



**HUBUNGAN TEKANAN DARAH DAN KECEMASAN
PADA LANJUT USIA DENGAN HIPERTENSI DI
UPT PELAYANAN SOSIAL TRESNA WERDHA
JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Insiyah Noryza Ayu Sativa
NIM 132310101037**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**HUBUNGAN TEKANAN DARAH DAN KECEMASAN
PADA LANJUT USIA DENGAN HIPERTENSI DI
UPT PELAYANAN SOSIAL TRESNA WERDHA
JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Pendidikan di Fakultas Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

Oleh

**Insiyah Noryza Ayu Sativa
NIM 132310101037**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Sholawat serta salam selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW. Skripsi ini penulis persembahkan untuk:

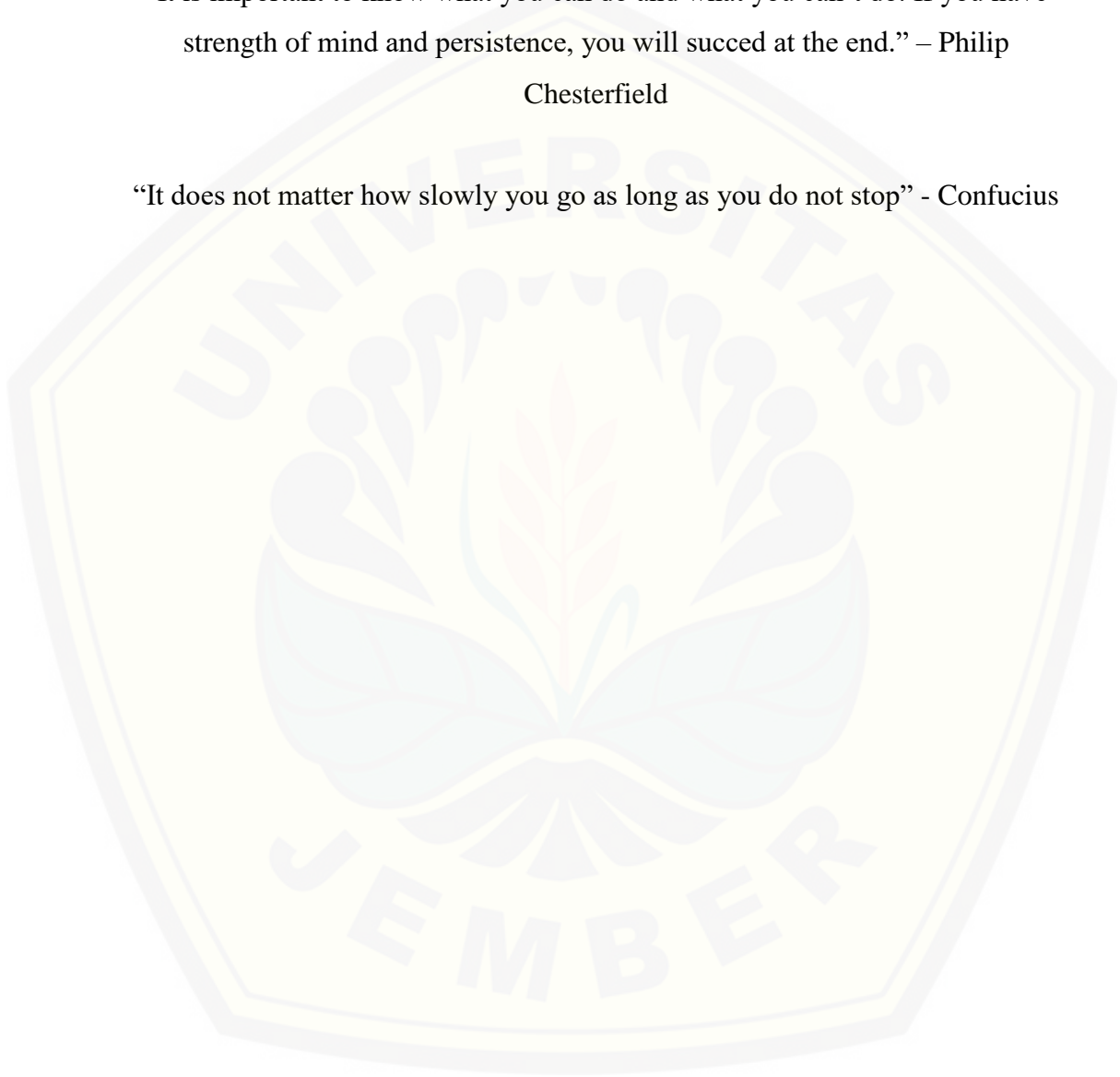
1. Ayahanda Yuliadi dan Ibunda Mahmudah, Adik Jasminfyta Intan H. N. serta keluarga besar tercinta yang senantiasa mendo'akan dan memberikan dukungan baik secara materil maupun non materil;
2. Almamater Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang saya banggakan beserta seluruh dosen serta staf akademik yang membimbing, mendidik, memberikan dukungan dan motivasi untuk saya menjalani proses pendidikan perguruan tinggi;
3. Keluarga besar angkatan 2013 yang bersama menyelesaikan proses perkuliahan dan perjuangan menuju gelar sarjana;
4. Bapak dan ibu guru di TK Putra Jaya, SD Negeri Patokan 1, SMP Negeri 1 Kraksaan, SMA Negeri 1 Kraksaan terimakasih atas ilmu yang telah diberikan kepada saya;
5. Seluruh pegawai dan responden di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha yang membantu dalam proses penelitian.

MOTO

“It is important to know what you can do and what you can’t do. If you have strength of mind and persistence, you will succeed at the end.” – Philip

Chesterfield

“It does not matter how slowly you go as long as you do not stop” - Confucius



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Insiyah Noryza Ayu Sativa

TTL : Pasuruan, 05 Agustus 1995

NIM : 132310101037

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan, saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika di kemudian hari tidak benar.

Jember, Juni 2018

Yang menyatakan,



Insiyah Noryza Ayu Sativa

NIM 132310101037

SKRIPSI

**HUBUNGAN TEKANAN DARAH DAN KECEMASAN
PADA LANJUT USIA DENGAN HIPERTENSI DI
UPT PELAYANAN SOSIAL TRESNA WERDHA
JEMBER**

oleh

**Insiyah Noryza Ayu Sativa
NIM 132310101037**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Wantiyah, M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep.

HALAMAN PENGESAHAN

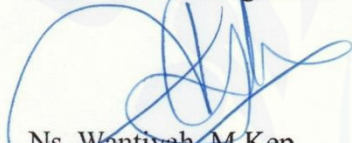
Skripsi yang berjudul “Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Jum’at, 6 Juli 2018

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji

Dosen Pembimbing Utama



Ns. Wantiyah, M.Kep

NIP. 19810712 200604 2 001

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep.

NIP. 19880510 201504 1 002

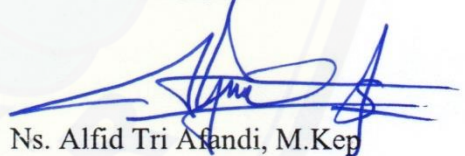
Penguji I



Ns. Emi Wuri W., M.Kep., Sp.Kep.J

NIP. 198505112008122005

Penguji II



Ns. Alfid Tri Afandi, M.Kep

NRP. 760016845

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Jember



Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes.

NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember (*Correlation between Blood Pressure and Anxiety at Elderly with Hypertension in Technical Implementation Unit of Social Service Tresna Werdha Jember*)

Insiyah Noryza Ayu Sativa

Faculty of Nursing University of Jember

ABSTRACT

During the aging process the elderly experience loss which becomes the trigger factor of anxiety. The losses experienced during aging process are loss of loved ones, autonomy, intellectual capacity, and health. Health problems that occur in the elderly are chronic or degenerative diseases, one of which is hypertension. This research was analytic survey with cross sectional method. The sample for this research was 32 elderly collected by total sampling technique. This research used spearman correlation test to measure the interrelationship between variables Spearman test result there was no correlation between blood pressure and anxiety in elderly with hypertension (p value systolic = 0,322 and p value diastole = 0,611; $\alpha = 0,05$). Only 12,5% elderly with hypertension which experience anxiety, this is positive thing because anxiety can increase blood pressure so that can increase the risk of complications. The problem is that respondents only treat hypertension when they feel the symptoms of hypertension, but do not try to change their lifestyle. Improving the health promotion program is needed especially in the elderly. Nurses can hold counseling at integrated service center (Posyandu) elderly about degenerative disease tahat often appear in elderly, especially hypertension. Other than that, nurses can also provide counseling about a healthy lifestyle such as not smoking, reducing sodium consumption, and doing regular physical activity to prevent increase blood pressure.

Keywords: *anxiety, blood pressure, elderly, hypertension*

RINGKASAN

Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember; Insiyah Noryza Ayu Sativa, 132310101037; xx + 118 halaman; Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember.

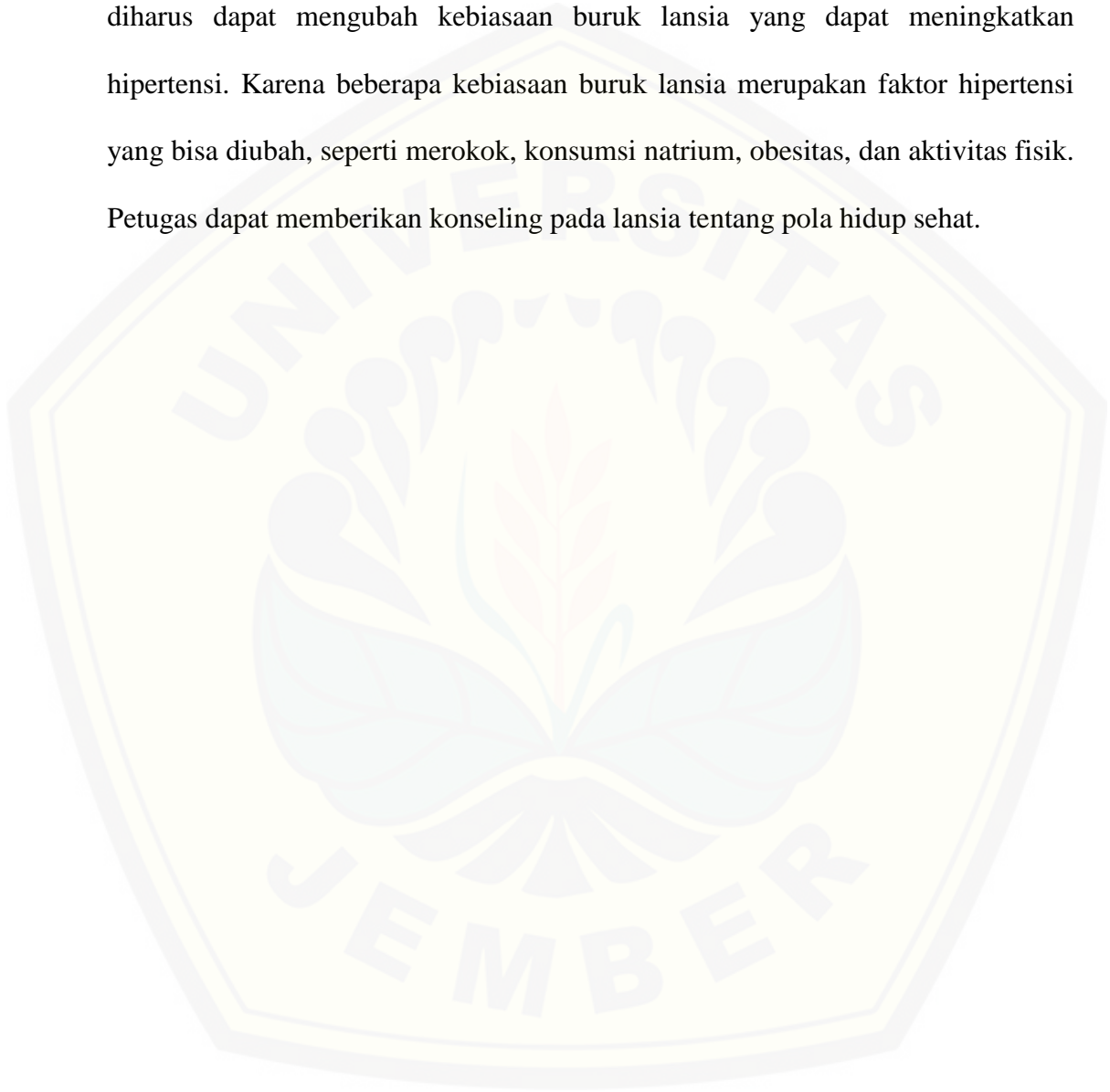
Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Selama proses penuaan lansia mengalami kehilangan-kehilangan yang menjadi faktor pencetus kecemasan. Kehilangan yang dialami selama proses penuaan antar lain, kehilangan orang yang dicintai, otonomi, kapasitas intelektual, dan kesehatan. Masalah kesehatan yang terjadi pada lansia adalah penyakit kronis atau degeneratif, salah satunya adalah hipertensi. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama dapat menimbulkan kerusakan pada organ-organ di dalam tubuh. Komplikasi-komplikasi yang diakibatkan hipertensi yang tidak terkontrol akan menimbulkan kekhawatiran dan menyebabkan gangguan mental emosional yang banyak ditunjukkan dengan gangguan kecemasan

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan hipertensi dengan kecemasan pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. Penelitian ini merupakan penelitian survey analitik dengan pendekatan *cross sectional* serta menggunakan teknik *total sampling* dengan sampel sebanyak 32 responden. Pengumpulandata menggunakan karakteristik responden, pengukuran tekanan darah dan kuesioner HRS-A. Uji statistik yang digunakan adalah uji korelasi *Spearman*.

Hasil analisis data didapatkan, 4 responden (12,5%) mengalami kecemasan. Hasil uji statistik *Spearman* menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara hipertensi dengan kecemasan pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember (p value tekanan darah sistol = 0,322 dan p value tekanan darah diastol = 0,611; $\alpha = 0,05$).

Lansia mengetahui tentang komplikasi yang ditimbulkan apabila hipertensi tidak terkontrol, namun ada banyak lansia yang tidak berusaha untuk mengontrol

tekanan darah. Lansia mendatangi petugas kesehatan apabila merasakan gejala hipertensi seperti sakit kepala. Beberapa lansia juga mengungkapkan bahwa mereka pasrah terhadap kondisi yang dialami karena sudah tua. Petugas kesehatan diharus dapat mengubah kebiasaan buruk lansia yang dapat meningkatkan hipertensi. Karena beberapa kebiasaan buruk lansia merupakan faktor hipertensi yang bisa diubah, seperti merokok, konsumsi natrium, obesitas, dan aktivitas fisik. Petugas dapat memberikan konseling pada lansia tentang pola hidup sehat.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan banyak terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Rondhianto, S.Kep., M.Kep. dan Ns. Tantut Susanto, M.Kep.,Sp.Kom.,Ph.D selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan arahan, saran dan motivasi sehingga skripsi dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan arahan, saran dan motivasi sehingga skripsi dapat tersusun dengan baik;

5. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep.,Sp.Kep.J selaku Dosen Penguji I yang telah memberikan masukan bimbingan dan arahan demi kesempurnaan skripsi ini;
 6. Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan masukan bimbingan dan arahan demi kesempurnaan skripsi ini;
 7. Pegawai dan responden penelitian di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha yang telah bersedia membantu peneliti dalam pelaksanaan penelitian skripsi ini;
 8. Keduana orang tua dan adik saya tercinta yang senantiasa mendo'akan dan memberikan dukungan baik secara materil maupun non materil;
 9. Teman-teman angkatan 2013 Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember yang senantiasa mendukung;
 10. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.
- Penulis menerima kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini. Penulis berharap, semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7

1.4.1 Bagi Peneliti	7
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan	7
1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan	8
1.4.4 Bagi Profesi Keperawatan	8
1.4.5 Bagi Masyarakat	8
1.5 Keaslian Penelitian	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Dasar Lanjut Usia	10
2.1.1 Pengertian Lanjut Usia	10
2.1.2 Proses Penuaan	10
2.1.3 Teori Penuaan	11
2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Proses Penuaan	16
2.1.5 Masalah Psikologis Lansia	17
2.2 Konsep Dasar Tekanan Darah	18
2.2.1 Pengertian Tekanan darah	18
2.2.2 Fisiologi Tekanan Darah	19
2.2.3 Kalsifikasi Tekanan Darah	19
2.2.4 Pengukuran Tekanan Darah	20
2.3 Konsep Dasar Hipertensi	21
2.3.1 Pengertian Hipertensi	21
2.3.2 Etiologi Hipertensi	22
2.3.3 Patofisiologi Hipertensi	25
2.3.4 Manifestasi Klinis Hipertensi	26

2.3.5	Komplikasi Hipertensi.....	27
2.3.6	Pemeriksaan Diagnostik Hipertensi	27
2.3.7	Penatalaksanaan Hipertensi.....	28
2.3.8	Hipertensi pada Lansia	31
2.4	Konsep Dasar Kecemasan.....	32
2.4.1	Pengertian Kecemasan	32
2.4.2	Teori Kecemasan	33
2.4.3	Tingkat Kecemasan	35
2.4.4	Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan.....	36
2.4.5	Patofisiologi Kecemasan	37
2.4.6	Alat Ukur Kecemasan	38
2.5	Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan	40
2.6	Kerangka Teori	43
BAB 3.	KERANGKA KONSEP.....	44
3.1	Kerangka Konsep	44
3.2	Hipotesis Penelitian.....	44
BAB 4.	METODE PENELITIAN.....	46
4.1	Desain Penelitian.....	46
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian.....	46
4.2.1	Populasi Penelitian	46
4.2.2	Sampel Penelitian	46
4.2.3	Teknik Sampling	47
4.2.4	Kriteria Sampel Penelitian.....	47

4.3 Lokasi Penelitian.....	48
4.4 Waktu Penelitian.....	48
4.5 Definisi Operasional	49
4.6 Pengumpulan Data	50
4.6.1 Sumber Data.....	50
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	50
4.6.3 Alat Pengumpulan Data.....	52
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	54
4.7 Pengolahan Data	55
4.7.1 <i>Editing</i>	55
4.7.2 <i>Coding</i>	55
4.7.3 <i>Entry</i>	56
4.7.4 <i>Cleaning</i>	56
4.8 Analisis Data.....	56
4.9 Etika Penelitian	58
4.9.1 Lembar Persetujuan.....	58
4.9.2 Kerahasiaan	59
4.9.3 Keadilan.....	59
4.9.4 Kemanfaatan.....	59
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	60
5.1 Hasil Penelitian	60
5.1.1 Analisis Deskriptif.....	60
5.1.2 Analisis Statistik.....	62

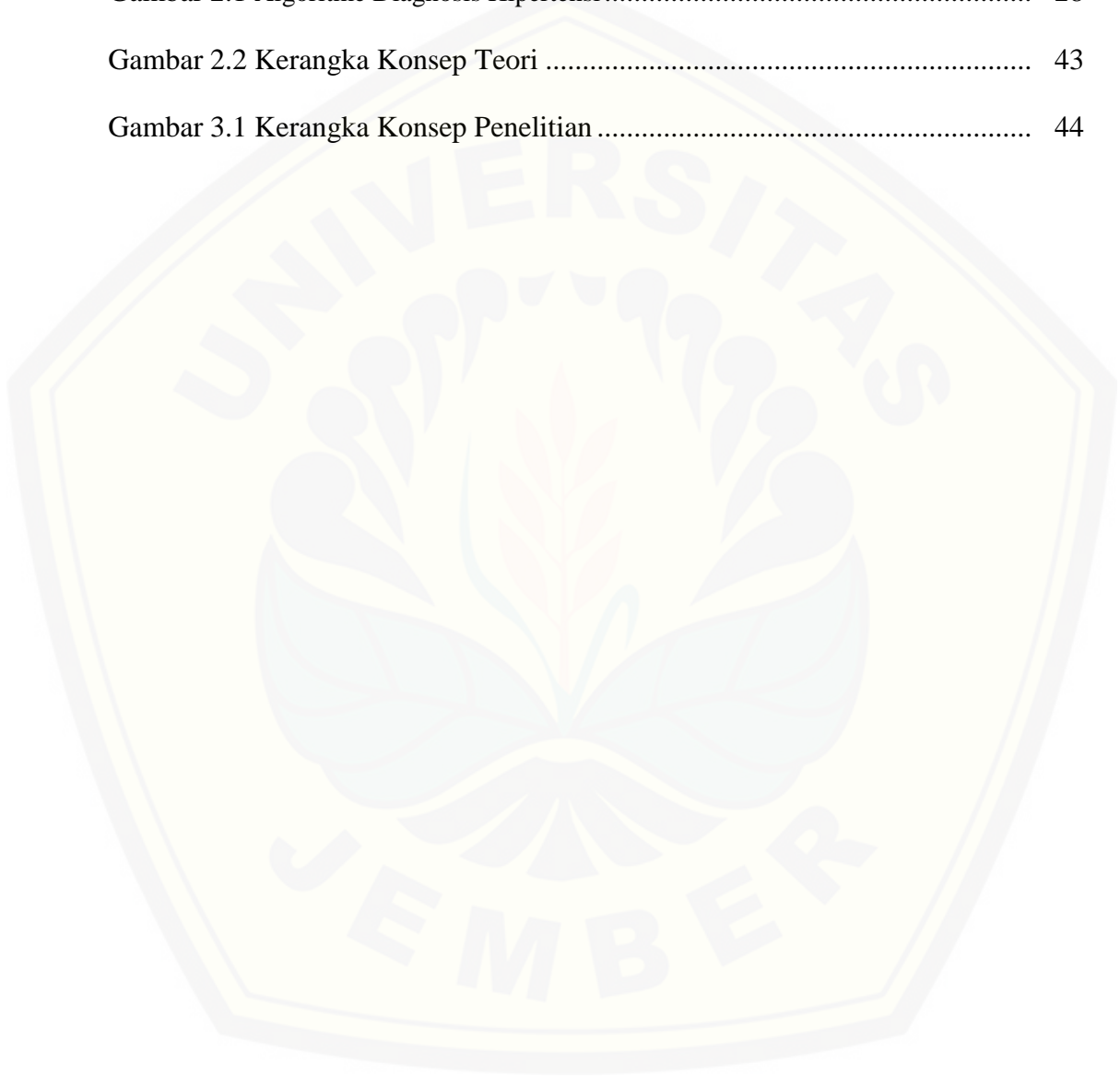
5.2 Pembahasan.....	63
5.2.1 Karakteristik Responden.....	63
5.2.2 Tekanan Darah Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.....	66
5.2.3 Tingkat Kecemasan Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.....	68
5.2.4 Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lansia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.....	69
5.3 Keterbatasan Penelitian	72
5.4 Implikasi Keperawatan	73
BAB 6. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	74
6.1 Kesimpulan.....	74
6.2 Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN.....	86

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian	9
Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	20
Tabel 4.1 Definisi Operasional	49
Tabel 4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner HRS-A.....	53
Tabel 4.3 Hasil Uji Normalitas Variabel Tekanan Darah Sistol dan Diastol, serta Nilai Kecemasan pada Lansia	57
Tabel 4.4 Panduan Interpretasi Hasil Uji Korelasi Berdasarkan Kekuatan Korelasi Nilai p, serta Arah Korelasinya.....	58
Tabel 5.1 Nilai Tengah Usia dan Lama Tinggal Lansia	60
Tabel 5.2 Karakteristik Lansia berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan	60
Tabel 5.3 Rerata dan Nilai Tengah Berdasarkan Variabel Hipertensi	61
Tabel 5.4 Nilai Tengah Variabel Kecemasan	61
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Variabel Kecemasan...	62
Tabel 5.6 Analisis Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lansia	63

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Algoritme Diagnosis Hipertensi	28
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Teori	43
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	44



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	87
B. Lembar <i>Consent</i>	88
C. Lembar Data Karakteristik Responden	89
D. Kuesioner <i>Hamilton Rating Scale of Anxiety</i>	90
E. SOP Pengukuran Tekanan Darah.....	93
F. Sertifikat Kalibrasi	95
G. Surat Ijin Studi Pendahuluan.....	97
H. Surat Pernyataan Rekomendasi telah Studi Pendahuluan.....	98
I. Pernyataan Uji Kompetensi Penggunaan SOP	99
J. Surat Ijin Penelitian.....	101
K. Analisis Data	102
L. Surat Selesai Penelitian	111
M. Dokumentasi Penelitian	112
N. Jadwal Penelitian	113
O. Lembar Bimbingan	115

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas (UU No. 13 Tahun 1998). Lansia mengalami proses penuaan akibat bertambahnya usia seseorang yang artinya, semakin bertambah usia manusia maka semakin berkurang fungsi organ-organ tubuhnya (Sunaryo dkk, 2015). Timbulnya proses penuaan akan menyebabkan lansia mengalami berbagai perasaan seperti sedih, kesepian, mudah tersinggung, dan cemas. Perasaan tersebut merupakan masalah psikologis yang terjadi pada lansia (Maryam dkk, 2008). Kecemasan yang dialami lansia dapat menjadi kecemasan yang begitu kuat sehingga memberikan efek pada fungsi kehidupan sehari-hari lansia. Prevalensi kecemasan dua kali lebih besar pada lansia perempuan dibandingkan lansia laki-laki. Penyebab kecemasan pada lansia sangat banyak. Lansia yang mengalami kecemasan seringkali adalah lansia yang mengalami gangguan kecemasan saat masih muda. Faktor keturunan juga dapat menjadi penyebab terjadinya kecemasan pada lansia. Perubahan neurologis saat proses penuaan menyebabkan lansia rentan mengalami kecemasan (Gauthier, 2005).

Faktor pencetus terjadinya masalah psikologis kecemasan adalah kehilangan yang dialami selama proses penuaan. Kehilangan yang terjadi selama proses penuaan antara lain, kehilangan orang yang dicintai, kapasitas intelektual, otonomi, dan kesehatan. Semakin banyak lansia yang tidak dapat beradaptasi

terhadap kehilangan yang terjadi saat proses penuaan, semakin besar risiko untuk mengalami kecemasan (Gauthier, 2005).

Masalah kesehatan yang terjadi pada lansia adalah penyakit kronis atau degeneratif (Maryam dkk, 2008). Salah satu penyakit degeneratif yang dapat timbul pada lansia adalah hipertensi (Tamher & Noorkasiani, 2009). Menurut *National Heart, Lung, and Blood Institute* (2005), seseorang yang berusia 50 tahun dengan tekanan darah yang normal berisiko 90% mengalami hipertensi di kemudian hari. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama dapat menimbulkan kerusakan pada jantung, otak dan ginjal bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan (Merrelli, 2000). Setiap tahun 9,4 juta kematian di seluruh dunia diakibatkan dari komplikasi hipertensi, 45% kematian karena penyakit jantung dan 51% kematian akibat stroke (Lim dkk, 2012 dalam Mendis, 2013).

Komplikasi-komplikasi yang diakibatkan hipertensi yang tidak terkontrol akan menimbulkan kekhawatiran dan menyebabkan gangguan mental emosional yang banyak ditunjukkan dengan gangguan kecemasan (Istirokah, 2013). Kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart, 2006).

Penelitian yang dilakukan Gauthier (2005), menunjukkan bahwa 5,5% - 10% lansia mengalami gangguan kecemasan. Menurut penelitian yang dilakukan Kwan dan Wijeratne (2016), gejala kecemasan terjadi pada 15% - 52% lansia yang mengalami penyakit kronis (masalah jantung dan penyakit paru obstruktif

kronis) atau cacat pada tubuh. Prevalensi gangguan kecemasan pada lansia berkisar 1,2%-15% di masyarakat, dan 28% di klinis.

Tahun 2000, hampir satu miliar orang atau 26% dari populasi orang dewasa di dunia memiliki hipertensi. Pada tahun 2025 diperkirakan akan meningkat menjadi 29% dari populasi (Sawacka dkk, 2011). Populasi masyarakat di Jepang, 21% merupakan lansia dan 10% yang berusia ≥ 75 tahun, sebagian besar dari lansia yang berumur 60 tahun (61%) dan 70 tahun (72%) memiliki hipertensi (*Japanese Society of Hipertension*, 2009). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yoon dkk (2015), di Amerika prevalensi dari hipertensi pada usia 40-59 tahun sebesar 32,2%, sedangkan pada orang dewasa berusia 60 tahun sebesar 64,9%.

Penelitian yang dilakukan oleh Wei dan Wang (2006), menemukan bahwa 12% dari 891 pasien dengan hipertensi mengalami kecemasan sedang sampai berat. Penelitian yang dilakukan Rafiqa (2013) yang berjudul “Gambaran Ansietas pada Lansia dengan Hipertensi di Desa Tibang Kecamatan Syiah Kuala Banda Aceh Tahun 2013” menemukan bahwa dari 53 responden 47,2% mengalami kecemasan berat ditinjau dari respon fisiologis, 49,1% mengalami kecemasan sedang ditinjau dari respon perilaku, 58,5% mengalami kecemasan berat ditinjau dari respon kognitif, dan 47,2% mengalami kecemasan berat ditinjau dari respon afektif.

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada Juni 2017 kepada 10 lansia dengan riwayat hipertensi yang tinggal di Unit Pelayanan Teknik (UPT) Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember berdasarkan hasil pengukuran tekanan

darah 4 orang (40%) mengalami hipertensi derajat 1, 4 orang (40%) mengalami hipertensi derajat 2, serta 2 orang (20%) tidak mengalami hipertensi. Hanya 1 orang (10%) yang saat itu mengkonsumsi obat anti-hipertensi. Belum ada kegiatan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan petugas kesehatan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha. Lansia dengan kategori mandiri biasanya datang sendiri ke klinik kesehatan untuk memeriksakan keadaannya dan mendapatkan pengobatan. Pengukuran kecemasan didasarkan hasil pengisian kuesioner *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A) yang terdiri dari 14 item yang merupakan kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik (Hawari, 2013). Berdasarkan hasil penilaian HRS-A yang dilakukan pada 10 lansia didapatkan 2 orang (20%) mengalami kecemasan sedang, dan 3 orang (30%) mengalami kecemasan ringan.

Kecemasan merupakan keadaan perasaan afektif yang tidak menyenangkan disertai dengan sensasi fisik yang memperingatkan orang terhadap bahaya yang akan datang (Freud dalam Semiun, 2006). Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya, kecemasan juga tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart, 2006). Menurut Liu dkk (2012), sistem renin angiotensin dan angiotensin II memiliki keterlibatan pada kenaikan tekanan darah, suasana hati dan gangguan kecemasan. Angiotensin II di otak dikaitkan dengan peningkatan aktivitas HPA aksis (*Hypotalamic Pituitari Adrenal*), yang akan meningkatkan respon stres dan kecemasan. Menurut Taylor (2006) dalam Anggraieni (2014), kelenjar hipotalamus akan mengaktifkan pituitari yang kemudian mengeluarkan

hormon adrenokortikotropid (ACTH) yang akan menstimulasi kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormon stres (epinefrin, norepinefrin dan kortisol). Peningkatan aktivitas dari saraf simpatis ini akan berdampak pada peningkatan curah jantung dan tahanan perifer, sehingga dapat meningkatkan tekanan darah (Muttaqin, 2009).

Hipertensi yang dialami oleh lansia terjadi akibat adanya proses penuaan. Menurut Pinna dkk (2012), proses penuaan mengakibatkan arteri besar mengalami perubahan yaitu dinding arteri menjadi kaku. Kakunya dinding arteri ini diakibatkan oleh berkurangnya kandungan elastin dan kolagen bersama dengan peningkatan afterload. Hasil dari perubahan dinding arteri tersebut adalah meningkatnya *pulse wave velocity (PWV)*, yang menyebabkan peningkatan sistol dan menurunnya diastol. Hipertensi yang tidak terkontrol akan menimbulkan berbagai macam komplikasi seperti, infark miokard, angina pektoris, gagal jantung kongestif, stroke, ensefalopati hipertensif, gagal ginjal kronis, retinopati hipertensif, dan penyakit pembuluh darah perifer (Anggraini dkk, 2009). Komplikasi hipertensi dapat menimbulkan kekhawatiran yang ditunjukkan dengan gangguan kecemasan (Istirokah, 20013).

Prevalensi kecemasan lebih tinggi terjadi pada lansia yang tinggal di panti jompo (Gauthier, 2005). Penelitian yang dilakukan Putri (2012), menunjukkan bahwa perbedaan mekanisme coping antara lansia yang tinggal di rumah dan yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial dapat menyebabkan perbedaan tingkat stres. Dalam penelitian tersebut didapatkan 56,5% dari 23 lansia yang tinggal di rumah mengalami stres ringan dan 56,5% dari 23 lansia yang tinggal di UPT Pelayanan

Sosial Lanjut Usia Bondowoso mengalami stres berat, sehingga dapat disimpulkan lansia yang bertempat tinggal di UPT Pelayanan Sosial mengalami stres yang lebih berat.

Hipertensi dapat menjadi stresor pencetus kecemasan, yang termasuk kategori ancaman integritas fisik internal (Stuart, 2013). Hipertensi terjadi akibat adanya perubahan fisik yang dialami lansia seperti kakunya dinding arteri, keadaan ini tidak dapat diubah karena termasuk dalam proses penuaan. Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti, merumuskan masalah penelitian yaitu apakah terdapat hubungan tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis hubungan tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi di UPT Pelayan Sosial Tresna Werdha Jember .

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi karakteristik lansia dengan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember yang terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lama tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember;
- b. Mengidentifikasi tekanan darah pada lansia di lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember;
- c. Mengidentifikasi kecemasan pada lansia di lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember;
- d. Menganalisis hubungan tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi di lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang ada dari pelaksanaan penelitian yang berjudul hubungan tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember antara lain:

1.4.1 Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah meningkatkan kemampuan dalam melakukan penelitian, mampu berpikir kritis dan ilmiah serta meningkatkan pengetahuan tentang hubungan tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Manfaat bagi institusi di pendidikan keperawatan adalah dapat menjadi tambahan informasi dan kepustakaan mengenai hubungan tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi.

1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Manfaat bagi pelayanan kesehatan adalah dapat menjadi sumber informasi dan pertimbangan dalam membuat kebijakan atau strategi pemecahan masalah dengan meninjau masalah kecemasan pada lansia dengan hipertensi.

1.4.4 Bagi Profesi Keperawatan

Manfaat bagi profesi keperawatan adalah sebagai sumber rujukan untuk mempertimbangkan intervensi yang tepat dengan memperhatikan aspek psikologis lansia.

1.4.5 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi masyarakat khususnya responden yaitu menambah informasi mengenai hubungan tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian tentang “Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha ” belum pernah dilakukan, namun ada beberapa penelitian yang mendukung dalam penelitian ini, ialah penelitian yang dilakukan oleh Rafiq (2013) yang berjudul “Gambaran Ansietas pada Lansia dengan Hipertensi di Desa Tibang Kecamatan Syiah Kuala Banda Aceh Tahun 2013”. Berikut perbandingan penelitian sebelumnya dengan penelitian yang dilakukan.

Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
1	Judul Penelitian	Gambaran Ansietas pada Lansia dengan Hipertensi di Desa Tibang Kecamatan Syiah Kuala Banda Aceh Tahun 2013	Hubungan Tekanan Darah dan Kecemasan pada Lanjut usia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha
2	Variabel	Kecemasan pada lansia dengan hipertensi	Dependen: Kecemasan pada Lanjut usia dengan Hipertensi Independen: Hipertensi
3	Tempat	Desa Tibang Kecamatan Syiah Kuala Banda Aceh	UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember
4	Peneliti	Rafiq	Insiyah Noryza Ayu Sativa
5	Tahun Penelitian	2013	2018
6	Instrumen	Skala Guttman	<i>Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)</i>
7	Jenis Penelitian	Deskriptif Naratif	Survei analitik dengan pendekatan <i>Cross sectional</i>
8	Teknik <i>Sampling</i>	Total <i>sampling</i>	Total <i>sampling</i>
9	Sampel	53 responden	32 responden
10	Hasil	Gambaran ansietas pada lansia dengan hipertensi ditinjau dari respon fisiologis berada pada kategoriberat yaitu sebesar 47,2%, respon perilaku berada pada kategori sedang yaitu sebesar 49,1%, respon kognitif berada pada kategori berat sebesar 58,5%, dan respon afektif berada pada kategori berat 47,2%.	Nilai p tekanan darah sistol = 0,322 dan nilai p tekanan darah diastol = 0,611 ($p > 0,05$), artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara tekanan darah dengan kecemasan pada lansia dengan hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian Lanjut Usia

Lanjut usia (lansia) adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Hawari, 2001 dalam Muhith dan Siyoto, 2016). Menurut UU No. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. WHO mengklasifikasikan lansia menjadi *elderly* (60 –74 tahun), *old* (75 – 89 tahun), *very old* (> 90 tahun) (Dewi, 2014). Sedangkan menurut Depkes RI (2014), mengklasifikasikan lansia dalam kategori berikut:

- a. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berusia antara 45 – 59 tahun.
- b. Lansia, seseorang yang berusia 60 – 69 tahun.
- c. Lansia risiko tinggi, seseorang yang berusia di atas 70 tahun atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

2.1.2 Proses Penuaan

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Muhith dan Siyoto, 2016). Proses

penuaan merupakan penyusutan tubuh akibat berkurangnya jumlah sel-sel yang ada di dalam tubuh, sehingga tubuh mengalami penurunan fungsi secara perlahan-lahan (Maryam dkk, 2008). Proses menua merupakan proses yang terjadi sepanjang hidup, tidak hanya dimulai pada satu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan (Dewi, 2014). Menurut Nugroho (2009), proses penuaan dapat ditandai dengan perubahan pada organ, perubahan perilaku dan masalah psikologis karena kehilangan pasangan hidup, ditinggal anak yang telah menikah, penurunan fungsi penglihatan dan pendengaran, adanya penyakit kronis atau degeneratif, mobilitas terbatas, kesepian, dan penghasilan berkurang. Proses penuaan terdiri atas teori-teori tentang penuaan, aspek biologis pada proses menua, proses penuaan pada tingkat sel, proses penuaan menurut sistem tubuh, dan aspek psikologis pada proses penuaan (Tamher dan Noorkasiani, 2009).

2.1.3 Teori Penuaan

Teori-teori tentang penuaan dapat digolongkan dalam dua kelompok, yaitu teori biologis dan teori psikososial (Tamher dan Noorkasiani, 2009). Yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut:

a. Teori genetik dan mutasi (*somatic mutatie theory*)

Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi (Muhith dan Siyoto, 2016).

b. Teori mutasi somatik

Begitu terjadi pembelahan sel, maka akan terjadi “mutasi spontan” yang terus-menerus berlangsung dan akhirnya mengarah pada kematian (Tamher dan Noorkasiani, 2009). Sedangkan menurut Dewi (2014) mutasi somatik terjadi akibat pengaruh lingkungan yang buruk, sehingga terjadi kesalahan dalam proses transkripsi DNA dan RNA. Kesalahan ini terjadi terus-menerus sehingga akhirnya akan terjadi penurunan fungsi organ atau perubahan sel normal menjadi sel kanker atau penyakit.

c. Teori interaksi seluler

Bahwa sel-sel saling berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain, apabila sel-sel tersebut tidak berfungsi dalam suatu harmoni maka akan terjadi kegagalan mekanisme *feed-back* yang akan menyebabkan sel-sel mengalami degenerasi (Tamher dan Noorkasiani, 2009).

d. *Wear and tear theory*

Proses penuaan terjadi akibat kelebihan usaha dan stres yang berlangsung tahun demi tahun dan menyebabkan sel tubuh menjadi lelah dan tidak mampu meremajakan fungsinya, lama-kelamaan akan timbul *deteriorasi* (Tamher dan Noorkasiani, 2009 dan Dewi, 2014)

e. Teori ikatan silang

Proses penuaan merupakan akibat dari terjadinya ikatan silang yang progresif antara protein-protein intraselular dan interselular serabut kolagen, ikatan ini meningkat sejalan dengan bertambahnya umur. Reaksi kimia sel-sel yang tua dan usang menyebabkan ikatan yang kuat sehingga terjadi penurunan

elastisitas, kekacauan dan hilangnya fungsi sel (Muhith dan Siyoto, 2016 dan Dewi, 2014).

f. Teori radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di dalam bebas, tidak stabilnya radikal bebas mengakibatkan oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal ini menyebabkan sel-sel tidak dapat melakukan regenerasi (Maryam dkk, 2008).

g. Reaksi dari kekebalan tubuh sendiri (*auto immune theory*)

Suatu saat zat khusus akan diproduksi dalam proses metabolisme tubuh, ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit. Sebagai contoh adalah tambahan kelenjar timus yang ada pada usia dewasa beinvolusi dan semenjak itulah terjadi kelainan autoimun (Muhith dan Siyoto, 2016).

h. *Immunology slow theory*

Menurut *immunology slow theory*, sistem imun menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus ke dalam tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh (Maryam dkk, 2008).

i. Teori nutrisi

Proses menua dan kualitas proses menua dipengaruhi intake nutrisi seseorang sepanjang hidupnya. Intake nutrisi yang baik pada setiap tahap perkembangan akan membantu meningkatkan kualitas kesehatan seseorang. Semakin lama seseorang mengonsumsi makanan bergizi dalam rentang hidupnya, maka ia akan hidup lebih lama dengan sehat (Dewi, 2014).

Sedangkan teori yang merupakan teori psikososial adalah:

a. Aktivitas / kegiatan (*activity theory*)

Lansia yang sukses adalah lansia yang aktif dan ikut banyak kegiatan sosial (Muhith dan Siyoto, 2016). Penuaan yang sukses bergantung pada kepuasan lansia dalam melakukan aktivitas serta mempertahankan aktivitas tersebut lebih penting dibandingkan kuantitas dan aktivitas yang dilakukan (Maryam dkk, 2008).

b. Kepribadian berkelanjutan (*continuity theory*)

Kepribadian dasar dan pola perilaku individu tidak akan berubah walau telah menua, pengalaman hidup seseorang merupakan gambaran kelak pada saat menjadi lansia (Dewi, 2014).

c. Teori penarikan diri (*disengagement theory*)

Dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur akan mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari sekitarnya (Muhith dan Siyoto, 2016). Menurut Maryam dkk (2008), proses penuaan mengakibatkan interaksi sosial mulai menurun. Pada lansia juga terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yaitu kehilangan peran (*loss of roles*), hambatan kontak sosial (*restriction of contacts and relationships*), dan berkurangnya komitmen (*reduce commitment to social moralres and values*).

d. Teori subkultural

Lansia dipandang sebagai bagian dari sub kultur, lansia memiliki norma dan standar budaya sendiri. Standar dan norma budaya ini meliputi perilaku, keyakinan, dan harapan yang membedakan lansia dari kelompok lainnya

(Dewi, 2014). Kelompok lansia lebih banyak berinteraksi antar sesama dan kurang terintegrasi pada masyarakat luas. Kelompok lansia bila terkoordinasi dengan baik dan dapat menyalurkan aspirasinya dimana hubungan antargrup dapat meningkatkan penyesuaian pada masa lansia (Muhith dan Siyoto, 2016).

e. Teori stratifikasi usia

Pokok-pokok dari teori stratifikasi usia adalah aeri usia dan posisi kelompok usia bagi masyarakat, terdapatnya transisi yang dialami oleh kelompok, dan terdapatnya mekanisme pengalokasian peran diantara penduduk (Maryam dkk, 2008). Lansia dan mayoritas masyarakat saling mempengaruhi dan selalu terjadi perubahan dalam kelompok maupun masyarakat (Muhith dan Siyoto, 2016).

f. Teori penyesuaian individu dengan lingkungan

Tingkatan kompetensi seseorang terdapat suatu tingkatan suasana atau tekanan lingkungan tertentu yang menguntungkan baginya. Orang yang berfungsi pada level kompetensi yang rendah hanya mampu bertahan pada level tekanan lingkungan yang rendah. Semakin terganggu seseorang, maka tekanan lingkungan yang dirasakan semakin besar (Muhith dan Siyoto, 2016).

g. Teori perkembangan

Menurut tugas perkembangan ego Erickson, tugas perkembangan lansia adalah *integrity versus despair*. Jika lansia dapat menemukan arti dari hidup yang dijalannya, maka lansia akan memiliki integritas ego untuk menyesuaikan dan mengatur proses menua yang dialaminya. Jika lansia tidak

memiliki integritas maka ia akan marah, depresi dan merasa tidak adekuat, dengan kata lain mengalami keputusasaan (Dewi, 2014).

h. Teori spiritual

Kepercayaan/spiritual adalah suatu kekuatan yang memberi arti bagi kehidupan seseorang. Kepercayaan merupakan bentuk pengetahuan dan cara berhubungan dengan kehidupan akhir (Maryam dkk, 2008).

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Proses Penuaan

Penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis, faktor yang mempengaruhi proses penuaan menurut Muhith dan Siyoto (2016), yaitu:

a. Hereditas atau genetik

Kematian sel merupakan seluruh program yang dikaitkan dengan DNA. Secara genetik perempuan memiliki sepasang kromosom X, sedangkan laki-laki hanya memiliki satu kromosom X. Kromosom X ternyata membawa unsur kehidupan, sehingga perempuan berumur lebih panjang dibandingkan dengan laki-laki.

b. Nutrisi/makanan

Kelebihan atau kekurangan nutrisi dapat mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan.

c. Status kesehatan

Penyakit yang selama ini selalu dikaitkan dengan proses penuaan, sebenarnya bukan disebabkan oleh menuanya sendiri, tetapi lebih disebabkan oleh faktor luar yang merugikan yang berlangsung tetap dan berkepanjangan.

d. Pengalaman hidup

Paparan sinar matahari di kulit akan menyebabkan flek, kerutan dan menjadi kusam. Mengonsumsi alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat dengan permukaan kulit. Kurang olahraga dapat menyebabkan tidak lancarnya sirkulasi darah.

e. Lingkungan

Proses menua secara biologik berlangsung secara alami dan tidak dapat dihindari, tetapi seharusnya individu dapat tetap mempertahankan status kesehatannya.

f. Stres

Proses penuaan dapat dipengaruhi oleh tekanan kehidupan sehari-hari yang didapat dari lingkungan rumah, pekerjaan, ataupun masyarakat.

2.1.5 Masalah Psikologis Lansia

Lansia ($65 \leq$ tahun) banyak mengalami kekhawatiran yang diakibatkan oleh status kesehatan, keluarga, keadaan ekonomi, dan kematian (Gauthier, 2005). Lansia yang mengalami kecemasan lebih cenderung mengeluhkan gejala somatik, bukan otonom seperti orang yang lebih muda (Kwan dan Wijeratne, 2016). Lansia yang mengalami gangguan ansietas merupakan seseorang yang sering mengalami gangguan ansietas saat muda. Penyebab gangguan kecemasan pada lansia sangat banyak. Faktor pencetus terjadinya kecemasan pada lansia antara lain kehilangan yang dialami selama proses penuaan dan pemikiran bahaya yang terkait dengan kehilangan tersebut. Kehilangan yang dialami selama proses penuaan antar lain,

kehilangan orang yang dicintai, kesehatan, kapasitas intelektual, dan otonomi. Lansia rentan terhadap kecemasan karena adanya perubahan neurologis yang terjadi akibat bertambahnya usia (Gauthier, 2005).

Lansia tidak mengalami respon otonom yang kuat seperti yang dialami oleh orang yang lebih muda. Orang yang lebih muda akan cenderung mengalami gejala otonom kecemasan, seperti palpitasi, tremor, dan rasa ketidaknyamanan pada perut (Kwan dan Wijeratne, 2016). Sulit mengidentifikasi adanya gangguan kecemasan pada lansia. Alasan pertama sulitnya identifikasi gangguan kecemasan pada lansia adalah adanya tumpang tindih gejala kecemasan dengan masalah kesehatan fisik (hipertiroidisme dan gangguan kardiovaskular), atau masalah kesehatan mental seperti demensia. Kedua adalah efek samping obat yang sama dengan gejala kecemasan. Ketiga adalah gangguan kognitif yang mempengaruhi untuk mengidentifikasi dan mengingat gejala. Keempat adalah kesulitan membedakan antara kecemasan adaptif dan patologis. Kelima adalah kriteria diagnostik untuk gangguan kecemasan didasarkan pada penelitian di populasi yang lebih muda, dan kriteria yang membedakan gangguan kecemasan pada anak muda tidak selalu dapat membedakannya pada lansia (Gauthier, 2005; Kwan dan Wijeratne, 2016).

2.2 Konsep Dasar Tekanan Darah

2.2.1 Pengertian Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang diberikan oleh darah pada dinding pembuluh darah (Baradero, 2008). Tekanan darah juga dapat diartikan sebagai

tekanan yang digunakan untuk mengedarkan darah dalam pembuluh darah ke seluruh tubuh (Asriwati, 2017). Tekanan darah merupakan salah satu parameter hemodinamika yang pengukurannya sederhana dan mudah dilakukan. Hemodinamika merupakan keadaan tekanan darah dan aliran darah dapat mempertahankan perfusi atau pertukaran zat di jaringan tubuh (Muttaqin, 2009).

2.2.2 Fisiologis Tekanan Darah

Pemompaan jantung memberikan tekanan yang dapat mendorong darah melewati pembuluh-pembuluh. Darah mengalir melalui sistem pembuluh tertutup karena perbedaan tekanan antara ventrikel kiri dan atrium kanan. Ketika ventrikel kiri berkontraksi menyebabkan darah mengalir dari aorta menuju arteri, kemudian menuju ke arteriol masuk ke vena, menuju vena cava superior dan inferior kemudian sampai ke atrium kanan (Asriwati, 2017). Tekanan darah sistol adalah tekanan darah yang terukur ketika darah mengalir dari jantung ke pembuluh darah saat ventrikel kiri jantung berkontraksi, yang mengakibatkan pembuluh darah teregang maksimal. Sedangkan tekanan darah saat jantung berelaksasi merupakan tekanan darah diastol. Tidak ada darah yang mengalir dari jantung ke pembuluh darah saat terjadi diastol, sehingga pembuluh darah kembali ke ukuran normal dan darah terdorong ke bagian arteri yang lebih distal (Ronny dkk, 2009).

2.2.3 Klasifikasi Tekanan Darah

Berikut merupakan klasifikasi tekanan darah menurut *American Heart Association* (2016).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi (*American Heart Association, 2016*)

Kategori Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	dan	< 80
Prehipertensi	120 – 139	atau	80 – 89
Hipertensi Derajat 1	140 – 159	atau	90 – 99
Hipertensi Derajat 2	160 <	atau	100 <
Hipertensi Krisis (Memerlukan Perawatan Darurat)	≥180	atau	≥110

2.2.4 Pengukuran Tekanan Darah

- a. Atur posisi klien duduk, periksa alat-alat yang akan digunakan (sphygmomanometer, stetoskop, pena dan lembar observasi).
- b. Menggulung lengan baju klien pada bagian atas lengan. Mempalpasi arteri brakialis. Meletakkan manset 2,5 cm diatas nadi brakhialis (ruang antekubital). Dengan manset masih Kempis, pasang manset dengan rata dan pas disekeliling lengan atas. Memastikan bahwa manometer diposisikan secara vertikal sejajar mata. Pengamat tidak boleh lebih jauh dari 1 m.
- c. Mempalpasi arteri radialis atau brakhialis dengan ujung jari dari satu tangan sambil mengembungkan manset dengan cepat sampai tekanan 30 mmHg diatas titik dimana denyut tidak teraba lagi. Mengempiskan manset dan tunggu selama 30 detik.
- d. Meletakkan *earpieces* stetoskop pada telinga dan pastikan bunyi jelas, tidak *muffled*. Ketahui lokasi arteri brakhialis dan letakkan bel atau diafragma *chestpiece* diatasnya. Jangan membiarkan *chestpiece* menyentuh manset atau baju klien.

- e. Tutup katup balon tekanan searah jarum jam hingga kencang.
- f. Gembungkan manset 30 mmHg diatas tekanan sistolik yang dipalpasi.
- g. Catat titik pada manometer saat bunyi jelas yang pertama terdengar sebagai tekanan sistolik. Lanjutkan mengempiskan manset, catat titik manometer sampai 2 mmHg terdekan dimana bunyi tersebut hilang sebagai tekanan diastolik. Kempiskan manset dengan cepat dan sempurna.
- h. Buka manset dari lengan kecuali jika ada rencana untuk menggulang
- i. Bentu klien untuk kembali ke posisi nyaman dan tutup kembali lengan atas.

2.3 Konsep Dasar Hipertensi

2.3.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg (Muttaqin, 2009). Sedangkan menurut Baradero (2008), hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik dengan konsisten di atas 140/90 mmHg (Baradero, 2008). Diagnosis hipertensi tidak dapat ditegakkan apabila peningkatan tekanan darah terjadi hanya sekali. Diagnosis hipertensi dapat ditegakkan jika telah dilakukan tiga kali pemeriksaan tekanan darah pada waktu yang berbeda (Marrelli, 2000). Hipertensi adalah peningkatan takanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Depkes RI, 2014).

2.3.2 Etiologi Hipertensi

Hipertensi dibedakan menjadi dua macam, yaitu hipertensi esensial (primer) dan sekunder (Baradero, 2008). Hipertensi sekunder adalah peningkatan tekanan darah dengan penyebab spesifik misalnya penyakit ginjal, penyakit arterial, obat tertentu, tumor dan kehamilan. Sedangkan hipertensi esensial adalah peningkatan tekanan darah yang tidak memiliki penyebab medis yang dapat dikenali, lebih dari 90% orang yang menderita hipertensi mengalami hipertensi esensial (Baughman dan Hackley, 1996). Tidak ada penyebab yang jelas tentang hipertensi esensial, tetapi ada beberapa faktor risiko yang diyakini dapat menyebabkan hipertensi esensial, yaitu:

a. Faktor genetik

Individu yang memiliki riwayat keluarga hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki riwayat keluarga hipertensi. Hal ini berhubungan dengan sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium dan sodium (Anggraini dkk, 2009).

b. Usia

Setelah usia 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan, sehingga pembuluh darah akan berangsur-angsur menyempit dan menjadi kaku. Pertambahan usia menyebabkan beberapa perubahan fisiologis. Pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi dan aktivitas simpatif, sensitivitas reflek baroreseptor sebagai pengatur tekanan darah berkurang, sedangkan peran ginjal juga berkurang (Anggraini dkk, 2009).

c. Jenis kelamin

Menurut Black dan Hawks (2005) dalam Rahayu (2012) pada usia dibawah 55 tahun, hipertensi lebih banyak terjadi pada laki-laki dari pada perempuan, dan pada usia 55-74 tahun kejadian hipertensi akan sebanding antara laki-laki dan perempuan. Tetapi pada usia diatas 74 tahun, perempuan lebih rentan mengalami hipertensi. Hal ini dikarenakan wanita yang belum mengalami menopause akan dilindungi oleh hormone estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL), kadar HDL yang tinggi dapat mencegah terjadinya proses aterosklerosis (Anggraini dkk, 2009).

d. Kelompok etnis

Hasil penelitian yang dilakukan Jr. dkk (2013), menyimpulkan bahwa orang kulit putih memiliki prevalensi hipertensi yang rendah dibandingkan dengan orang kulit hitam. Hasil penelitian Davis (2004) dalam Rahayu (2012) juga menunjukkan bahwa penduduk Amerika yang berkulit hitam lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan penduduk berkulit putih.

e. Kebugaran tubuh

Aktivitas fisik yang teratur akan menurunkan risiko arterosklerosis yang merupakan salah satu penyebab hipertensi (Rahayu, 2012). Seseorang yang mengalami kelebihan berat badan/obesitas dapat mengalami hipertensi. Obesitas dapat menyebabkan peningkatan *cardiac output* karena semasin besar masa tubuh semakin banyak pula jumlah darah yang beredar (Sulastridkk, 2012).

f. Kebiasaan merokok

Zat-zat kimia yang terkandung dalam tembakau dapat merusak lapisan dalam dinding arteri, sehingga rentan terjadi penumpukan plak (arterosklerosis). Hal ini terutama disebabkan oleh nikotin yang dapat merangsang saraf simpatis sehingga memacu kerja jantung lebih keras dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah (Setyana dkk, 2015).

g. Kelas sosial ekonomi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sihombing (2010), didapatkan hasil seseorang yang memiliki status ekonomi tinggi relatif berisiko hipertensi daripada seseorang yang berstatus ekonomi rendah. Namun menurut penelitian yang dilakukan Longo-Mbenza dkk (2007) dalam Dewi (2012), menyebutkan bahwa tekanan darah tinggi lebih banyak ditemukan pada tingkat sosial ekonomi rendah, hal ini dikaitkan dengan unsur-unsur seperti pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan lingkungan.

h. Stres

Stres dan aktivitas pada saraf simpatis memegang peranan penting dalam menciptakan tekanan darah tinggi. Pada saat seseorang mengalami stres, hormone adrenalin akan dilepaskan dan kemudian akan meningkatkan tekanan darah melalui kontraksi arteri dan peningkatan denyut jantung. Stres yang berlanjut akan menyebabkan tekanan darah meningkat dan orang tersebut akan mengalami hipertensi (Suoth, 2014).

2.3.3 Patofisiologi Hipertensi

Hipertensi esensial memiliki beberapa faktor risiko yaitu, faktor genetik (Individu yang memiliki riwayat keluarga hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi), usia (Setelah usia 45 tahun dinding arteri akan mengalami penebalan), jenis kelamin (pada usia diatas 74 tahun, perempuan lebih rentan mengalami hipertensi), kelompok etnis (penduduk berkulit hitam lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan penduduk berkulit putih), kebugaran fisik (seseorang yang mengalami kelebihan berat badan/obesitas, jarang melakukan aktivitas fisik, dan mengkonsumsi garam kadar tinggi dapat mengalami hipertensi), kebiasaan merokok (kandungan dalam tembakau dapat merusak lapisan dalam dinding arteri), kelas sosial ekonomi (seseorang yang memiliki status ekonomi tinggi relatif berisiko hipertensi), dan stres (aktivitas pada saraf simpatis memegang peranan penting dalam menciptakan tekanan darah tinggi). Baradero (2008), mengungkapkan bahwa pengaturan tekanan darah merupakan proses yang kompleks menyangkut pengendalian ginjal terhadap natrium dan retensi air, serta pengendalian sistem saraf terhadap tonus pembuluh darah.

Tahanan pembuluh darah dan darah yang mengalir merupakan faktor utama dalam pengaturan tekanan darah. Tahanan pembuluh darah berkaitan dengan besarnya lumen pembuluh darah sedangkan darah yang mengalir ditentukan oleh volume darah yang di pompa setiap kontraksi dan kecepatan denyut jantung. Dilatasi dan kontriksi pembuluh darah dikendalikan oleh saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin.

Saat renin meningkat maka akan merubah angiotensinogen menjadi angiotensin I. Angiotensin I akan diubah menjadi angiotensin II oleh *angiotensin converting enzyme* (ACE) (Susanto, 2015). Angiotensin II akan melepaskan antidiuretik hormon, dan mensekresi aldosteron yang dapat mengakibatkan retensi natrium dan air (Chandrasoma dan Taylor, 2005; Muttaqin, 2009). Stres emosi dapat merangsang sistem saraf simpatis, yang akan mengeluarkan katekolamin (epinefrin dan norepinefrin) yang dapat menyebabkan konstriksi pembuluh darah (Chandrasoma dan Taylor, 2005; Baradero, 2008). Konstriksi pembuluh darah serta retensi natrium dan air akan meningkatkan curah jantung dan resistensi atau tahanan perifer sehingga terjadi peningkatan tekanan darah (Chandrasoma dan Taylor, 2005).

2.3.4 Manifestasi Klinis Hipertensi

Individu dengan hipertensi akan mengalami pusing, gangguan penglihatan, dan sakit kepala (Depkes RI, 2006). Menurut Kartikasari (2012) dalam penelitian yang berjudul “Faktor Risiko Hipertensi pada Masyarakat di Desa Kabongan Kidul, Kabupaten Semarang”, manifestasi klinis yang timbul dapat berupa nyeri kepala yang kadang-kadang disertai mual dan muntah yang disebabkan peningkatan tekanan intrakranium, penglihatan kabur akibat kerusakan retina, nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, epistaksis, rasa berat di tengkuk, telinga berdengung, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang.

2.3.5 Komplikasi Hipertensi

Menurut Depkes RI (2006), hipertensi yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama akan merusak organ tubuh seperti jantung, mata ginjal, otak dan pembuluh darah besar. Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk penyakit serebrovaskuler (stroke, *transient ischemic attack*), penyakit arteri koroner (infark miokard, angina), gagal ginjal, demensia, dan atrial fibrilasi. Selain itu hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan perdarahan retina, gangguan penglihatan sampai kebutaan (Anggraini dkk, 2009).

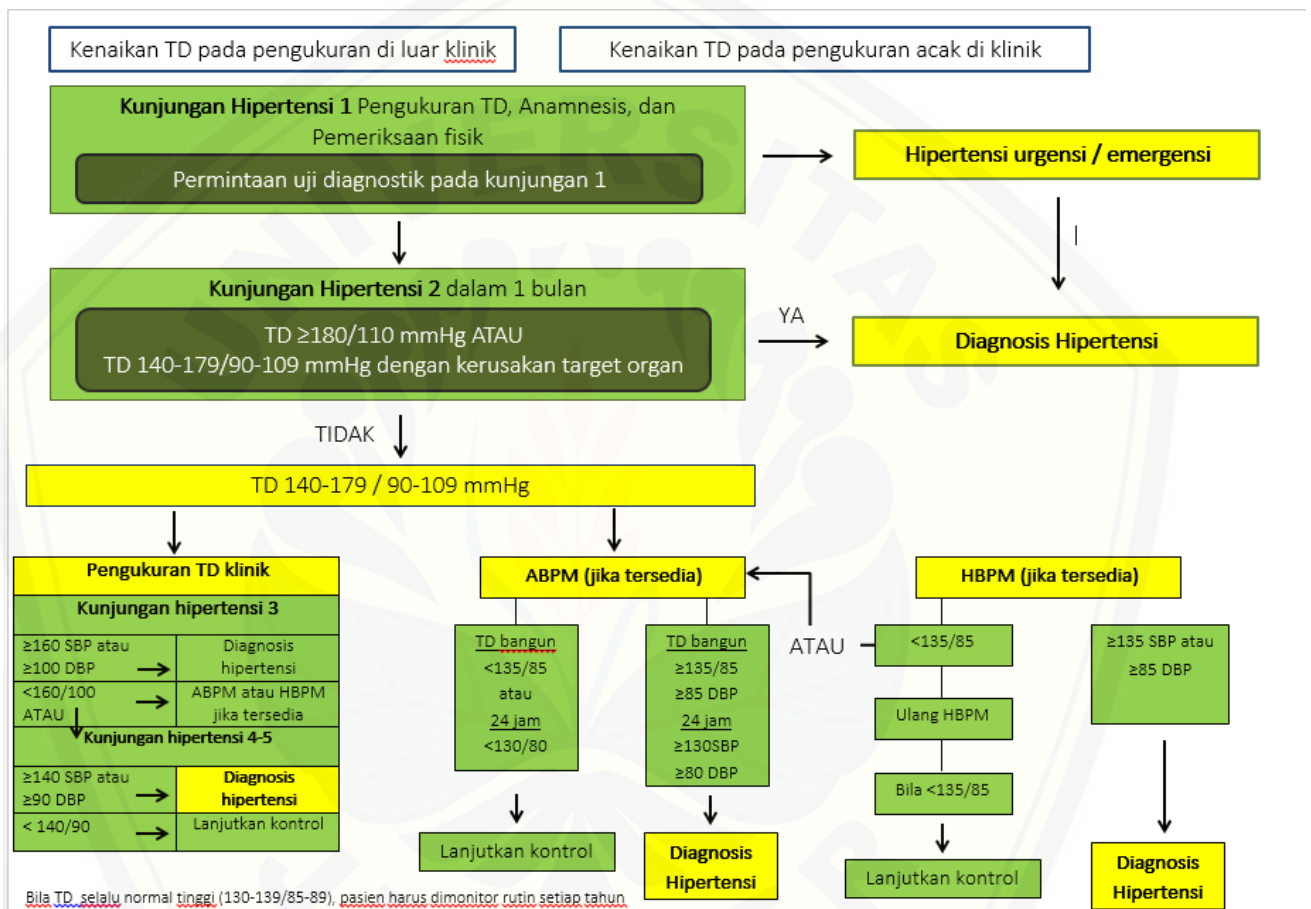
2.3.6 Pemeriksaan Diagnostik Hipertensi

Penegakan diagnosa hipertensi tidak dapat dilakukan dengan hanya satu kali pemeriksaan. Diagnosa dapat ditegakkan setelah dilakukan beberapa tahapan pemeriksaan. Diagnosis awal hipertensi ditentukan berdasarkan pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan ini dilakukan dua kali dengan posisi duduk dan berbaring. Menurut Baradero (2008), setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah diagnosis akan ditetapkan dan dilakukan pemeriksaan diagnostik yang lebih spesifik untuk menentukan penyebab hipertensi, luas kerusakan organ dan pembuluh retina. Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah:

- a. Pemeriksaan darah lengkap (hitung deferensial dan kimia serum).
- b. Fungsi ginjal (nitrogen urea darah, kreatini, urinalisis rutin).
- c. Panel lipid untuk mengetahui adanya hiperlipidemia.

- d. Elektrokardiogram (EKG), sinar-X toraks, ekokardiogram, untuk melihat adanya pembesaran jantung, dan hipertrofi ventrikel kiri.

Algoritme diagnosa yang diadaptasi dari *Canadian Hypertension Education Program*.



Gambar 2.1 Algoritme Diagnosa Hipertensi (Sumber: *The Canadian Recommendation for The Management of Hypertension*, 2014 dalam PERKI, 2015)

2.3.7 Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan dari penatalaksanaan pada klien dengan hipertensi adalah mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas dengan mempertahankan tekanan

darah dibawah 140/90 mmHg, Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan secara farmakologis dan non farmakologis (Muttaqin, 2009). Terapi farmakologis menggunakan obat-obat antihipertensi yang diklasifikasikan menjadi lima kategori menurut Muttaqin (2009), yaitu:

a. Diuretik

Diuretik tipe tiazid adalah obat lini pertama kebanyakan pasien dengan hipertensi (Depkes RI, 2006). Diuretik golongan tiazid akan mengurangi kejadian kardiovaskular (PERKI, 2015). Hidroklorotiazid adalah diuretik yang paling sering diresepkan untuk mengobati hipertensi ringan (Muttaqin, 2009). Diuretik sangat efektif menurunkan tekanan darah bila dikombinasikan dengan obat antihipertensif lain. Efek samping dari diuretik tiazid adalah hipokalemia, hipomagnesia, hiperkalsemia, hiperurisemia, hiperglisemia, hiperlipidemia, dan disfungsi seksual (Depkes RI, 2006)

b. Menekan simpatetik (simpatolitik)

Penghambat adrenergik alfa, penghambat neuron adrenergik, dan penghambat adrenergik beta merupakan obat yang dapat menekan simpatetik (Muttaqin, 2009). Penghambat adrenergik alfa bekerja pada pembuluh darah perifer dan menghambat pengambilan katekolamin pada sel otot halus, menyebabkan vasodilatasi dan menurunkan tekanan darah (Depkes RI, 2006). Penghambat neuron adrenergik merupakan obat antihipertensi kuat yang menghambat norepinefrin dari ujung saraf simpatis, sehingga pelepasan norepinefrin menjadi berkurang dan menyebabkan penurunan curah jantung dan tahanan vascular perifer (Muttaqin, 2009). Penghambat adrenergik beta disarankan sebagai obat

lini pertama bersama dengan diuretik, penghambat beta ditambahkan untuk menurunkan tekanan darah (Depkes RI, 2006).

c. Vasodilator arteriol yang bekerja langsung

Vasodilator yang bekerja langsung adalah obat tahap III yang bekerja dengan merelaksasikan otot-otot polos pembuluh darah, terutama arteri (Muttaqin, 2009). Obat yang merupakan vasodilator arteri langsung adalah hidralazin dan minoksidil, kedua obat tersebut menyebabkan penurunan tekanan perfusi yang kuat sehingga mengaktifkan refleks baroreseptor yang akan meningkatkan aliran simpatetik, sehingga meningkatkan denyut jantung, curah jantung, dan pelepasan rennin (Depkes RI, 2006).

d. Antagonis angiotensin (ACE inhibitor)

ACE inhibitor dianggap sebagai terapi lini kedua setelah diuretik (Depkes RI, 2006). Obat golongan ini menghambat enzim pengubah angiotensin (ACE), sehingga pembentukan angiotensin II (vasokonstriktor) dan pelepasan aldosteron akan terhambat. Jika aldosteron dihambat, maka natrium akan dieksresikan bersama dengan air, contoh obat yang merupakan ACE inhibitor adalah kaptopril, enalapril, dan lisinopril (Muttaqin, 2009).

e. Penghambat saluran kalsium (*blocker calcium antagonis*)

Penghambat saluran kalsium (CCB) merupakan obat antihipertensi yang efektif tetapi bukan agen lini pertama. CCB mempunyai indikasi khusus untuk yang berisiko tinggi penyakit koroner dan diabetes, tetapi sebagai obat tambahan atau pengganti (Depkes RI, 2006). CCB dapat mengurangi kebutuhan oksigen

otot jantung dengan menurunkan vascular perifer dan menurunkan tekanan darah (PERKI, 2015).

Penatalaksanaan nonfarmakologis yang dapat mengurangi hipertensi menurut beberapa penelitian dalam Muttaqin (2009), antara lain:

- a. Teknik-teknik mengurangi stres;
- b. Penurunan berat badan;
- c. Pembatasan alkohol, natrium, dan tembakau;
- d. Olahraga/ latihan (meningkatkan lipoprotein berdensitas tinggi);
- e. Relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi antihipertensi.

2.3.8 Hipertensi pada Lansia

Seiring bertambahnya usia, tekanan darah sistolik seseorang akan meningkat sedangkan tekanan diastolik akan menurun (*Japanese Society of Hypertension*, 2009). Menurut Pinna dkk (2012) dalam penelitian yang berjudul "Hypertension in the Elderly", proses penuaan mengakibatkan arteri besar mengalami perubahan yaitu dinding arteri menjadi kaku. Kakunya dinding arteri ini diakibatkan oleh berkurangnya kandungan elastin dan kolagen bersama dengan peningkatan afterload. Hasil dari perubahan dinding arteri tersebut adalah meningkatnya *pulse wave velocity (PWV)*, yang menyebabkan peningkatan sistol dan menurunnya diastol. Peningkatan usia akan menyebabkan beberapa perubahan fisiologis, seperti peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik.

Sensitivitas reflek baroreseptor akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia (Anggraini dkk, 2009).

Japanese Society of Hipertension (2009) dalam penelitian yang berjudul “*Hypertension in the Elderly*”, menunjukkan bahwa tanda-tanda terjadinya hipertensi pada lansia adalah arterosklerosis, penurunan elastisitas vaskuler, penurunan reflek baroreseptor, hipertrofi jantung, penurunan fungsi diastolik ventrikel kiri, dan penurunan regulasi volume cairan. Karakteristik hipertensi yang terjadi pada lansia meliputi:

- a. Peningkatan tekanan sistolik dan nadi;
- b. Tekanan darah yang tidak stabil;
- c. Peningkatan tekanan darah pada malam hari;
- d. Meningkatnya *white coat hypertension*;
- e. Terjadi pseudohipertensi.

2.4 Konsep Dasar Kecemasan

2.4.1 Pengertian Kecemasan

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart, 2006). Ansietas adalah keadaan ketika individu mengalami perasaan gelisah (penilaian atau otoni) dan aktivasi sistem saraf autonom dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas (Carpenito dan Moyet, 2006).

2.4.2 Teori Kecemasan

Beberapa teori yang dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan dalam Stuart (2006), antara lain:

a. Teori Psikoanalitik

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian: id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya (Stuart, 2006).

b. Teori 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 rentan mengalami ansietas yang berat (Stuart, 2006).

c. Teori perilaku

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ansietas merupakan suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa menghadapi ketakutan yang berlebihan sejak kecil sering menunjukkan ansietas pada tahap kehidupan selanjutnya. Ansietas dipandang sebagai pertentangan dua

kepentingan yang berlawanan. Ahli teori konflik meyakini adanya hubungan timbalbalik antar akonflik dan ansietas: konflik meningkatkan ansietas, dan ansietas menimbulkan perasaan tidak berdaya yang dapat meningkatkan konflik yang dirasakan (Stuart, 2006).

d. Teori keluarga

Seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan gangguan psikiatrik tiga kali lebih mungkin mengalami PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) setelah mengalami kejadian trauma. Terdapat bukti kuat antara gangguan kecemasan dengan genetik, tetapi tidak ada satu atau spesifik gen yang dapat diidentifikasi untuk gangguan kecemasan (Stuart, 2013).

e. Teori biologis

Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminoburitat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas (Stuart, 2006). GABA merupakan suatu transmitter inhibitor, berfungsi sebagai agen antiansietas alami tubuh dengan mengurangi eksitabilitas sel sehingga mengurangi bangkitan neuron. GABA tersedia pada sepertiga sinaps saraf, terutama sinaps di sistem limbic dan lokus seruleus, tempat neurotransmitter norepinefrin diproduksi. Diperkirakan bahwa masalah pengaturan transmitter ini yang dapat menimbulkan ansietas, karena GABA mengurangi ansietas dan norepinefrin meningkatkan ansietas (Videbeck, 2008). Kesehatan umum individu dan riwayat ansietas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi ansietas (Stuart, 2006).

2.4.3 Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2006), terdapat empat tingkat kecemasan, yaitu:

a. Cemas ringan

Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan terhadap peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkatan ini, lapang persepsi melebar dan individu menjadi waspada. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas (Stuart, 2006). Respon cemas ringan seperti sesekali bernapas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir bergetar, lapang persepsi meluas, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, tidak dapat duduk dengan tenang, dan tremor halus pada tangan (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

b. Cemas sedang

Pada tingkat ini lapang persepsi terhadap masalah menurun. Individu lebih berfokus pada hal-hal penting dan mengesampingkan yang lain (Stuart, 2006). Respon cemas sedang seperti napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, gelisah, lapang pandang menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur serta perasaan tidak enak (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

c. Cemas berat

Pada cemas berat lapang persepsi sangat sempit, seseorang cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan (Stuart, 2006).

Respon kecemasan berat adalah napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat, sakit kepala, penlihatan kabur, ketegangan, lapang persepsi sangat sempit, tidak mampu menjelaskan masalah, *blocking*, verbalisasi cepat, serta perasaan ancaman meningkat (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

d. Panik

Pada tahap ini, seseorang akan kehilangan kendali dan tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Saat mengalami panik individu akan meningkatkan aktivitas motoriknya dan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain akan menurun (Stuart, 2006). Respon panik adalah napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, lapang persepsi sangat sempit, tidak dapat berpikir logis, agitasi, mengantuk, marah, ketakutan, berteriak-teriak, *blocking*, kehilangan kendali, dan persepsi kacau (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

2.4.4 Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Gangguan kecemasan dikaitkan dengan pengalaman trauma seseorang, semakin banyak kejadian trauma yang dialami seseorang dalam hidupnya maka risiko terjadinya gangguan kecemasan akan meningkat (Stuart, 2013). Stresor yang dapat menimbulkan kecemasan dapat berasal dari internal atau eksternal. Stresor pencetus ansietas dapat dikelompokkan dalam dua kategori, yaitu ancaman terhadap integritas fisik dan ancaman terhadap sistem diri. Ancaman terhadap integritas fisik berkaitan dengan gangguan fisiologis yang akan terjadi

atau penurunan kemampuan untuk beraktivitas sehari-hari. Ancaman terhadap integritas fisik yang berasal dari eksternal adalah infeksi bakteri, polusi lingkungan, ancaman keamanan. Kegagalan sistem tubuh seperti jantung, sistem imun atau regulasi suhu termasuk dalam ancaman integritas fisik internal. Sedangkan ancaman terhadap sistem diri berkaitan dengan hal-hal yang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial pada individu. Faktor eksternal pada ancaman ini adalah kehilangan seseorang yang berharga akibat kematian, perceraian, perubahan status pekerjaan, dan stres akibat kerja. Faktor internal yang termasuk ancaman terhadap sistem diri adalah perubahan peran seseorang (Stuart, 2013).

2.4.5 Patofisiologi Kecemasan

Kecemasan memiliki dua kategori stresor yaitu ancaman terhadap integritas fisik dan ancaman terhadap sistem diri (Stuart, 2006). Kecemasan dan rasa takut akan direpson oleh hipotalamus dengan mengaktifkan sistem saraf simpatis. Hipotalamus akan melepaskan *corticotrophin-releasing hormone* (CRH). CRH akan merangsang sekresi *adrenocorticotropic hormone* (ACTH), dan menstimulasi kelenjar adrenal untuk mengeluarkan kortisol. Kecemasan dan rasa takut tersebut juga akan mengaktifkan saraf simpatis, yang dapat menstimulasi kelenjar adrenal (*adrenal medullar*) untuk mengeluarkan katekolamin, epinefrin, dan norepinefrin. Aktivitas ini dapat menyebabkan meningkatkan tekanan arteri serta frekuensi jantung, dan pembuluh darah perifer mengalami konstriksi. Katekolamin juga dapat meningkatkan tahanan sistemik vaskuler yang dapat

memicu sekresi renin. Renin akan mengaktifkan mekanisme renin-angiotensin-aldosteron sistem (Kadir, 2010; Videbeck, 2008; Wiliando dan Adityanti, 2012).

2.4.6 Alat Ukur Kecemasan

Beberapa alat ukur yang dapat digunakan untuk mengetahui derajat kecemasan, antara lain:

a. *Hamilton Rating Scale of Anxiety (HRS-A)*

Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Setiap kelompok gejala akan diberi penilaian angka antara 0-4 yang artinya adalah:

Nilai 0 = tidak ada gejala

1 = gejala ringan

2 = gejala sedang

3 = gejala berat

4 = gejala berat sekali

Masing-masing nilai dari 14 kelompok gejala tersebut akan dijumlahkan, dari hasil tersebut derajat kecemasan seseorang akan diketahui, yaitu:

Total nilai $14 >$ = tidak ada kecemasan

14 – 20 = kecemasan ringan

21 – 27 = kecemasan sedang

28 – 41 = kecemasan berat

42 – 56 = kecemasan berat sekali

HRS-A digunakan untuk mengukur derajat berat ringannya gangguan kecemasan bukan untuk menegakkan diagnose gangguan kecemasan (Hawari, 2013).

b. *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*

DASS merupakan kuesioner dengan 42 item pertanyaan yang dirancang untuk mengukur besarnya keadaan tiga emosi negatif, yaitu depresi, kecemasan, dan stres. DASS depresi berfokus pada rendahnya motifasi, kepercayaan diri, dan suasana hati yang buruk. DASS kecemasan berfokus pada panik, ketakutan, dan gairah fisik. DASS stres berfokus pada ketegangan dan sifat mudah tersinggung. Setiap pertanyaan akan diberi penilaian angka dari 0-3 yang artinya adalah:

Nilai 0 = tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau tidak pernah

1 = sesuai dengan saya untuk beberapa derajat, atau kadang-kadang

2 = sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu, atau sering

3 = sangat sesuai dengan saya, atau sering sekali

Masing-masing nilai dari 42 pertanyaan tersebut akan dijumlahkan, dari hasil tersebut derajat kecemasan seseorang akan diketahui, yaitu:

Total nilai 0 – 7 = tidak ada kecemasan

8 – 9 = kecemasan ringan

10 – 14 = kecemasan sedang

15 – 19 = kecemasan berat

20 < = kecemasan berat sekali

DASS tidak digunakan untuk menggantikan pengkajian psikologis yang lengkap, DASS hanya digunakan untuk mengetahui tingkat kecemasan seseorang (Parkitny dan McAuley, 2010).

c. *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

BAI memiliki 21 item pertanyaan yang mengukur aspek fisik, kognitif, dan emosional. Setiap pertanyaan akan diberi skor penilaian dari 0-3, skor dari 21 item pertanyaan akan ditambahkan untuk mengetahui derajat kecemasan seseorang, yaitu total nilai 0 – 21 merupakan kecemasan ringan, 22 – 35 mengindikasikan kecemasan sedang, dan 36 ke atas mengindikasikan kecemasan tinggi (Yunitawati dan Santi, 2014).

2.5 Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan

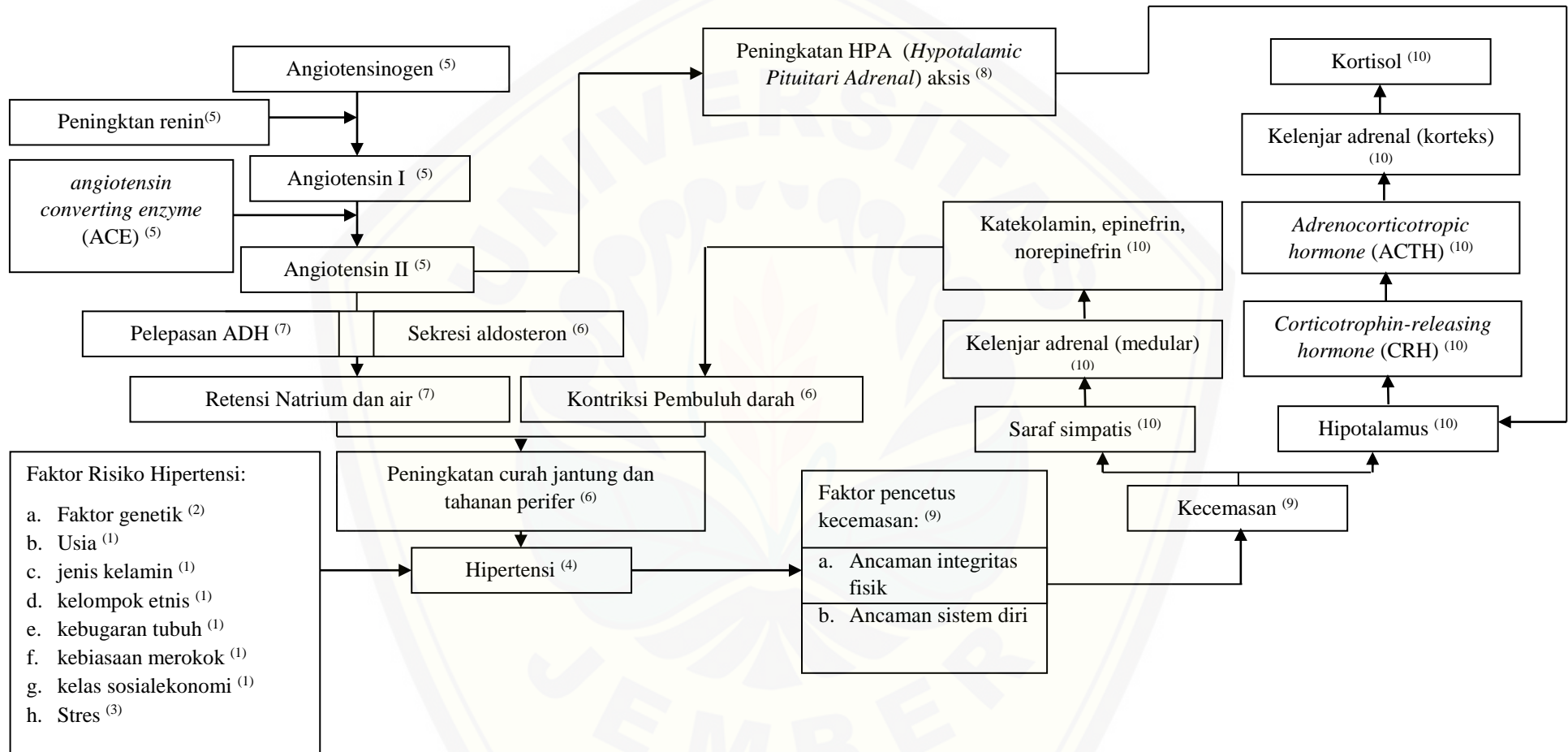
Ancaman terhadap integritas fisik merupakan salah satu dari dua stresor yang dapat menimbulkan kecemasan (Stuart, 2006). Hipertensi akibat dari kegagalan tubuh dalam mempertahankan tekanan darah, yang termasuk dalam ancaman integrasi fisik internal (_____, 2013). Hipertensi yang tidak terkontrol akan menimbulkan berbagai macam komplikasi seperti, infark miokard, gagal jantung kongestif dan stroke yang akan menimbulkan kekhawatiran dan menyebabkan gangguan mental emosional yang banyak ditunjukkan dengan gangguan kecemasan (Istirokah, 2013). Seseorang dengan hipertensi 12% mengalami kecemasan sedang sampai berat (Wei dan Wang, 2006). Wei dan Wang (2006) menyimpulkan klien dengan hipertensi yang mengalami kecemasan dan gejala kecemasan parah lebih banyak terjadi pada perempuan, mengalami

hipertensi lebih dari tiga tahun, dan yang memiliki riwayat masuk rumah sakit. Selain itu sistem renin angiotensin (RAS) juga dapat berpengaruh terhadap kecemasan (Liu dkk, 2012).

RAS memediasi beberapa efek fisiologis, seperti keseimbangan air dalam tubuh dan mengatur tekanan darah. RAS juga memiliki fungsi yang lebih halus melibatkan mekanisme kompleks seperti pembelajaran, memori dan regulasi fungsi emosional (Ciobica dkk, 2011). Renin diproduksi di ginjal yang akan mengaktifkan angiotensinogen menjadi angiotensin I. Angiotensin I akan diubah menjadi angiotensin II oleh ACE, yang menyebabkan hipertensi. Efek angiotensin II dimediasi dua subtipe reseptor yaitu reseptor angiotensin II tipe 1 (AT1R) dan reseptor angiotensin II tipe 2 (AT2R). AT1R berkontribusi pada sebagian efek berbahaya angiotensin II yaitu hipertensi, gagal jantung, dan gangguan mood. AT1R diekspresikan di *subformical organs* (SFO), *paraventricular nucleus* (PVN), *nucleus tractus solitaries* (NTS), *amygdale nuclei*, dan *hypothalamic pituitary adrenal axis* (HPA) (Liu dkk, 2012). Angiotensin II di otak dikaitkan dengan peningkatan aktivitas HPA aksis (*Hypotalamic Pituitari Adrenal*), yang akan meningkatkan respon stres dan kecemasan. Menurut Taylor (2006) dalam Anggraieni (2014), kelenjar hipotalamus akan mengaktifkan pituitari yang kemudian mengeluarkan hormon adrenokortikotropid (ACTH) yang akan menstimulasi kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormon stres (epinefrin, norepinefrin dan kortisol). Hormon stres (epinefrin) akan menyebabkan tubuh mengambil lebih banyak oksigen, mendilatasi pupil, meningkatkan tekanan arteri dan frekuensi jantung, kontriksi pembuluh darah perifer (Videbeck, 2008).

Penelitian yang dilakukan Rafiqa (2013) yang berjudul “Gambaran Ansietas pada Lansia dengan Hipertensi di Desa Tibang Kecamatan Syiah Kuala Banda Aceh Tahun 2013” menemukan bahwa dari 53 responden 47,2% mengalami kecemasan berat ditinjau dari respon fisiologis, 49,1% mengalami kecemasan sedang ditinjau dari respon perilaku, 58,5% mengalami kecemasan berat ditinjau dari respon kognitif, dan 47,2% mengalami kecemasan berat ditinjau dari respon afektif. Penelitian yang dilakukan Laksita (2016) yang berjudul “Hubungan Lama Menderita Hipertensi dengan Tingkat Kecemasan pada Lansia di Desa Praon Nusukan Surakarta” mengungkapkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara lama hipertensi dengan tingkat kecemasan responden dengan nilai r sebesar 0,749.

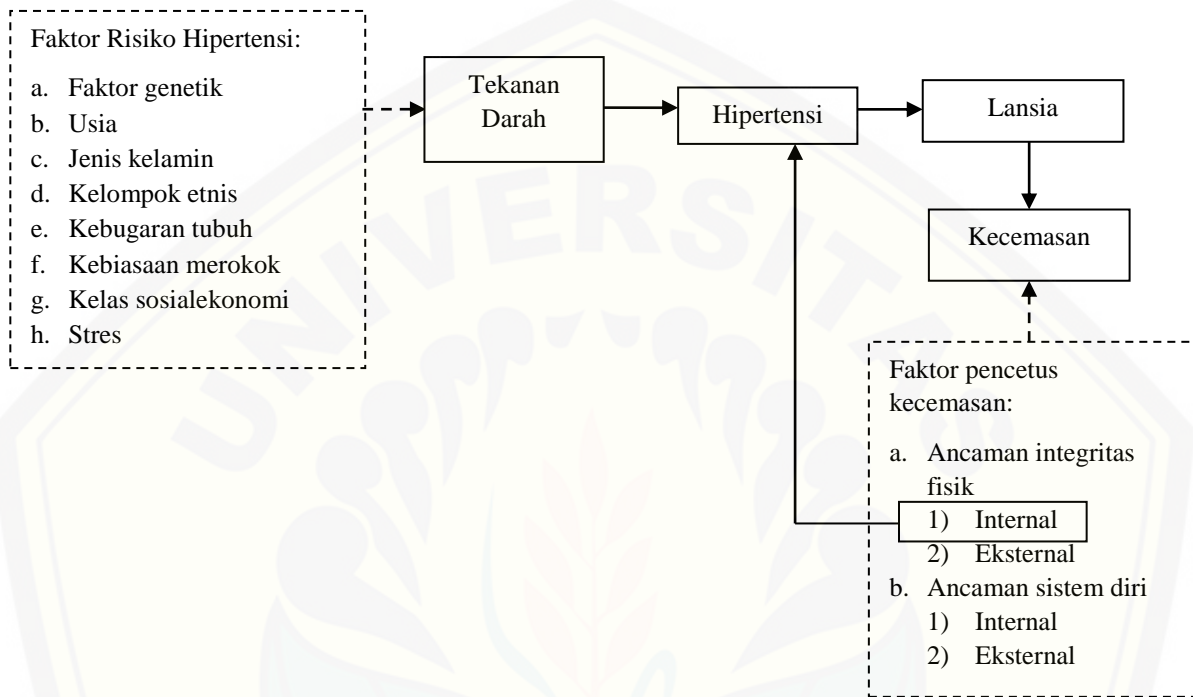
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Teori (adaptasi dari: ⁽¹⁾James dkk, (2006); ⁽²⁾Anggraini dkk, (2009); ⁽³⁾South (2014); ⁽⁴⁾Baradero, (2008); ⁽⁵⁾Susanto, (2015); ⁽⁶⁾Chandrasoma dan Taylor, (2005); ⁽⁷⁾Muttaqin, (2009); ⁽⁸⁾Liu dkk, (2012); ⁽⁹⁾Stuart, (2006); ⁽¹⁰⁾ Wiliando dan Adityanti, (2012); ⁽¹¹⁾Wei dan Wang, 2006)

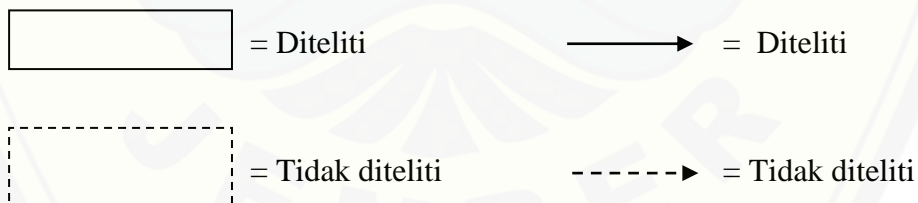
BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara yang kebenarannya akan dibuktikan melalui sebuah penelitian (Notoadmodjo, 2012). Hipotesis terdiri dari pernyataan terhadap ada atau tidak adanya hubungan dua variabel, yaitu variabel bebas (*independent variables*) dan variabel terikat (*dependent variable*)

(Notoadmodjo, 2012). Penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif (H_a), yaitu ada hubungan antara tekanan darah dengan kecemasan pada lansia dengan hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian survei analitik dengan metode pendekatan *cross sectional*. Survei *Cross sectional* merupakan suatu penelitian yang mempelajari hubungan faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara observasi atau pengumpulan data dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini peneliti menganalisis hubungan tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. Variabel tekanan darah dan variabel kecemasan pada lansia diukur dan diambil datanya pada satu kali pengambilan secara bersamaan.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia dengan riwayat hipertensi dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan, yaitu sebanyak 32 responden.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah lansia dengan riwayat hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha jember berjumlah 32 orang yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

4.2.3 Teknik Sampling

Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling, yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel.

4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan Kriteria yang perlu dipenuhi oleh anggota populasi untuk agar dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria inklusi dalam penelitian ini ialah sebagai berikut:

- 1) Lansia dengan usia 60 tahun keatas.
- 2) Lansia dengan riwayat tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg atau diastol ≥ 90 mmHg.
- 3) Bersedia menjadi responden dalam penelitian.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria eksklusi dari penelitian ini ialah sebagai berikut:

- 1) Lansia yang sedang sakit dan membutuhkan tirah baring yang diketahui melalui catatan medis responden.
- 2) Responden mengundurkan diri.
- 3) Pasien yang mengalami gangguan mental berat seperti Alzheimer dan demensia yang diketahui melalui catatan medis responden.

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember merupakan instansi di bawah Dinas Sosial Propinsi Jawa Timur yang khusus menangani lansia. Tujuan didirikannya UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha adalah untuk meningkatkan kesejahteraan sosial lanjut usia khususnya bagi lanjut usia yang tidak mampu atau terlantar.

Pelayanan sosial lanjut usia merupakan proses penyuluhan sosial, bimbingan, konseling, santunan dan perawatan yang dilakukan secara terarah, terencana dan berkelanjutan. Kegiatan bimbingan yang dilakukan di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha antara lain: senam pagi, pembinaan agama dengan mendatangkan ustadz, dan bimbingan keterampilan (kerajinan tangan dan bercocok tanam). Jumlah lansia yang tinggal UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember sebanyak 140 orang dan dibagi dalam 9 wisma.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Maret tahun 2017 sampai dengan bulan Juli 2018. Pembuatan proposal dimulai pada bulan Maret 2017, dilanjutkan dengan seminar proposal pada bulan Oktober 2017. Pengujian SOP pengukuran tekanan darah dan pengkajian kecemasan dilakukan pada bulan Januari dan Februari 2018. Penelitian dilakukan pada tanggal 5, 7, 14, 15, 16, dan 17 Februari 2018. Pengolahan data dan penyusunan laporan hasil penelitian pada bulan Maret sampai Juni 2018. Dilanjutkan dengan sidang hasil pada bulan Juli 2018.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
Variabel independen: Tekanan Darah	Tekanan pada pembuluh nadi dari peredaran darah sistemik dalam tubuh lansia	Tekanan darah diukur menggunakan <i>sphygmomanometer</i>	<i>Sphygmomanometer</i>	Rasio	Tekanan darah dalam satuan mmHg
Variabel dependen: Kecemasan	Keadaan ketika lansia mengalami perasaan gelisah, khawatir dan aktivasi sistem saraf otonom dalam merespon terhadap ancaman yang tidak jelas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan Cemas 2. Ketegangan 3. Ketakutan 4. Gangguan Tidur 5. Gangguan Kecemasan 6. Perasaan Depresi 7. Gejala Somatik (Otot) 8. Gejala Somatik (Sensorik) 9. Gejala Kardiovaskuler 10. Gejala Respiratori 11. Gejala Gastrointestinal 12. Gejala Urogenital 13. Gejala Otonom 14. Tingkah laku pada saat wawancara 	<i>Hamilton Rating Scale of Anxiety</i>	Interval	Nilai Skor <i>Hamilton Rating Scale of Anxiety</i> 0 – 56

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari individu kepada peneliti (Sugiyono, 2014). Pada penelitian ini data primer diperoleh dari hasil penilaian kecemasan menggunakan kuesioner *Hamilton Rating Scale Anxiety* dan hasil pengukuran tekanan darah menggunakan *sphygmomanometer*. Data primer lain dalam penelitian ini yaitu karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan lama tinggal di panti.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2014). Pada penelitian ini data sekunder diperoleh dari petugas di UPT Pelayan Sosial Tresna Werdha Jember berupa data lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. Data sekunder pada penelitian ini antara lain daftar lansia yang memiliki riwayat hipertensi, usia, dan lama tinggal di panti.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara mengisi lembar kuesioner HRS-A dan pengukuran tekanan darah. Langkah-langkah pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada bidang akademik Fakultas Keperawatan Universitas Jember,

- Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur untuk melakukan penelitian di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember;
- b. Peneliti menetapkan sampel dengan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *total sampling*;
 - c. Peneliti mendapat daftar lansia yang memiliki riwayat tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg atau diastol ≥ 90 mmHg dari petugas di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember dan mahasiswa Profesi Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
 - d. Peneliti menemui responden yang terdapat dalam daftar lansia yang memiliki riwayat tekanan darah sistol ≥ 140 mmHg atau diastol ≥ 90 mmHg;
 - e. Peneliti menjelaskan kepada responden mengenai penelitian yang dilakukan;
 - f. Responden diminta menandatangani lembar *informed consent* jika bersedia berpartisipasi dalam penelitian;
 - g. Peneliti melakukan pengukuran tekanan darah menggunakan *sphygmomanometer*;
 - h. Peneliti melakukan pengkajian kecemasan menggunakan kuesioner HRS-A kepada responden dengan alokasi waktu 20 menit;
 - i. Peneliti melakukan pengolahan data meliputi *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning* ;
 - j. Langkah terakhir adalah melakukan analisis data.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa *sphygmomanometer* air raksa untuk mengukur tekanan darah. Pengukuran tekanan darah pada penelitian ini diukur menggunakan *sphygmomanometer* air raksa dengan merk Riester, tipe Nova Presameter, nomer seri 150960322. Pengukuran kecemasan pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Hamilton Rating Scale Anxiety (HRS-A)*. *Hamilton Rating Scale of Anxiety (HRS-A)* dikembangkan oleh Hamilton untuk membedakan antara kecemasan sebagai reaksi normal terhadap bahaya, kecemasan sebagai kondisi patologis yang tidak terkait stress, dan *anxiety neurosis* (McDowell, 2006). HRS-A juga dikembangkan dengan baik sebelum gangguan kecemasan umum (*Generalized Anxiety Disorder*) dikonseptualisasikan dalam DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)-III (Roberts, 2010).

Penelitian yang dilakukan Roberts (2010), mengemukakan bahwa HRS-A mampu mengklasifikasikan dengan benar 90% peserta sesuai dengan diagnosanya. HRS-A terdiri dari 14 item yang merupakan kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik (Hawari, 2013). HRS-A menggunakan skala likert, yaitu 0 = tidak ada gejala, 1 = gejala ringan (satu gejala dari pilihan yang ada), 2 = gejala sedang (separuh dari gejala yang ada), 3 = gejala berat (lebih dari separuh gejala yang ada), 4 = gejala berat sekali (semua gejala ada) (Nursalam, 2013). Masing-masing nilai dari 14 item tersebut akan dijumlahkan, dari hasil tersebut derajat kecemasan seseorang akan diketahui, yaitu <14 = tidak ada kecemasan, 14 – 20 = kecemasan ringan, 21

– 27 = kecemasan sedang, 28 – 41 = kecemasan berat, 42 – 56 = kecemasan berat sekali (Hawari, 2013).

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner HRS-A

Variabel	Indikator	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah
Kecemasan	1. Perasaan Cemas	1, 2, 3, 4		4
	2. Ketegangan	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11		7
	3. Ketakutan	12, 13, 14, 15, 16,		6
		17		
	4. Gangguan Tidur	18, 19, 20, 21, 22,		7
		23, 24		
	5. Gangguan Kecemasan	25, 26		2
	6. Perasaan Depresi	27, 28, 29, 30, 31		5
	7. Gejala Somatik (Otot)	32, 33, 34, 35, 36		5
	8. Gejala Somatik (Sensorik)	37, 38, 39, 40, 41		5
	9. Gejala Kardiovaskuler	42, 43, 44, 45, 46,		6
		47		
	10. Gejala Respiratori	48, 49, 50, 51		4
	11. Gejala Gastrointestinal	52, 53, 54, 55, 56,		11
	57, 58, 59, 60, 61,			
	62			
12. Gejala Urogenital	63, 64		2	
13. Gejala Otonom	65, 66, 67, 68, 69,		7	
	70, 71			
14. Tingkah laku pada saat wawancara	72, 73, 74, 75, 76,		7	
	77, 78			
Jumlah				78

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas adalah keandalan instrumen dalam mengumpulkan data, instrument harus dapat mengukur apa yang harus diukur. Ada dua hal yang harus dipenuhi dalam menentukan validitas pengukuran, yaitu relevan isi instrumen dan relevan sasaran subjek serta cara pengukuran. Relevan isi instrumen artinya isi instrumen harus disesuaikan dengan tujuan penelitian agar dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Sedangkan relevan sasaran subjek dan cara pengukuran adalah instrumen yang disusun harus dapat memberikan gambaran terhadap perbedaan subjek penelitian (Nursalam, 2008). Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta tersebut diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2008).

Peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas pada alat ukur tingkat kecemasan, karena kuesioner *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)* sudah baku dan diterima secara internasional. HRS-A telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97 (Rahmy, 2013). HRS-A juga telah diuji validitas dan reliabilitas dan mendapat korelasi dengan ($r_{\text{hitung}} = 0,57 - 0,84$) dan ($r_{\text{tabel}} = 0,349$) terhadap 30 responden (Nursalam, 2003 dalam Sumanto dkk, 2011).

Pengukuran tekanan darah pada penelitian ini diukur menggunakan *sphygmomanometer* air raksa yang telah diuji kalibrasi di laboratorium Kalibrasi Universitas Jember pada tanggal 06 April 2017 dengan nomor sertifikat 037/Tk/04/2017. Alat ini juga telah digunakan dalam penelitian Husadha (2017),

dengan judul “Pengaruh Terapi Rendam Kaki dengan Air Hangat Terhadap Tekanan Darah Lansia dengan Hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember”. Sedangkan untuk instrument SOP pengukuran tekanan darah dan pengkajian kecemasan, peneliti melakukan uji SOP yang diuji oleh tim penguji.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Peneliti mengecek dan memperbaiki isian kuesioner setelah pengambilan data. Ada beberapa hasil wawancara dengan responden yang peneliti tidak secara langsung dituliskan pada lembar kuesioner, sehingga perlu pengecekan kembali.

4.7.2 Coding

Coding merupakan kegiatan mengubah kalimat atau huruf menjadi angka atau bilangan. Kegiatan pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (Notoatmodjo, 2012). Coding pada penelitian ini meliputi:

a. Jenis kelamin

- 1) Laki-laki = 1
- 2) Perempuan = 2

b. Pendidikan

- 1) Tidak sekolah/tamat SD = 1
- 2) SLTP/ sederajat = 2
- 3) SLTA/ sederajat = 3
- 4) Akademi/PT = 4

c. Kecemasan

- 1) Tidak ada kecemasan = 0
- 2) Kecemasan Ringan = 1
- 3) Kecemasan Sedang = 2

4.7.3 *Entry*

Peneliti memasukkan seluruh data responden berupa kode (jenis kelamin dan tingkat pendidikan) dan angka (usia, lama tinggal, tekanan darah dan skor kecemasan) pada *Microsoft Office Excel 2007*. Kemudian peneliti memasukkan jawaban responden yang berbentuk kode dan angka pada program SPSS 17 untuk diolah.

4.7.4 *Cleaning*

Peneliti melakukan pembetulan pada data lama tinggal dan usia responden, karena ada beberapa responden yang tidak mengingat usianya. Untuk itu peneliti menggunakan data sekunder yang didapat dari petugas UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember untuk mengoreksi dan menghindari ketidak lengkapan data.

4.8 Analisis Data

a. Analisis Deskriptif

Analissi deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik.

Data-data yang disajikan meliputi frekuensi, proporsi, rasio, ukuran-ukuran kecenderungan pusat (rata-rata hitung, median, modus), maupun ukuran-ukuran variasi (simpangan baku, variansi, rentang, dan kuartil) (Nursalam, 2008). Analisis deskriptif pada penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama tinggal di panti, tekanan darah dan skor kecemasan.

b. Analisis Inferensial

Analisis inferensial pada penelitian ini disunukan untuk mengetahui hubungan dua variabel yaitu hubungan hipertensi dengan kecemasan lansia yang tinggal di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. Penelitian ini menggunakan uji *Spearman* yang sangat berguna untuk mengukur keterkaitan antara skala data numerik. Uji korelasi *spearman* adalah uji alternatif korelasi *pearson*, apabila syarat uji *pearson* tidak terpenuhi (Sani K., 2016). Syarat uji korelasi *pearson* adalah distribusi data harus normal. Uji normalitas pada penelitian ini adalah Shapiro-Wilk, karena sampel kurang dari 50. Distribusi sebuah data dikatakan tidak normal apabila nilai $p < 0,05$ (Dahlan, 2011). Hasil uji normalitas data tekanan darah dan nilai kecemasan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.3 Hasil uji normalitas variabel tekanan darah sistol dan diastol, serta nilai kecemasan pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember pada Bulan Februari 2018 ($n = 32$)

Variabel	Hasil Uji Normalitas	Interpretasi hasil uji normalitas
Tekanan Darah Sistol	0,084	Normal
Tekanan Darah Diastol	0,000	Tidak normal
Nilai Kecemasan	0,014	Tidak normal

Interpretasi hasil uji korelasi berdasarkan pada kekuatan korelasi, nilai p, serta arah korelasinya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.4 Panduan interpretasi hasil uji korelasi berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p, serta arah korelasinya

No.	Parameter	Nilai	Interpretasi
1	Kekuatan korelasi (r)	0,00 – 0,199	Sangat lemah
		0,20 – 0,399	Lemah
		0,40 – 0,599	Sedang
		0,60 – 0,799	Kuat
		0,80 – 1,000	Sangat kuat
2	Nilai p	$P < 0,05$	Terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji.
		$P > 0,05$	Tidak terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji.
3	Arah korelasi	+ (Positif)	Searah, semakin besar nilai satu variabel semakin besar pula nilai variabel lainnya.
		- (Negatif)	Berlawanan arah, semakin besar nilai satu variabel semakin kecil variabel lainnya.

Sumber: Dahlan (2011)

4.9 Etika Penelitian

4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti membawa *informed consent* (lembar persetujuan) saat bertemu dengan responden. Peneliti menanyakan pada responden, apakah responden bersedia untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah dan menjawab beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan keadaannya sehari-hari. Setiap responden dapat memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini, dan tidak ada pemaksaan atau ancaman bagi responden yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentially*)

Peneliti menggunakan *anonim* berupa kode responden untuk merahasiakan identitas responden. Selain itu peneliti menggunakan kode saat memasukkan data pada program *Microsoft Office Excel 2007* dan *SPSS 17*.

4.9.3 Keadilan (*Justice*)

Peneliti memperlakukan semua responden secara sama dan tidak membedakan jenis kelamin, agama ataupun etnis responden. Setiap responden mendapat perlakuan yang sama yaitu pengukuran tekanan darah dan wawancara menggunakan kuesioner *Hamilton Rating Scale of Anxiety (HRS-A)*.

4.9.4 Kemanfaatan (*Beneficiency*)

Penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi keperawatan dan UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember yaitu sebagai data bahwa tidak terdapat hubungan antara tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi. Bagi responden dengan adanya penelitian ini responden dapat mengetahui keadaan tekanan darah pada saat itu.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Nilai tengah usia responden adalah 70,5 tahun. lebih dari 50 persen responden berjenis kelamin laki-laki. Lebih dari 50 persen pendidikan responden adalah tidak sekolah/ tamat SD. Nilai tengah lama lansia tinggal di panti adalah 1095 hari (3 tahun), responden terlama tinggal di panti selama 6205 hari (17 tahun), dan terpendek yaitu 16 hari.
- b. Rerata tekanan darah sistol dan diastol adalah 155/89,06 mmHg, sedangkan nilai tengah sistol dan diastol adalah 150/90 mmHg.
- c. Sebanyak 28 (87,5%) responden tidak mengalami kecemasan. Nilai tengah skor kecemasan 6,5 (rentang skor kecemasan 0 – 22).
- d. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tekanan darah dan kecemasan pada lansia dengan hipertensi di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember.

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang dapat diberikan antara lain sebagai berikut:

6.2.1 Bagi Peneliti

- a. Peneliti selanjutnya apabila ingin meneliti kecemasan pada lansia lebih baik menggunakan kuesioner kecemasan khusus untuk lansia, seperti *Geriatric Anxiety Scale (GAS)*
- b. Peneliti selanjutnya sebaiknya menggunakan *Mini Mental State Exam (MMSE)* saat meneliti kecemasan untuk mengetahui kemampuan kognitif lansia

6.2.2 Bagi Profesi Keperawatan

Profesi keperawatan diharapkan melakukan promosi kesehatan seperti penyuluhan di posyandu lansia dengan melakukan hal tersebut lansia akan mendapat pengetahuan masyarakat mengenai hipertensi yang merupakan penyakit degeneratif yang sering muncul. Pengetahuan yang dapat diberikan antara lain gejala yang timbul, komplikasi apabila hipertensi tidak ditangani dan cara-cara sederhana untuk mengatasinya. Pengetahuan tentang penanganan hipertensi diberikan selain untuk mengatasi hipertensi juga diberikan untuk mengantisipasi rasa cemas mungkin timbul. Selain itu perawat sebagai petugas kesehatan diharapkan dapat membujuk lansia untuk menerapkan pola hidup sehat.

6.2.3 Bagi UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember

UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember diharapkan setiap bulannya mengadakan pemeriksaan kesehatan sekaligus dengan penyuluhan tentang

penyakit hipertensi untuk mengubah kebiasaan-kebiasaan lansia yang dapat menimbulkan hipertensi dan menanamkan pola hidup sehat.

6.2.4 Bagi Lansia dan Keluarga

Lansia dapat menghindari pola hidup yang dapat menyebabkan hipertensi seperti merokok, tidak berolah raga atau jarang melakukan aktivitas, dan konsumsi garam yang berlebih. Bagi lansia yang tinggal di panti perubahan pola hidup tersebut dapat dibantu oleh petugas kesehatan, sedangkan bagi lansia yang tinggal di rumah perubahan pola hidup dapat dibantu oleh keluarga. Keluarga lansia diharuskan lebih aktif dalam mencari pengetahuan tentang hipertensi terutama cara pengontrolan tekanan darah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, S. & Sutanto, T. E. 2015. Statistik Tanpa Stress. Jakarta: TransMedia Pustaka.
- Aberha, M., A. Gebeyehu, dan G. Ayano. 2016. Prevalence and Factor Associated with Anxiety among Patients with Hypertension on Follow Up at Menelik-II Referral Hospital, Addis Ababa Athiopia. *Journal of Psychiatry*. 19(4): 1-5.
- Agustina, L. 2015. Asuhan Keperawatan Pasien dengan Angina Pectoris di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSPAD Ditkesad Gatot Soebroto Jakarta. Jakarta: Program Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul. <http://digilib.esaunggul.ac.id/UEU-Undergraduate--2014-35-071/5803/asuhan-keperawatan-pasien-dengan-angina-pectoris-di-ruang-instalasi-gawat-darurat-rspad-ditkesad-gatot-soebroto-jakarta-2015>. [Diakses pada 27 Maret 2017].
- Al-Imam, A. 2016. Case Report: Pseudohypertension-Like Presentation: An Exeptionally Rare Presentation in an Athletic Female Patient with Morphea. *Hindawi Puublishing Corporation*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5227129/pdf/CRIDM2016-7027352.pdf>. [Diakses pada 27 Mei 2018].
- American Heart Association. 2016. *The Facts About High Blood Pressure*. https://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/GettheFactsAboutHighBloodPressure/The-Facts-About-High-Blood-Pressure_UCM_002050_Article.jsp. [Diakses pada 30 Maret 2017].
- Anggara, F. H. D., dan N. Prayitno. 2013. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 5(1): 20-25. <https://anzdoc.com/faktor-faktor-yang-berhubungan-dengan-tekanan-darah-di-puske.html>. [Diakses pada 16 Juli 2018].
- Anggraieni, W. N., 2014. Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir untuk Menurunkan Stres pada Penderita Hipertensi Esensial. *Jurnal Intervensi Psikologi*. 6(1): 81-102. <http://download.portalgaruda.org/>. [Diakses pada 26 Maret 2017].
- Anggraini, A. D., A. Waren, E. Situmorang, H. Asputra, dan S. S. Siahaan. 2009. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hiperetensi pada Pasien yang Berobat di Poliklinik Dewasa Puskesmas Bangkinang Periode Januari sampai Juni 2008. Riau: Fakultas Kedokteran Universitas Riau. <https://yayanakhyar.files.wordpress.com/2009/02/files-of-drsmmed-faktor-yang-berhubungan-dengan-kejadian-hipertensi.pdf>. [Diakses pada 6 April 2017].
- Aronow, W. S. 2015. White Coat Hypertension. *iMedPub Journal*. 1(6): 1-3. <http://blood-pressure.imedpub.com/white-coat-hypertension.pdf>. [Diakses pada 27 Mei 2018].

- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Asriwati. 2017. *Fisika Kesehatan dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Babazadeh, T., R. Sarkhoshi, F. Bahadori, F. Moradi, F. Shariat, dan Y. Sherizadeh. 2016. Prevalence of Depression, Anxiety and Stress Disorders in Elderly People Residing in Khoy, Iran. *J Anal Res Clin Med*. 4(2): 122-128. <http://journals.tbzmed.ac.ir/JARCM/Manuscript/JARCM-4-122.pdf>. [Diakses pada 23 Mei 2018].
- Baradero, M., M. W. Dayrit, dan S. Yakobus. 2008. *Seri Asuhan Keperawatan: Klien Gangguan Kardiovaskular*. Jakarta: EGC. https://books.google.co.id/books/about/Klien_Gangguan_Kardiovaskular_seri_asuha.html?id=24eS6P2ttioC&redir_esc=y.
- Baughman, D. C., dan J. C. Hackley. 1996. *Handbook for Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*. USA: Lippincott-Raven Publishers. Terjemahan oleh Y. Asih. 2000. *Keperawatan Medikal-Bedah: Buku Saku untuk Brunner dan Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Beyondblue. 2016. Anxiety and Depression in Older Pople. <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/0647>. [Diakses pada 9 Juni 2018].
- Brandeis. Tanpa tahun. *Beck Anxiety Inventory*. http://www.brandeis.edu/roybal/docs/BAI_website_PDF.pdf. [Diakses pada 4 Maret 2017].
- Carpenito, L. J., dan Moyet. 2006. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 10*. Jakarta: 2006.
- Chandrasoma, P. dan C. R. Taylor. 2005. *Ringkasan Patologi Anatomi*. Jakarta: EGC.
- Ciobica, A., V. Bild, L. Hritcu, M. Padurariu, dan W. Bild. 2001. Effects of Angiotensin II Receptor Antagonis on Anxiety and Some Oxidative Stress Markers in Rat. *Central European Journal of Medicine*. 6(3): 331-340. https://www.researchgate.net/publication/227020990_Effects_of_angiotensin_II_receptor_antagonists_on_anxiety_and_some_oxidative_stress_markers_in_rat. [Diakses pada 27 April 2017].
- Dahlan, M. S. 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kesehatan RI.
- _____. 2014. *Hipertensi*. Mei. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI.
- Dewi, R. A. 2012. Analisis Faktor Risiko Hipertensi pada Remaja Usia 15-17 Tahun di Indonesia Tahun 2007. *Skripsi*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20321142-S-Ratna%20Arista%20Dewi.pdf>. [Diakses pada 16 April 2017].
- Dewi, S. R. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Deepublish.
- Dubey, A., S. Bhasin, N. Gupta, dan N. Sharma. 2011. A Study of Elderly Living in Old Age Home and Within Family Set-up in Jammu. *Stud Home Cim*

- Sci.* 5(2): 93-98.
<http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/Living%20in%20Old%20Age%20Home.pdf>. [Diakses pada tanggal 26 Mei 2018].
- Edwin, J. Y., Widayanti, dan J. Retno. 2017. The Association of Hypertension with Depression, Anxiety and Stress Score in Atma Jaya Hospital. *Journal of Hypertension*.
https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2017/11003/61_The_Association_of_Hypertension_with.38.aspx. [Diakses pada 6 Juni 2018].
- Efendi, F., dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
<https://books.google.co.id/books?id=LKpz4vwQyT8C&printsec=frontcover&dq=Keperawatan+Kesehatan+Komunitas:+Teori+dan+Praktik+dalam+Keperawatan&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiW7syR6tTTAhUCTI8KHW8ED5MQ6AEIjAA#v=onepage&q=Keperawatan%20Kesehatan%20Komunitas%20Teori%20dan%20Praktik%20dalam%20Keperawatan&f=false>.
- Erick T., A. 2012. Korelasi Tekanan Darah Terhadap Kecemasan pada Pasien Hipertensi.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/35211/Cover.pdf?sequence=7>. [Diakses pada 27 Mei 2018].
- Faselis, C., M. Doumas, dan V. Papademetriou. 2011. Common Secondary Causes of Resistant Hypertension and Rational for Treatment. *Internasional Journal of Hypertension*.
https://www.researchgate.net/publication/50597190_Common_Secondary_Causes_of_Resistant_Hypertension_and_Rational_for_Treatment. [Diakses pada 27 Mei 2018].
- Gauthier, J. 2005. Anxiety Disorders in the Elderly.
<http://www.anxietycanada.ca/english/pdf/ElderlyEn.pdf>. [Diakses pada 1 Maret 2017].
- Grimsrud, A., D. J. Stein, S. Seedat, D. Williams, dan L. Myer. 2009. The Association between Hypertension and Deression and Anxiety Disorders: Result from a Nationally-Representative Sample of South African Adult. *PLOS ONE*.
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0005552>. [Diakses pada 6 Juni 2018].
- Hannan, M. 2014. Dzikir Khafi untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan pada Lansia. *Wiraraja Mmedika*. 4(2): 47-53.
<http://ejournal.wiraraja.ac.id/index.php/FIK/article/view/95/67>. [Diakses pada 4 Juni 2017].
- Hardiyanis. 2014. Hubungan Hipertensi dengan Tingkat Kecemasan di Poli Penyakit Dalam dan Poli Jantung RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2014. *Skripsi*. Banda Aceh: Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala.
http://etd.unsyiah.ac.id/index.php?p=show_detail&id=5218. [Diakses pada 12 Juni 2017].

- Hastuti, T. R., & Insiyah. 2015. Penurunan Tekanan Darah dengan Menggunakan Teknik Nafas Dalam (*Deep Breathing*) pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Bendosari Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*. 4(2): 130-135.
- Hawari, D. 2013. *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Hegg, Jessica. 2017. Anxiety and Aging: Common Cause of Anxiety in Seniors. <https://anxietypanichealth.com/2017/03/09/anxiety-aging-common-causes-anxiety-seniors/>. [Diakses pada 9 Juni 2018].
- Hidayat, A. 2012. *Penjelasan Lengkap tentang Odds Ratio*. <https://www.statistikian.com/2012/11/odds-ratio.html>. [Diakses pada 30 Agustus 2017].
- Istirokah, I., A. Surtiningrum, dan U. Nurullita. 2013. Pengaruh Terapi Tertawa Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan pada Penderita Hipertensi (Studi Wilayah Kerja Puskesmas Pegangan Semarang). *Skripsi*. Semarang: Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang.
- James, J., C. Baker, dan H. Swain. 2006. *Principles of Science for Nursing*. USA: Blackwell Publishing. Terjemahan oleh I. R. Wardhani. 2008. *Prinsip-Prinsip Sains untuk Keperawatan*. Jakarta: Erlangga.
- Japanese Society of Hypertension. 2009. Chapter 8. Hypertension in The Elderly. *Hypertension Research* . 32: 57-62.
- Jr., L. Holmes, J. Hossain, D. Ward, F. Opara. 2013. Racial/Ethnic Variability in Hypertension Prevalence and Risk Factors in National Health Interview Survey. *Hindawi Publishing Corporation*. 2013 (257842): 1-8. <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/257842/>. [Diakses pada 16 April 2017].
- Kadir, A. 2010. Perubahan Hormon terhadap Stres. http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/jurnal/Vol2.no1.Januari2010/PERUBAHAN_HORMON_TERHADAP_STRESS.docx. [Diakses pada 2 Maret 2017].
- Kartikasari, A. N. 2012. Faktor Risiko Hipertensi pada Masyarakat di Desa Kabongan Kidul, Kabupaten Semarang. *Skripsi*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. http://eprints.undip.ac.id/37291/1/AGNESIA_NUARIMA_G2A008009_LAP_KTI.pdf. [Diakses pada 17 April 2017].
- Kwan, E. dan C. Wijerante. 2016. Presentations of Anxiety in Older People. *MedicineToday*. 17(12): 34-41. <http://medicinetoday.com.au/system/files/pdf/MT2016-12-034-KWAN.pdf>. [Diakses pada 1 Maret 2017].
- Lionakis, N., D. Mendrinos, E. Sanidas, G. Favatas, M. Georgopoulou. 2012. Hypertension in the Elderly. *World Journal of Cardiology*. 4(5): 135-147. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3364500/pdf/WJC-4-135.pdf>. [Diakses pada 25 Mei 2018].
- Liu, F., J. Havens, Q. Yu, G. Wang, R. L. Davisson, V. M. Pickel, dan C. Iadecola. 2012. Review Article The Link Between Angiotensin II-mediated Anxiety and Mood Disorders with NADPH Oxidase-induced

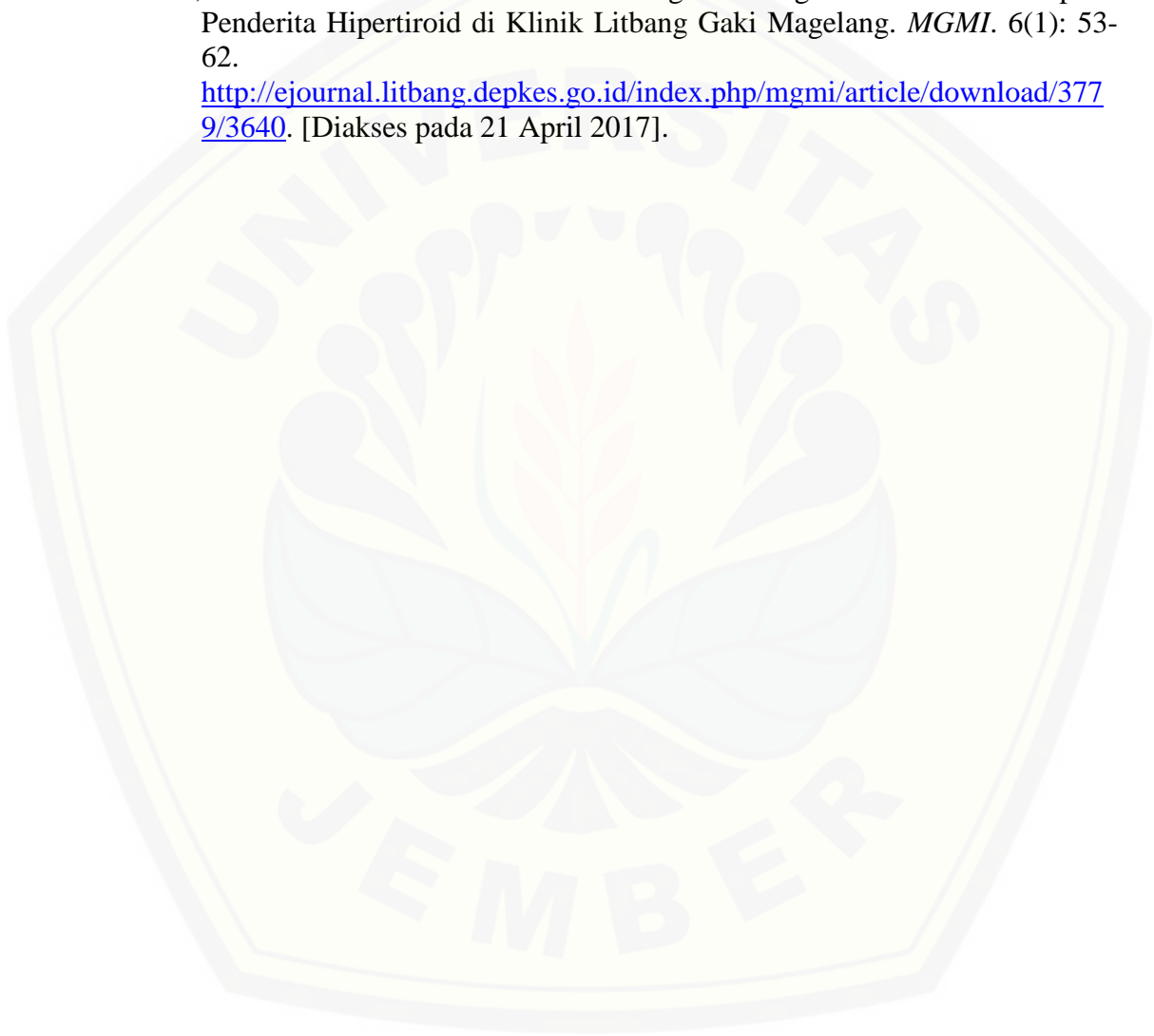
- Oxidative Stress. *International Journal Physiol Pathophysiol Pharmacol.* 4(1): 28-35. <http://www.ijppp.org/files/IJPPP1112002.pdf>. [Diakses pada 10 April 2017].
- Maryam, R. S., M. F. Ekasari, Rosidawati, A. Jubaedi, dan I. Batubara. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- McDowell, I. 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questioanaires*.
- Mendes, T. A. B., M. Goldbaum, N. J. Segri, M. B. A. Barros, C. L. G. Cesar, dan L. Carandina. 2013. Factor Associated with The Prevalence of Hypertension and Control Practices among Elderly Resident of Sao Paulo City, Brazil. *Cad Saude Publica.* 29(11): 2275-2286. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/14.pdf>. [Diakses pada 23 Mei 2018].
- Mendis, S. 2013. Hypertension: A Silent Contributor to The Global Cardiovascular Epidemic. *Regional Health Forum.* 17(1):1-6. http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/rhf/v17n1p1.pdf?ua=1. [Diakses pada 3 April].
- Merrelli, T. M. 2000. *Nursing Documentation Handbook*. Third Edition. : Mobsy. Terjemahan oleh E. K. Yudha. 2007. *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan*. Edisi Ketiga. Jakarta: ECG.
- Minghelli, B., B. Tome, C. Nunes, A. Neves, dan C. Simoes. 2013. Comparasion of Levels of Anxiety and Depression among Active and Sendentary Elderly. *Archives of Clinical Psychiatry (Sao Paulo).* 40(2): 71-6. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832013000200004&script=sci_arttext&tlng=en. [Diakses pada 23 Mei 2018].
- Mouniung, I. F., A. E. Dundu, H. Munayang. 2015. Hubungan Lama Tinggal Dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha Agape Tondano. *Jurnal e-Clinic.* 3(1): 537-542. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/7488/7034>. [Diakses pada 26 Mei 2018].
- Muhith, A. & S. Siyoto. 2016. *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: ANDI OFFSET.
- Muttaqin, A. 2009. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika. https://books.google.co.id/books?id=noWFt_QVOUMC&pg=PA164&dq=muttaqin+hipertensi&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjT--Ok_8TAhVDNo8KHRvtBLAQ6AEINjAC#v=onepage&q=hipertensi%20adalah&f=false.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nugroho, W. 2009. *Komunikasi dalam Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2008. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- _____. 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika
- Nuryanti, T., R. Indarwati, dan S. Hadisuyatmana. 2012. Hubungan Perubahan Peran Diri Dengan Tingkat Depresi pada Lansia yang Tinggal di UPT

- PSLU Pasuruan Babat Lamongan.
journal.unair.ac.id/filerPDF/Titik%20N.docx. [Diakses pada 26 Mei 2018].
- Parkitny, L. dan McAuley, J. 2010. The Depression Anxiety Stress Scale (DASS). *Journal of Physiotherapy*. 65: 204. [http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553\(10\)70030-8/fulltext](http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553(10)70030-8/fulltext). [Diakses pada 20 April 2017].
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. 2015. *Pedoman Tatalaksana Hipertensi pada Penyakit Kardiovaskular*. http://www.inaheart.org/upload/file/Pedoman_TataLaksana_hipertensi_pada_penyakit_Kardiovaskular_2015.pdf. [Diakses pada 1 April 2017].
- Pinna, G., C. Pascale, M. L. Regina, dan F. Orlandini. 2012. Hypertension in The Elderly. *Italian Journal of Medicine*. 6: 285-294. <http://www.italjmed.org/index.php/ijm/article/view/itjm.2012.285/pdf>. [Diakses pada 3 April 2017].
- Putri, R. D. 2012. Perbedaan Tingkat Stres pada Lansia yang bertempat Tinggal di Rumah dan di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Bondowoso. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Rafiq. 2013. Gambaran Ansietas pada Lansia dengan Hipertensi di Desa Tibang Kecamatan Syiah Kuala Banda Aceh Tahun 2013. *Skripsi*. Banda Aceh: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. <http://etd.unsyiah.ac.id/baca/index.php?id=9226&page=1>. [Diakses pada 12 Juni 2017].
- Rahajeng, E., dan S. Tuminah. 2009. Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 59(12): 580-587. <http://egiwidiyaoktora201432049.weblog.esaunggul.ac.id/wp-content/uploads/sites/4896/2015/09/700-760-1-PB.pdf>. [Diakses pada 3 April 2017].
- Rahayu, H. 2012. Faktor Risiko Hipertensi pada Masyarakat RW 01 Srengsek Sawah, Kecamatan Jagakarsa Kota Jakarta Selatan. *Skripsi*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20312706-S%2043162-Faktor%20risiko-full%20text.pdf>. [Diakses pada 16 April 2017]
- Rahmy, C. 2013. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kelancaran Proses Persalinan Ibu Primigravida di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh Tahun 2013. *Karya Tulis Ilmiah*. Banda Aceh: Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes U'Budiyah Bnda Aceh. http://simtakp.uui.ac.id/dockti/CUT_RAHMYY-kti_bab_i,ii,iii,iv,v,vi_daftar_pustaka.pdf. [Diakses pada 24 Juli 2017].
- Rella, R. U. 2010. Hubungan antar Sikap dan Konsumsi Makanan dengan Kejadian Hipertensi di Balai Pengobatan Rawat Jalan Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/19838/Unlock-gdlhub-gdl-rezaumarre-3895-1-rezauma-a_1.pdf?sequence=1. [Diakses pada 4 April 2017]

- Ridwan, D. Widodo, E. Widiani. 2017. Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lanjut Usia di Posyandu Permadi Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Malang. *Nursing News*. 2(3): 676-686. <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/download/704/563>. [Diakses pada 27 Mei 2018].
- Roberts, M. H. 2010. The Roberts Anxiety Scale for Elderly: Development and Psychometric Evaluation. *Tesis*. Albany: Massey University.
- Ronny, Setiawan dan S. Fatimah. 2009. *Fisiologis Kardiovaskuler: Berbasis Masalah Keperawatan*. Jakarta: EGC. https://books.google.co.id/books?id=JRiIujvMViQC&printsec=frontcover&dq=Fisiologis+Kardiovaskuler:+Berbasis+Masalah+Keperawatan&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjo1segvNTTAhWKgLwKHd_ACL4Q6AEIjAA#v=onepage&q=tekanan%20darah&f=false. [Diakses pada 3 April 2017]
- Sani K., Fathnur. 2016. *Metodologi Penelitian Farmasi Komunikasi dan Eksperimental*. Yogyakarta: Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=Mj4MDgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>. [Diakses pada 2 Juni 2018].
- Sawicka, K., M. Szczyrek, I. Jastrzębska, M. Prasal, A. Zwolak, dan J. Daniluk. 2011. Hypertension – The Silent Killer. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*. 5(2): 43-46. <http://jpccr.eu/fulltxt.php?ICID=978357>. [Diakses pada 2 April 2017].
- Semiun, Y. 2006. *Teori Kepribadian dan Terapi Psikoanalitik Freud*. Yogyakarta: Kanisius. <https://books.google.co.id/books?id=a5PDCAYRgpcC&printsec=frontcover&dq=Teori+Kepribadian+dan+Terapi+Psikoanalitik+Freud+semiun&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwi2r9rctdTtAhXDPY8KHZpzBWAQ6AEIjAA#v=snippet&q=kecemasan%20adalah&f=false>. [Diakses pada 6 April 2017].
- Setyana, Y. O. G., D. Sulastri, dan Y. Lestari. 2015. Hubungan Merokok dengan Kejadian Hipertensi pada Laki-laki Usia 35-65 Tahun di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 4(2): 434-440. <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/268/257>. [Diakses pada 16 April 2017]
- Sihombing, M., 2010. Hubungan Perilaku Merokok, Konsumsi Makanan/Minuman, dan Aktivitas Fisik dengan Penyakit Hipertensi pada Responden Obes Usia Dewasa di Indonesia. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 60(9): 406-412. <http://indonesia.digitaljournals.org/index.php/idnmed/article/viewFile/737/740>. [Diakses pada 16 April 2017]
- Stuart, G. W. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- _____. 2013. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 10th Edition. USA: Mosby. <https://books.google.co.id/books?id=ivALBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Stuart+%26+Laraia.+2005.+Buku+Saku+Keperawatan+Jiwa,+Edisi+5&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjAvdHB1rvTAhUCN48KHSdDBRoQ6AEIMTAC#v=onepage&q=chapter%2013&f=false>.

- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sulastri, D., Elmatris, dan R. Ramadhani. 2012. Hubungan Obesitas dengan Kejadian Hipertensi pada Masyarakat Etnik Minangkabau di Kota Padang. *Majalah Kedokteran Andalas*. 36(2): 188-201. <http://jurnalmka.fk.unand.ac.id/index.php/art/article/download/127/123>. [Diakses pada 16 April 2017].
- Sumanto, R., Marsito dan Ernawati. 2011. Hubungan Tingkat Nyeri dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Post Operasi Sectio Caesare di RSUD Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. 7(2): 83-90. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=65776&val=4792>. [Diakses pada 20 April 2017].
- Sunaryo, R. Wijayanti, M. M. Kuhu, T. Sumedi, E. D. Widayanti, U. A. Sukrillah, S. Riyadi, dan A. Kuswati. 2015. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: CV. Andi Offset. https://books.google.co.id/books?id=58gFDgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Asuhan+Keperawatan+Gerontik&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwj_kofkstTAAhUCNI8KHRTICVEQ6AEIjAA#v=onepage&q=bertambah%20umur%20semakin%20ber%20kurang%20fungsi&f=false. [Diakses pada 3 April 2017]
- Suoth, M., Bidjuni, H., dan Malara, R. T. 2014. Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Kolongan Kecamatan Kalawat Kabupaten Minahasa Utara. *Ejournal Keperawatan*. 2(1): 1-10. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/4055/3571>. [Diakses pada 17 Oktober 2017].
- Susanto, J. P. 2015. Konsep Baru Renin Angiotensin System (RAS). *CDK-225*. 42(2): 102-105. http://www.kalbemed.com/Portals/6/08_225CPD-Konsep%20Baru%20Renin%20Angiotensin%20System.pdf. [Diakses pada 26 April 2017].
- Swarjana, I K. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Tarwoto, dan Wartonah. 2015. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tamher, S., dan Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. <https://books.google.co.id/books/about/Kesehatan+Usia+Lanjut+dgn+Pendekatan+Asu.html?id=m4DCnlySI-YC>.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998. *Kesejahteraan Lanjut Usia*. 30 Nopember 1998. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 190. Jakarta.
- Verdecchia, P., J. A. Staessen, W. B. White, Y. Imai, dan E. T. O'Brien. 2002. Properly Defining White Coat Hypertension. <https://watermark.silverchair.com/106.pdf>. [Diakses pada 27 Mei 2018].
- Videbeck, S. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta EGC.
- Wei, T., dan L. Wang. 2006. Anxiety Symptoms in Patients with Hypertension: A Community-based Study. *The International Journal of Psychiatry in*

- Medicine*. 36(3): 315-322.
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/5LX9-D3BH-FUA3-PQF0?journalCode=ijpb>. [Diakses 24 Maret 2017].
- Wilianto, V. M. dan MG. Adiyanti. 2012. Terapi Musik Kognitif Perilaku untuk Menurunkan Kecemasan pada Penderita Tekanan Darah Tinggi. *Jurnal Intervensi Psikologi*. 4(1): 87-111.
<http://journal.uui.ac.id/index.php/intervensipsikologi/article/view/4051>. [Diakses pada 22 Maret 2017].
- Yunita, D. dan K. Santi. 2014. Konseling Psikologi dan Kecemasan pada Penderita Hipertiroid di Klinik Litbang Gaki Magelang. *MGMI*. 6(1): 53-62.
<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/mgmi/article/download/3779/3640>. [Diakses pada 21 April 2017].





LAMPIRAN

Lampiran A : Lembar *Informed*

KODE RESPONDEN:

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Insiyah Noryza Ayu Sativa

NIM : 132310101037

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jl. Jawa VII No. 55, Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember

Bermaksud akan melaksanakan penelitian dengan judul “Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara hipertensi dengan kecemasan pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. Pada penelitian ini peneliti mengukur tekanan darah kemudian memberikan lembar kuesioner *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)* untuk mengetahui tingkat kecemasan ibu/bapak.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden maka saya mohon kesediaan menandatangani lembar persetujuan saya, lampiran, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaan menjadi responden saya ucapkan terimakasih

Jember,.....2018

Insiyah Noryza A.S
NIM 132310101037

Lampiran B : Lembar *Consent*

KODE RESPONDEN:

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Insiyah Noryza Ayu Sativa

NIM : 132310101037

Program Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha.

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan risiko apapun pada subjek penelitian, subjek penelitian dapat menolak jika tidak bersedia dengan tidak ada ancaman atau efek apapun. Kerahasiaan sepenuhnya akan dijamin oleh peneliti. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang terkait dengan penelitian diatas dan saya diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban dari pertanyaan yang sudah saya berikan.

Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela bersedia untuk ikut menjadi responden penelitian serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sebenar-benarnya dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Jember,2018

(.....)

Lampiran C : Lembar Data Karakteristik Responden

KODE RESPONDEN:

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu dengan cara memberikan tanda *check list* (v) pada pilihan jawaban yang dipilih.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Nama (inisial) :
2. Usia : tahun
3. Jenis Kelamin : laki-laki perempuan
4. Pendidikan :
 - Tidak sekolah/tamat SD
 - Tamat SD/ sederajat
 - SLTP/ sederajat
 - SLTA/ sederajat
 - Akademi/PT
5. Lama Tinggal di Panti : tahun

Lampiran D : Kuesioner *Hamilton Rating Scale of Anxiety*

KODE RESPONDEN:

KUESIONER HAMILTON RATING SCALE OF ANXIETY

Petunjuk Pengisian:

1. Setiap pernyataan dibawah ini menggambarkan keadaan yang anda rasakan seminggu terakhir ini.
2. Memberikan tanda *check list* (v) pada pilihan jawaban yang menggambarkan keadaan anda.
3. Jawaban boleh lebih dari satu.

Perasaan cemas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cemas | <input type="checkbox"/> Firasat buruk |
| <input type="checkbox"/> Takut akan pikiran sendiri | <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung |

Ketegangan

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Merasa tegang | <input type="checkbox"/> Lesu |
| <input type="checkbox"/> Tidak bisa istirahat tenang | <input type="checkbox"/> Mudah terkejut |
| <input type="checkbox"/> Mudah menangis | <input type="checkbox"/> Gemetar |
| <input type="checkbox"/> Gelisah | |

Ketakutan

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pada gelap | <input type="checkbox"/> Pada orang asing |
| <input type="checkbox"/> Ditinggal sendiri | <input type="checkbox"/> Pada binatang besar |
| <input type="checkbox"/> Pada keramaian lalu lintas | <input type="checkbox"/> Pada kerumunan orang banyak |

Gangguan tidur

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sulit masuk tidur | <input type="checkbox"/> Terbangun malam hari |
| <input type="checkbox"/> Tidur tidak nyenyak | <input type="checkbox"/> Bangun dengan lesu |
| <input type="checkbox"/> Banyak mimpi-mimpi | <input type="checkbox"/> Mimpi buruk |

Mimpi menakutkan

Gangguan kecerdasan

Sulit berkonsentrasi

Daya ingat buruk

Perasaan depresi

Hilangnya minat

Berkurangnya kesenangan pada hobi

Sedih

Bangun dini hari

Perasaan berubah-ubah

sepanjang hari

Gejala somatik/fisik (otot)

Sakit dan nyeri di otot-otot

Kaku

Kedutan otot

Gigi gemerutuk

Suara tidak stabil

Gejala somatik/fisik (sensorik)

Telinga berdenging (tinitus)

Penglihatan kabur

Muka merah atau pucat

Merasa lemas

Perasaan ditusuk-tusuk

Gejala kardiovaskuler

Denyut jantung cepat

Berdebar-debar

Nyeri di dada

Denyut nadi mengeras

Rasa lesu/lemas seperti mau

Detak jantung menghilang (berhenti

pingsan

sekejap)

Gejala respiratori

Rasa tertekan atau sempit di

Rasa tercekik

dada

Sering menarik nafas

Nafas pendek/ sesak

Gejala gastrointestinal

Sulit menelan

Perut melilit

Gangguan pencernaan

Nyeri sebelum dan sesudah makan

Rasa panas di perut

Rasa penuh atau kembung

Mual

Muntah

Buang air besar lembek

Sukar buang asir besar (konstipasi)

Kehilangan berat badan

Gejala urogenital

Sering buang air kecil

Tidak dapat menahan air seni

Gejala autonom

Mulut kering

Muka merah

Mudah berkeringat

Kepala pusing

Kepala terasa berat

Kepala terasa sakit

Bulu-bulu berdiri

Tingkah laku (sikap) pada wawancara

Gelisah

Tidak tenang

Jari gemetar

Kerut kening

Muka tegang/ mengeras

Nafas pendek dan cepat

Muka merah

Lampiran E: SOP Pengukuran Tekanan Darah

 <p style="text-align: center;">PSIK UNIVERSITAS JEMBER</p>	<p>JUDUL SOP: PENGUKURAN TEKanan DARAH</p>		
<p>Tanggal pelaksanaan</p>	<p>Hari:</p>	<p>Tanggal:</p>	<p>Pukul:</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Merupakan pengukuran tekanan darah secara non-invasif untuk mengetahui kekuatan pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung.</p>		
<p>Tujuan</p>	<p>Untuk mengetahui tekanan darah sistol dan diastol jantung</p>		
<p>Indikasi</p>	<p>Pengukuran tekanan darah berguna untuk seluruh klien dalam mengevaluasi keadaan umum kesehatan kardiovaskuler dan merupakan salah satu tanda vital</p>		
<p>Kontraindikasi</p>	<p>-</p>		
<p>Persiapan Klien</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan perkenalkan diri 2. Pastikan identitas klien 3. Kaji kondisi klien 4. Jaga privasi klien 5. Jelaskan maksud dan tujuan 		
<p>Persiapan alat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sphygmomanometer aneroid</i> 2. Stetoskop 		
<p>Tahap Kerja</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai. 2. Atur posisi klien duduk, periksa alat-alat yang akan digunakan. 3. Menggulung lengan baju klien pada bagian atas lengan. Mempalpasi arteri brakialis. Meletakkan manset 2,5 cm di atas nadi brakhialis (ruang antekubital). Dengan manset masih kempis, pasang manset dengan rata dan pas disekeliling lengan atas. Memastikan bahwa manometer diposisikan secara vertikal sejajar mata. Pengamat tidak boleh lebih jauh dari 1 m. 4. Mempalpasi arteri radialis atau brakhialis dengan ujung 		

	<p>jari dari satu tangan sambil mengembungkan manset dengan cepat sampai tekanan 30 mmHg diatas titik dimana denyut tidak teraba lagi. Mengempiskan manset dan tunggu selama 30 detik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Meletakkan <i>earpieces</i> stetoskop pada telinga dan pastikan bunyi jelas, tidak <i>muffled</i>. Ketahui lokasi arteri brakhialis dan letakkan bel atau diafragma <i>chestpiece</i> diatasnya. Jangan membiarkan <i>chestpiece</i> menyentuh manset atau baju klien. 6. Tutup katup balon tekanan searah jarum jam hingga kencang. 7. Gembungkan manser 30 mmHg diatas tekanan sistolik yang dipalpsi. 8. Catat titik pada manometer saat bunyi jelas yang pertama terdengar sebagai tekanan sistolik. Lanjutkan mengempiskan manset, catat titik manometer sampai 2 mmHg terdekan dimana bunyi tersebut hilang sebagai tekanan diastolik. Kempiskan manset dengan cepat dan sempurna. 9. Buka manset dari lengan kecuali jika ada rencana untuk mengulang 10. Bentu klien untuk kembali ke posisi nyaman dan tutup kembali lengan atas. 11. Beritahu hasil pemeriksaan pada klien. 12. Rapikan klien ke posisi semula. 13. Kaji respon klien. 14. Beritahu tindakan sudah selesai.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon klien 2. Berikan <i>reinforcement</i> positif 3. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik
Sumber: <i>Potter dan Perry, 2005</i>	

Lampiran F: Sertifikat Kalibrasi


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LABORATORIUM KALIBRASI
 Gedung Mas Soerachman Lt. 1
 Jl. Kalmantan No.37 Kampus Bumi Tegal Boto, Jember 68121
 Telp. (0331) 7971100, 330224, email: kabrasi@jember.ac.id

SERTIFIKAT KALIBRASI
CALIBRATION CERTIFICATE

NOMOR SERTIFIKAT : 037/TK/04/2017
CERTIFICATE NUMBER

I IDENTITAS ALAT
INSTRUMENT IDENTITY

NAMA ALAT : Sphygmomanometer
INSTRUMENT NAME

MERK PABRIK : Riester
MANUFACTURER

TYPE/NOMOR SERI : Nova Presameter / 150960322
TYPE/SERIAL NO.

KAPASITAS/RESOLUSI : 300 mmHg / 2 mmHg
CAPACITY

II IDENTITAS PEMILIK
OWNER IDENTITY

NAMA : Bagus Arditya Husadha
NAME

ALAMAT : Jl. Seruji RT.003 RW.011 Kalibaru Wetan, Kalibaru, Banyuwangi
ADDRESS

III IDENTITAS STANDAR
STANDARD IDENTITY

NAMA : Digital Manometer id. No. BetaGauge PT PRO 300G / 3329015
NAME

KETERTELUJURAN : Hasil kalibrasi yang dilaporkan tertelusur ke Satuan Pengukuran SI
TRACEABILITY melalui Laboratorium Kalibrasi BPFK Surabaya (LK-132-IDN)

Sertifikat ini terdiri dari 2 halaman
This certificate comprises of pages

Diterbitkan Tanggal : 14 April 2017
Date issued


 Kepala Laboratorium Kalibrasi
 Head of Calibration Laboratory
 Ir. Mukhammad Fauzi, MSI.

Hal 1 dari 2
Page 1 of 2

F 5.10.00.01

Sertifikat ini dilarang digandakan secara tidak lengkap tanpa persetujuan tertulis dari Laboratorium Kalibrasi Universitas Jember
This Certificate shall not be uncomplete reproduce, without the written approval from Calibration Laboratory of Jember University

NOMOR SERTIFIKAT : 037/TK/04/2017 TANGGAL KALIBRASI : 06 April 2017
 CERTIFICATE NUMBER DATE OF CALIBRATION
 NOMOR ORDER : 037 TEMPAT KALIBRASI : Lab Kalibrasi UNEJ
 ORDER NUMBER PLACE OF CALIBRATION
 NAMA ALAT : Sphygmomanometer SUHU RUANG : 20,7 °C
 INSTRUMENT NAME ROOM TEMPERATURE
 MERK/TIPE : Riester / Nova Presameter KELEMBABAN RUANG : 45 %
 MERK/TIPE ROOM HUMIDITY
 TANGGAL TERIMA ALAT : 05 April 2017 IDENTITAS KALIBRATOR : M. Jimmy Kurnianta, S.Si.
 DATE OF INSTRUMENT RECEIVING CALIBRATOR IDENTITY
 HASIL KALIBRASI :
 CALIBRATION RESULT

No	Pembacaan Alat (mmHg)	Pembacaan Standard		Koreksi		U95 ±	
		Naik (mmHg)	Turun (mmHg)	Naik (mmHg)	Turun (mmHg)	Naik (mmHg)	Turun (mmHg)
1	60	61,4	60,8	1,4	0,8	1,4	1,4
2	80	81,0	80,4	1,0	0,4		
3	100	101,2	100,9	1,2	0,9		
4	120	121,1	120,7	1,1	0,7		
5	140	141,0	140,5	1,0	0,5		
6	160	160,5	159,9	0,5	-0,1		
7	180	180,5	179,9	0,5	-0,1		
8	200	199,7	199,0	-0,3	-1,0		
9	220	218,5	218,0	-1,5	-2,0		
10	240	238,1	238,1	-1,9	-1,9		

Catatan :

Notes

-Ketidakpastian yang dilaporkan adalah ketidakpastian bentangan pada tingkat kepercayaan = 95 % dengan faktor cakupan $k = 2$

-Uncertainty which reported is spread uncertainty at trust level = 95% with coverage factor $k = 2$

-Alat ini telah dikalibrasi menggunakan JK 5.04.08 dengan metode acuan kalibrasi DEPKES&KESSOS RI, DIRJEN YANMED-2001
 -This instrument has been calibrated using JK 5.04.08 with calibration reference method DEPKES & KESSOS RI, DIRJEN YANMED-2001

-Kalibrasi ini tidak termasuk dalam lingkup akreditasi KAN
 -This calibration is not included in the scope of KAN accreditation

Diterbitkan Tanggal : 14 April 2017

Date issued

a.n Koordinator Teknik

p.p Technical Coordinator



Dr. Trwahju Hardianto, ST.MT.

Hal 2 dari 2
 Page 2 of 2

F 5.10.00.01

Lampiran G: Surat Ijin Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 3147/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 28 Agustus 2017
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Dinas Sosial
Jawa Timur

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Insiyah Noryza Ayu Sativa
N I M : 132310101037
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul penelitian : Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lanjut Usia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werda Jember
lokasi : UPT Pelayanan Sosial Tresna Werda Jember
waktu : satu bulan
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Tembusan Yth:

1. Kepala UPT Pelayanan Sosial Tresna Werda Jember

Lampiran H: Surat Pernyataan Rekomendasi telah Studi Pendahuluan



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
 DINAS SOSIAL
UPT PELAYANAN SOSIAL TRESNA WERDHA JEMBER
 Jln Moch. Seruji No. 06 Telp. (0336) 721130
 JEMBER - 68164
 Email : pslujember@gmail.com

Jember, 8 September 2017

Nomor : 094/ 158 /107.6.11/2017
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Telah Melaksanakan Studi
 Pendahuluan

Kepada
 Yth. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
 Universitas Jember
 di - **JEMBER**

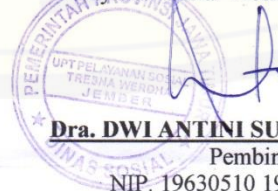
Menindak lanjuti Surat Saudara tanggal 28 Agustus 2017 nomor :
 3147/UN25.1.14/SP/2017 perihal ijin melaksanakan study pendahuluan,
 dengan ini kami menerangkan bahwa :

Nama : Insiyah Noryza Ayu Sativa
 N I M : 132310101037
 Judul Penelitian "Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lanjut
 Usia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember"

Telah melaksanakan studi pendahuluan di UPT Pelayanan Sosial Tresna
 Werdha Jember dari tanggal 28 Agustus 2017 – 8 September 2017.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan
 sebagaimana mestinya.

Kepala Unit Pelayanan Teknis
 Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember




Dra. DWI ANTINI SUNARSIH, M.Si

Pembina

NIP. 19630510 198902 2 002

Lampiran I: Pernyataan Uji Kompetensi Penggunaan SOP



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

PERNYATAAN UJI KOMPETENSI PENGGUNAAN SOP

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Alfid Tri Apandi, S.kep, M.kep.
NIP : 760016845

sebagai penguji KOMPETENSI penggunaan SOP

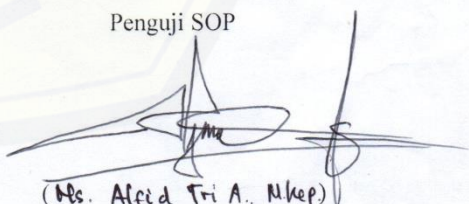
Telah melakukan uji penggunaan SOP Pengukuran Tekanan Darah, yang dilakukan oleh:

Nama : Insiyah Moryza Ayu Safira
NIM : 132310101037

Yang mengadakan penelitian dengan judul
Hubungan Hipertensi dengan kecemasan pada lanjut usia di UPT
Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember

Setelah dilakukan uji kemampuan penggunaan SOP Pengukuran TD, maka dinyatakan memenuhi syarat untuk menggunakan SOP tersebut dalam proses penelitian. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, 9 Januari 2018
Penguji SOP


(Ns. Alfid Tri A. M.kep.)
NIP 760016845



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

PERNYATAAN UJI KOMPETENSI PENGGUNAAN SOP

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.Kep.J.

NIP : 19850511 200812 2 005

sebagai penguji KOMPETENSI penggunaan SOP

Telah melakukan uji penggunaan SOP Pengkajian Kecemasan, yang dilakukan oleh:

Nama : Insiyah Moryea Ayu Sativa

NIM : 132310101037

Yang mengadakan penelitian dengan judul

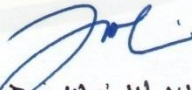
Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lanjut Usia di UPT

Pelayanan Sosial Tresna Wardha Jember

Setelah dilakukan uji kemampuan penggunaan SOP Pengkajian kecemasan, maka dinyatakan memenuhi syarat untuk menggunakan SOP tersebut dalam proses penelitian. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, 01 Februari 2018

Penguji SOP


(Ns. Emi Wuri W., M.Kep, Sp.Kep.J.)
NIP 19850511 200812 2 005

Lampiran J: Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 4981/UN25.1.14/LT/2017 Jember, 22 Desember 2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Insiyah Noryza Ayu Sativa
N I M : 132310101037
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lanjut Usia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werda Jember
lokasi : UPT Pelayanan Sosial Tresna Werda Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua
Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP: 19780323 200501 2 002

Lampiran K: Analisis Data

1. Karakteristik Reesponden

a. Usia

Tests of Normality

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Usia	.917	32	.018

Statistics

Usia

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		71.56
Median		70.50
Std. Deviation		7.112
Minimum		63
Maximum		86

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 63	4	12.5	12.5	12.5
64	1	3.1	3.1	15.6
65	4	12.5	12.5	28.1
66	2	6.3	6.3	34.4

67	2	6.3	6.3	40.6
68	1	3.1	3.1	43.8
69	1	3.1	3.1	46.9
70	1	3.1	3.1	50.0
71	2	6.3	6.3	56.3
72	1	3.1	3.1	59.4
73	1	3.1	3.1	62.5
74	1	3.1	3.1	65.6
75	1	3.1	3.1	68.8
76	2	6.3	6.3	75.0
78	1	3.1	3.1	78.1
79	1	3.1	3.1	81.3
80	1	3.1	3.1	84.4
81	1	3.1	3.1	87.5
82	1	3.1	3.1	90.6
83	1	3.1	3.1	93.8
84	1	3.1	3.1	96.9
86	1	3.1	3.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

b. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	17	53.1	53.1	53.1
Perempuan	15	46.9	46.9	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Jenis Kelamin * Tingkat Kecemasan Crosstabulation

Count

		Tingkat Kecemasan			Total
		Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	
Jenis Kelamin	Laki-laki	14	2	1	17
	Perempuan	14	1	0	15
Total		28	3	1	32

c. Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah/Tamat SD	17	53.1	53.1	53.1
SLTP/ sederajat	3	9.4	9.4	62.5
SLTA/ sederajat	5	15.6	15.6	78.1

Akademi/PT	7	21.9	21.9	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan * Tingkat Kecemasan Crosstabulation

Count

		Tingkat Kecemasan			Total
		Tidak Ada Kecemasan	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah/Tamat SD	17	0	0	17
	SLTP/ sederajat	2	0	1	3
	SLTA/ sederajat	4	1	0	5
	Akademi/PT	5	2	0	7
Total		28	3	1	32

d. Lama Tinggal di Pant

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Lama Tinggal di Pant (hari)	Mean	1779.06	320.667	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1125.06	
		Upper Bound	2433.07	
	5% Trimmed Mean	1638.65		
	Median	1095.00		
	Variance	3290466.706		
	Std. Deviation	1813.964		
	Minimum	16		
	Maximum	6205		

Range	6189	
Interquartile Range	2555	
Skewness	1.214	.414
Kurtosis	.386	.809

Tests of Normality

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Lama Tinggal di Pant (hari)	.820	32	.000

Lama Tinggal di Pant (hari)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 16	1	3.1	3.1	3.1
20	1	3.1	3.1	6.3
210	1	3.1	3.1	9.4
356	1	3.1	3.1	12.5
365	6	18.8	18.8	31.3
485	1	3.1	3.1	34.4
730	3	9.4	9.4	43.8
1095	6	18.8	18.8	62.5
1825	2	6.3	6.3	68.8
2555	1	3.1	3.1	71.9
2920	3	9.4	9.4	81.3
3650	1	3.1	3.1	84.4
4015	1	3.1	3.1	87.5

4745	1	3.1	3.1	90.6
5473	1	3.1	3.1	93.8
5840	1	3.1	3.1	96.9
6205	1	3.1	3.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

2. Tingkat Hipertensi

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
tekanan darah sistol	Mean	155.00	3.143	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	148.59	
		Upper Bound	161.41	
	5% Trimmed Mean	154.79		
	Median	150.00		
	Variance	316.129		
	Std. Deviation	17.780		
	Minimum	120		
	Maximum	190		
	Range	70		
	Interquartile Range	28		
	Skewness	.349	.414	
	Kurtosis	-.168	.809	
tekanan darah diastol	Mean	89.06	1.641	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	85.72	
		Upper Bound	92.41	

5% Trimmed Mean	89.51	
Median	90.00	
Variance	86.190	
Std. Deviation	9.284	
Minimum	60	
Maximum	110	
Range	50	
Interquartile Range	0	
Skewness	-.837	.414
Kurtosis	2.710	.809

Tests of Normality

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
tekanan darah sistol	.942	32	.084
tekanan darah diastol	.833	32	.000

3. Tingkat Kecemasan

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Skor Kecemasan	Mean	6.78	1.044
	95% Confidence Interval for Mean	4.65	
	Lower Bound		
	Upper Bound	8.91	
	5% Trimmed Mean	6.35	
	Median	6.50	
	Variance	34.886	
	Std. Deviation	5.906	
	Minimum	0	

Maximum	22	
Range	22	
Interquartile Range	9	
Skewness	.827	.414
Kurtosis	.397	.809

Tests of Normality

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.
Skor Kecemasan	.913	32	.014

Tingkat Kecemasan

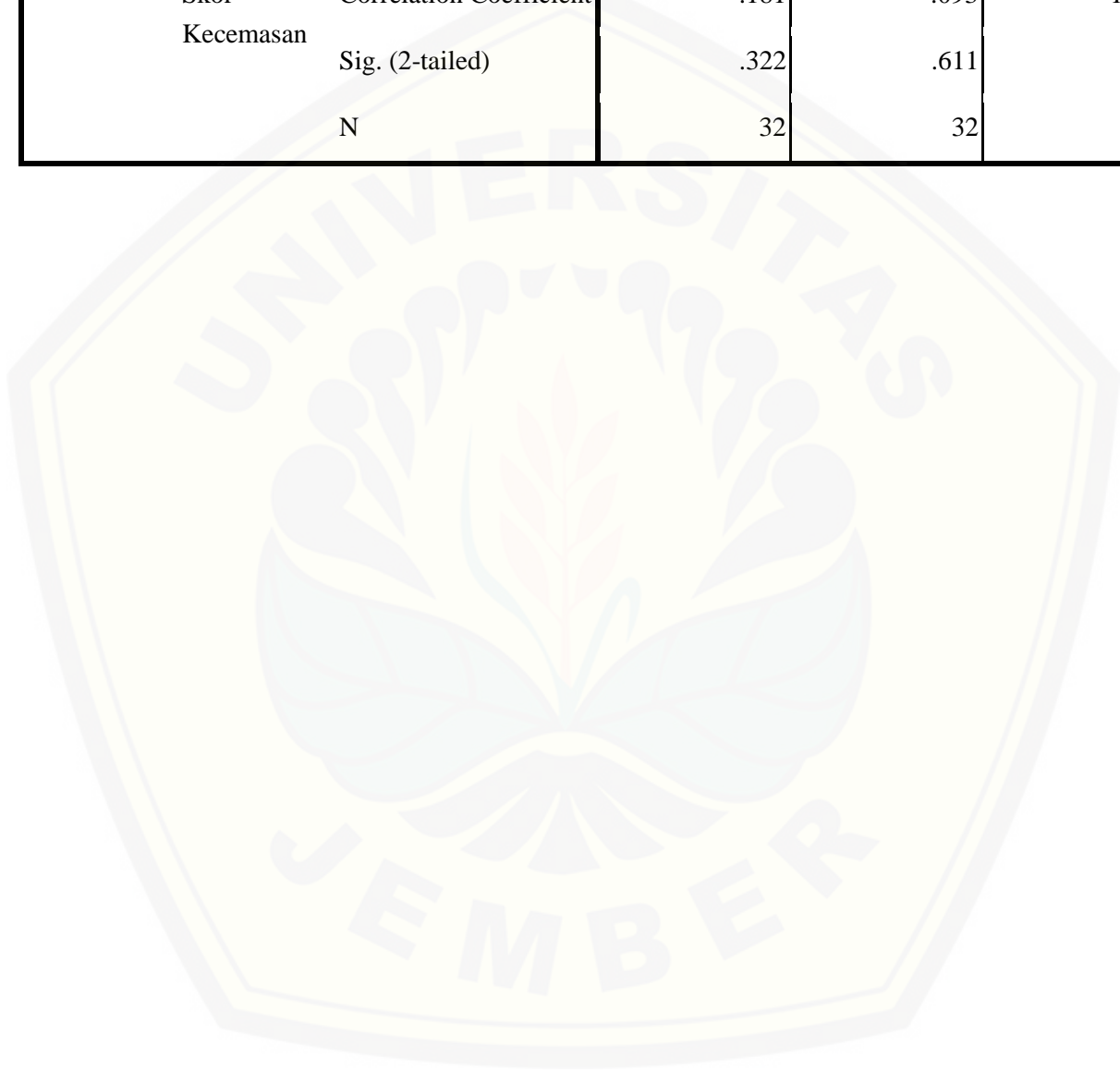
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Ada Kecemasan	28	87.5	87.5	87.5
	Kecemasan Ringan	3	9.4	9.4	96.9
	Kecemasan Sedang	1	3.1	3.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

4. Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan

Correlations

			tekanan darah sistol	tekanan darah diastol	Skor Kecemasan
Spearman's rho	tekanan darah sistol	Correlation Coefficient	1.000	.046	.181
		Sig. (2-tailed)	.	.801	.322
		N	32	32	32

tekanan darah diastol	Correlation Coefficient	.046	1.000	-.093
	Sig. (2-tailed)	.801	.	.611
	N	32	32	32
Skor Kecemasan	Correlation Coefficient	.181	-.093	1.000
	Sig. (2-tailed)	.322	.611	.
	N	32	32	32



Lampiran L: Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS SOSIAL
UPT PELAYANAN SOSIAL TRESNA WERDHA JEMBER
Jln Moch. Seruji No. 06 Telp. (0336) 721130
JEMBER - 68164
Email : psujember@gmail.com

Jember, 3 April 2018

Nomor : 094/ 071 /107.6.11/2018
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Telah Melaksanakan Penelitian

Kepada
Yth. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember
di - **JEMBER**

Menindaklanjuti Surat Saudara tanggal 29 Desember 2017
nomor : 7549/UN25.3.1/LT/2017 perihal permohonan ijin melaksanakan
penelitian , dengan ini kami menerangkan bahwa :

Nama : Insiyah Noryza Ayu Sativa
N I M : 132310101037
Judul Penelitian : "Hubungan Hipertensi dengan Kecemasan pada Lanjut
Usia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember"

Telah melaksanakan penelitian di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha
Jember mulai tanggal 5 s/d 17 Pebruari 2018., selanjutnya setelah selesai
penelitian wajib menyerahkan hasil penelitian ke Dinas Sosial Propinsi Jawa Timur
(Hard Cover) dan UPT PSTW Jember (bendel).

Demikian surat keterangan di buat, untuk dipergunakan sebagaimana
mestinya.

Kepala UPT Pelayanan Teknis
Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember

MUHAMMAD TARRANI, SH.MH

Pembina
NIP. 19680209 199103 1 007

Tembusan:
1. Mahasiswa ybs
2. Arsip

Lampiran M: Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Kegiatan pengukuran tekanan darah kepada lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember oleh Insiyah Noryza Ayu Sativa Mahasiswa Program Studi Srajana Keperawatan Universitas Jember



Gambar 2. Kegiatan pengkajian kecemasan kepada lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember oleh Insiyah Noryza Ayu Sativa Mahasiswa Program Studi Srajana Keperawatan Universitas Jember

Lampiran M: Jadwal Penelitian



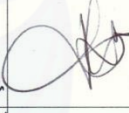
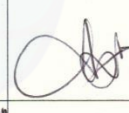


No	Kegiatan	Bulan																															
		Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus				Septem ber				Okober			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penetapan Judul																																
2	Penyusunan Proposal																																
3	Studi Pendahuluan																																
4	Seminar Proposal																																

No	Kegiatan	Bulan																																			
		Novemb er				Desembe r				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
5	Revisi Proposal																																				
6	Uji SOP																																				
7	Pelaksanaan Penelitian																																				
8	Pengolahan Data																																				
9	Penyusunan																																				

Lampiran N: Lembar Bimbingan

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Insiyah Noryza Ayu Sativa
NIM : 132310101037
Nama DPU : Ns. Wantiyah, M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1	Jum'at, 17 Maret 2017	Pengajuan judul	mencari literatur	
2	Jum'at, 31 Maret 2017	Pengajuan judul	membuat BAB 1	
3	Jum'at, 28 April 2017	BAB 1 dan 2	- menambahkan Patofisiologi kecemasan, kecemasan pada lansia dan hipertensi pada lansia pada BAB 2 - Menanam bahasan masalah kecemasan pada BAB 1	
4	Kamis, 4 Mei 2017	BAB 1, ijin melakukan studi pendahuluan	- Menghapus kata tingkat pada judul proposal - Memperbaiki BAB 1	
5	Kamis, 8 Juni 2017	BAB 1 - 3	- Meneruskan penelitian melakukan penelitian dengan teman 1 DPU, atau melakukan penelitian tersendiri mengenai hubungan hipertensi dengan kecemasan	
6	Selasa, 8 Agustus 2017	BAB 1 - 4	ace sempu	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Insiyah Noryza Ayu Sativa
 NIM : 132310101037
 Nama DPU : Ns. Wantiyah, M. Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1	Rabu, 30 Mei 2018	Analisis data	Cele kembali analisa data, coba bentuk & data numerik. Jke sdr ok, simple pembahas	
2	Rabu, 6 Juni 2018	Bab 4 dan 5	Tambahkan hasil penelitian 4/ memperkuat pembahas → lampirkan DPA, isih sdr ok cele turnit + simple 4 sdr	
3	Jum'at, 22 Juni 2018	Abstrak, Ringkasan, Bab 1-6	perbaiki abstrak, lampirkan Saran, Cele turnit acc sdr	



**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Insiyah Noryza Ayu Sativa
NIM : 132310101037
Nama DPA : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
1	Selasa, 11 April 2017	Bab 1	- Mencari jurnal luar negeri - Menambah keam tentang keterkaitan hipertensi dan kesehatan - Menambah keam hasil penelitian epidemiologi dengan	
2	Rabu, 3 Mei 2017	Bab 1, 2, Jurnal internasional / literatur buku Internasional	- Buku yang dikirimkan tidak sesuai dengan judul	
3	Rabu, 26 Juli 2017	Judul baru, Bab 1-4	- Pelayari perbedaan chi square, uji spearman, kendal tau - Perbaiki kriteria inklusi dan eksklusi yang - mencari jurnal yang sesuai untuk perbedaan penelitian - mencari rumus jumlah sampel yang tepat	
4	Jum'at, 11 Agustus 2017	BAB 1 - 4	- Pertimbangkan judul penelitian, penggunaan uji chi square, penulisan sampel - lengkapi uji kalibrasi alat	
5	Rabu, 16 Agustus 2017	BAB 1 - 4	- Pertimbangkan dengan DPA tentang judul, jumlah responden, studi pendahuluan, dan teknik lain yg menggunakan uji hipotesis - tambahkan tentang pemukiman kesehatan dan faktor kesehatan kefarmasian pada	
6	Rabu, 23 Agustus 2017	BAB 1-4	acc Sempro	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Insiyah Noryza Ayu Sativa
 NIM : 132310101037
 Nama DPA : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
1	Kamis, 7 Juni 2018	Analisis data, Bab 4, 5 dan 6	tambahkan Fk yg relevan. beresmas.	
2	Jumat, 22 Juni 2018	Abstrak, ringkasan, Bab 1-6, Daftar pustaka	perbaiki abstrak tulisannya.	
3	Kamis, 28 Juni 2018	Abstrak, Ringkasan, Bab 1-6, Daftar pustaka	Acc	