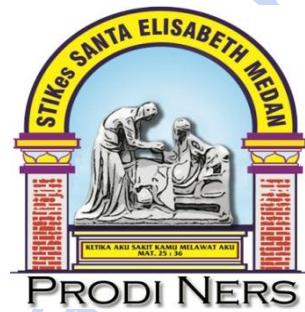


SKRIPSI

GAMBARAN PENDERITA HIPERTENSI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANCUR BATU



Oleh :

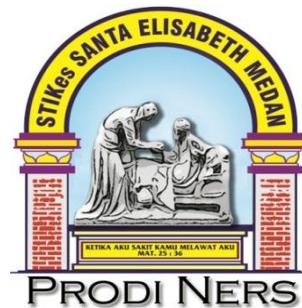
IMAN SETIA PUTRA GULO

032014028

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2018**

SKRIPSI

GAMBARAN PENDERITA HIPERTENSI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANCUR BATU



Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ners
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth

Oleh:

IMAN SETIA PUTRA GULO

032014028

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2018**

LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : IMAN SETIA PUTRA GULO

Nim : 032014028

Program Studi : Ners

Judul Skripsi : Gambaran Penderita Hipertensi Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan skripsi yang telah saya buat ini merupakan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata di kemudian hari penulisan skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan tata tertib di STIKes Santa Elisabeth Medan.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan.

Penulis,



**PROGRAM STUDI NERS
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda Persetujuan

Nama : Iman Setia Putra Gulo
NIM : 032014028
Judul : Gambaran Penderita Hipertensi Pada Lansia di Wilayah Kerja
Puskesmas Pancur Batu

Menyetujui Untuk Diujikan Pada Ujian Skripsi Jenjang Sarjana Keperawatan
Medan, 05 Mei 2018

Pembimbing II

Pomarida Simbolon, SKM.,M.Kes

Pembimbing I

Jagentar Pane, S.Kep.,Ns., M.Kep

Mengetahui
Ketua Program Studi Ners

Samfriati Sinurat, S.Kep.,Ns., MAN

Telah diuji

Pada tanggal, 05 Mei 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua :

Jagendar Pane, S.Kep.,Ns., M.Kep

Anggota :

1.

Pomarida Simbolon, SKM.,M.Kes

2.

Mestiana Br Karo, S.Kep.,Ns., M.Kep

Mengetahui
Ketua Program Studi

Samfriati Sinurat, S.Kep.,Ns., MAN



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Pengesahan

Nama : Iman Setia Putra Gulo
NIM : 032014028
Judul : Gambaran Penderita Hipertensi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji

Sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
Pada Sabtu, 05 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI:

Penguji I : Jagentar Pane, S.Kep.,Ns., M.Kep

TANDA TANGAN

Penguji II : Pomarida Simbolon, SKM., M.Kes

Penguji III : Mestiana Br Karo, S.Kep.,Ns., M.Kep

Mengetahui
Ketua Program Studi Ners

Samfriati Sinurat, S.Kep.,Ns., MAN

Mengesahkan
Ketua STIKes

Mestiana Br. Karo, S.Kep.,Ns., M.Kep

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : IMAN SETIA PUTRA GULO

Nim : 032014028

Program Studi : Ners

Jenis Karya : Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: **Gambaran Penderita Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu**. Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan hak bebas royalti Noneksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Medan, 05 Mei 2018

Yang menyatakan

(Iman Setia Putra Gulo)

ABSTRAK

Iman Setia Putra Gulo 032014028

Gambaran Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu

Prodi Ners Tahap Akademik 2018

Kata Kunci : Hipertensi, Lansia

Hipertensi atau tekanan darah tinggi sering disebut sebagai *the silent killer* (pembunuh diam-diam) karena penderita tidak tahu bahwa dirinya menderita hipertensi. Berdasarkan survey awal yang dilakukan, diperoleh bahwa lansia di pancur batu yang mengalami hipertensi berjumlah 70 orang. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran penderita hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu. Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami hipertensi di wilayah kerja puskesmas pancur batu. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 40 orang, dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Alat pengumpulan data menggunakan lembar *check list*. Hasil penelitian menunjukkan, hipertensi pada lansia berdasarkan umur 60-69 tahun sebanyak 32 orang (80%), jenis kelamin perempuan 28 orang (55%), suku batak karo 29 orang (72,5%), IMT normal 36 orang (90%), jenis alkohol yang sering dikonsumsi tuak sebanyak 14 orang (37,5%) , tidak suka olahraga 18 orang (30%), penderita jumlah responden yang merokok sebanyak 26 orang (65%), yang menghabiskan rokok setiap hari yaitu 12 batang sebanyak 16 orang (40%), yang suka olahraga sebanyak 28 orang (70,2%), olahraga dalam seminggu 2 kali sebanyak 19 orang (47,5%). Lansia yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu disebabkan karena gaya hidup.

Daftar Pustaka (2009-2018).

STIKES Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul Skripsi ini adalah **“Gambaran Penderita Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang S1 Ilmu Keperawatan Program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan Skripsi ini peneliti telah banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan sekaligus penguji III yang telah memberikan bimbingan, kesempatan dan fasilitas untuk menyelesaikan Skripsi ini serta menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns., MAN selaku Ketua Program Studi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan bimbingan, kesempatan, dan fasilitas untuk menyelesaikan Skripsi ini.
3. Jagentar Pane, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah membantu dan membimbing serta mengarahkan penulis dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian Skripsi ini.
4. Pomarida Simbolon, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah membantu, membimbing, serta mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini.

5. Herli S.Kep.,Ns selaku kepala Tata Usaha Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang yang telah memberi izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian di Puskesmas Pancur Batu
6. Seluruh tenaga pengajar dan tenaga kependidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik dan membantu peneliti selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Kedua Orang tua tercinta Ayahanda Dali'ia Gulo (Alm), dan Ibunda Kariana Hia, S.Pd yang telah memberi kasih sayang, dukungan moral dan material, yang telah memberikan motivasi dan dukungan selama peneliti mengikuti pendidikan.
8. Seluruh teman-teman Mahasiswa STIKes Tahap Program Ners Santa Elisabeth Medan Stambuk 2014 Angkatan VIII yang telah memberikan dukungan dan motivasi selama proses dalam pelaksanaan pendidikan dan penyusunan Skripsi.

Peneliti menyadari bahwa penulisan Skripsi ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu, peneliti sungguh sangat menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan skripsi ini. Harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya profesi keperawatan.

Medan, Mei 2018
Penulis

Iman Setia Putra Gulo

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam.....	ii
Halaman Persaraan Gelar.....	iii
Surat Pernyataan	iv
Persetujuan	v
Pengesahan.....	vi
Surat Pernyataan Publikasi.....	vii
Abstrak	viii
<i>Abstract</i>	ix
Kata Pengantar	x
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumus Masalah.....	10
1.3. Tujuan	11
1.3.1 Tujuan umum.....	11
1.3.2 Tujuan khusus.....	11
1.4. Manfaat Penelitian	12
1.4.1 Manfaat teoritis.....	12
1.4.2 Manfaat praktis	12
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 13
2.1. Puskesmas	13
2.1.1 Definisi puskesmas	13
2.1.2 Fungsi puskesemas	13
2.1.3 Visi misi puskesmas	13
2.1.4 Strategi puskesmas	14
2.1.5 Sasaran dan mekanisme pelayanan keperawatan masyarakat di puskesmas.....	14
2.1.6 Pelayanan puskesmas	15
2.1.7 Kegiatan pokok puskesmas	15
2.1.8 Peran puskesmas.....	16
2.1.9 Wilayah kerja puskesmas	17
2.1.10 Kedudukan puskesmas	17
2.1.11 Struktur organisasi dan tata kerja	17
2.2. 10 Penyakit Terbesar Lansia di Puskesmas	19
2.2.1 Infeksi saluran pernafasan atas	19
2.2.2 Asma.....	20
2.2.3 Diare	22

2.2.4 Hipertensi.....	23
2.2.5Alergi	25
2.2.6 Diabetes melitus	25
2.2.7 Infeksi saluran kemih.....	29
2.2.8 Penyakit kulit.....	30
2.2.9 Penyakit sendi (gout)	35
2.2.10 Displesia	35
2.3. Lansia	40
2.3.1 Definisi proses penuaan.....	40
2.3.2 Teori-teori prose penuaan.....	41
2.3.3 Batasan-batasan lanjut usia.....	41
2.3.4 Masalah dan penyakit lansia.....	42
2.3.5 10 Penyakit besar pada lansia.....	44
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....	72
3.1. Kerangka Konsep	72
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	73
4.1. Racangan Penelitian	73
4.2. Populasi Dan Sampel	73
4.2.1 Populasi	73
4.2.2 Sampel	73
4.3. Variabel Penelitian Dan Defenisi Operasional	74
4.3.1 Variabel independen	74
4.3.2 Definisi operasional	75
4.4. Instrumen Penelitian.....	75
4.5. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	75
4.5.1 Lokasi penelitian.....	75
4.5.2 Waktu penelitian.....	75
4.6. Prosedur Pengambilan Data Dan Pengumpulan Data	76
4.6.1 Pengambilan data.....	76
4.6.2 Teknik pengumpulan data	76
4.6.3 Uji validitas.....	77
4.6.4 Uji reliabilitas	78
4.7. Kerangka operasional.....	79
4.8. Analisa data	79
4.9. Etika penelitian.....	79
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	80
5.1. Hasil Penetian	80
5.1.1. Karakteristik responden	80
5.2. Pembahasan Hasil Penelitian	80
5.2.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden	83
5.2.2 Distribusi frekuensi responden yang merokok	84

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	86
6.1 Kesimpulan	86
6.2 Saran	86
6.2.1 Bagi puskesmas	86
6.2.2 Bagi pendidikan.....	86
6.2.3 Untuk peneliti selanjutnya.....	86

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Surat Persetujuan (*Informed Consent*)
2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden *Informed Consent*
3. Lembar cek list
4. Lembar Pengajuan Skripsi
5. Lembar Permohonan Data Awal Pengambilan Data Awal
6. Lembar Persetujuan Pengambilan Data Awal Penelitian
7. Lembar Permohonan Penelitian
8. Lembar Balasan Penelitian
9. Lembar Bimbingan Skripsi
10. Lembar Output SPSS

DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal
Tabel 3.1	Kerangka Konsep Gambaran Penderita Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Pancur Batu	72
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden penderita Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu	80
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Yang Merokok Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2017	81
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Yang Menghabiskan Rokok Setiap Hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu	81
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Yang Suka Olahraga Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu.....	82
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Olahraga Dalam Seminggu Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu.....	82

DAFTAR BAGAN

No	Judul	Hal
Bagan 4.2	Kerangka Operasional Gambaran Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu	78

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi atau tekanan darah tinggi sering disebut sebagai *the silent killer* (pembunuh diam-diam) karena penderita tidak tahu bahwa dirinya menderita hipertensi. Hipertensi juga dikenal sebagai heterogeneous group disease karena dapat menyerang siapa saja dari berbagai kelompok umur, sosial dan ekonomi. Hipertensi juga merupakan faktor resiko ketiga terbesar yang menyebabkan kematian dini karena dapat memicu terjadinya gagal ginjal kongestif serta penyakit cerebrovaskuler (Widyanto, 2013).

Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang telah tersebar luas. Tekanan sistolik diatas 130 atau tekanan diastolik di atas 85 di butuhkan upaya lebih lanjut. Diagnosis hipertensi ditetapkan ketika rata-rata pengukuran dua tekanan diastolik atau lebih dalam dua kali pengkajian setelah pengkajian awal menunjukan nilai 90 mmhg atau lebih atau ketika pengukuran beberapa tekanan sistolik lebih dari 140 mmhg. Perawatan tindak lanjut harus meliputi perubahan gaya hidup yang kondusif untuk menurunkan tekanan darah serta pemantauan tekanan darah itu sendiri (Kozier, 2010).

Hipertensi merupakan faktor risiko utama bagi mayoritas pasien dengan morbiditas kardiovaskular, serebrovaskular dan renal kematian. Faktor lingkungan serta faktor genetik diperhitungkan pengaturan tekanan darah dan kendalinya. Pemahaman mungkin tidak hanya membantu dalam mengenali mereka yang berisiko tetapi juga membantu dalam pengobatan (Sarkar, 2015).

Di Amerika Serikat sekitar 18% dari penduduk Amerika menderita hipertensi. Namun sebanyak 50% individu mungkin menderita hipertensi pada usia 65 tahun. Sekitar 90% kasus hipertensi tidak diketahui penyebabnya dan hipertensi ini disebut hipertensi esensial (etiology dan pathogenesis tidak diketahui). Hipertensi biasanya terjadi antara usia 20 dan 50 tahun, dan lebih sering dijumpai pada orang Afro-Amerika dari pada populasi umum (Price, 2014). Menurut data WHO, di seluruh dunia sekitar 972 orang atau 26,4% penghuni bumi mengidap hipertensi, angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta pengidap hipertensi, 333 juta berada di Negara maju dan 639 sisanya berada di Negara sedang berkembang, termasuk Indonesia (Ana 2007, dalam Anggara 2013).

Prevalensi hipertensi di Indonesia pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8 persen, dan sebagian besar 63,2% kasus hipertensi di masyarakat tidak terdiagnosa. Juga melaporkan terjadinya kecenderungan prevalensi hipertensi diagnosis diberbagai provinsi, dimana prevalensi penderita di Sumatra utara menunjukkan peningkatan 24,7%. Hipertensi perempuan lebih cenderung tinggi dari pada laki-laki (Riskesdas, 2013). Hipertensi pada lansia menempati urutan kedua pada daftar penyebab kematian. Data 10 besar penyakit menunjukkan hipertensi juga berada pada urutan kedua setelah ISPA (Arif, 2013). Prevalensi di berbagai provinsi di Indonesia yaitu Bangka Belitung (30,9%), Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%). Tiga provinsi yaitu Papua, Papua Barat dan Riau terlihat ada penurunan. Enam provinsi tidak terjadi perubahan seperti Nusa Tenggara Barat, Sumatera Barat, Bengkulu, Kalimantan

Barat, Aceh, dan DKI Jakarta. Di provinsi lainnya prevalensi hipertensi cenderung meningkat. (Risikesdas, 2013). Berdasarkan hasil survei pendahuluan di puskesmas pancur batu, Jumlah penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Pancurbatu sebanyak 70 orang.

Berdasarkan hasil penelitian, di negara industri usia yang mengalami hipertensi mulai dari usia 55 tahun 90%, 60 tahun 65% laki-laki dan 75% perempuan, dan 70 tahun 90% yang mengalami hipertensi. Prevalensi hipertensi dengan standar usia di antara peserta penelitian adalah 47,8%, dimana hampir 70% tidak terdiagnosis. Hipertensi secara signifikan lebih tinggi pada perempuan 52,3% dan laki-laki 43,1%. (Pina, 2012). Prevalensi Hipertensi meningkat secara signifikan dengan penuaan pada laki-laki 92,1% dan perempuan 90,0% kasus hipertensi tidak terkontrol (Hussain, 2016). Prevalensi di Afrika yang mengalami hipertensi adalah 30,8% pada tahun 2010 (Adeloye,2014).

Prevalensi hipertensi meningkat menjadi 30,5% pada tahun 2010, dan kesadaran akan hipertensi meningkat 38,4% pada tahun 2010. Pengobatan hipertensi meningkat menjadi 17,4% pada tahun 2010, dan kontrol hipertensi meningkat menjadi 3,5% pada tahun 2010 (Zhao, 2013). Secara keseluruhan dilaporkan bahwa diagnosis 8,1% mengalami hipertensi dan 4,9% mengalami kecemasan atau depresi secara keseluruhan (Grimsurd, 2010). Secara keseluruhan, 12,2% laki-laki dan 12,7% perempuan memiliki tekanan darah sistolik $> 140\text{mmHg}$, diastolik $> 90\text{mmHg}$. Pengobatan dan penggunaan anti-hipertensi sebanyak 92,7% laki-laki dan 94,6% perempuan (Choi, 2017).

Di lakukannya uji coba hyvet dengan mengelompokkan 3845 peserta dan 3336 disediakan data untuk longitudinal. 739 peserta untuk analisis dengan mayoritas di negara-negara kesehatan mewakili fungsi kognitif yang lebih baik. Model dinamis transisi kognitif diterapkan pada data hyvet dan digunakan untuk membuat plot yang menunjukkan perubahan keadaan kesehatan (Petters, 2010). Prevalensi hipertensi pada laki-laki 23% dan perempuan 37%. Efek hipertensi dari semua obesitas sentral jauh lebih rendah dari pada keadaan umum obesitas tapi kira-kira sebanding dengan kelebihan berat badan. Selain itu, interaksi dari indeks massa tubuh diklasifikasikan dan obesitas sentral menunjukkan bahwa pada umumnya obesitas atau kelebihan berat badan hidup berdampingan dengan salah satu obesitas sentral, prevalensi hipertensi meningkat secara signifikan, dan efek ini sedikit lebih tinggi dari yang sesuai (Gao, 2016).

Prevalensi hipertensi sebanyak 14,1% di antaranya menunjukkan karakteristik sosiodemografi seperti usia, jenis kelamin, dan agama dan kelompok hipertensi. Hasil penelitian ini mendeteksi 74 kasus hipertensi baru di populasi pedesaan di Delhi, riwayat hipertensi 6,8%, dan mengomsumsi obat anti hipertensi 72,1% (Kishore, 2016). Prevalensi hipertensi meningkat di India sebanyak 25-30%, diantaranya laki-laki 37,6% dan perempuan 40,1% (Sarkar, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian (Kumar, 2016), salah satu penyakit pada lansia yaitu arthritis. Arthritis meningkat disebabkan peroksida lipid yang meningkat selama peradangan. Peroksida lipid adalah dihasilkan di lokasi cedera jaringan

akibat peradangan dan berdifusi ke dalam darah yang terdapat dalam serum atau plasma.

Hasil penelitian (Li, 2015), prevalensi usia dan prevalensi gender adalah 5,9% DM. Pada laki-laki dan perempuan, prevalensi DM meningkat seiring bertambahnya usia. Pada kelompok usia 55-64, prevalensi DM adalah yang tertinggi pada laki-laki 12,2% dan perempuan 8,6%. Selama beberapa dekade terakhir, kanker telah menjadi salah satu penyebab kematian yang paling penting. Karenanya, penelitian kanker telah menjadi topik terpanas dan paling mendesak dalam biologi kontemporer. Semua negara maju di dunia telah menginvestasikan tenaga kerja dan sumber daya yang cukup untuk secara aktif mencari terobosan dalam domain ini. peneliti di Taiwan telah mempercepat kemajuan penelitian kanker dengan tujuan untuk mengumpulkan upaya-upaya kanker (Chang, 2018).

Gagal jantung adalah kejadian klinis kompleks yang terkait dengan morbiditas berlebih dan kematian. Mengelola pasien gagal jantung menantang karena kurangnya perawatan yang efektif. Telah diperoleh tentang volume manajemen, termasuk strategi dosis untuk diuretik loop intravena dan peran ultrafiltrasi pada pasien dengan gagal jantung dan disfungsi ginjal (Givertz, 2013).

Prevalensi batu ginjal meningkat dan sekitar 12.000 rumah sakit masuk setiap tahun disebabkan oleh kondisi ini. Pada penelitian ini akan menggunakan studi kasus untuk fokus pada pasien didiagnosis dengan batu ginjal kalsium oksalat. Penelitian ini akan membahas struktur dan fungsi struktur yang terkena

dampak dalam kaitannya dengan batu ginjal dan akan menggambarkan patologi kondisi (Cunningham, 2016).

Di Jepang jumlah penderita penyakit ginjal kronis diperkirakan sekitar 13 juta. Dari jumlah tersebut, jumlah pasien dialisis yang menandakan stadium akhir mencapai 282.000. Setiap tahun, lebih dari 37.000 pasien menjalani terapi dialisis karena nefropati diabetes, glomerulonefritis kronis, nefrosklerosis, penyakit ginjal polikistik, atau glomerulonefritis progresif cepat. Meskipun jumlah pasien dialisis baru karena glomerulonefritis kronis saat ini menurun, jumlah kasus baru yang disebabkan oleh diabetes, hipertensi, dan arteriosklerosis sedang meningkat (Uchida, 2011).

Penyakit jantung adalah penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Penyebab dan pencegahan penyakit jantung telah dipelajari selama bertahun-tahun, dan informasi baru muncul. Selama beberapa dekade terakhir, lemak dan kolesterol telah dianggap sebagai penyumbang utama penyakit arteri koroner dan oleh karena itu orang-orang biasanya disarankan untuk secara ketat membatasi ini dalam makanan mereka. Namun, studi terbaru menunjukkan bahwa itu mungkin tidak bijak untuk secara ketat membatasi asupan asam lemak makanan atau menggantinya dengan asam lemak saat mempertimbangkan kondisi kesehatan lainnya. Bergantung pada seseorang, diet mungkin bukan menjadi faktor penting dalam mencegah penyakit jantung. Olahraga juga bermanfaat bagi semua orang dalam mencegah penyakit jantung (Kelley, 2014).

Pada penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), mayoritas pasien yang dirawat karena pengobatan PPOK adalah wanita (60%) dan dari kelompok etnis

yang lebih tinggi (memiliki keunggulan komparatif dalam hal status sosial dan ekonomi), dengan prevalensi yang lebih besar di antara mereka yang berusia 60-69 tahun (37% dari keseluruhan kasus). Kejadian PPOK meningkat dalam tahun-tahun berturut-turut, dengan beban tertinggi selama bulan-bulan musim dingin (Bhandari, 2012).

Prevalensi hipertensi sebanyak 14,1% di antaranya menunjukkan karakteristik sosiodemografi seperti usia, jenis kelamin, dan agama dan kelompok hipertensi. Hasil penelitian ini mendeteksi 74 kasus hipertensi baru di populasi pedesaan di Delhi, riwayat hipertensi 6,8%, dan mengomsumsi obat anti hipertensi 72,1% (Kishore, 2016)

Stroke adalah penyebab kematian dan morbiditas yang cukup besar di Inggris. Tingkat kematian mungkin banyak dari mereka yang menderita stroke di usia yang lebih tua. Penelitian ini akan meninjau alat yang tersedia untuk membantu penilaian sistematis dan Pengobatan orang dengan dugaan stroke. Perubahan dalam layanan stroke berarti kejadian akut sekarang sering dikenali langsung ke unit stroke akut karena terbukti memberikan perawatan optimal pada fase akut dan sub akut (Smith, 2014).

Faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi di antaranya ciri-ciri individu seperti umur, jenis kelamin, suku,faktor genetik serta faktor lingkungan yang meliputi obesitas, stress, konsumsi garam, merokok, konsumsi alkohol, dan sebagainya(Kaplan,1985 dalam Anggara, 2013). Risiko hipertensi semakin besar seiring peningkatan usia dan lebih tinggi pada populasi kulit hitam dibandingkan kulit putih serta pada individu berpendidikan lebih rendah dan lebih

rendah dan memiliki pendapatan yang lebih kecil. Kaum pria memiliki insidensi hipertensi yang lebih tinggi pada usia muda dan awal usia pertengahan. Sesudah usia tersebut, kaum wanita mempunyai insidensi yang lebih tinggi (Kowalak, 2014).

Hipertensi yang berlangsung lama akan meningkatkan beban kerja jantung karena terjadi peningkatan resistensi terhadap ejeksi ventrikel kiri. Karena hipertensi memicu proses aterosklerosis arteri koronaria, maka jantung dapat mengalami gangguan lebih lanjut akibat penurunan aliran darah kedalam miokardium sehingga timbul angina pectoris atau infark miokard. Hipertensi juga menyebabkan kerusakan pembuluh darah yang semakin mempercepat proses ateros klerosis serta kerusakan organ, seperti cedera retina, gagal ginjal, stroke, dan aneurisma serta diseksi aorta (Kowalak, 2014).

Hipertensi lebih sering ditemukan hanya berupa tekanan sistolik. Tingginya hipertensi sejalan dengan bertambahnya umur, disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, terutama menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik biasanya setelah usia > 60 tahun. Dari hasil penelitian diperoleh jenis kelamin responden terbanyak yaitu perempuan dengan jumlah 55% dan lansia yang menderita hipertensi paling banyak berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 33 orang. Berdasarkan usia, diketahui bahwa pada usia lanjut laki-laki mempunyai peluang untuk terkena hipertensi 3,9 kali dibandingkan dengan perempuan. (Murti, 2005 dalam Mardiana, 2014). Berdasarkan pendidikan terbanyak yaitu SMA dengan jumlah sebanyak 26 orang (43,3%), penghasilan

lansia terbanyak > 3 juta dengan jumlah 25 orang (41,7%), dan stress pada lansia terbanyak dengan jumlah (85%) Mardiana, (2014).

Jenis kelamin perempuan yang mengalami hipertensi sebanyak 53,57%, usia 61-70 tahun yang mengalami hipertensi sebanyak 55%, asupan garam sebanyak 70% yang mengalami hipertensi, konsumsi makanan berlemak sebanyak 84,21% yang mengalami hipertensi, merokok sebanyak 68,75% yang mengalami hipertensi, dan olahraga sebanyak 83,33% yang mengalami hipertensi (Arif, 2013).

Penderita hipertensi berdasarkan umur yaitu 61-70 tahun sebanyak 42%, jenis kelamin yaitu perempuan sebanyak 54%. pendidikan yaitu SLTA sebanyak 42%, pekerjaan yaitu pensiunan sebanyak 56%, dan tekanan darah yaitu hipertensi grade II sebanyak 50% (Sarampang,dkk, 2014).

Kesuksesan pengobatan hipertensi menuntut kepatuhan terhadap instruksi diet dan penggunaan obat yang dianjurkan. Pendidikan mengenai penyakit hipertensi dan pentingnya kepatuhan serta efek samping obat sangat perlu diberikan kepada pasien. Berdasarkan hasil penelitian (Sarampang.dkk, 2014), Pengobatan hipertensi dengan menggunakan obat golongan ACE inhibitor dalam pelaksanaan terapi hipertensi, dengan tujuan untuk mengetahui pengetahuan pasien penderita hipertensi tentang pelaksanaan terapi hipertensi dan mengetahui hubungan pengetahuan pasien tentang obat golongan ACE inhibitor dengan kepatuhan pasien dalam pelaksanaan terapi hipertensi.

Hipertensi dinilai melalui 2 cara yaitu wawancara dan pengukuran. Untuk hipertensi wawancara, ditanyakan mengenai riwayat didiagnosis oleh nakes, dan

kondisi sedang minum obat anti hipertensi saat diwawancara. Untuk hipertensi berdasarkan hasil pengukuran, dilakukan pengukuran tekanan darah/tensi menggunakan alat pengukur/tensimeter digital. Setiap responden diukur tensinya minimal 2 kali. Jika hasil pengukuran kedua berbeda ≥ 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ketiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dengan pengukuran terakhir dihitung sebagai hasil ukur tensi. Walaupun ditanya dan diukur pada umur > 15 tahun prevalensi yang ditampilkan dalam tabel adalah pada umur > 18 tahun sesuai kriteria (JNC VII, 2003 dalam Riskesdas, 2013). Dalam pengobatan hipertensi ada dua terapi yang dilakukan untuk mengobati penyakit hipertensi. Terapi yang digunakan ialah terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Terapi farmakologis menggunakan obat-obatan anti hipertensi sedangkan nonfarmakologis yaitu dengan dengan modifikasi gaya hidup (Muchid, 2006 dalam Sarampong.dkk, 2014).

Berdasarkan permasalahan yang ada, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran penderita hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu.

1.2. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah Gambaran penderita Hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu 2018.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Untuk mengetahui Gambaran penderita Hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi gambaran penderita hipertensi pada lansia berdasarkan umur.
2. Mengidentifikasi gambaran penderita hipertensi pada lansia berdasarkan jenis kelamin.
3. Mengidentifikasi gambaran penderita hipertensi pada lansia berdasarkan suku.
4. Mengidentifikasi gambaran penderita hipertensi pada lansia berdasarkan IMT.
5. Mengidentifikasi gambaran hipertensi pada lansia berdasarkan gaya hidup (alkohol, kurang olahraga, merokok).

1.4. Manfaat Peneliti

1.4.1. Manfaat teoritis

Menambah pengetahuan dan wawasan serta informasi yang bermanfaat untuk meningkatkan pendidikan kesehatan tentang kesehatan penderita Hipertensi pada lansia.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi puskesmas

Sebagai bahan informasi bagi pihak puskesmas untuk mengetahui gambaran penderita hipertensi pada lansia, sehingga melakukan kebijakan dimasa depan, seperti memberikan/informasi yang terkait dengan hipertensi dalam rangka meningkatkan kesehatan masyarakat, dan perhatian dalam upaya pencegahan penyakit degeneratif, sehingga dapat menurunkan prevalensi hipertensi dikawasan tersebut.

2. Bagi pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar pertimbangan institusi pendidikan untuk mengembangkan strategi pembelajaran atau kurikulum tentang gaya hidup hipertensi.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tambahan yang berguna bagi pengembangan penelitian keperawatan berikut terutama yang berhubungan dengan gambaran penderita hipertensi pada lansia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Puskesmas

2.1.1 Defenisi puskesmas

Puskesmas (pusat kesehatan masyarakat) adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan, serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu.

2.1.2 Fungsi puskesmas

Fungsi pokok puskesmas, antara lain:

1. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya
2. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehati
3. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya

2.1.3 Visi dan misi puskesmas

1. Visi Puskesmas

Gambaran masyarakat Indonesia di maa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan pusat kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Masyarakat hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup sehat

- b. Memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata
 - c. Memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia
2. Misi Puskesmas

Misi puskesmas sebagai pusat pengembangan kesehatan yang dapat dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain sebagai berikut:

- a. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan sampai ke desa-desa
- b. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
- c. Mengadakan peralatan dan obat-obatan disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat
- d. Mengembangkan pembangunan kesehatan masyarakat desa

2.1.4 Strategi puskesmas

Strategi puskesmas untuk mewujudkan pembangunan kesehatan antara lain:

- 1. Pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh
- 2. Pelayanan kesehatan yang menerapkan pendekatan yang menyeluruh

2.1.5 Sasaran dan mekanisme pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas

- 1. Keluarga yang belum terjangkau pelayanan kesehatan
- 2. Keluarga dengan risiko tinggi
- 3. Keluarga dengan kasus tindak lanjut keperawatan
- 4. Pembinaan kelompok khusus

5. Pembinaan desa atau masyarakat bermasalah

2.1.6 Pelayanan puskesmas

1. Pelayanan di dalam gedung

- a. Penerima klien di loket pendaftaran
- b. Proses seleksi kasus prioritas
- c. Penyampaian informasi klien yang memerlukan tindak lanjut asuhan keperawatan di rumah

2. Pelayanan di luar gedung

- a. Mempelajari informasi mengenai data kesenjangan pelayanan kesehatan dan menampung informasi yang berasal dari masyarakat
- b. Seleksi untuk mendapatkan sasaran prioritas
- c. Menyampaikan informasi sasaran prioritas

2.1.7 Kegiatan pokok puskesmas

Kegiatan pokok puskesmas antara lain sebagai berikut:

1. Upaya kesehatan Ibu dan Anak
2. Upaya keluarga berencana
3. Upaya perbaikan gizi
4. Upaya kesehatan lingkungan
5. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
6. Upaya pengobatan
7. Upaya penyuluhan kesehatan masyarakat
8. Usaha kesehatan sekolah
9. Kesehatan olahraga

10. Perawatan kesehatan masyarakat
11. Usaha kesehatan kerja
12. Usaha kesehatan gigi dan mulut
13. Usaha kesehatan jiwa
14. Kesehatan mata
15. Laboratorium
16. Pencatatan dan pelaporan sistem informasi kesehatan
17. Kesehatan usia lanjut
18. Pembinaan pengobatan tradisional

2.1.8 Peran puskesmas

Dalam konteks otonomi daerah seperti saat ini, puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis. Puskesmas dituntut memiliki kemampuan manajerial yang baik dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk ikut serta menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang dan realistik, tata laksana kegiatan-kegiatan yang tersusun rapi, serta memiliki sistem evakuasi dan pemantauan yang akurat. Selain itu, puskesmas juga dituntut berperan serta aktif dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu.

2.1.9 Wilayah kerja puskesmas

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah geografis, dan keadaan

infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas.

2.1.10 Kedudukan puskesmas

1. Kedudukan dalam bidang administrasi

Puskesmas merupakan perangkat pemerintah daerah tingkat II dan bertanggungjawab langsung, baik teknis maupun administrative kepada Kepala Dinas Kesehatan Dati II.

2. Kedudukan dalam hirarki pelayanan kesehatan

Dalam urutan hirarki pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem kesehatan nasional (SKN), maka puskesmas berkedudukan pada tingkat fasilitas kesehatan pertama.

2.1.11 Struktur organisasi dan tata kerja

1. Struktur organisasi puskesmas

- a. Unsur pimpinan: Kepala Puskesmas
- b. Unsur pembantu pimpinan: Urusan Tata Usaha
- c. Unsur pelaksana: Unit I, Unit II, Unit III, Unit IV, Unit V, Unit VI, dan Unit VII.

Tugas pokok masing-masing unsur tersebut antara lain sebagai berikut:

1. Kepala puskesmas, mempunyai tugas memimpin dan mengawasi kegiatan puskesmas
2. Kepala urusan tata usaha, mempunyai tugas dibidang kepegawaian, keuangan, keuangan, perlengkapan dan surat menyurat, serta pencatatan dan pelaporan.

3. Unit I, melaksanakan kegiatan kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana (KB), dan perbaikan gizi
 4. Unit II, melaksanakan kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit
 5. Unit III, mlaksanakan kegiatan kesehatan gigi dan mulut, serta kesehatan tenaga kerja dan usia lanjut
 6. Unit IV, melaksanakan kegiatan kesehatan masyarakat, sekolah, dan olahraga
 7. Unit V, melaksanakan kegiatan pembinaan, pengembangan, dan penyuluhan kepada masyarakat
 8. Unit VI, melaksanakan kegiatan pengobatan rawat jalan dan inap
 9. Unit VII, melaksanakan tugas kefarmasian
2. Tata kerja puskesmas

Dalam melaksanakan tugasnya, puskesmas wajib menetapkan prinsip kordinasi, baik dalam lingkungan puskesmas maupun dalam satuan organisasi diluar sesuai dengan tugasnya masing-masing (Mubarak, 2009).

2.2 10 Penyakit Besar Pada Lansia

2.2.1 Infeksi saluran pernafasan akut

1. Defenisi

Infeksi saluran pernafasan akut adalah bentuk parah dari dari cedera paru akut yang ditandai dengan edema paru yang tiba-tiba dan

progresif, peningkatan infiltrate bilateral, hipoksia yang tidak berespons terhadap pemberian oksigen,, dan tidak adanya peningkatan tekanan arteri kiri.

2. Etiologi

- a. Asap rokok
- b. Inhalasi
- c. Virus
- d. Bakteri

3. Patofisiologi

Infeksi saluran pernafasan akut terjadi ketika reaksi inflamasi memicu pelepasan mediator seluler dan kimia, menyebabkan cedera pada membran kapiler alveolo, yang kemudian menimbulkan kerusakan struktur paru-paru.

4. Manifestasi klinis

- a. Dispnea yang awitannya terjadi dengan cepat, biasanya 12-48 jam setelah serangan
- b. Dapat ditemukan adanya retraksi interkostral dan krakles
- c. Hipoksemia arteri yang tidak berespon terhadap terapi oksigen
- d. Cedera paru yang berkembang menjadi alveolitis fibrotik disertai hipoksemi yang parah dan persisten
- e. Peningkatan ruang rugi alveolus dan penurunan komplians paru

5. Penatalaksanaan

- a. Identifikasi dan atasi kondisi penyebab

- b. Berikan suplemen oksigen
- c. Pantau nilai gas darah arteri
- d. Atasi hipovolemia
- e. Berikan dukungan nutrisi

(Brunner & Suddarth, 2015)

2.2.2 Asma

1. Defenisi

Asma adalah gangguan jalan nafas reaktif kronis termasuk obstruksi jalan nafas episodik dan obstruksi jalan nafas reversibel akibat bronkopasme , peningkatan sekresi mukus, dan edema mukosa.

2. Etiologi

- a. Penyebab ekstrinsik
 - 1. Stres emosional
 - 2. Faktor genetic
- b. Penyebab instrinsik
 - 1. Serbuk/partikel
 - 2. Kulit/bulu hewan
 - c. Debu atau jamur rumah
 - d. Bantal kapuk atau bulu
 - e. Penyedap/bumbu makanan yang mengandung sulfat dan bahan sensitive.
- 3. Patofisiologi

Lapisan trakea dan bronkial bereaksi berlebihan terhadap berbagai ransangan, yang menyebabkan spasme otot polos episodic yang menyempitkan (konstriksi) jalan nafas secara akut. Edema mukosa dan penebalan sekresi lebih lanjut menyumbat jalan nafas. Selama serangan asma, aliran udara ekspirasi menurun, yang menahan gas dalam jalan nafas sehingga menyebabkan hiperinflasi alveolar. Peningkatan resistensi jalan nafas menyebabkan jalan nafas.

4. Insidens

Dapat terjadi pada semua usia, sekitar 50% pasien asma berusia kurang dari 10 tahun, dua kali lipat pada anak laki-laki dan perempuan

5. Komplikasi

- a. Status asmatikus
- b. Gagal nafas
- c. Kematian

(Kluwer, 2014).

2.2.3 Diare

1. Definisi

Diare adalah kondisi yang didefinisikan oleh peningkatan frekuensi defekasi, peningkatan jumlah feses, dan perubahan konsistensi.

2. Etiologi

- a. Peningkatan sekresi usus
- b. Penurunan absorpsi mukosa

3. Patofisiologi

Diare dapat disebabkan oleh medikal tertentu, formula untuk pemberian makan melalui slang, gangguan metabolism, dan endokrin, serta infeksi virus dan bakteri.

4. Manifestasi

- a. Peningkatan frekuensi defekasi dan kandungan cairan dalam feses
- b. Kram abdomen, distensi, bunyi bergemuruh di usus, anoreksia, dan rasa haus
- c. Kontraksi anus yang spasmodik dan nyeri sert mengejan yang tidak efeksi setiap kali defekasi.

5. Penatalaksanaan

- a. Menambah cairan oral
- b. Antimikroba
- c. Terapi IV

6. Komplikasi

- a. Disritmia jantung
- b. Haluanan urin kurang dari 30mL/jam
- c. Kelemahan otot
- d. Paretesia
- e. Hipotensi
- f. Anoreksia

(Brunnert & Suddarth, 2015)

2.2.4 Hipertensi

1. Defenisi

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.

2. Etiologi

- a. Stress
- b. Obesitas atau kegemukan
- c. Kurang olahraga
- d. Perokok
- e. Alkohol

3. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Stadium 1	140-159	90-99
Stadium 2	>160	>100

4. Patofisiologi

Hipertensi menimbulkan risiko morbiditas atau mortalitas dini, yang meningkat saat tekanan darah sistolik dan diastolik meningkat. Peningkatan tekanan darah yang berkepanjangan merusak pembuluh darah di organ target (jantung, ginjal, otak, dan mata).

5. Manifestasi

- a. Peningkatan tekanan darah
- b. Sakit kepala
- c. Sukar tidur
- d. Telinga berdengung
- e. Mata terasa berat atau pandangan kabur

- f. Mudah lelah
 - g. Dada berdebar-debar
 - h. Berat dan terasa pegal pada tengkuk
6. Penatalaksanaan
- a. Penurunan berat badan
 - b. Membatasi mengonsumsi alcohol
 - c. Olahraga Teratur
 - d. Relaksasi
 - e. Diet
7. Komplikasi
- a. Penyakit jantung
 - b. Gagal ginjal
 - c. Kebutaan
 - d. Stroke

(Brunner & Suddarth, 2015).

2.2.5 Alergi

1. Defenisi

Alergi adalah reaksi hipersensitivitas langsung yang imediasi immunoglobulin terhadap produk yang mengandung lateks

2. Etiologi

Sering kontak dengan bahan yang mengandung zat-zat kimia

3. Patofisiologi

Sel mast melepaskan histamine dan produk sekretori lainnya. Permeabilitas vascular meningkat serta terjadi vasodilatasi dan bronkokonstruksi. Pada reaksi alergi yang dimediasi sel, limfosit T yang sensitif diaktivasi, menstimulasi proliferasi limfosit lain dan sel mononuclear, yang mengakibatkan inflamasi jaringan dan dermatitis kontak.

4. Faktor Resiko

- a. Pekerja di perusahaan
- b. Profesional medis dan dokter gigi

5. Komplikasi

- a. Obstruksi jalan nafas
- b. Kolaps vascular sistemik
- c. Kematian

(Kluwer, 2014).

2.2.6 Diabetes Melitus

1. Defenisi

Diabetes Melitus adalah sekumpulan gangguan metabolic yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya.

2. Etiologi

- a. Faktor genetic
- b. Penyakit autoimun (tipe 1)

3. Patofisiologi

Efek diabetes mellitus disebabkan defisiensi atau resistensi insulin endogen. Insulin memungkinkan transport glukosa ke dalam sel untuk digunakan sebagai energy atau disimpan sebagai glikogen. Insulin juga menstimulasi sintesi protein dan cadangan asam lemak bebas di jaringan adiposa. Defisiensi insulin mengganggu jaringan tubuh mengakses nutrisi esensial untuk bahan bakar dan cadangan tubuh.

4. Klasifikasi

- a. DM tipe 1 (ketergantungan insulin)
 - 1) Sekitar 5% sampai 10% pasien mengalami DM tipe 1. Tipe ini ditandai dengan destruksi sel-sel beta pancreas akibat faktor genetis, imunologis, dan mungkin juga lingkungan. Injeksi insulin diperlukan untuk mengontrol kadar glukosa darah.
 - 2) Awitan DM tipe 1 terjadi secara mendadak, biasanya sebelum usia 30 tahun
- b. DM tipe 2 (tidak tergantung insulin)
 - 1) Sekitar 90% sampai 95% pasien penyandang DM menderita DM tipe 2 . Tipe ini disebabkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistansi insulin) atau akibat penurunan jumlah insulin yang diproduksi. DM tipe 2 ditangani dengan diet dan olahraga, dan juga dengan agens hipoglemik oral sesuai kebutuhan.

2) DM tipe 2 paling sering dialami oleh pasien diatas usia 30 tahun dan pasien yang obesitas.

5. Faktor resiko

- a. Infeksi virus
- b. Obesitas
- c. Stres
- d. Gaya hidup

6. Manifestasi klinis

- a. Poliuria, polydipsia, dan polifagia
- b. Keletihan dan kelemahan, perubahan pandangan secara mendadak, sensasi kesemutan atau kebas ditangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, atau infeksi berulang.
- c. Awitan DM tipe 1 dapat disertai dengan penurunan berat badan mendadak atau mual, muntah, atau nyeri lambung.
- d. DM tipe 2 disebabkan oleh intoleransi glukosa yang progresif dan berlangsung berlahan (bertahun-tahun) dan mengakibatkan komplikasi jangka panjang apabila DM tidak terdeteksi selama bertahun-tahun misalnya: penyakit mata, neuropati perifer, penyakit vascular perifer.
- e. Tanda dan gejala ketoasidosis diabetes (DKA) mencakup nyeri abdomen, mual, muntah, hiperpentilasi, dan napas berbau buah. DKA yang tidak tertangani dapat menyebabkan perubahan tingkat kesadaran, koma, dan kematian.

7. Komplikasi
 - a. Hipoglekimia
 - b. DKA
 - c. HHNS
8. Penatalaksanaan
 - a. Nutrisi
 - b. Olahraga
 - c. Pemantauan
 - d. Terapi farmakologis
 - e. Edukasi
9. Pencegahan

Bagi pasien yang obesitas (khususnya yang menyandang diabetes tipe 2), penurunan berat badan adalah kunci untuk menangani diabetes dan merupakan faktor preventif utama munculnya penyakit ini (Brunner & Suddarth, 2015).

2.2.7 Infeksi saluran kemih

1. Defenisi
- Infeksi saluran kemih adalah infeksi bakteri pada sistem saluran kemih
2. Etiologi
 - a. Bakteri Escherichia
 - b. Bakteri klebsiella
 - c. Bakteri proteus

- d. Bakteri enterobabakter
- e. Bakteri pseudomonas
- f. Bakteri serratia

3. Patofisiologi

Mekanisme pertahanan lokal dikandung kemih mengalami kerusakan. Bakteri menginvasi mukosa kandung kemih dan memperbanyak diri. Bakteri tidak dapat segera disingkirkan dengan berkemih secara normal. Patogen yang resisten terhadap terapi antimikroba yang diresepkan biasanya menyebabkan ledakan jumlah bakteri (flare-up) selama terapi. Kekambuhan infeksi saluran kemih berasal dari infeksi ulang oleh organisme yang sama atau pathogen yang baru.

4. Faktor resiko

- a. Variasi anatomic yang alamiah
- b. Konsumsi cairan yang tidak adekuat
- c. Trauma atau prosedur invasive
- d. Kateter urin
- e. Obstruksi saluran kemih
- f. Refluks vesikouretra
- g. Statis urin
- h. Diabetes
- i. Inkontinensia usus
- j. Kondisi imobilisasi

- k. Hubungan seksual
5. Komplikasi
- a. Kerusakan lapisan dalam saluran kemih
 - b. Infeksi pada organ dan struktur yang berdekatan
 - c. Infeksi dan kerusakan pada ginjal

(Brunnert & Suddarth, 2015)

2.2.8 Penyakit Kulit

Adapun jenis-jenis penyakit kulit menurut Menaldi (2015), adalah sebagai berikut:

1. Pioderma

a. Defenisi

Pioderma adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh *Staphylococcus* dan *Streptococcus*.

b. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya penyakit pioderma adalah *Staphylococcus aureus*, *streptococcus B hemolyticus*

c. Faktor resiko

- 1) Higiene yang kurang
- 2) Menurunnya daya tahan

d. Faktor resiko

1) Pioderma primer Infeksi pada kulit yang normal. Gambaran klinis tertentu, biasanya disebabkan oleh satu macam mikroorganisme.

2) Pioderma sekunder.

Gambaran klinis tak khas dan mengikuti penyakit yang telah ada. Jika penyakit kulit disertai pioderma sekunder disebut impetigenisata.

2. Impetigo

a. Defenisi

Impetigo adalah pioderma superfisialis (terbatas pada epidermis).

b. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya penyakit impetigo adalah Streptococcus B hemolyticus.

c. Klasifikasi

1. Impetigo krustosa

Penyakit yang hanya terdapat pada anak.

2. Impetigo bulosa

Penyakit yang terdapat pada anak dan dewasa.

3. Folikulitis

a. Defenisi

Folikulitis adalah penyakit radang folikel rambut

b. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya penyakit folikulitis adalah *Staphylococcus aureus*.

STIKES Santa Elisabeth Medan

c. Klasifikasi

- 1) Folikulitis superfisialis (terdapat didalam epidermis)
- 2) Folikulitis profunda (terdapat didalam subkutan)

4. Furunkel

a. Definisi

Furunkel adalah radang folikel rambut dan sekitarnya.

b. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya penyakit furunkel adalah *Staphylococcus aureus*.

c. Gejala klinis

Keluhan nyeri, dengan kelainan berupa nodus eritimatosa berbentuk kerucut, ditengah terdapat pustul. Kemudian melunak menjadi abses yang berisi pus dan jaringan nekrotik, lalu memecah membentuk vistel.

5. Ektima

a. Definisi

Ektima adalah ulkus supervisial dengan krusta diatasnya yang disebabkan infeksi oleh *Staphylococcus*.

b. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya penyakit ektima adalah *Staphylococcus B Hemolyticus*.

c. Gejala klinis

Tampak sebagai krusta tebal berwarna kuning, biasanya berlokasi ditungkai bawah, yaitu tempat yang relative banyak mendapat trauma. Jika krusta diangkat karena ternyata lekat dan tampak ulkus yang dangkal.

6. Pionikia

a. Definisi

Pionikia adalah radang disekitar kuku oleh piokokus.

b. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya penyakit pionikia adalah *Staphylococcus aureus*

c. Gejala klinis

Penyakit ini didahului trauma. Diawali infeksi pada lipat kuku, terlihat tanda-tanda radang, kemudian menjalar kematriks dan lempeng kuku, sehingga dapat terbentuk akses sugumual.

7. Erisipelas

a. Definisi

Erisipelas adalah penyakit infeksi akut, biasanya disebabkan oleh *Staphylococcus*, gejala utamanya adalah eritema berwarna merah cerah dan disertai gejala konstitusi.

b. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya penyakit erisipelas Staphylococcus B Hemolytikus

c. Gejala klinis

Terdapat gejala konstitusi seperti demam dan malaise jika tidak diobati akan menjalar keproksimal. Kalau seiring desidif ditempat yang sama dapat terjadi elephantiasis

8. Hidranadenitis

a. Definisi

Hidranadenitis adalah infeksi kelenjar apokrin, biasnya disebabkan oleh bakteri staphylococcus aureus

b. Etiologi

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya penyakit hidranadenitis adalah Staphylococcus aureus

c. Gejala klinis

Infeksi ini terjadi pada kelenjar apokrin, karena terdapat pada usia dewasa muda.

2.2.9 Penyakit Sendi (Gout)

1. Defenisi

Gout adalah atritis inflamatori yang disebabkan oleh penumpukan asam urat dan kristal.

b. Etiologi

1. Penurunan ekskresi asam urat oleh ginjal
2. Kerusakan genetik dalam metabolisme purin

c. Patofisiologi

Asam urat mengkristal dalam darah dan cairan tubuh dan endapan tersebut terakumulasi dalam jaringan ikat. Kristal memicu respons imun. Neutrofil menyekresi lisosom untuk melakukan fagositosis. Lisosom merusak jaringan dan memperburuk respons umum.

d. Komplikasi

1. Batu ginjal
2. Penyakit aterosklerosis

2.2.10. Dispepsia

1. Defenisi

Dispepsia menggambarkan keluhan atau kumpulan gejala (sindrom) yang terdiri dari nyeri atau rasa tidak nyaman di epigastrium, mual, muntah, kembung, cepat kenyang, klasifikasi Dispepsia rasa penuh, sendawa, regurgitasi, dan rasa panas yang menjalar di dada.

2. Etiologi

Adapun penyebab dari dyspepsia adalah penyakit yang mengenai lambung atau yang dikenal sebagai penyakit maag

3. Klasifikasi Dispepsia

a. Dispepsia organik

Sindrom dispepsia organik terdapat kelainan yang nyata terhadap organ tubuh misalnya tukak (ulkus peptikum), gastritis, *stomach cancer, Gastro-Esophageal reflux disease, hiperacidity*

b. Dispepsia non organik atau dispepsia fungsional

Dispepsia fungsional terjadi pada kondisi perut bagian atas yang mengalami rasa tidak nyaman, mual, muntah, rasa penuh setelah makan yang menunjukkan perubahan sensitivitas syaraf di sekeliling abdomen dan kontraksi otot yang tidak terkoordinasi di dalam perut.

4. Patofisiologi

Patofisiologi dispepsia terutama dispepsia fungsional dapat terjadi karena berbagai macam penyebab. Penyebab tersebut antara lain karena motilitas saluran pencernaan yang tidak normal, hipersensitivitas lambung, faktor genetik, infeksi bakteri *Helicobacter pylori*, faktor psikososial, dan faktor lain seperti lingkungan dan pola makan (Yaranadi, 2013).

5. Gejala

Berbagai kondisi dapat menyebabkan dispepsia. Gejala utama biasanya rasa nyeri atau ketidaknyamanan pada perut bagian atas. Gejala lain yang menyertai antara lain kembung, sendawa, merasa cepat kenyang setelah makan, mual, dan muntah. Gejala tersebut

sering kali dihubungkan dengan makan. Rasa terbakar pada dada (*heartburn*) dan cairan yang terasa pahit pada kerongkonan (*waterbrash*) juga termasuk gejala dispepsia. Gejala dispepsia terjadi seperti datang dan pergi atau tidak berlangsung terus menerus sepanjang waktu (Kenny, 2014)

6. Faktor risiko

a. Konsumsi jenis makanan dan minuman

Jenis-jenis makanan dan minuman tertentu dapat mengakibatkan timbulnya dispepsia. Makanan dan minuman tersebut ialah makanan berminyak atau berlemak, makanan pedas dan berbumbu tajam, minuman berkafein seperti kopi dan teh, minuman beralkohol, *peppermint*, bawang putih, dan coklat (Przybys, 2011). Konsumsi obat anti inflamasi non steroid seperti aspirin juga menjadi salah satu faktor munculnya dispepsia.

b. Kebiasaan Merokok

Merokok mempengaruhi saluran pencernaan dengan cara mengurangi produksi mukosa lambung dan sekresi perlindungan lainnya, memicu refluks lambung dan mengurangi aliran darah pada lapisan sistem pencernaan (Cash, 2013). Merokok berkontribusi terhadap penyakit kanker dan gangguan sistem pencernaan seperti rasa terbakar pada dada (*heartburn*), *gastroesophageal reflux disease* (GERD), ulkus peptik, dan beberapa penyakit hati.

c. Pengaruh Stress dan Kecemasan

Adanya stress dapat mempengaruhi fungsi gastrointestinal dan mencetuskan keluhan pada orang sehat salah satunya dispepsia. Hal ini disebabkan karena asam lambung yang berlebihan dan adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului keluhan mual setelah stimulus stress sentral (Djojoningrat, 2006b). Selain itu, stress mengubah sekresi asam lambung, motilitas, dan vaskularisasi saluran pencernaan. Keadaan stress yang berat dikaitkan dengan asupan tinggi lemak, kurang buah dan sayuran.

7. Dampak

Sindrom dispepsia dapat memberikan dampak negatif pada kualitas hidup seseorang. Sebagai contoh adalah *Gastro-Esophageal Reflux Disease* (GERD) yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa GERD dapat menyebabkan gangguan tidur, penurunan produktivitas di tempat kerja dan di rumah, dan gangguan aktivitas sosial. Pada kasus remaja misalnya dispepsia dapat mengganggu studi ketika di sekolah dan mengganggu berbagai aktivitas remaja.

h. Penatalaksanaan

1) Antasida apabila diperlukan

Antasida merupakan alkali yang dapat berbentuk cair atau tablet yang dapat menetralkan asam lambung. Penggunaannya dapat sesuai resep atau petunjuk dokter.

STIKES Santa Elisabeth Medan

2) Perubahan pengobatan yang sedang dilakukan

Perubahan pengobatan dilakukan apabila obat yang dikonsumsi saat ini menyebabkan munculnya gejala dispepsia atau memperburuk kondisi dispepsia pada individu.

3) Pengujian terhadap infeksi *Helicobacter pylori*

Pengujian ini dapat dilakukan apabila frekuensi dispepsia semakin parah. Apabila terinfeksi maka pasien harus mengkonsumsi antibiotik untuk membersihkan bakteri tersebut.

4) Perubahan gaya hidup

Pada semua tipe dispepsia perubahan gaya hidup dapat dilakukan dengan cara memastikan makan dengan teratur, mengurangi berat badan apabila obesitas, menghindari merokok, dan tidak mengkonsumsi alkohol.

2.3. Lansia

2.3.1. Defenisi Proses Penuaan

Menjadi tua (MENUA) adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu neonates,toddler,pra school, school, remaja, dewasa, dan lansia. Tahap berbeda ini dimulai baik secara biologis maupun psikologis.

Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit menjadi keriput karena bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran berkurng , penglihatan memburuk, gigi mulai ompong, aktifitas menjadi lambat, nafsu makan berkurang dan kondisi tubuh yang lain juga mengalami kemunduran.

Menurut WHO dan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian. Proses penuaan terdiri atas teori-teori tentang penuaan, aspek biologis pada proses menua, proses menua pada tingkat sel, proses penuaan menurut system tubuh, dan aspek psikologis pada proses penuaan (Padila, 2013).

2.3.2. Teori-teori proses menua

Teori-teori tentang penuaan sudah banyak dikemukakan, namun tidak semuanya dapat diterima. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok, yaitu yang termasuk kelompok teori biologis dan sosiologis.

a. Teori biologis

Adapun beberapa teori-teori proses menua yang sebenarnya secara individual, yaitu:

1. Tahap proses menua terjadi pada orang usia berbeda
2. Masing-masing lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda

3. Tidak ada satu faktor yang ditemukan untuk mencegah proses menua
- b. Teori sosiologis
 1. Masyarakat terdiri atas aktor sosial yang berupaya mencapai tujuannya masing-masing
 2. Dalam upaya tersebut, terjadi interaksi sosial yang memerlukan biaya dan waktu.
 3. Untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai, seorang aktor mengeluarkan biaya (Nugroho, 2013).

1.3.3. Batasan-batasan lanjut usia

1. Menurut WHO (*World Health Organization*)
 - a. Usia pertengahan (*middle age*) (45-59 tahun)
 - b. Lanjut usia (*elderly*) (60-74 tahun)
 - c. Lanjut usia tua (*old*) (75-90)
 - d. Usia sangat tua (*very old*) (diatas 90 tahun)
2. Menurut Bee (1996)
 - a. Masa dewasa muda (usia 18-25)
 - b. Masa dewasa awal (usia 25-40 tahun)
 - c. Masa dewasa tengah (usia 40-65 tahun)
 - d. Masa dewasa lanjut (usia 65-75 tahun)
 - e. Masa dewasa sangat lanjut (usia >75 tahun)
3. Menurut Prof. Dr. Koesoemanto Setyonegoro
 - a. Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) usia 18/20-25 tahun

- b. Usia dewasa penuh (*Midle years*) atau maturasi usia 25–60/65 tahun
- c. Lanjut usia (*geriatric age*) usia > 65/70 tahun, terbagi atas:
 - 1. *Young old*, usia 70-75 tahun.
 - 2. *Old*, usia 75-80 tahun.
 - 3. *Very old*, usia >80 tahun (Padila, 2013).

2.3.4 Masalah dan Penyakit lanjut Usia

1. Masalah Fisik Umum

a. Mudah Jatuh

Jatuh pada lanjut usia merupakan masalah yang sering terjadi. Penyebabnya bisa karena gangguan gaya berjalan, kelemahan otot ekstremitas bawah, kekakuan sendi, dan sinkope atau pusing. Sekitar 35% dari populasi lanjut (yang berusia 65 tahun) keatas mengalami jatuh setiap tahunnya. Separuh dari angka tersebut mengalami jatuh berulang.

b. Mudah lelah

Hal ini bisa disebabkan oleh:

- 1) Faktor psikologis (perasaan bosan, keletihan, atau depresi)
- 2) Gangguan organik misalnya,
 - a. Anemia
 - b. Kekurangan vitamin
 - c. Osteomalasia
 - d. Gangguan ginjal dengan uremia

- e. Gangguan faal hati
 - f. Kelainan metabolisme (diabetes melitus, hipertiroid)
 - g. Gangguan sistem peredaran darah dan jantung
- 3) Pengaruh obat, misalnya obat penenang, obat jantung, dan obat yang melelahkan daya kerja otot.

2. Gangguan kardiovaskuler

- a. Nyeri dada
 - 1. Penyakit jantung koroner yang dapat menyebabkan iskemia jantung (berkurangnya aliran darah ke jantung)
 - 2. Radang selaput jantung

- b. Gangguan pada sistem alat pernafasan, misalnya pleuropneumonia/emboli paru-paru dan gangguan pada saluran pencernaan bagian atas.

- 1. Sesak nafas pada kerja fisik

Dapat disebabkan oleh kelemahan jantung, gangguan sistem saluran napas, berat badan berlebihan (gemuk), atau anemia.

- c. Nyeri pinggang atau punggung

Nyeri di bagian ini disebabkan oleh:

- 1. Gangguan sendi atau susunan sendi pada susunan tulang belakang (osteomalasia, osteoporosis, dan osteoarthritis).
- 2. Gangguan Pankreas
- 3. Kelainan ginjal (batu ginjal)
- 4. M Gangguan pada rahim

5. Gangguan pada kelenjar prostat
6. Gangguan pada otot badan
7. HNP (hernia Nucleus pulposus)

(Nugroho, 2012).

2.3.5. 10 penyakit besar pada lansia

1. Arthritis

a.. Defenisi

Arthritis adalah kelainan sendi yang paling sering ditemukan dan kerap kali menimbulkan ketidakmampuan.

b.. Etiologi

1. Inflamasi sinovia
2. Peregangan kapsula
3. Iritasi ujung-ujung saraf
4. Mikrofraktur trabekulum
5. Hipertensi intraoseus
6. Bursitis
7. Tendinitis
8. Spasme otot

c. Klasifikasi

1. Tipe primer
2. Tipe sekunder

d. Patofisiologi

Artritis dapat dianggap sebagai hasil akhir banyak proses patologi yang menyatu menjadi suatu predisposisi penyakit yang menyeluruh. Faktor resiko bagi artritis mencakup usia, jenis kelamin, predisposisi genetic, obesitas, stress, trauma sendi, kelainan sendi atau tulang yang dialami sebelumnya, dan riwayat penyakit inflamasi. Artritis yang terjadi dalam usia dewasa muda pada usia ini, artritis sangat jarang dijumpai akan meningkatkan resikoterjadinya artritis dikemudian hari pada sendi lutut.

Faktor-faktor mekanis seperti trauma sendi, aktivitas olahraga, dan pekerjaan juga turut terlibat. Faktor-faktor ini mencakup kerusakan pada ligamentum krusiatum dan robekan maniskus, aktifitas fisik yang berat dan kebiasaan sering berlutut.

e. Manifestasi klinis

Perasaan kaku yang paling sering dialami pada pagi hari atau sesudah bangun tidur biasanya berlangsung kurang dari 30 menit dan akan berkurang sesudah sendi-sendi itu di gerakkan. Gangguan fungsional disebabkan oleh rasa nyeri ketika sendi digerakkan dan keterbatasan gerakan yang terjadi akibat perubahan struktural dalam sendi.

f. Penatalaksanaan

Meskipun tidak ada terapi yang dapat menghentikan proses degenerative, tindakan preventif tertentu dapat dilakukan untuk memperlambat proses tersebut bila mana diupayakan secara cukup

dini. Tindakan ini mencakup penurunan berat badan, pencegahan cedera, pemeriksaan skrining prnatal untuk mendeteksi kelainan bawaan sendi paha, dan pendekatan ergonomic untuk memodifikasi stress akibat pekerjaan. Penatalaksanaan terapeutik terdiri atas farmakoterapi, tindakan suportif, dan intervensi bedah kalau rasa nyerinya membandel dan fungsi sendi sudah menghilang.

Terapi konservatif mencakup penggunaan kompres hangat, penurunan berat badan, upaya untuk mengistirahatkan sendi serta menghindari penggunaan sendi yang berlebihan, pemakaian alat-alat ortotik untuk menyanggah sendi yang mengalami inflamasi (bidai, penopang) dan latihan isometrik serta postural. Terapi okupasional dan fisioterapi dapat membantu pasien untuk mengadopsi strategi penanganan mandiri (Brunner & Suddarth, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian (Kumar, 2016), salah satu penyakit pada lansia yaitu atritis. Atritismeningkat disebabkan meningkatnya peroksida lipid selama peradangan kronis. Peroksida lipid adalah dihasilkan di lokasi cedera jaringan akibat peradangan dan berdifusi ke dalam darah dan terdapat dalam serum atau plasma.

2. Diabetes Melitus

a. Defenisi

Diabetes Melitus adalah sekumpulan gangguan metabolic yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah

(hiperglemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya.

STIKES Santa Elisabeth Medan

b. Etiologi

- 1) Faktor genetik
- 2) Penyakit autoimun (tipe 1)

c. Patofisiologi

Efek diabetes mellitus disebabkan defisiensi atau resistensi insulin endogen. Insulin memungkinkan transport glukosa ke dalam sel untuk digunakan sebagai energy atau disimpan sebagai glikogen. Insulin juga menstimulasi sistensi protein dan cadangan asam lemak bebas di jaringan adiposa. Defisiensi insulin mengganggu jaringan tubuh mengakses nutrisi esensial untuk bahan bakar dan cadangan tubuh.

d. Klasifikasi

1. DM tipe 1 (ketergantungan insulin)

- a). Sekitar 5% sampai 10% pasien mengalami DM tipe 1. Tipe ini ditandai dengan destruksi sel-sel beta pancreas akibat faktor genetis, imunologis, dan mungkin juga lingkungan. Injeksi insulin diperlukan untuk mengontrol kadar glukosa darah.

- b). Awitan DM tipe 1 terjadi secara mendadak, biasanya sebelum usia 30 tahun

2. DM tipe 2 (tidak tergantung insulin)

- a). Sekitar 90% sampai 95% pasien penyandang DM menderita DM tipe 2. Tipe ini disebabkan oleh penurunan

sensitivitas terhadap insulin (resistansi insulin) atau akibat penurunan jumlah insulin yang diproduksi.

DM tipe 2 ditangani dengan diet dan olahraga, dan juga dengan agens hipoglemik oral sesuai kebutuhan.

b). DM tipe 2 paling sering dialami oleh pasien diatas usia 30

tahun dan pasien yang obesitas.

c). Faktor resiko

a. Infeksi virus

b. Obesitas

c. Stres

d. Gaya hidup

e. Manifestasi klinis

1. Poliuria, polydipsia, dan polifagia

2. Keletihan dan kelelahan, perubahan pandangan secara mendadak, sensasi kesemutan atau kebas ditangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, atau infeksi berulang.

3. Awitan DM tipe 1 dapat disertai dengan penurunan berat badan mendadak atau mual, muntah, atau nyeri lambung.

4. DM tipe 2 disebabkan oleh intoleransi glukosa yang progresif dan berlangsung berlahanan (bertahun-tahun) dan mengakibatkan komplikasi jangka panjang apabila DM tidak terdeteksi selama

bertahun-tahun misalnya: penyakit mata, neuropati perifer, penyakit vascular perifer.

5. Tanda dan gejala ketoasidosis diabetes (DKA) mencakup nyeri abdomen, mual, muntah, hiperpentilasi, dan napas berbau buah. DKA yang tidak tertangani dapat menyebabkan perubahan tingkat kesadaran, koma, dan kematian.

f. Komplikasi

- 1) Hipoglekimia
- 2) DKA
- 3) HHNS

g. Penatalaksanaan

- 1) Nutrisi
- 2) Olahraga
- 3) Pemantauan
- 4) Terapi farmakologis
- 5) Edukasi

h. Pencegahan

Bagi pasien yang obesitas (khususnya yang menyandang diabetes tipe 2), penurunan berat badan adalah kunci untuk menangani diabetes dan merupakan faktor preventif utama munculnya penyakit ini (Brunner & Suddarth, 2015).

Hasil penelitian (Li, 2015), prevalensi usia dan prevalensi gender adalah 5,9% DM dan 10,0% IFG. Pada laki-laki dan

perempuan, prevalensi DM dan IFG meningkat seiring bertambahnya usia. Pada kelompok usia 55-64, prevalensi DM dan IFG adalah yang tertinggi pada laki-laki 12,2% dan perempuan 8,6%.

3. Kanker

a. Definisi

Kanker adalah suatu proses penyakit yang dimulai ketika sel abnormal diubah oleh mutasi genetik DNA seluler.

b. Patofisiologi

Sel abnormal membentuk sebuah kelompok dan mulai berproliferasi secara abnormal, mengabaikan sinyal pengatur pertumbuhan dilingkungan sekitar sel. Sel mendapatkan karakteristik invasif, dan terjadi perubahan jaringan disekitar. Sel menginfiltasi jaringan ini dan memperoleh akses ke limfe dan pembuluh darah, yang membawa sel ke area tubuh yang lain. Fenomena ini disebut metastasis (kanker menyebar kebagian tubuh yang lain).

Sel-sel kanker dideskripsikan sebagai neuplasma ganas/maligna dan di klasifikasikan serta diberi nama berdasarkan jaringan tempat asal tumbuh sel kanker tersebut. Kegagalan sistem imun untuk menghancurkan sel abnormal secara cepat dan tepat memungkinkan sel-sel ini tumbuh terlalu besar untuk dapat ditangani oleh mekanisme imun yang

abnormal. Kategori agens atau faktor tertentu yang berperan dalam karsinogenesis (transpormasi maligna) mencakup virus dan bakteri, agens fisik, agens kimia, faktor genetic atau familial, faktor diet, dan agens hormonal.

c. Manifestasi Klinis

- 1) Sel-sel kanker menyebar dari satu organ atau bagian tubuh ke organ atau bagian tubuh yang lain melalui invasi dan metastasis. Oleh sebab itu manifestasi klinis berkaitan dengan sistem yang berpengaruh/yang terganggu dan dihubungkan dengan derajat gangguan
- 2) Secara umum, kanker menyebabkan anemia, kelemahan, penurunan berat badan dan nyeri.
- 3) Gejala yang disebabkan oleh penghancuran jaringan dan penggantian oleh jaringan kanker nonfungsional atau jaringan kanker yang terlalu produktif, tekanan pada struksur sekitar, peningkatan kebutuhan metabolic, dan gangguan produksi sel-sel darah.

d. Penatalaksanaan

- 1) Pembedahan, bedah penyelamatan, bedah elektro, bedah beku, bedah kemo atau bedah laser.
- 2) Terapi radiasi dan kemoterapi
- 3) Transplantasi sumsum tulang
- 4) Hipertermia

- 5) Terapi gen, pengobatan komplementer, dan alternative.

e. Stadium kanker

1) Stadium 1

Tumor kurang dari 2cm, keterlibatan nodus limfe negatif, tidak terdeteksi adanya metastasis.

2) Stadium 2

Tumor lebih dari 2cm tetapi kurang dari 5cm, keterlibatan nodus limfe belum pasti negative atau positif, tidak terdeteksi adanya metastasis.

3) Stadium 3

Tumor besar berukuran lebih dari 5cm, atau tumor dengan ukuran berapapun yang disertai invasi ke kulit atau dinding dada atau keterlibatan nodus limfe yang positif di area klavikula tanpa adanya bukti metastasis.

d) Stadium 4

Tumor berukuran berapapun, keterlibatan nodus limfe positif atau negative, dan metastasis jauh (Brunner & Suddarth, 2014). Selama beberapa dekade terakhir, kanker telah menjadi salah satu penyebab kematian yang paling penting. Karenanya, penelitian kanker telah menjadi topik terpanas dan paling mendesak dalam biologi kontemporer. Semua negara maju di dunia telah menginvestasikan tenaga kerja dan sumber daya yang cukup untuk secara aktif mencari terobosan dalam domain ini. peneliti di Taiwan

telah mempercepat kemajuan penelitian kanker dengan tujuan untuk mengumpulkan upaya-upaya kanker (Chang, 2018).

4. Gagal Jantung

a. Defenisi

Gagal jantung adalah cairan yang terakumulasi dalam jantung yang berasal dari miokardium dan tidak dapat memberikan curah jantung yang cukup.

b. Etiologi

- 1) Stenosis
- 2) Aritmia
- 3) Hipertensi
- 4) Aterosklerosis
- 5) Miokarditis
- 6) Perikarditis
- 7) Tirotoksikosis
- 8) Emboli paru
- 9) Infeksi
- 10) Anemia
- 11) Stres emosional

c. Patofisiologi

- 1) Gagal jantung kiri

a) Ketidakmampuan ventrikel kiri untuk memompa darah dan penurunan curah jantung.

b) Darah mengalir balik kedalam atrium kiri dan paru, menyebabkan kongesti paru.

2) Gagal jantung kanan

Fungsi kontraktil ventrikel kanan yang tidak efektif menyebabkan darah mengalir balik kedalam atrium kanan dan sirkulasi perifer, yang mengakibatkan edema perifer dan pembesaran ginjal dan organ lain.

d. Karakteristik umum

- 1) Penurunan curah jantung
- 2) Nafas pendek
- 3) Edema perifer
- 4) Dispnea ketika melakukan aktifitas berat

e. Insidens

- 1) Memengaruhi 1% orang yang berusia lebih dari 50 tahun
- 2) Memengaruhi 10% orang yang berusia lebih dari 80 tahun

f. Komplikasi

- 1) Edema paru
- 2) Gagal organ, terutama otak dan ginjal
- 3) Infark miokard

(Kluwer, 2014)

Gagal jantung adalah kejadian klinis kompleks yang terkait dengan morbiditas berlebih dan kematian. Mengelola pasien gagal jantung menantang karena kurangnya perawatan yang efektif. Telah diperoleh tentang volume manajemen, termasuk strategi dosis untuk diuretik loop intravena dan peran ultrafiltrasi pada pasien dengan gagal jantung dan disfungsi ginjal (Givertz, 2013).

5. Batu Ginjal

a. Defenisi

Batu ginjal adalah pembentukan batu (kalkuli) disaluran kemih dan paling sering terbentuk di pelvis atau kaliks.

b. Patofisiologi

- 1) Batu terbentuk ketika zat-zat, seperti kalsium, asam urat, strufit, atau sistin normalnya dihancurkan didalam urine
- 2) Batu yang kasar dan besar dapat menyumbat lubang ke taut ureteropelvis
- 3) Frekuensi dan tekanan konrtraksi peristaltik meningkat, menyebakan nyeri.

c. Faktor Resiko

- 1) Dehidrasi
- 2) Infeksi
- 3) Perubahan PH urine
- 4) Obstruksi saluran kemih

- 5) Imobilisasi
- 6) Faktor metabolic

d. Insidens

- 1) Lebih sering menyerang pria dari pada wanita
- 2) Jarang terjadi pada orang kulit hitam dan anak-anak

e. Karakteristik Umum

- 1) Nyeri pinggang
- 2) Mual muntah

f. Komplikasi

- 1) Kerusakan parenkim ginjal
- 2) Nekrosis sel ginjal
- 3) Hidronefrosis
- 4) Obstruksi saluran kemih total

(Kluwer, 2014)

Prevalensi batu ginjal meningkat dan sekitar 12.000 rumah sakit masuk setiap tahun disebabkan oleh kondisi ini. Pada penelitian ini akan menggunakan studi kasus untuk fokus pada pasien didiagnosis dengan batu ginjal kalsium oksalat. Penelitian ini akan membahas struktur dan fungsi struktur yang terkena dampak dalam kaitannya dengan batu ginjal dan akan menggambarkan patologi kondisi (Cunningham, 2016).

6. Gagal Ginjal

a. Gagal ginjal akut

- 1) Definisi

Gagal ginjal akut adalah gangguan fungsi ginjal mendadak.

2) Etiologi

- a) Gagal prerenal (hipoperfusi ginjal)
- b) Gagal intrarenal(kerusakan aktual jaringan ginjal)
- c) Gagal postrenal(obstruksi aliran urin)

3) Patofisiologi

Gagal ginjal terjadi ketika mampu mengangkut sampah sampah metabolic tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya dieliminasi diurin menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa.

4) Manifestasi Klinis

- a) Perubahan haluanan urin
- b) Peningkatan BUN dan kadar kreatinin
- c) Hiperkalemia
- d) Asidosis metabolic
- e) Anemia

5) Penatalaksanaan

- a) Dialisis
- b) Penanganan hyperkalemia
- c) Mempertahankan keseimbangan cairan
- d) Pertimbangan nutrisional
- e) CAiran IV dan diuretic

- f) Koreksi asidosis dan peningkatan kadar fosfat
 - g) Pemantauan yang berlanjut selama fase pemulihan
- 6) Komplikasi
- a) Berhentinya fungsi ginjal
 - b) Ketidakseimbangan elektrolit
 - c) Asidosis metabolic
 - d) Edema paru akut
 - e) Krisis hipertensi
 - f) Infeksi
- b. Gagal ginjal kronis
- 1) Defenisi
- Gagal ginjal kronis adalah gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolism dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah).
- 2) Etiologi
- a) Diabetes mellitus
 - b) Glumerulonefritis kronis
 - c) Pielonefritis
 - d) Hipertensi yang tidak dapat terkontrol
 - e) Obstruksi raktus urinarius
 - f) Lesi herediter

c. Patofisiologi

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolism protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis.

d. Manifestasi klinis

Karena pada ginjal kronis setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akan memperlihatkan sejumlah tanda dan gejala. Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien.

e. Penatalaksanaan

Untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis selama mungkin. Seluruh faktor yang berperan dalam pada gagal ginjal tahap akhir dan faktor yang dapat dipulihkan, diidentifikasi, dan ditangani.

f. Komplikasi

- a) Anemia
- b) Neuropati perifer
- c) Gangguan lipid
- d) Disfungsi trombosit
- e) Edema paru

f) Ketidakseimbangan elektrolit

g) Disfungsi seksual

(Brunner & Sudarth, 2014).

Di Jepang jumlah penderita penyakit ginjal kronis diperkirakan sekitar 13 juta. Dari jumlah tersebut, jumlah pasien dialisis yang menandakan stadium akhir mencapai 282.000. Setiap tahun, lebih dari 37.000 pasien menjalani terapi dialisis karena nefropati diabetes, glomerulonefritis kronis, nefrosklerosis, penyakit ginjal polikistik, atau glomerulonefritis progresif cepat. Meskipun jumlah pasien dialisis baru karena glomerulonefritis kronis saat ini menurun, jumlah kasus baru yang disebabkan oleh diabetes, hipertensi, dan arteriosklerosis sedang meningkat (Uchida, 2011).

7. Penyakit Jantung Koroner

a. Defenisi

Penyakit jantung koroner adalah sebuah kondisi ketika ventrikel kanan mengalami pembesaran akibat adanya penyakit yang memengaruhi struktur atau fungsi paru atau sistem vaskularnya.

b. Etiologi

1) Aterosklerosis (penimbunan lipid dan jaringan fibrosa dalam arteri koronaria)

2) Trombosis (sumbatan di dalam pembuluh darah jantung)

c. Patofisiologi

Adanya penyempitan pada pembuluh darah koroner sebagai akibat dari meningkatnya kadar kolesterol dan lemak dalam darah , maka akan terjadi pengurangan aliran darah ke otot jantung. Otot jantung yang kekurangan darah tidak dapat menimbulkan rasa nyeri di dada, yang dikenal dengan sebutan angina pectoris, dada terasa seperti tertekan oleh beban berat, terutama pada daerah jantung.

d. Faktor Resiko

- 1) Umur
- 2) Jenis kelamin
- 3) Riwayat keluarga atau faktor genetic

e. Manifestasi Klinis

- 1) Pasien yang menderita gagal ventrikel kanan akan mengalami edema tunkai dan kaki, distensi vena leher, pembesaran hati yang akan teraba jika dipalpasi, efusi pleura, asites, dan murmur janntung.
- 2) Sakit kepala, konfusi, dan somnolen dapat terjadi akibat peningkatan kadar karbon dioksida (hiperkapnea).
- 3) Pasien sering mengeluhkan peningkatan sesak nafas, mengi, batuk, dan kelelahan.

f. Penatalaksanaan

Untuk memperbaiki ventilasi dan mengatasi penyakit paru utama dan manifestasi penyakit jantung (Brunner & Suddarth, 2014).

Penyakit jantung adalah penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Penyebab dan pencegahan penyakit jantung telah dipelajari selama bertahun-tahun, dan informasi baru muncul. Selama beberapa dekade terakhir, lemak dan kolesterol telah dianggap sebagai penyumbang utama penyakit arteri koroner dan oleh karena itu orang-orang biasanya disarankan untuk secara ketat membatasi ini dalam makanan mereka. Namun, studi terbaru menunjukkan bahwa itu mungkin tidak bijak untuk secara ketat membatasi asupan asam lemak makanan atau menggantinya dengan asam lemak saat mempertimbangkan kondisi kesehatan lainnya. Bergantung pada seseorang, diet mungkin bukan menjadi faktor penting dalam mencegah penyakit jantung. Olahraga juga bermanfaat bagi semua orang dalam mencegah penyakit jantung (Kelly, 2014).

8. Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK).

a. Defenisi

Penyakit paru obstruksi kronik adalah penyakit yang dicirikan oleh keterbatasan aliran darah yang tidak dapat pulih sepenuhnya.

- b. Etiologi
- 1) Penyempitan jalan nafas
 - 2) Hipersekresi mukus
 - 3) perubahan pada sistem pembuluh darah paru
- c. Patofisiologi
- Keterbatasan aliran udara biasanya bersifat progresif dan dikaitkan dengan respons inflamasi paru yang abnormal terhadap partikel atau gas berbahaya, yang menyebabkan penyempitan jalan nafas, hipersekresi mucus, dan perubahan pada sistem pembuluh darah paru.
- d. Faktor Resiko
- 1) Merokok
 - 2) Polusi udara
 - 3) Pajanan ditempat kerja
- e. Manifestasi
- 1) Penyakit Paru Obstruksi Kronik dicirikn oleh oleh batuk kronis produksi sputum, dan dyspnea saat mengerahkan tenaga kerapmemburuk seiring dengan waktu.
 - 2) Penurunan berat badan sering terjadi.
- f. Penatalaksanaan
- 1) Terapi oksigen
 - 2) Berhenti merokok

g. Komplikasi

- 1) Pneumonia
- 2) Atelektasis
- 3) Pneumothoraks

(Brunner & Suddaerth, 2014)

Mayoritas pasien yang dirawat karena pengobatan PPOK adalah wanita (60%) dan dari kelompok etnis yang lebih tinggi (memiliki keunggulan komparatif dalam hal status sosial dan ekonomi), dengan prevalensi yang lebih besar di antara mereka yang berusia 60-69 tahun (37% dari keseluruhan kasus). Kejadian PPOK meningkat dalam tahun-tahun berturut-turut, dengan beban tertinggi selama bulan-bulan musim dingin (Bhandari, 2012).

9. Hipertensi

a. Defenisi

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg.

b. Etiologi

- 1) Stress
- 2) Obesitas atau kegemukan
- 3) Kurang olahraga
- 4) Perokok
- 5) Alkohol

c. Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120-139	80-89
Stadium 1	140-159	90-99
Stadium 2	>160	>100

e. Patofisiologi

Hipertensi menimbulkan risiko morbiditas atau mortalitas dini, yang meningkat saat tekanan darah sistolik dan diastolik meningkat. Peningkatan tekanan darah yang berkepanjangan merusak pembuluh darah di organ target (jantung, ginjal, otak, dan mata).

e. Manifestasi

- 1) Peningkatan tekanan darah
- 2) Sakit kepala
- 3) Sukar tidur
- 4) Telinga berdengung
- 5) Mata terasa berat atau pandangan kabur
- 6) Mudah lelah
- 7) Dada berdebar-debar
- 8) Berat dan terasa pegal pada tengkuk

f. Penatalaksanaan

- 1) Penurunan berat badan
- 2) Membatasi mengonsumsi alkohol

- 3) Olahraga Teratur
- 4) Relaksasi
- 5) Diet

g. Komplikasi

- 1) Penyakit jantung
- 2) Gagal ginjal
- 3) Kebutaan
- 4) Stroke

(Brunner & Suddarth, 2014)

Prevalensi hipertensi sebanyak 14,1% di antaranya menunjukkan karakteristik sosiodemografi seperti usia, jenis kelamin, dan agama dan kelompok hipertensi. Hasil penelitian ini mendeteksi 74 kasus hipertensi baru di populasi pedesaan di Delhi, riwayat hipertensi 6,8%, dan mengomsumsi obat anti hipertensi 72,1% (Kishore, 2016)

10. Stroke

a. Definisi

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak.

b. Etiologi

- 1) Trombosis serebral (bekuan darah didalam pembuluh darah otak)
- 2) Emboli serebral (bekuan darah yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)
- 3) Iskemia (penurunan pembuluh darah ke area otak)

- 4) Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan pendarahan kedalam jaringan otak)
- c. Patofisiologi
- 1) Suplai oksigen ke otak terganggu atau tidak ada
 - 2) Pada stroke trombotik atau embolik, neuron mati akibat kekurangan oksigen
 - 3) Pada stroke hemoragik, gangguan perfusi serebral menyebabkan infark.
- d. Faktor Resiko
- 1) Riwayar serangan iskemik transien
 - 2) Penyakit jantung
 - 3) Merokok
 - 4) Riwayat penyakit serebrovaskular dalam keluarga
 - 5) Obesitas
 - 6) Konsumsi alcohol
 - 7) Aritmia jantung
 - 8) Diabetes mellitus
 - 9) Penyakit gout
 - 10) Kadar trigliserida serum yang tinggi
 - 11) Penggunaan kontrasepsi oral yang diperparah dengan merokok hipertensi
 - 12) Peningkatan kadar kolesterol dan trigliserida.

e. Manifestasi

- 1) Kehilangan motoric
- 2) Kehilangan Komunikasi
- 3) Gangguan persepsi
- 4) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis
- 5) Disfungsi kandung kemih

g. Penatalaksanaan

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretic unruk menurunkan edema serebral, yang mencapi tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskular. Medikasi anti trombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi.

h. Komplikasi

- 1) Hipoksia serebral
- 2) Aliran darah serebral
- 3) Embolisme serebral

(Brunner & Suddarth, 2014)

Stroke adalah penyebab kematian dan morbiditas yang cukup besar di Inggris. Tingkat kematian mungkin banyak dari mereka yang menderita stroke di usia yang lebih tua. Penelitian ini akan meninjau alat yang tersedia untuk membantu penilaian sistematis dan Pengobatan orang dengan dugaan stroke.

Perubahan dalam layanan stroke berarti itu kejadian akut sekarang sering dikenali langsung ke unit stroke akut karena terbukti memberikan perawatan optimal pada fase akut dan sub akut (Smith, 2014).

STIKES Santa Elisabeth Medan

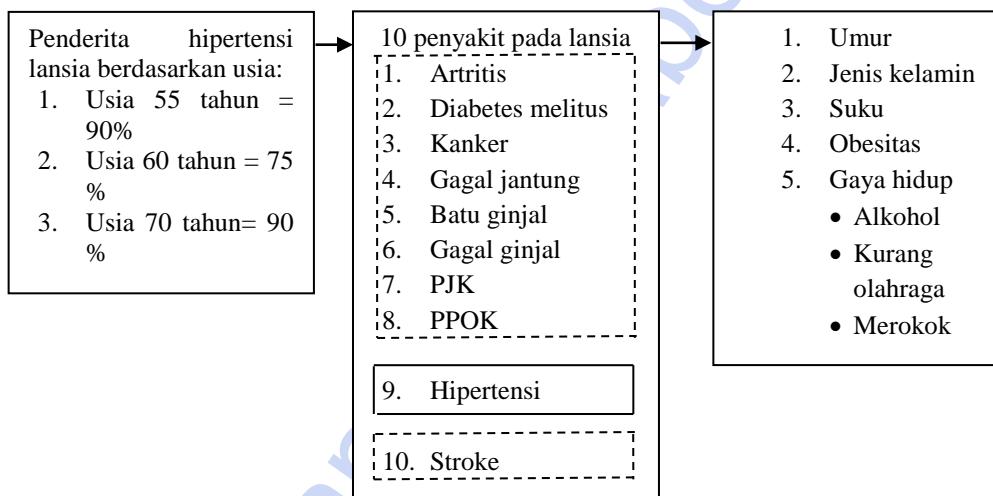
BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konseptual Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel (Notoadmojo, 2012).

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Gambaran Penderita Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu



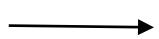
Keterangan :



: diteliti



: tidak diteliti



: hubungan

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan metode yang kompleks dalam pendekatan kualitatif, kuantitatif dan metode campuran yang memberikan arahan spesifik dalam desain penelitian (Creswell, 2009).

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian mengamati, menggambarkan, dan mendokumentasikan aspek situasi seperti yang terjadi secara dan kadang untuk dijadikan titik awal untuk hipotesis generasi atau teori pembangunan penelitian (Polit, 2012).

4.2. Populasi Dan Sampel

4.2.1. Populasi penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang memenuhi kriteria dalam penelitian (Grove, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami hipertensi di wilayah kerja puskesmas pancur batu yang berjumlah 70 orang.

4.2.2. Sampel penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Grove, 2014).

Rumus dalam mengambil sampel (Vincent, 1991), yaitu:

$$n = \frac{N Z^2 P (1 - 0,5)}{N G^2 + Z^2 P (1 - P)}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

Z : Tingkat keandalan 95% (1,96)

P : Proporsi populasi (0,5)

G : Galat pendugaan atau derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan (0,1)

Maka,

$$n = \frac{70 (1,96)^2 0,5 (1 - 0,5)}{70(0,1)^2 + (1,96)^2 0,5 (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{187.3,8416.0,25}{187.0,01 + 3,8416.0,25}$$

$$n = \frac{67,228}{1,6604}$$

$$n = 40,489$$

$$n = 41 \text{ orang}$$

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 41 orang. Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* dengan kriteria inklusi meliputi:

1. Masih aktif bergerak
2. Bisa membaca dan menulis
3. Bersedia menjadi responden

Pada saat penelitian pada pengambilan data, 1 (satu) orang responden tidak bersedia menjadi responden, sehingga data penelitian ini responden menjadi 40 orang.

4.3. Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen adalah sebuah perlakuan ataupun intervensi yang dapat dimanipulasi atau divariasikan oleh peneliti untuk menciptakan efek pada variabel dependen (Grove, 2014).

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel terikat dalam penelitian yang dijelaskan secara terperinci oleh peneliti (Grove, 2014). Dalam penelitian ini, variabel dependen yaitu hipertensi pada lansia.

4.4. Instrumen Penelitian

Dalam instrumen penelitian ini, peneliti menggunakan instrumen penelitian dalam bentuk *check list* untuk mendapatkan informasi data dari responden yaitu lansia yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu.

4.5. Lokasi Dan Waktu Penelitian

4.5.1. Lokasi

Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Pancur Batu dikarenakan lokasi strategis dan terjangkau untuk melakukan penelitian. Selain itu, Puskesmas Pancur Batu merupakan lahan yang dapat memenuhi sampel yang telah peneliti tetapkan sebelumnya.

4.5.2. Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Maret Tahun 2018 di Puskesmas Pancur Batu.

4.6. Prosedur Pengambilan Dan Pengumpulan Data

4.6.1. Pengambilan data

Peneliti akan melakukan pengumpulan data penelitian di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu. Jenis pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis data primer. Data primer adalah data yang diperoleh langsung oleh peneliti terhadap sasarnya (Polit, 2010).

4.6.2. Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016).

Pada proses pengumpulan data, peneliti menggunakan lembar *chek list* kepada pasien lansia yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu. Langkah-langkah yang dapat dilakukan dalam pengumpulan data sebagai berikut:

1. Peneliti mengumpulkan jumlah pasien lansia yang mengalami hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu.
2. Peneliti menentukan tempat yang akan dijadikan lokasi penelitian yaitu di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu.
3. Peneliti menentukan pasien hipertensi yang pertama kali.
4. Peneliti memberikan *informed consent* pada responden sebagai tanda persetujuan keikutsertaan dalam penelitian ini serta memberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan yaitu dengan membagikan lembar penjelasan kepada responden.
5. Jika pasien setuju menjadi responden, peneliti membagikan lembar *chek list* kepada responden.
6. Peneliti mengumpulkan lembar *chek list* dari responden.
7. Peneliti mengelola data dari lembar *chek list*.

4.6.3. Uji validitas dan reliabilitas

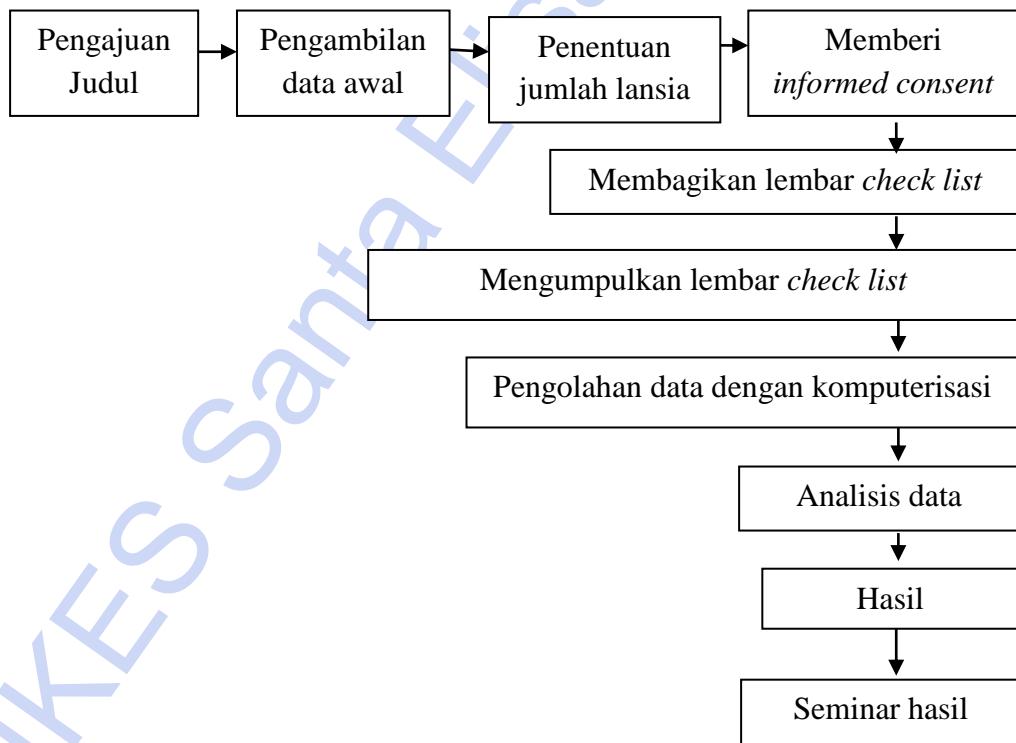
Uji validitas adalah mengukur sejauh mana instrumen dapat digunakan. Instrumen tidak dapat secara sah digunakan jika tidak konsisten dan tidak akurat. Instrumen yang tidak dapat diandalkan mengandung terlalu banyak kesalahan sebagai indikator sehingga sasaran yang valid. Reliabilitas sebuah instrumen adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Polit, 2013).

Dalam penelitian ini, peneliti tidak menggunakan uji validitas dan reliabilitas karena menggunakan instrument check list tentang data demografi

dan gambaran penderita hipertensi pada lansia di willyah kerja Puskesmas Pancur Batu.

4.7. Kerangka Operasional

Bagan 4.2. Kerangka Operasional Gambaran Penderita Hipertensi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu



4.8. Analisis Data

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran data demografi meliputi umur, jenis kelamin, suku, obesitas dan gaya hidup.

Adapun proses pengolahan data yang akan dilakukan melalui tiga tahapan, yaitu:

- a. *Editing* yaitu tahap penyuntingan, untuk mengecek dan memperbaiki isian formulir atau kuesioner.
- b. *Coding* adalah mengubah serta mengklasifikasikan data menjadi huruf atau bilangan (Peng “Kodean”).
- c. Lalu *entry data* atau *prosesing* dengan mengisi kolom atau kartu kode sesuai jawaban dari setiap pertanyaan.
- d. *Tabulating* yaitu membuat tabel-tabel data, sesuai dengan yang di inginkan peneliti dan melakukan pengelolahan data dengan menggunakan komputerisasi.

4.9. Etika Penelitian

Pada tahap awal peneliti mengajukan permohonan izin kepada Kepala Puskesmas Pancur Batu. Setelah mendapat izin, peneliti melakukan pengumpulan data awal pada lansia. Selanjutnya pada tahap pelaksanaan penelitian, peneliti memberi penjelasan tentang tujuan, manfaat dan cara pengisian peneliti serta hak responden dalam penelitian. Apabila responden bersedia ikut serta dalam penelitian maka responden akan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) menjadi responden. Peneliti menghormati hak-hak otonomi responden dalam melakukan penelitian dan tidak memaksakan kehendak terhadap subjek

penelitian. Peneliti akan menjaga kerahasiaan dari informasi yang akan diberikan oleh responden dan tidak mencantumkan nama responden dalam pengumpulan data penelitian (Hidayat, 2012).

Hal-hal yang dilakukan saat menemui responden, peneliti:

1. Memperkenalkan diri kepada responden
2. Menjelaskan tujuan kepada responden
3. Membagikan lembar *checklist* dan menjelaskan lembar *checklist* kepada responden
4. Mengajurkan kepada responden mengisi lembar *checklist*
5. Mengukur tekanan darah responden
6. setelah selesai mengukur tekanan darah, peneliti memberitahu hasil tekanan darah responden
7. Mengucapkan terima kasih kepada responden

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang gambaran penderita hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Pancur Batu. Adapun jumlah responden pada penelitian ini yaitu sebanyak 40 responden lansia yang menderita hipertensi. Lokasi penelitian dilaksanakan di Puskesmas Pancur Patu.

Puskesmas Pancur Patu merupakan salah satu pusat kesehatan masyarakat yang berada dikecamatan pancur batu. Puskesmas pancurbatu berlokasi di jalan Jamin Ginting Km. 17,5 Desa Tengah Kecamatan Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang dengan luas wilayah kerja puskesmas pancur batu 4.037 Ha. Secara administratif kecamatan pancur batu terdiri dari 122 dusun/lingkungan, tetapi wilayah kerja Puskesmas Pancur patu hanya terdiri dari 22 desa dan terdiri dari 96 dusun/lingkungan, selebihnya menjadi wilayah kerja Puskesmas Surakarya.

5.1.1 Karakteristik responden

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penderita Hipertensi berdasarkan umur, jenis kelamin, suku dan IMT pada Lansia di Wilayah Puskesmas Pancur Batu 2017

No	Karakteristik	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1.	Umur		
	55-59 tahun	1	25,0
	60-69 tahun	32	80,0
	Total	40	100
2.	Jenis kelamin		
	Laki-laki	12	4,5
	Perempuan	28	55,0
	Total	40	100
3.	Suku		
	Batak toba	11	27,5
	Batak karo	29	72,5
	Total	40	100
4.	IMT		
	25-29,9 (overweigh)	4	10,0
	18,5-24,9 (normal)	36	90,0

Total	40	100
-------	----	-----

Berdasarkan table 5.1. diatas diperoleh data bahwa paling banyak responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 28 orang (55 %). Paling banyak umur responden adalah 60 – 69 tahun yaitu sebanyak 32 orang (80 %). Berdasarkan suku responden diperoleh suku paling banyak batak karo yaitu sebanyak 29 orang (72,5 %), dan IMT responden didapatkan bahwa rata-rata IMT dalam batas normal yaitu sebanyak 36 orang (90 %).

Tabel 5.2.Distribusi Frekuensi Responden Yang Merokok Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2017

Apakah bapak/ibu merokok	Frekuensi (f)	Percentase (%)
Tidak	14	35,0
Ya	26	65,0
Total	40	100

Berdasarkan tabel 5.2. diatas deperoleh bahwa responden yang menjawab ya sebanyak 26 orang (65,0%) dan yang menjawab tidak 14 orang (35%).

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Yang Menghabiskan Rokok Setiap Hari Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2017

Menghabiskan rokok setiap hari	Frekuensi (f)	Percentase (%)
2 Batang	1	2,0
12 Batang	16	40,0
Total	40	100

Berdasarkan hasil penelitian, Responden yang menghabiskan rokok setiap hari paling banyak 12 batang sebanyak 16 orang (40%) dan paling rendah 2 batang sebanyak 1 orang (2%).

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Yang Suka Olahraga Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2017

Yang suka olahraga	Frekuensi (f)	Percentase (%)
Tidak	18	30,0
Ya	28	70,2
Total	40	100

Berdasarkan hasil penelitian, Responden yang suka olahraga kategori ya sebanyak 28 orang (70,2%) dan tidak 18orang (30%).

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Suka Mengonsumsi Minuman Yang Beralkohol Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2017

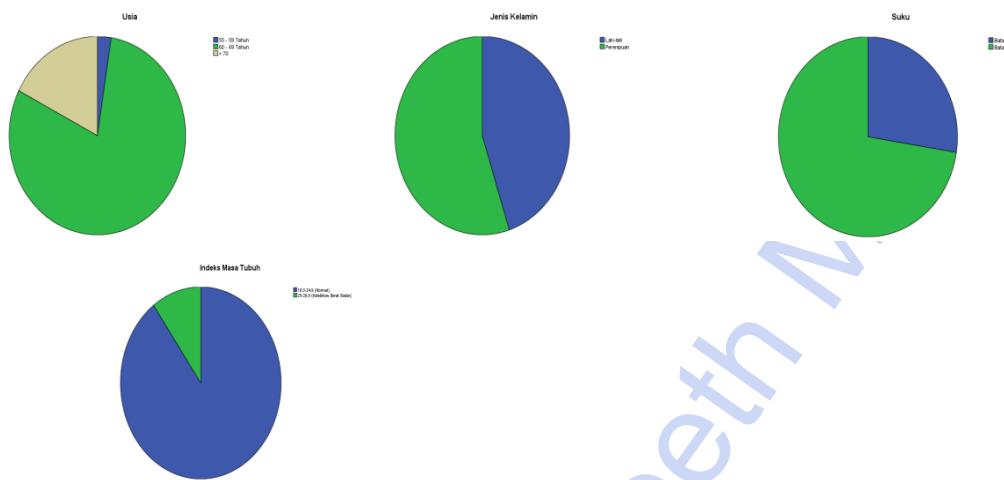
Mengonsumsi minuman alkohol	Frekuensi (f)	Percentase (%)
Ya	19	47,5
Tidak	21	52,5
Total	40	100

Berdasarkan hasil penelitian, Responden yang suka mengonsumsi minuman yang beralkohol dengan kategori tidak sebanyak 21 orang (52,5%), dan paling rendah 19 orang (47,5%).

5.2 Pembahasan

5.1 Data Demografi Penderita Hipertensi Pada Lansia

Diagram 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Data Demografi (Umur, Jenis Kelamin, Suku, IMT) Penderita Hipertensi pada Lansia di Wilayah Puskesmas Pancur Batu Tahun 2017



Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
Umur		
45-55 tahun	1	2,5
60-69 tahun	32	80
>70 tahun	7	17,5
Total	40	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	12	45,0
Perempuan	28	55,0
Total	40	100
Suku		
Batak toba	11	27,5
Batak karo	29	72,5
Total	40	100
IMT		
25-29,9 (overweigt)	4	10,0
18,5-24,9 (normal)	36	90,0
Total	40	100

Wahyuningsi (2013) mengatakan bahwa hipertensi merupakan “silent killer” sehingga menyebabkan fenomena gunung es. hipertensi meningkat dengan bertambahnya usia. kondisi patologis ini mendapatkan penanganan secara tepat

dan secara dini maka akan memperberat risiko. Tatalaksana hipertensi dapat dilakukan dalam dua kategori yaitu non farmakologi dan secara farmakologi. upaya non farmakologis adalah dengan menjalani pola hidup sehat seperti menjaga berat badan, mengurangi konsumsi alcohol, dan tidak merokok. terapi farmakologis adalah tatalaksana hipertensi menggunakan obat-obatan (Ann et al, 2015). Hipertensi memicu terjadinya penyakit lain yang tergolong berat dan mematikan serta dapat meningkatkan resiko serangan jantung, gagal jantung, stroke dan gagal ginjal (Pudistuti, 2013). Hipertensi juga merupakan salah satu penyakit degenerative yang, umumnya tekanan darah bertambah secara perlahan dengan seiring bertambahnya umur (Triyanto, 2014).

Hasil penelitian yang dilihat dari usia didapatkan bahwa penderita hipertensi lebih banyak dialami oleh responden dengan usia 60-69 tahun sebanyak 32 responden (80%). Hal ini diakibatkan oleh semakin bertambahnya usia maka pembuluh darah akan semakin mengerus sehingga darah tidak teralirkkan dengan baik keseluruhan organ tubuh, sehingga mengganggu fungsi setiap organ salah satunya jantung, akibatnya jantung dipaksa untuk memompa lebih keras agar darah terpenuhi kedalam tubuh, dan terjadi peningkatan tekanan darah atau hipertensi.

Muhammad (2016) mengatakan bahwa dalam penelitian yang didapatkan jenis kelamin perempuan lebih banyak mengalami hipertensi namun perempuan yang mengalami hipertensi bukan merupakan risiko terkena hipertensi melainkan faktor protektif. Heryudarini (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tekanan darah

diastole, dimana tekanan darah diastole perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki.

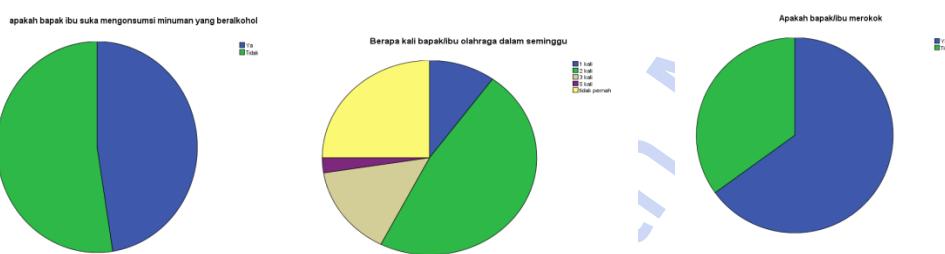
Hasil penelitian yang didapatkan bahwa responden yang lebih tinggi terkena hipertensi adalah responden dengan jenis kelamin perempuan. hal ini dikarenakan dalam lingkungan penelitian lebih banyak yang berjenis kelamin perempuan daripada laki-laki. sehingga untuk penelitian selanjutnya diharapkan untuk melukukan penelitian yang sama dengan lokasi yang berbeda. \

Dewi (2010) mengatakan bahwa IMT memiliki hubungan yang bermakna dengan tekanan darah sistol untuk setiap peningkatan satu point IMT akan meningkatkan tekanan sistol sebanyak 0,362 mmHg. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Pinjon (1999) mengatakan bahwa Indeks Massa Tubuh berlebih emmiliki hubungan terhadap tingginya tekanan darah. Hal ini dikarenakan Massa lemak dalam tubuh akan menyebabkan peningkatan kolesterol sehingga terjadi penigkatan tekanan darah yang tidarkontrol.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sumaiku (2014) menunjukkan bahwa IMT berlebih berhubungan dengan tekanan darah begitu juga engan hasil penelitian yang dilakukan Utami (2013) yaitu bahwa IMT berhubungan dengan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolic. Meskipun hipertensi belum diketahui pasti penyebab nya, data data penelitian telah menemukan beberapa faktor yang sering menyebakan terjadinya hipertensi. faktor-faktor tersebut antara lain adalah faktor keturunan, ciri perseorangan dan kebiasaan hidup. kebiasaan hidup yang sering menyebabkan hipertensi salah satunya adalah kegemukan atau obesitas.

5.2.2. Gaya Hidup Hipertensi Pada Lansia

Diagram 5.2. Gaya Hidup (Alkohol, Kurang Olahraga, Merokok) Hipertensi pada Lansia di Wilayah Puskesmas Pancur Batu Tahun 2017



Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentasi (%)
Alkohol		
Ya	19	47,5
Tidak	21	52,5
Total	40	100
Olahraga		
Ya	28	70,2
Tidak	18	30,0
Total	40	100
Merokok		
Ya	14	65,0
Tidak	26	35,0
Total	40	100

Nieky (2014) mengatakan bahwa kebiasaan hidup sehari-hari seperti pola makan tinggi kalori, berlemak, mempunyai kebiasaan merokok dan minum alcohol merupakan salah satu faktor perilaku yang menimbulkan beberapa penyakit yang diantaranya hipertensi adapun faktor-faktor yang dapat mengakibatkan hipertensi yaitu faktor makanan dan faktor berat badan. dimana

orang yang dengan obesitas memiliki potensi untuk mengidap darah tinggi karena pembuluh darah arteri ataupun vena kemungkinan besar dipenuhi karat lemah sehingga menyebabkan tekanan darah meningkat.

Hasil penelitian Mannan(2013) menunjukkan bahwa aktivitas fisik yang kurang atau olah raga yang kurang berisiko 2,67 kali menderita hipertensi dibandingkan orang yang sering beraktifitas fisik atau berolah raga. hal tersebut berarti berolahraga dapat membantu menurunkan tekanan darah. perilaku merokok berisiko 2, 32 kali menderita hipertensi dibandingkan yang tidak merokok karena merokok dapat merusak dinding pembuluh darah dan mempercepat proses pengerasan pembuluh darah arteri. Alkohol memiliki pengaruh terhadap tekanan darah dan secara keseluruhan semakin banyak alcohol yang diminum maka tekanan darah juga akan semakin tinggi.

Aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur serta lamanya waktu yang digunakan dengan baik dan benar dapat membantu menurunkan tekanan darah. aktivitas fisik yang cukup dapat menguatkan jantung sehingga jantung dapat memompa lebih banyak darah meskipun hanya menggunakan sedikit usaha. semakin ringan kerja jantung maka semakin sedikit tekanan pada pembuluh darah arteri sehingga mengakibatkan tekanan darah menjadi turun. Hal ini menunjukkan bahwa olahraga yang dilakukan secara rutin dan teratur dapat mengurangi terhadap penyakit jantung koroner (Simamora, 2012).

Perilaku merokok merupakan perilaku yang harus dihindari karena rokok memiliki kandungan 4000 racun kimia berbahaya yang dapat mengancam nyawa seseorang. salah satu bahan utama dari rokok adalah nikotin yang dapat

menyebabkan tekanan darah meningkat setelah hisapan pertama (Rini, dkk. 2013). Alkohol memiliki efek yang hamper sama dengan karbon monoksida yaitu dapat meningkatkan keasaman darah. darah akan mnjadi kental sehingga jantung akan dipaksa bekerja lebih kuat lagi agar darah dapat sampai ke jaringan (Link dan Wongkar, 2013)

STIKES Santa Elisabeth Mekan

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Responden pada lansia berdasarkan umur di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu paling tinggi umur 60-69 tahun sebanyak 32 orang (80%) dari 40 responden.
2. Responden pada lansia berdasarkan jenis kelamin di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu paling tinggi berjenis kelamin perempuan sebanyak 28 orang (55%) dari 40 responden.
3. Responden pada lansia berdasarkan suku di wilayah kerja Puskesmas Pancurbatu mayoritas batak karo sebanyak 29 orang (72%) dari 40 responden.
4. Responden pada lansia bedasarkan indeks masa tubuh (IMT) di wilayah kerja Puskesmas Pancur Batu paling tertinggi normal 18,5-24,9 sebanyak 36 orang (90%) dari 40 responden.
5. Responden pada lansia berdasarkan gaya hidup di dapatkan paling tinggi tidak ada yang mengkonsumsi alkohol sebanyak 22 orang (52,5%), kurang olahraga 12 orang (30%), dan merokok 26 orang (65%) dari 40 responden.
6. Gambaran Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Tahun 2017 meliputi umur, jenis kelamin, suku, obesitas, dan gaya hidup (alkohol, kurang olahraga, dan merokok).

6.2 Saran

1. Bagi puskesmas

Puskesmas Pancur Batu rutin memberikan pendidikan kesehatan untuk mencegah hipertensi dengan memperhatikan gaya hidup.

2. Bagi pendidikan

Sebagai bahan masukan untuk menambahkan materi ajar tentang gaya hidup salah satu penyebab hipertensi yang diajarkan pada sistem kardiovaskuler.

3. Untuk peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya untuk meneliti tentang hubungan gaya hidup dengan kejadian hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adeloye, dkk. (2014). Estimating the Prevalence and Awareness Rates of Hypertension in Africa A Systematic Analysis (Online), diakses Pada tanggal 07 Februari 2018)
- Anggara, dkk. (2013). Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Tekanan Darah Di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat Tahun 2012. STIKes MH. Thamrin (Online), diakses Pada tanggal 07 Januari 2018)
- Arif, dkk. (2013). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di pusling Desa Klumpit Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus. STIKes Muhammadiyah Kudus (Online), diakses Pada tanggal 07 Januari 2018)
- Bhandari, et al. (2012). Epidemiology Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease A Descriptive Study In The Mid Western Region Of Nepal. (Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018).
- Brunner & Suddarth. (2015). *Keperawatan Medikal-Bedah*, edisi 12. Jakarta: EGC
- Chang. (2018). Jurnal Of Cancer Research And Practice(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Choi, et al. (2017). Sex differences in hypertension prevalence and control: Analysis of the Korea National Health and Nutrition Examination Survey(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Creswell, John. (2009). Research Design Qualitative, Quantitative And Mixed Methods Approaches Third Edition. American : Sage
- Cunningham, et al. (2016). Kidney stones: pathophysiology, diagnosis and management (Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Gao, et al. (2016). The Interactive Association of General Obesity and Central Obesity with Prevalent Hypertension in Rural Lanzhou, China(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Givertz, et al. (2013). Acute Decompensated Heart Failure: Update on New and Emerging Evidence and Directions for Future Research(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Grimsurd, et al. (2010). Trends in Population Blood Pressure and Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension among Middle-

- Aged and Older Adults in a Rural Area of Northwest China from 1982 to 2010(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Grove, Susan. (2014). Understanding Nursing Research Building An Evidence Based Practice, 6th Edition. China : Elsevier
- Hussain, et al. (2016). Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Indonesian Adults Age 40 Years Findings from the Indonesia Family Life Survey Its Risk Factors in Rural Delhi(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Kelley. (2014). Heart Disease: Causes, Prevention, and Current Research(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Kishore, et al. (2016). Prevalence Of Hypertension And Determination Of Its Risk Factors In Rural Delhi (Online), diakses Pada tanggal 07 Februari 2018)
- Kluwer, et al. (2014). *Kapita Selekta Penyakit Dengan Implikasi Keperawatan.* edisi 2. Jakarta: EGC.
- Kowalak,dkk. (2014). *Buku Ajar Patofisiologi.* Jakarta: EGC
- Kozier, dkk. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, & Praktik,* edisi 7. Jakarta: EGC
- Kumar, dkk. (2016). Journal of Arthritis
- Li, et al. (2015). Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Fasting Glucose, Associated with Risk Factors in Rural Kazakh Adults in Xinjiang, China(Online), diakses Pada tanggal 07 Januari 2018)
- Mardiana, dkk. (2014). Hubungan Antara Tingkat Stres Lansia Dan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Rw 01 Kunciran Tangerang. Universitas Esa Unggul. Jakarta(Online), diakses Pada tanggal 07 Januari 2018)
- Mubarak, dkk. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori.* Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo. (2012).*Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik.* Jakarta: Reneka Cipta
- Nugroho. (2012). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik,* edisi 3. Jakarta: EGC
- Nursalam. (2016). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis.* Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika

- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Peters, et al. (2010). Modelling Cognitive Decline in the Hypertension in the (Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Pina, et al. (2012). Hypertension in the elderly(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Polit, Denise. (2010)a. Nursing Research Appraising Evidence For Nursing Practice, Seventh Edition. New York : Lippincott
- Polit, Denise. (2013)b. Nursing Research Appraising Evidence For Nursing Practice, tenth Edition. New York : Lippincott
- Polit, Denise. (2014)c. Nursing Research Appraising Evidence For Nursing Practice, eleventh Edition. New York : Lippincott
- Price & Wilson. (2014). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*, edisi 6. Jakarta: EGC
- Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Robinson. (2014). *Buku Ajar Visual Nursing (Medikal-Bedah)*. Binarupa Aksara
- Sarampong, dkk. (2014). Hubungan Pengetahuan Pasien Hipertensi Tentang Obat Golongan ACE Inhibitor Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Pelaksanaan Terapi Hipertensi di RSUP Prof Dr. R. Kandou Manado. Unsrat Manado. (Online), diakses Pada tanggal 07 Januari 2018)
- Smith. (2014). Acute Stroke Diagnosis and Management(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Uchida. (2011). Differential Diagnosis of Chronic Kidney Disease : By primary diseases(Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)
- Widyanto & Triwibowo. (2013). *Trend Disease Trend penyakit Saat Ini*. Jakarta: TIM
- Zhao, dkk. (2013). Trends in Population Blood Pressure and Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension among Middle-Aged and Older Adults in a Rural Area of Northwest China (Online), diakses Pada tanggal 05 Februari 2018)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Calon Responden Penelitian
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangani dibawah ini:

Nama : Iman Setia Putra Gulo
Nim : 032014028
Alamat : Jln. Bunga Terompet No. 118 pasar VIII Kec. Medan Selayang

Adalah Mahasiswa program studi Ners Tahap Akademik yang sedang menjalankan judul "**Gambaran Penderita Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu**" Penelitian ini untuk mengetahui Gambaran Penderita Hipertensi pada lansia di Wilayah Pancur Batu. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden, kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan kesediaan saudara/i menjadi responden. Apabila anda bersedia menjadi responden, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab semua pertanyaan serta melakukan tindakan sesuai dengan petunjuk yang ada. Atas perhatian dan kesediaannya menjalani diresponen saya ucapkan Terimakasih.

Hormat Saya

Medan, Januari 2018

Responden

(Iman Setia Putra Gulo)

()

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Keikutsertaan Dalam Penelitian)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama Initial : _____

Umur : _____

Alamat : _____

Setelah saya mendapatkan keterangan secukupnya serta mengetahui tentang tujuan yang jelas dari penelitian yang berjudul "**Gambaran Penderita Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu**". Menyatakan bersedia/tidak menjadi responden dalam pengambilan data untuk penelitian ini dengan catatan bila suatuwaktu saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun, saya berhak membatalkan persetujuan ini. Saya percaya apa yang akan saya informasikan dijamin kerahasiaannya.

Hormat Saya

Medan, Januari 2018

Responden

(Iman Setia Putra Gulo)

()

LEMBAR CEKLIST

GAMBARAN PENDERITA HIPERTENSI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PANCUR BATU

Hari/ Tanggal :

Nama Initial :

No.Responden :

PetunjukPengisian:

1. Diharapkan saudara bersedia mengisi pernyataan yang tersedia dilembar kusioner dan pilihlah sesuai pilihan dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain
2. Bacalah pernyataan-pernyataan dengan baik. Jawablah dengan jujur dan tidak ragu-ragu, karena jawaban dan sangat mempengaruhi hasil penelitian ini.

A. Data Responden

1. JenisKelamin :
2. Usia :
3. Suku :
4. BB :
5. TB
6. Apakah Bapak/Ibu merokok?
 - a. Ya
 - b. Tidak

7. Berapa batang/ bungkus Bapak/Ibu menghabiskan rokok setiap hari?

..... batang/ bungkus

8. Apakah Bapak/Ibu suka olahraga?

a. Ya

b. Tidak

9. Berapa kali bapak/Ibu olahraga dalam seminggu?

..... kali

10. Apakah Bapak/Ibu suka mengonsumsi minuman yang beralkohol?

a. Ya

b. Tidak

11. Minuman alkohol jenis apa yang sering dikonsumsi Bapak/Ibu?

.....