiri dan agar dapat melakukan aktivitas seperti biasa untuk dapat mengalihkan kecemasannya.

2. Bagi Tempat Penelitian Klinik Islamic Center Samarinda.

Penelitian ini diharapkan memberi manfaat dan masukan kepada Klinik Islamic Center Samarinda khususnya kepada pihak yang terkait agar lebih memberi dukungan kepada pasien hipertensi agar dapat melakukan aktivitas dan mengikuti setiap kegiatan klinik contohnya senam sehingga dapat terhindar dari hal-hal yang dapat memicu timbulnya kecemasan pada hipertensinya dan melakukan pemeriksaan rutin untuk mengetahui pasien yang terkena hipertensi agar dapat ditangani dengan tepat.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk penelitian yang lebih lanjut untuk mengkaji lebih dalam faktor-faktor lain penyebab terjadinya gejala hipertensi pada usia pasien hipertensi yang dapat dilakukan oleh lansia agar terhindar dari gejala atau penyakit hipertensi yang dialami oleh penderita tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.

Bakri, S. (2008). *Genetika Hipertensi*. Medan: USU Press, 19-31.

Berg, Alan dan Robert J. Muscat. (2004). *Peranan Gizi Dalam Pembangunan Nasional*. Penerbit Rajawali: Jakarta.

Boedi S. J. (2003). *Ilmu Penyakit Jantung*. Airlangga Universitas Press. Surabaya.

Depkes RI, (2012). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.

Dradjat Z, (2006). *Kesehatan Mental*. Jakarta: USU..

Guyton, C Arthur.(2007). *Fisiologi Manusia dan Mekanisme Penyakit*. Jakarta: EGC.

Hamid, A. (2007). *Buku Ajar Riset Keperawatan ; Konsep, Etika, dan Instrumentasi, edisi 2*. Jakarta : EGC

Hidayat, A. Alimul Azis. (2003). *Riset Keperawatan dan Teknik penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, A. Alimul Azis. (2008). *Metode Penelitian*. Salemba: Medika Data.

Julianti, E.D, Nurjana, dan Soetrisno. (2005). *Bebas Hipertensi dengan terapi jus*. Jakarta ; Puspa Suara...

Mujahidullah, K. (2012). *Keperawatan Geriatrik,Merawat Lansia dengan Cinta Kasih Sayang*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Nisa, C. (2010). *Masalah Hipertensi*, Bhratara Karya Aksara. Jakarta.

Notoadmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoadmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Info Medika.

Nursalam ,(2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Raymon. (2010). *Hipertensi dan Tanda Gejala yang Menyertai*. Jakarta: EGC.

Redecki TEJD. (2006). *Hypertension: Salt is a Major Risk Factor*. USA: J Cardiovasc.

Riyanto, A. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika

Sugiono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R& D*, Alfabeta Bandung.

Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC

WHO (2013). *World Health Rankingsresearch And Featuresusa Health Rankingslifex News Donate*.

Wolf. (2005). *Hipertensi, Cara Mendeteksi, Mencegah Hipertensi Sejak Dini*. Jakarta : PT. Bhuana Ilmu Populer.

Yugiantoro, M, (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam UI. Hipertensi Essensial*. Jakarta: FK UI.