

SKRIPSI

**PERBANDINGAN EFEKTIVITAS TERAPI DZIKIR DAN TERAPI
MUROTTAL AL-QUR'AN TERHADAP PERUBAHAN TEKANAN
DARAH PENDERITA HIPERTENSI DI PUSKESMAS
SIWALANKERTO SURABAYA**



Oleh:

FARIDA AYU ISDYAPUTRI
NIM. 1510014

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2019**

SKRIPSI

**PERBANDINGAN EFEKTIVITAS TERAPI DZIKIR DAN TERAPI
MUROTTAL AL-QUR'AN TERHADAP PERUBAHAN TEKANAN
DARAH PENDERITA HIPERTENSI DI PUSKESMAS
SIWALANKERTO SURABAYA**

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

FARIDA AYU ISDYAPUTRI
151.0014

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2019**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : FARIDA AYU ISDYAPUTRI

Nim. : 151.0014

Tanggal Lahir : 26 Agustus 1996

Program Studi : S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur’an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya”, saya susun tanpa plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 4 Juli 2019



Farida Ayu Isdyaputri
NIM. 151.0014

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah saya periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : FARIDA AYU ISDYAPUTRI
NIM : 151.0014
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul : Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Pembimbing I



Christina Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 03017

Pembimbing II



Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 03044

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 4 Juli 2019

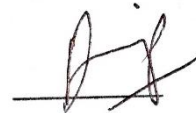
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari:

Nama : FARIDA AYU ISDYAPUTRI
NIM : 151.0014
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul : Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar "SARJANA KEPERAWATAN" pada Prodi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

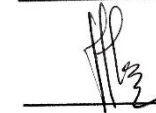
Penguji I : Dwi Priyantini., S.Kep., Ns., MSc
NIP: 03006




Penguji II: Christina Yuliasuti., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 03017



Penguji III: Nur Muji Astuti., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 03044



Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KA PRODI S1 KEPERAWATAN



PUJI HASTUTI., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03010

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 5 Juli 2019

Judul: Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

ABSTRAK

Penderita hipertensi memiliki tekanan darah meningkat akibat gangguan pembuluh darah. Dzikir dan murottal merupakan terapi non-farmakologis mengatasi hipertensi. Dampak tidak dilakukan terapi berisiko mengalami komplikasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan efektivitas antara terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Desain penelitian ini adalah *True Experiment* metode *pretest-posttest control group design*. Variabel penelitian terapi dzikir, murottal, tekanan darah. Sampel penelitian didapatkan secara *simple random sampling* sebanyak 42 responden penderita hipertensi berusia 45-60 tahun, mengkonsumsi obat hipertensi yang terbagi 3 kelompok. Instrumen menggunakan SOP tekanan darah, *soundsystem*, rekaman murottal, lembar observasi, *sphygmomanometer digital*, lembar kuesioner. Data dianalisis dengan *Paired t-test* dan *Anova*.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan tekanan darah kelompok terapi dzikir (ρ sistole = 0,000) (ρ diastole = 0,000), murottal (ρ sistole = 0,000) (ρ diastole = 0,000). Terdapat perbedaan signifikan antara terapi dzikir maupun murottal (ρ sistole = 0,000) (ρ diastole = 0,071) dimana murottal lebih efektif terhadap perubahan tekanan darah.

Murottal dapat mempengaruhi emosional dimana saraf otonom membantu tubuh merelaksasi sehingga menimbulkan ketenangan dan menurunkan tekanan darah. Hal ini menjadi anjuran bagi semua pihak penderita hipertensi, keluarga, perawat, dan institusi terkait penggunaan terapi dzikir, terapi murottal Al-Qur'an sebagai intervensi non-farmakologis.

Kata kunci : hipertensi, dzikir, murottal Al-Qur'an, tekanan darah

Title: Comparisson of Effectiveness Dzikir Therapy and Murottal Al-Qur'an Therapy to Work Blood Pressure among Hypertension patients at Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

ABSTRACT

Hypertension patients have high blood pressure by reason of vascular disorders. Dzikir and murottal are nonpharmacology therapy for hypertension. The impact if doesn't give therapy is at risk for complication. This study aims to compare dzikir therapy and murottal Al-Qur'an therapy to decrease blood pressure in hypertension patients at Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

The design used of this research was True Experiment with method of pretest-posttest control group design. The variable used of this research was dzikir, murottal, and blood pressure. Sample obtained by simple random sampling. Sampling of 42 people with hypertension were 45 until 60 years old, taking hypertension medicine wich is divided into 3 groups. The research intrument used the SOP of blood pressure, soundsystem, murottal recording, measurement of blood presure observation sheet, sphygmomanometer digital, and quesioneer.

The result showed that a decrease in blood pressure at dzikir therapy (ρ sistole = 0,000) (ρ diastole = 0,000), murottal (ρ sistole = 0,000) (ρ diastole = 0,000). There is a difference among dzikir therapy and murottal therapy (ρ sistole = 0,000) (ρ diastole = 0,071). Murottal is more effective than dzikir for blood pressure.

Murottal Al-Qur'an therapy affects emotionally where autonomic nerve relaxes the body so that the body was calm and the blood pressure was drecrease. This will be a recommendation for all parties, family, nurses, and related institutions to be able to use dzikir therapy and murottal therapy as a reference of the nonpharmacological intervention.

Keywords: hypertension, dzikir, murottal Al-Qur'an, blood pressure.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah Subhanallah Wata'ala atas limpahan karunia nikmat serta hidayahnya penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya” dapat sesuai waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur, sehingga skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Ibu Wiwiek Liestyningrum., S.Kp., M.Kep. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa S-1 Keperawatan.
2. PUKET 1,2 dan 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Keperawatan.
3. Puji Hastuti., S.Kep., Ns., M.Kep. Selaku Kepala Program Pendidikan S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S1 Keperawatan.

4. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep., Ns. Selaku Pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep Selaku Pembimbing II yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
6. Seluruh dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing penulis dalam menuntut ilmu dan menjadi mahasiswa S1 Keperawatan.
7. Seluruh staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi di Stikes Hang Tuah Surabaya.
8. Ibu dan Ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
9. Teman-teman S-1 angkatan 21 seperjuangan yang banyak memberikan motivasi dan bantuan.
10. Teman-teman KESMALA angkatan 1, 2, 3 yang banyak memberikan bantuan serta mendukung peneliti, serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu-persatu yang turut melancarkan penyusunan skripsi ini.

Semoga budi baik semua pihak yang terlibat dalam pembuatan skripsi ini mendapatkan balasan rahmat dari Allah Subhanallahu Wa Ta'ala Yang Maha Pengasih dan Maha Pemurah. Peneliti berharap bahwa skripsi ini dapat bermanfaat bagi siapa saja yang membaca.

Surabaya, 20 Januari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Usia Dewasa.....	8
2.1.1 Pengertian Usia Dewasa.....	8
2.1.2 Klasifikasi Usia Dewasa.....	8
2.1.3 Usia Dewasa Dini	8
2.1.4 Usia Dewasa Madya.....	11
2.1.5 Usia Dewasa Akhir.....	12
2.2 Konsep Hipertensi	13
2.2.1 Pengertian Hipertensi	13
2.2.2 Etiologi Hipertensi	14
2.2.3 Faktor-faktor Pengaruh Hipertensi.....	15
2.2.4 Klasifikasi Hipertensi	17
2.2.5 Tanda dan Gejala Hipertensi	17
2.2.6 Patofisiologi Hipertensi.....	18
2.2.7 Komplikasi Hipertensi.....	19
2.2.8 Pencegahan Hipertensi	21
2.2.9 Penatalaksanaan Hipertensi.....	22
2.2.10 Alat Ukur <i>Sphygmomanometer</i> digital	25
2.2.11 Terapi Keperawatan dan Komplementer.....	27
2.2.12 Proses Keperawatan Pasien Hipertensi	28
2.3 Konsep Terapi Dzikir	30
2.3.1 Pengertian Dzikir.....	30
2.3.2 Bentuk-bentuk Dzikir	30

2.3.3	Keutamaan Dzikir.....	31
2.3.4	Manfaat Dzikir	33
2.3.5	Adab Berdzikir	34
2.3.6	Proses Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah.....	36
2.3.7	Waktu Pemberian Terapi Dzikir.....	36
2.4	Konsep Terapi Murottal Al-Qur'an.....	37
2.4.1	Pengertian Murottal Al-Qur'an	37
2.4.2	Manfaat Al-Qur'an	37
2.4.3	Proses Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Hipertensi.....	39
2.5	Teori Model Keperawatan Adaptasi Roy	39
2.6	Hubungan Antar Konsep	43
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL		45
3.1	Kerangka Konseptual	45
3.2	Hipotesis	46
BAB 4 METODE PENELITIAN		47
4.1.	Desain Penelitian.....	47
4.2.	Kerangka Kerja.....	49
4.3.	Waktu dan Tempat Penelitian	50
4.4.	Populasi, Sampel, dan Sampling Desain	50
4.4.1	Populasi Penelitian	50
4.4.2	Sampel Penelitian.....	50
4.4.3	Besar Sampel.....	51
4.4.4	Teknik Pengambilan Sampel.....	51
4.5.	Identifikasi Variabel.....	52
4.5.1	Variabel Bebas (<i>Independent</i>).....	52
4.5.2	Variabel Terikat (<i>Dependent</i>).....	52
4.6.	Definisi Operasional.....	53
4.7.	Pengumpulan, Pengelolahan, dan Analisa Data.....	54
4.7.1	Instrumen Pengumpulan Data	54
4.7.2	Prosedur Pengumpulan Data	55
4.7.3	Pengolahan Data.....	57
4.7.4	Analisa Data	58
4.8.	Etika Penelitian	59
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		61
5.1	Hasil Penelitian	61
5.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian Puskesmas Siwalankerto Surabaya	61
5.1.2	Gambaran Umum Subjek Penelitian	64
5.1.3	Data Umum	64
5.1.4	Data Khusus Hasil Penelitian	78
5.2.	Pembahasan.....	89
5.2.1	Terapi Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya	89
5.2.2	Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.....	93

5.2.3	Kelompok Kontrol pada Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya	95
5.3.	Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya	98
5.4.	Keterbatasan	103
BAB 6 PENUTUP		104
6.1	Simpulan.....	104
6.2	Saran.....	104
DAFTAR PUSTAKA		106
LAMPIRAN.....		110

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Hipertensi	17
Tabel 4.1	Desain Penelitian <i>True Experiment</i> dengan metode <i>pretest-posttest control group design</i>	48
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penelitian Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.....	53
Tabel 5.1	Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	64
Tabel 5.2	Karakteristik responden berdasarkan usia di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	65
Tabel 5.3	Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	65
Tabel 5.4	Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	66
Tabel 5.5	Karakteristik responden berdasarkan riwayat hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	67
Tabel 5.6	Karakteristik responden berdasarkan lama hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	67
Tabel 5.7	Karakteristik responden berdasarkan rutin konsumsi obat hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	68
Tabel 5.8	Karakteristik responden berdasarkan konsumsi makanan asin di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	69
Tabel 5.9	Karakteristik responden berdasarkan konsumsi makanan berlemak di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	70
Tabel 5.10	Karakteristik responden berdasarkan konsumsi kopi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	71
Tabel 5.11	Karakteristik responden berdasarkan konsumsi alkohol di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	72
Tabel 5.12	Karakteristik responden berdasarkan merokok di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	73

Tabel 5.13	Karakteristik responden berdasarkan olahraga di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	74
Tabel 5.14	Karakteristik responden berdasarkan aktivitas di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	75
Tabel 5.15	Karakteristik responden berdasarkan stres di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei – 26 Mei 2019 (n=42).....	76
Tabel 5.16	Uji Normalitas pada Kelompok Sebelum Diberikan Terapi Dzikir Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=14).....	78
Tabel 5.17	Uji Normalitas pada Kelompok Sesudah Diberikan Terapi Dzikir Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=14).....	78
Tabel 5.18	Tekanan Darah Sebelum diberikan Terapi Dzikir Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=14).....	79
Tabel 5.19	Tekanan Darah Sesudah diberikan Terapi Dzikir Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=14).....	79
Tabel 5.20	Uji Normalitas pada Kelompok Sebelum Diberikan Terapi murottal Al-Qur'an Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=13).....	80
Tabel 5.21	Uji Normalitas pada Kelompok Sesudah Diberikan Terapi murottal Al-Qur'an Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=13).....	80
Tabel 5.22	Tekanan Darah Sebelum diberikan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=13).....	81
Tabel 5.23	Tekanan Darah Sesudah diberikan Terapi murottal Al-Qur'an di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=13).....	81
Tabel 5.24	Uji Normalitas pada Kelompok Kontrol Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=15).....	82
Tabel 5.25	Uji Normalitas pada Kelompok Kontrol Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=15).....	82
Tabel 5.26	Tekanan Darah Sebelum pada Kelompok Kontrol Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=15).....	82
Tabel 5.27	Tekanan Darah Sesudah pada Kelompok Kontrol di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=15).....	83

Tabel 5.28	Hasil <i>Paired t-test</i> pada Pengukuran Tekanan Darah <i>Sistole</i> Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Dzikir Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=14).....	83
Tabel 5.29	Hasil <i>Paired t-test</i> pada Pengukuran Tekanan Darah <i>Diastole</i> Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Dzikir Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=14).....	84
Tabel 5.30	Hasil <i>Paired t-test</i> pada Pengukuran Tekanan Darah <i>Sistole</i> Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi murottal Al-Qur'an Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=13).....	84
Tabel 5.31	Hasil <i>Paired t-test</i> pada Pengukuran Tekanan Darah <i>Diastole</i> Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi murottal Al-Qur'an Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=13).....	85
Tabel 5.32	Hasil <i>Paired t-test</i> pada Pengukuran Tekanan Darah <i>Sistole</i> Sebelum dan Sesudah Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=15).....	85
Tabel 5.33	Hasil <i>Paired t-test</i> pada Pengukuran Tekanan Darah <i>Diastole</i> Sebelum dan Sesudah Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=15).....	86
Tabel 5.34	Hasil Uji <i>Anova (Post-Post)</i> pada Pengukuran Tekanan Darah <i>Sistole</i> dan <i>Diastole</i> Setelah Diberikan Terapi Dzikir, Terapi Murottal Al-Qur'an dan Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.....	86
Tabel 5.35	Hasil Uji <i>Anova (Delta)</i> pada Pengukuran Tekanan Darah <i>Sistole</i> dan <i>Diastole</i> Sebelum dan Setelah Diberikan Terapi Dzikir, Terapi Murottal Al-Qur'an dan Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.....	88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model Adaptasi Menurut Calista Roy.....	43
Gambar 3.1	Kerangka konseptual penelitian perbandingan efektivitas terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.....	45
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Penelitian Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i>	110
Lampiran 2	Motto dan Persembahan.....	111
Lampiran 3	Surat Perizinan.....	112
Lampiran 4	<i>Information for Consent</i>	116
Lampiran 5	Lembar <i>Informed Consent</i>	117
Lampiran 6	Lembar Kuesioner.....	118
Lampiran 7	Lembar Observasi Tekanan Darah	123
Lampiran 8	Lembar Kegiatan.....	124
Lampiran 9	Standar Operasional Prosedur.....	125
Lampiran 10	Hasil Tabulasi Data Demografi	128
Lampiran 11	Hasil Tekanan Darah <i>Pre</i> dan <i>Post</i>	134
Lampiran 12	Data Demografi.....	143
Lampiran 13	Uji Normalitas.....	158
Lampiran 14	<i>Paired t-test</i>	160
Lampiran 15	Uji Anova.....	163
Lampiran 16	Hasil <i>Crosstabulation</i>	171

DAFTAR SINGKATAN

AHA	: <i>American Heart Association</i>
Bakesbangpol	: Badan Kesatuan Bangsa, Politik, dan Perlindungan Masyarakat
CD	: <i>Compact Disk</i>
Cm	: <i>Centimeter</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DASH	: <i>Dietary Approach to Stop Hypertention</i>
HDL	: <i>High-density Lipoprotein</i>
H.R	: Hadist Riwayat
IMT	: Indeks Massa Tubuh
JNC	: <i>the Joint National Committee</i>
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Kg	: Kilogram
LDL	: <i>Low-density Lipoprotein</i>
Mg	: Miligram
mmHg	: <i>Milimeter Merkuri Hydragrum</i>
NHLBI	: <i>National Heart, Lung dan Blood Institute</i>
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
QS	: Qur'an Surat
R.a	: <i>Radhiyallahu 'anhu</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
SAW	: <i>Shallallahu 'alaihi Wa Sallam</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SWT	: <i>Subhanahu wa Ta'ala</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi menurut Pratiwi, Hasneli, & Ernawaty (2015) merupakan suatu gangguan di pembuluh darah yang menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi dalam darah terhambat sampai ke jaringan tubuh. Semakin bertambahnya usia, struktur pembuluh darah mengalami perubahan dan sistem kardiovaskuler melemah, apabila tidak diimbangi dengan gaya hidup yang sehat, akan berisiko terjadi hipertensi (Kumala, Kusprayogi, & Nashori, 2017). Hipertensi dari hasil pengukuran menurut kriteria JNC VII (*The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*) tahun 2003 apabila tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.

Berdasarkan fenomena yang terjadi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya saat ini, penderita hipertensi telah mengetahui pentingnya mengonsumsi obat antihipertensi secara rutin, namun hal tersebut tidak dilakukan dengan alasan tidak perlu mengonsumsi obat ketika tidak dirasakan adanya keluhan atau tidak kontrol kembali saat obat habis, selain itu tidak adanya upaya untuk menurunkan tekanan darah dengan memanfaatkan terapi non farmakologis. Sampai saat ini, perlu adanya penanganan yang baik pada tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya secara non farmakologis baik dengan pemberian terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap tekanan darah penderita hipertensi, akan tetapi, hal ini belum pernah dilakukan penelitian untuk membandingkan efektivitas kedua terapi terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi.

Data *WHO (World Health Organization)* menyebutkan bahwa di seluruh dunia terdapat sekitar 972 juta jiwa penderita hipertensi, angka ini diperkirakan akan meningkat 2,8% di tahun 2025. Berdasarkan data pada *AHA (American Heart Association)* penduduk Amerika yang menderita hipertensi lebih dari 20 tahun mencapai 74,5 juta jiwa (Kemenkes.RI, 2014).

Hipertensi di Indonesia menjadi penyakit penyebab kematian tertinggi nomor lima (Kumala et al., 2017). Kejadian tersebut sering kali disebabkan karena ketidakadegan pengontrolan hipertensi walaupun persediaan obat-obatan cukup banyak (Kemenkes.RI, 2014). Prevalensi hipertensi menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013 di Indonesia mencapai 31,7% dari total penduduk dewasa (Kumala et al., 2017). Prevalensi hipertensi di provinsi Jawa Timur cukup tinggi yaitu pada kisaran 105.380 jiwa berusia diatas 18 tahun yang menderita hipertensi (Riskesdas, 2018). Jumlah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan data sebanyak 159 orang pada tahun 2017. Jumlah ini mengalami peningkatan di tahun 2018 sebanyak 205 penderita hipertensi. Data 3 bulan terakhir sejak tanggal 1 Desember 2018 hingga 28 Februari 2019 menunjukkan sebanyak 80 orang menderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya. Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 22 Maret 2019 yang di lakukan oleh peneliti berupa wawancara terhadap 10 orang penderita hipertensi, didapatkan bahwa 60% mengatasi hipertensi dengan hanya rutin meminum obat antihipertensi, 40% meminum obat ketika dirasakan ada keluhan saja dan tidak terdapat penderita yang pernah melakukan metode terapi komplementer salah satu nya dengan terapi dzikir

dan murottal Al-Qur'an sebab ketidaktahuan mengenai manfaat terapi tersebut untuk menurunkan tekanan darah.

Hipertensi bukan hanya di derita oleh usia lanjut saja, namun sering kali juga dialami oleh dewasa muda, dewasa tengah sehingga dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari dan merupakan penyakit *degenerative* (Kumala et al., 2017). Kejadian hipertensi pada dewasa menurut Kaplan (2010; dalam Kumala et al., 2017) banyak disebabkan karena semakin bertambahnya usia dapat merubah struktur pembuluh darah, kaku pada dinding pembuluh darah, lumen menjadi sempit sehingga mengakibatkan tekanan darah sistolik meningkat. Seiring dengan bertambahnya usia maka pembuluh darah akan melemah dan dinding pembuluh darah akan menebal, selain itu, fungsi jantung akan menurun ditandai dengan *aterosklerosis* pada pembuluh darah yang dapat mengganggu aliran darah akibat penyempitan lumen arteri yang menimbulkan iskemia dan kematian jaringan (Lamanema, 2005). Beberapa faktor penyebab hipertensi menurut Marliani (2007, dalam Pratiwi et al., 2015) yaitu gaya hidup dengan pola makan yang salah, latihan fisik/olah raga, jenis makanan yang dikonsumsi, jenis kelamin, serta stres. Salah satu faktor yang sangat berkaitan dengan hipertensi yaitu stres dimana terdapat pengaruh antara stres terhadap komplikasi penderita hipertensi. Stres dapat menstimulasi sistem saraf simpatis untuk melepaskan hormon adrenalin kemudian meningkatkan curah jantung dan vasokonstriksi arteriol, sehingga tekanan darah pun meningkat (Pratiwi et al., 2015; Kumala et al., 2017). Pratiwi et al., (2015) mengatakan terapi murottal Al-Qur'an termasuk terapi non farmakologis yang digunakan untuk mempercepat proses penyembuhan hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Salim dengan responden 5 orang sukarelawan yang

tidak mengerti bahasa Arab dan tidak mengetahui bahwa yang akan diperdengarkan adalah Al-Qur'an. Penelitian ini dilakukan sebanyak 210 kali yang terbagi dalam 2 kelompok, yaitu mendengarkan Al-Qur'an dengan tartil (aturan membaca Al-Qur'an secara perlahan-lahan dengan ucapan yang jelas dan benar) dan mendengarkan bacaan Arab yang bukan dari Al-Qur'an, dan di dapatkan bahwa kelompok responden yang mendengarkan Al-Qur'an dengan tartil mendapatkan ketenangan sampai 65% dan kelompok responden yang mendengarkan bacaan bahasa Arab bukan dari Al-Qur'an hanya mendapat ketenangan 35% (Julianto et al., 2018). Selain terapi murottal Al-Qur'an, terapi dzikir juga merupakan terapi non farmakologis berfungsi sebagai metode psikoterapi yang dapat dilakukan sebagai bentuk pengakuan percaya serta yakin kepada Allah SWT sehingga menimbulkan perasaan tenang pada penderita hipertensi (Kumala et al., 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Olivia Dwi Kumala dengan 9 orang responden penderita hipertensi yang diberikan tujuh kali pelatihan dzikir selama satu jam tiap pertemuan, dan didapatkan hasil terdapat perbandingan yang signifikan tingkat ketenangan jiwa antara sebelum diberikan pelatihan dzikir dan sesudah diberi pelatihan dzikir (Kumala et al., 2017). Begitupun juga penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2016), mengatakan bahwa pada kondisi spiritualitas pasien penderita hipertensi mampu memberikan hubungan yang signifikan terhadap kondisi hipertensi, yang artinya individu dengan spiritual yang baik mampu menurunkan atau menstabilkan tekanan darah pada penderita hipertensi (Kumala et al., 2017).

Diperlukan adanya pengobatan secara farmakologis yaitu pemberian obat antihipertensi sebagai pengontrol dan penurun tekanan darah penderita hipertensi. Linden, Lens & Con (2001, Kumala et al., 2017) mengatakan pengobatan non

farmakologis juga dapat diberikan sebagai terapi untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi. Manfaat terapi dengan lantunan murottal Al-Qur'an menurut Heru (2008, dalam Pratiwi et al., 2015) dapat menurunkan hormon-hormon stres, menstimulasi hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan tenang, serta mengalihkan perhatian dari rasa cemas, tegang dan takut. Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti perbandingan efektivitas terapi murottal Al-Qur'an dan terapi dzikir terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah perbandingan efektivitas antara terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan efektivitas terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi efektivitas terapi dzikir terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
2. Mengidentifikasi efektivitas terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

3. Menganalisis perbandingan efektivitas terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah tentang efektivitas terapi dzikir dan murottal AL-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan responden mendapatkan pengalaman dan pengetahuan baru mengenai terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darahnya.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi praktisi keperawatan agar dapat meningkatkan mutu dan mengembangkan perencanaan keperawatan, khususnya dalam bentuk terapi non farmakologis berupa terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah pasien.

3. Bagi Puskesmas

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dan bahan masukan dalam memberikan perawatan pada penderita hipertensi di Puskesmas.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi untuk pengembangan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an sebagai terapi non farmakologis pada penderita hipertensi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian meliputi: 1) Konsep Usia Dewasa 2) Konsep Hipertensi, 3) Konsep Terapi Dzikir, 4) Konsep Murottal Al-Qur'an, 5) Teori Model Keperawatan Adaptasi Calista Roy, 6) Hubungan Antar Konsep.

2.1 Konsep Usia Dewasa

2.1.1 Pengertian Usia Dewasa

Dewasa berasal dari bahasa latin yaitu *adultus*. Seseorang dapat dikatakan dewasa apabila mampu menyelesaikan pertumbuhan yang menjadi kekuatan dan ukuran yang sempurna dengan menerima kedudukan yang sama dalam masyarakat atau orang dewasa lainnya (Pieter & Lubis, 2010).

2.1.2 Klasifikasi Usia Dewasa

Secara umum menurut Pieter & Lubis (2010) usia dewasa dapat dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Dewasa dini (*early adulthood*) : 21-35 tahun
2. Dewasa madya (*middle adulthood*) : 35-45 tahun
3. Dewasa akhir (*late adulthood*) : 45-60 tahun

2.1.3 Usia Dewasa Dini

Usia dewasa ini menurut Pieter & Lubis (2010) merupakan tahapan bentuk penyesuaian diri terhadap kehidupan dan harapan sosial baru yang berarti pada tahap ini seseorang sudah memainkan peran dalam lingkungan sosial, seperti sebagai orang tua, suami, istri, pekerja ataupun pencari nafkah. Perubahan fisik

yang terjadi pada periode dewasa dini yaitu bentuk tubuh semakin proporsional, berat badan bertambah, kematangan organ-organ seksual diimbangi dengan fungsi produksi seksual baik, serta memiliki mental yang baik untuk mempelajari situasi serta penyesuaian diri terhadap situasi baru.

1. Ciri-ciri Usia Dewasa Dini

Beberapa ciri-ciri yang ditemukan pada tahapan usia dewasa dini menurut Pieter & Lubis (2010), yaitu:

a. Periode pengaturan

Periode pengaturan merupakan bentuk periode dalam bentuk kebebasan untuk menentukan dan mengatur pilihan yang ditetapkan, serta memiliki kesiapan dalam bertanggungjawab. Usia dewasa dini mulai membangun karir yang dapat dipertanggungjawabkan, mampu memenuhi kebutuhan dan memberikan kepuasan permanen.

b. Periode produktif

Periode produktif merupakan suatu periode untuk memulai menjadi calon orang tua. Sebagian dewasa dini saat berusia 20-30 tahun telah menikah.

c. Periode bermasalah

Periode ini banyak ditemukan masalah baru yang rumit, sehingga dengan mengatasinya membutuhkan energi dan waktu yang banyak. Faktor penyebab penyesuaian diri begitu sulit untuk dilakukan bagi usia dewasa dini adalah kurangnya persiapan dalam menghadapi masalah. Biasanya yang dilakukan pada usia dewasa dini sehingga mendapati masalah yaitu merasa mampu mengatasi masalah sehingga enggan untuk meminta bantuan, serta kurangnya hubungan interpersonal dan menolak kritikan.

d. Masa ketegangan emosi

Ketegangan emosi pada masa dewasa berlangsung hingga berusia sekitar 30 tahun atas, seperti masalah pada pekerjaan, masalah dalam berumah tangga, apabila tidak mampu dalam mengatasi masalah tersebut dalam mengakibatkan gangguan emosional.

e. Masa keterasingan sosial

Usia dewasa dianggap individualis dan kurang ramah disebabkan karena adanya saemangat bersaing dalam kemajuan karir, sehingga hal tersebut dapat meminimalkan waktu untuk bersosialisasi.

f. Masa ketergantungan

Masa dewasa dini sebagian masih bergantung pada orang lain dalam jangka waktu tertentu, seperti seorang anak yang baru menginjak usia dewasa masih bergantung pada orang tua masalah keuangan.

g. Masa penyesuaian diri dengan cara hidup baru

Masa ini merupakan bentuk penyesuaian diri terhadap gaya hidup baru seperti perceraian kerluarga, penyesuaian diri dalam lingkungan pekerjaan.

2. Tugas perkembangan usia dewasa dini

Tugas-tugas dalam perkembangan usia dewasa dini yaitu:

a. Interdependen emosional merupakan kemampuan seseorang untuk melepaskan ketergantungan terhadap orang lain. Usia dewasa dini ini telah mampu mengendalikan emosi seperti tidak mudah kecewa atau marah.

b. Interdependen ekonomi merupakan kemampuan mengurus diri sendiri beserta keluarga dalam hal keuangan, mulai dari penerimaan penghasilan serta pengaturan pengeluaran.

- c. Interdependen memilih pasangan hidup merupakan momen penting bagi kehidupan dewasa dini.
- d. Interdependen sosial berarti dapat menentukan sikap dan keputusan serta mampu melaksanakan tugas dengan rasa tanggungjawab.
- e. *Expansive* karir merupakan sebuah kegiatan sehingga membuat mereka berusaha keras untuk mencapainya, baik dalam hal pekerjaan maupun kegiatan organisasi.

2.1.4 Usia Dewasa Madya

Banyak yang beranggapan bahwa usia dewasa madya merupakan masa remaja kedua. Usia dewasa madya menurut Pieter & Lubis (2010) yaitu tahapan awal memasuki masa menopause atau klimakteria. Kecemasan yang terjadi pada usia dewasa ini akibat dari adanya perubahan fisik seperti berat badan semakin bertambah, rambut beruban dan rontok, kulit mulai keriput, gigi mulai ompong, mata kurang bersinar sehingga menyebabkan kurangnya kepercayaan diri terutama pada pasangan.

1. Dinamika usia dewasa madya

Dinamika perkembangan pada periode usia dewasa madya yaitu:

- a. Dapat menyesuaikan diri pada perubahan fisik.
- b. Dapat menyesuaikan diri pada keluarga dan pasangan hidup.
- c. Aktif dalam mengikuti kegiatan sosial.
- d. Dorongan seks semakin bertambah.

2. Perubahan fisik usia dewasa madya

a. Menurunnya kesehatan

Setelah menginjak usia 40 tahun terjadi peningkatan ketidakmampuan secara cepat, meliputi cepat lelah, telinga berdengung, kepekaan kulit meningkat, sakit otot dan sendi, sakit kepala, sering konstipasi, selera makan menurun, gangguan tidur yang disebabkan oleh usia, penyakit dan maladaptif.

b. Menurunnya fungsi fisiologis

Seiring dengan adanya perubahan tubuh bagian luar yang terjadi, perubahan pada organ-organ tubuh bagian dalam mengalami perubahan. Perubahan yang sering dialami yaitu adanya arteriosklerosis atau elastisitas pembuluh darah arteri menurun disertai dengan penimbunan plak lemak pada dinding pembuluh darah, mengalami hipertensi, komplikasi penyakit jantung, fungsi kelenjar tubuh mulai melemah, fungsi indera mulai berkurang dan tubuh beraroma tidak sedap.

3. Gangguan fungsi psikologis usia dewasa madya

Banyak yang beranggapan pada usia dewasa madya memiliki emosi stabil, namun tidak bisa dipungkiri bahwa akibat dari adanya perubahan fisik, maka dapat mengganggu fungsi homeostasis, ketegangan emosional sehingga menimbulkan stres.

2.1.5 Usia Dewasa Akhir

Banyak anggapan bahwa usia dewasa akhir adalah awal menopause. Menopause berasal dari kata *men* = bulan *pause* = periode atau tanda berhenti, sehingga dapat diartikan berhentinya menstruasi. Periode menurut Pieter & Lubis

(2010) ini ditandai dengan memasuki tahapan klimakterium bagi pria, dan menopause bagi wanita. Perubahan fisik yang terjadi pada usia dewasa akhir sangat terlihat dibanding dengan perubahan psikologis. Perubahan fisik pada fase ini sama seperti perubahan fisik pada fase usia dewasa madya, namun yang menjadi pembeda adalah kondisi kesehatan memburuk disertai munculnya berbagai sindrom menjelang menopause, seperti sindrom terhadap berhentinya haid, sindrom reproduksi menurun, sindrom akibat ketidaknyamanan fisik.

2.2 Konsep Hipertensi

2.2.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi merupakan isu kesehatan di kalangan masyarakat yang penting di sebabkan hipertensi menjadifaktor risiko utama penyakit. Hipertensi disebut *the silent killer* dikarenakan penyakit ini tidak terdeteksi selama bertahun-tahun sehingga dapat merusak sistem kardiovaskular seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan gagal jantung. Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih dengan pengukuran rata-rata tiga kali atau lebih pada kesempatan yang berbeda (NHLBI, 2004, dalam LeMone, Burke, & Bauldoff, 2012).

2.2.2 Etiologi Hipertensi

Penyebab Hipertensi menurut (LeMone et al., 2012; Ardiansyah 2012) adalah sebagai berikut:

1. Hipertensi primer

Hipertensi primer atau dapat disebut juga disebut hipertensi esensial merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Populasi dewasa 90-95% mengalami hipertensi jenis ini, sebab memiliki sifat keturunan.

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder merupakan jenis hipertensi yang 5-10% penyebabnya diketahui atau teridentifikasi. Penyakit ginjal merupakan penyebab umum tekanan darah tinggi baik pada dewasa ataupun anak-anak. Penyebab umum lain yang dapat mengakibatkan hipertensi ini adalah:

a. Penyakit ginjal

Widyani (2018) mengatakan apabila pembuluh darah yang mengalirkan darah ke ginjal mengalami sumbatan oleh plak lemak pada dinding pembuluh darah sehingga darah sulit mengalir dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah.

b. Penyempitan aorta

Penyempitan aorta ini biasanya terjadi pada distal arteri subklavia dimana terjadi sumbatan pembuluh darah aorta yang mensuplai darah ke seluruh tubuh bahkan ginjal. Penurunan aliran darah ginjal dan perifer dapat menstimulus hormon renin-angiotensin-aldosteron sehingga dapat memicu tekanan darah tinggi.

c. Gangguan endokrin

Widyani (2018) menuturkan gangguan pada kelenjar adrenal menyebabkan hipertensi, sebab dapat memicu produksi hormone aldosteron secara berlebih namun produksi potasium menurun sehingga terjadi peningkatan tekanan darah.

d. Pemakaian obat

Pemakaian obat kontrasepsi estrogen dan oral dapat meningkatkan retensi natrium dan air sebab mempengaruhi hormon renin-angiotensin-aldosteron sehingga mengakibatkan hipertensi.

e. Kehamilan

Hipertensi dapat terjadi saat sebelum kehamilan atau saat terjadi kehamilan. Hipertensi akibat kehamilan (*pregnancy induced-hypertension*) merupakan penyebab signifikan kematian ibu dan janin, oleh karena itu membutuhkan penanganan perinatal yang tepat.

2.2.3 Faktor-faktor Pengaruh Hipertensi

Sejumlah faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan tekanan darah pada hipertensi menurut LeMone et al., (2012), yaitu:

a. Genetik

Seseorang dengan riwayat keluarga penderita hipertensi memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami hipertensi dibanding dengan yang tidak memiliki riwayat hipertensi.

b. Jenis kelamin dan usia

Pria berusia 35-50 tahun dan wanita pascamenopause berisiko lebih tinggi mengalami hipertensi.

c. Diit

Konsumsi diit tinggi garam dan lemak merupakan faktor risiko menderita hipertensi disebabkan karena garam mengandung natrium yang apabila dikonsumsi secara berlebihan akan memperberat kerja ginjal untuk membuang kelebihan natrium pada tubuh. Garam dapat menimbulkan cairan menumpuk dan tidak dapat keluar dari tubuh sehingga menyebabkan volume tekanan darah meningkat. Seseorang yang mengkonsumsi garam sebanyak 3 gram atau kurang dapat menyebabkan tekanan darah rendah, sedangkan apabila mengkonsumsi garam sebanyak 7-8 gram akan mengalami tekanan darah tinggi. Widyani (2018, dalam Muhammadun, 2010) menuturkan anjuran untuk mengkonsumsi garam sebanyak tidak lebih dari 6 gram/hari atau setara 2400 mg/hari. Berlebihnya natrium dalam tubuh dapat meningkatkan resistensi cairan dalam tubuh yang diikuti peningkatan volume darah.

d. Berat badan berlebih (obesitas)

Pada beberapa kasus seseorang yang memiliki berat badan yang lebih berat 25% dari berat badan ideal dapat menyebabkan perubahan fungsi vaskular sehingga menyebabkan hipertensi. Penurunan berat badan sangat dianjurkan bagi penderita obesitas. Penurunan minimal 4,5 kg dapat menurunkan tekanan darah pada banyak orang (NHBLI, 2004, dalam LeMone et al., 2012). Tubuh membutuhkan jumlah total lemak maksimal 150 mg/dL, dengan jumlah lemak baik (HDL) sebesar 45 mg/dL dan jumlah lemak jahat (LDL) sebesar 130 mg/dL.

e. Gaya hidup merokok

Rokok mengandung nikotin yang dapat merangsang untuk melepaskan katekolamin sehingga menyebabkan iritabilitas miokardial, denyut jantung meningkat dan vasokonstriksi yang kemudian terjadi peningkatan tekanan darah.

f. Konsumsi alkohol berlebih

Konsumsi alkohol tiga kali atau lebih dalam sehari secara teratur dapat meningkatkan risiko mengalami hipertensi. Penghentian konsumsi alkohol dapat menurunkan tekanan darah khususnya tekanan darah sistolik.

2.2.4 Klasifikasi Hipertensi

The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003) mengklasifikasikan hipertensi dalam beberapa kategori sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistole (mmHg)		Diastole (mmHg)
Normal	< 120	Dan	< 80
Pra-hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi derajat 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi derajat 2	≥160	Atau	≥100

Sumber: Yonata & Pratama (2016)

2.2.5 Tanda dan Gejala Hipertensi

Beberapa tanda dan gejala menurut Ardiansyah (2012) yang tampak pada penderita yang mengalami hipertensi selama bertahun-tahun adalah sebagai berikut:

1. Nyeri kepala pada saat terjaga, terkadang disertai mual dan muntah disebabkan oleh tekanan darah interaknium meningkat.

2. Penglihatan buram diakibatkan oleh dampak dari hipertensi yang dapat merusak retina.
 3. Langkah kaki yang kurang sesuai akibat dari kerusakan susunan saraf pusat penderita hipertensi.
 4. Sering kencing di malam hari/nokturia akibat adanya peningkatan aliran darah ginjal dan peningkatan filtrasi glomerulus.
 5. Adanya pembengkakan pada kaki akibat dari peningkatan tekanan kapiler.
- Tanda dan gejala lain yang dialami oleh penderita hipertensi berat diantaranya sebagai berikut:
- a. Sakit kepala dan terasa berat di tengkuk.
 - b. Detak jantung meningkat.
 - c. Cepat lelah.
 - d. Mual.
 - e. Muntah.
 - f. Keringat berlebih.
 - g. Gemeteran.
 - h. Nyeri dada.
 - i. Pandangan kabur atau ganda.
 - j. Telinga terasa berdenging.
 - k. Mimisan/epistaksis.

2.2.6 Patofisiologi Hipertensi

Kemenkes.RI (2007) menjelaskan peningkatan tekanan darah dalam pembuluh darah arteri terjadi akibat kerja jantung meningkat sehingga darah mengalir lebih banyak setiap detiknya dan arteri besar mengalami *aterosklerosis*

atau penurunan kelenturan menjadikan pembuluh darah menyempit akibat dari penebalan dinding pembuluh darah oleh penumpukan lemak dan kolesterol. Saat itu juga, melalui pembuluh darah yang sempit, darah dipaksa untuk mengalir dan menimbulkan peningkatan tekanan darah. Apabila jantung terus-menerus bekerja keras, maka akan mengganggu fungsi jantung dan berisiko mengalami gagal jantung kongestif. Tekanan darah tinggi juga dapat merusak fungsi otak akibat dari adanya penyumbatan pada pembuluh darah pada otak dan berisiko terjadi robekan serta perdarahan pada pembuluh darah otak sehingga mengalami stroke. Ginjal juga merupakan organ penting yang rentan mengalami gangguan fungsi akibat dari peningkatan tekanan darah. Jika aliran darah pada pembuluh darah yang menuju ginjal mengalami kerusakan, maka ginjal tidak mendapatkan suplai darah yang cukup, sehingga ginjal tidak mampu berfungsi secara normal. Retina mata juga dapat mengalami gangguan visual yaitu penglihatan kabur akibat dampak dari hipertensi yang disebabkan oleh adanya penyempitan, perobekan, serta perdarahan pada pembuluh darah mata yang berisiko pada kebutaan.

2.2.7 Komplikasi Hipertensi

Komplikasi menurut Ardiansyah (2012) yang disebabkan oleh hipertensi, diantaranya:

1. Stroke

Otak mengalami perdarahan akibat dari adanya tekanan tinggi pada otak sehingga mengalami *stroke*. Pada penderita hipertensi kronis, arteri-arteri yang mengalirkan darah pada otak mengalami penebalan dan hipertrofi sehingga aliran darah pada otak menjadi berkurang. Arteri pada otak juga mengalami *aterosklerosis* sehingga memungkinkan adanya pelebaran pembuluh darah atau *aneurisma*.

2. *Infark miokardium*

Infark miokardium dapat terjadi karena arteri koroner mengalami *aterosklerosis* sehingga pasokan oksigen dalam miokardium menurun, atau dapat juga disebabkan karena adanya thrombus pada pembuluh darah sehingga dapat menghambat aliran darah. Hal tersebut mengakibatkan jantung mengalami iskemia yang menyebabkan infark.

3. Gagal ginjal

Hipertensi dapat menyebabkan gagal ginjal dikarenakan adanya kerusakan progresif pada kapiler glomerulus sehingga dapat mengganggu darah yang mengalir ke unit fungsional ginjal dan neuron yang dapat berlanjut pada hipoksik dan kematian. Hipertensi kronik juga dapat menyebabkan edema diakibatkan adanya kerusakan pada membran glomerulus, sehingga protein keluar melalui *urine* dan terjadi penurunan tekanan osmotik koloid plasma.

4. Kerusakan otak

Kerusakan otak dapat terjadi pada penderita hipertensi maligna/hipertensi yang meningkat secara cepat. Kelainan ini menyebabkan tekanan kapiler meningkat dan mendorong cairan masuk ke dalam ruang interstitium di seluruh susunan saraf pusat sehingga neuron-neuron menjadi kolaps yang berlanjut pada koma dan kematian.

2.2.8 Pencegahan Hipertensi

Pencegahan hipertensi menurut LeMone et al., (2012) dapat dilakukan dengan cara memodifikasi gaya hidup sehat, sebagai berikut:

1. Menurunkan berat badan berlebih.

Mempertahankan berat badan normal serta kurangi berat badan jika obesitas. NHBLI (2004, dalam LeMone et al., 2012) memaparkan bahwa menurunkan berat badan minimal 4,5 kg dapat mempengaruhi penurunan tekanan darah.

2. Memodifikasi diit.

Kurangi asupan natrium, lemak dan pertahankan asupan kalium, kalsium dan magnesium. Penerapan diit DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertention*) juga dapat menurunkan tekanan darah yang berfokus pada jenis makanan daripada kandungan nutrisi (NHLBI, 2003, dalam LeMone et al., 2012). Anjuran diit DASH berisikan:

- a. Gandum : tujuh sampai 8 sajian perhari.
- b. Sayuran : empat sampai lima sajian perhari.
- c. Buah : empat sampai lima sajian perhari.
- d. Produk susu tanpa lemak/rendah lemak : dua sampai tiga sajian perhari.
- e. Daging, unggas, ikan : dua sajian atau kurang dari tiga ozperhari.
- f. Kacang-kacangan : empat sampai lima sajian perminggu.
- g. Lemak dan minyak (gorengan): dua sampai tiga sajian perhari.
- h. Permen rendah lemak : lima sajian perminggu.

3. Membatasi konsumsi alkohol dan rokok.

Alkohol dapat menyebabkan kadar kortisol dan volume darah merah mengalami peningkatan dan pengentalan sehingga mengalami hipertensi.

4. Meningkatkan aktivitas fisik dan olah raga.

Latihan fisik secara teratur dapat menurunkan tekanan darah. Latihan fisik yang dapat dilakukan seperti berjalan, bersepeda, berlari bahkan berenang.

5. Mengurangi stres.

Latihan fisik secara teratur merupakan penanganan awal untuk mencegah terjadinya hipertensi. Teknik relaksasi juga dapat dimanfaatkan guna untuk mengurangi stres serta menenangkan pikiran, seperti umpan balik biologis, sentuhan terapi, yoga dan meditasi.

2.2.9 Penatalaksanaan Hipertensi

Program terapi antihipertensi yang diberikan pada penderita hipertensi bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi serta kematian dengan mempertahankan serta mencapai tekanan darah arteri $\leq 140/90$ mmHg, Bagi penderita hipertensi disertai adanya penyakit lain, seperti diabetes mellitus atau penyakit ginjal kronis $\leq 130/80$ mmHg (Brunner & Suddarth, 2011).

Hipertensi dapat ditangani dengan beberapa terapi obat menurut Wijaya & Putri (2013), antara lain:

1. Secara farmakologi.

- a. Diuretik

Contoh obat: Hidroklorotiazid.

Berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam tubuh sehingga mengurangi volume cairan tubuh dan kerja jantung lebih ringan.

b. Penghambat simpatik

Contoh obat: Metildopa, Klonidin, Resepin.

Berfungsi untuk menghambat aktivitas saraf simpatis.

c. Betabloker

Contoh obat: Metoprolol, Propanolol, Atenolol.

Berfungsi untuk menurunkan daya pompa jantung. Betabloker dapat digunakan bagi penderita diabetes mellitus dikarenakan dapat mengurangi gejala hipoglikemia dan tidak dianjurkan bagi penderita asma.

d. Vasodilator

Contoh obat: Prasonin, Hidralasin.

Bekerja langsung pada pembuluh darah dengan merelaksasikan otot polos pembuluh darah.

e. ACE inhibitor

Contoh obat: Captropil.

Befungsi untuk menghambat pembekuan zat Angiotensin II. ACE inhibitor memiliki efek samping yaitu, batuk kering, pusing, sakit kepala, dan lemas.

f. Penghambat reseptor Angiotensin II

Contoh obat: Valsartan.

Berfungsi agar zat Angiotensin II tidak menempel pada reseptor sehingga meringankan kerja jantung.

g. Antagonis kalsium

Contoh obat: Diltiasem, Verapamil.

Dapat menghambat kontraktilitas jantung.

2. Secara non-farmakologis

Penatalaksanaan terapi pada penderita hipertensi secara non-farmakologis menurut Wijaya & Putri (2013) dengan memodifikasi gaya hidup dalam pencegahan peningkatan tekanan darah yang terkait dengan pengobatan hipertensi. Terapi non-farmakologis yang dapat diberikan bagi penderita hipertensi menurut Wijaya & Putri (2013) yaitu dengan memodifikasi gaya hidup, berupa:

a. Mempertahankan berat badan ideal dan menurunkan berat badan jika berlebih

Berat badan ideal menurut Kaplan (2006, dalam Wijaya & Putri, 2013) dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang memiliki rentang 18,5-24,9 kg/m². Cara mengukur IMT yaitu membagi berat badan dengan tinggi badan yang telah dikuadratkan dalam satuan meter. Penurunan berat badan pada penderita obesitas dapat dilakukan dengan cara diet tinggi serat dan protein namun rendah kolesterol. Penurunan 2,5 kg sampai 5 kg berat badan dapat mempengaruhi penurunan tekanan darah diastolik sebanyak 5 mmHg.

b. Membatasi jumlah dalam pengonsumsian alkohol

Pembatasan jumlah asupan alkohol sangat penting, dikarenakan dapat meningkatkan tekanan darah. Pecandu alkohol memiliki risiko empat kali lipat lebih besar menderita hipertensi dibandingkan dengan yang bukan peminum alkohol.

c. Membatasi jumlah konsumsi natrium

Bagi penderita hipertensi diet rendah garam dapat dilakukan dengan mengurangi asupan natrium, yaitu kurang dari 2300 mg atau satu sendok teh setiap hari. Mengurangi konsumsi garam setengah sendok teh perhari, dapat

menurunkan tekanan sistolik sebesar 5 mmHg dan tekanan diastolik sebesar 2,5 mmHg serta dapat memperkuat efek pengobatan antihipertensi.

- d. Melakukan relaksasi serta olahraga ringan secara teratur, diet DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertention*) tinggi buah, sayuran, dan olahan susu rendah lemak (Brunner & Suddarth, 2011). Pada penderita hipertensi yang sering duduk dianjurkan untuk mengikuti senam aerobik yang tidak terlalu berat selama 30 menit setiap hari (5 sampai 6 hari).

2.2.10 Alat Ukur *Sphygmomanometer* digital

Sphygmomanometer merupakan alat ukur tekanan darah berstandar yang terbagi dalam tiga jenis, yaitu *sphygmomanometer* air raksa/*mercury*, *sphygmomanometer* pegas/*aneroid* dan *sphygmomanometer* digital/*automatic*. *Sphygmomanometer* digital diciptakan pada zaman modern guna mempermudah penggunaannya dalam pembacaan hasil pengukuran sebab angka langsung muncul pada alat dan menjadi lebih menurut Kemenkes.RI (2007), yaitu:

1. Cara kerja *Sphygmomanometer* digital

Cara kerja *sphygmomanometer* menurut Kemenkes.RI (2007), yaitu:

- a. Alat ini menggunakan pompa udara yang digerakkan oleh mikroprosesor untuk memompa manchet secara otomatis pada nilai tekanan yang tetap, sehingga tidak memerlukan orang ahli untuk mengukur tekanan darah.
- b. Alat akan merekam pola osilasi tekanan dengan pengempisan yang bertahap.
- c. Alat sensor yang terdapat pada alat ini dapat menentukan tekanan sistolik, tekanan diastolik, tekanan nadi dan frekuensi nadi.

2. Prosedur umum *sphygmomanometer* digital

Prosedur pengukuran tekanan darah menggunakan *sphygmomanometer* digital merk “Omron IA2” menurut Indonesia Ministry of Health (2007), yaitu:

- a. Sebelum dilakukan pengukuran tekanan darah, sebaiknya responden menghindari kegiatan fisik seperti olahraga, merokok, makan minimal 30 menit, dan duduk beristirahat minimal 10-15 menit. Hindari pengukuran dalam kondisi stres sebab akan mempengaruhi hasil pengukuran. Pengukuran sebaiknya dilakukan di dalam ruangan dengan posisi duduk tegak, kaki tidak menyilang dan kedua telapak kaki datar menyentuh lantai. Hindari responden berbicara saat dilakukan pengukuran tekanan darah.
- b. Letakkan tangan kanan responden di atas meja, dan singsingkan lengan baju tangan kanan responden. Usahakan agar telapak tangan tetap terbuka dan tidak menggenggam.
- c. Sebelum pemasangan manchet, pastikan pipa manchet tidak terlekuk. Pasang manchet pada lengan kanan responden dengan posisi kain halus menyentuh kulit lengan responden dan *D-ring* tidak menyentuh kulit lengan responden, masukkan ujung manchet melalui *D-ring* dengan kain perekat pada posisi bagian luar. Letakkan manchet sekitar 1-2 cm diatas lipatan siku. Pastikan posisi pipa manchet sejajar dengan lengan kanan responden.
- d. Tarik manchet dan rapatkan hingga melingkari lengan kanan responden hingga dirasa pas tidak terlalu kencang dan tidak terlalu kendur. Tekan kain perekat manchet bagian luar menggunakan tangan secara benar agar manchet tidak bergeser dan tidak terlepas hingga responden merasa nyaman.

- e. Tekan tombol “*start*”, kemudian pada layar akan muncul angka 888 dan semua simbol.
 - f. Simbol “♥” pada layar akan berkedip-kedip hingga denyut tidak terdeteksi dan tekanan udara dalam manchet akan berkurang secara bertahap. Angka sistolik, diastolik serta denyut nadi akan muncul pada layar.
 - g. Catat angka sistolik, diastolik dan denyut nadi hasil pemeriksaan pada lembar observasi.
 - h. Ukur dua kali dengan sela waktu dua menit dengan melepaskan manchet dari lengan tangan.
 - i. Bila didapatkan hasil pengukuran pertama dan kedua dengan selisih >10 mmHg, ulangi pengukuran ketiga setelah istirahat 10 menit.
3. Pengukuran dapat dilakukan dengan berbaring apabila responden tidak bisa duduk.

2.2.11 Terapi Keperawatan dan Komplementer

Beberapa macam terapi dan komplementer dapat menurunkan tekanan darah, sebagai berikut:

1. Terapi relaksasi progresif

Respon simpatis dan parasimpatis dapat dikelola melalui terapi relaksasi. Terapi relaksasi terbukti efektif serta memiliki dampak untuk mengurangi kecemasan, mengurangi stres dan tekanan darah (Vocks, Ockenfels, Jurgensen, Mussgay & Ruddel, 2004, dalam Anggraieni, 2014).

2. Terapi musik

Selain sebagai hiburan, musik dapat digunakan sebagai terapi, sebab menurut Campbell (2002, dalam Widyani, 2018) musik dapat menghilangkan rasa

suntut dan menjernihkan pikiran dari aktivitas sehari-hari yang monoton. Terapi musik bermanfaat untuk membantu mencapai perubahan spesifik dalam perasaan dan tingkah laku.

3. Terapi pikiran-tubuh

Penderita hipertensi dapat menjalankan terapi perilaku dan pikiran-tubuh untuk menurunkan tekanan darah. Sebagai contoh terapi pikiran-tubuh yaitu yoga, meditasi, t'ai chi, dan *guided imagery* digunakan untuk memodifikasi aspek fisiologi dan kognitif respon stres penderita hipertensi. Spencer & Jacob (2003) berpendapat bahwa yoga dan t'ai chi yang dikombinasikan dengan imajinasi, meditasi dan latihan fisik terbukti efektif menurunkan aktivitas sistem parasimpatis, pernapasan, curah jantung, dan tekanan darah.

2.2.12 Proses Keperawatan Pasien Hipertensi

Beberapa tahapan proses keperawatan pada penderita hipertensi yang diberikan melalui asuhan keperawatan sebagai berikut:

1. Pengkajian (Ardiansyah, 2012).

Hal-hal yang dilakukan oleh perawat pada tahap pengkajian adalah:

- a. Kaji riwayat kesehatan pasien, riwayat kesehatan keluarga, dan riwayat penggunaan obat anti hipertensi.
- b. Kaji tanda dan gejala yang dialami pasien, seperti sakit kepala di pagi hari, rasa kebas pada tubuh, gangguan penglihatan/kabur.
- c. Kaji apakah ada komplikasi akibat hipertensi.
- d. Kaji tanda vital mencakup tekanan darah, irama, dan frekuensi nadi.

2. Diagnosis Keperawatan (NANDA, 2017).

- a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fisik tidak bugar.

- b. Risiko penurunan curah jantung
- 3. Intervensi keperawatan
 - a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fisik tidak bugar.
 - 1) Pantau respon fisiologis terhadap peningkatan aktivitas fisik.
 - 2) Ajarkan tentang latihan fisik yang sesuai dengan kondisi pasien.
 - 3) Informasikan pada pasien perlunya beraktivitas.
 - 4) Kolaborasi dengan ahli terapi okupasi.
 - b. Risiko penurunan curah jantung.
 - 1) Observasi tanda vital termasuk tekanan darah di kedua lengan nadi apikal dan perifer.
 - 2) Observasi warna kulit, kelembaban, suhu, dan CRT (*capillary refill time*).
 - 3) Catat dan dengarkan kualitas denyut nadi, bunyi napas.
 - 4) Ajarkan tentang teknik relaksasi, beri panduan imajinasi, dan aktivitas pengalihan.
 - 5) Berikan informasi tentang pentingnya mematuhi dan mengikuti program terapi yang telah ditentukan.
 - 6) Kolaborasi dengan dokter mengenai cara penggunaan obat antihipertensi.
- 4. Evaluasi

Hasil yang diharapkan setelah diberikan asuhan keperawatan pada penderita hipertensi menurut Judith dan Nancy (2011); dalam Widyani (2018) adalah:

- a. Mematuhi dan mengikuti program terapi yang telah ditentukan.
- b. Curah jantung dapat dipertahankan.
- c. Tidak terdapat komplikasi lanjutan.

2.3 Konsep Terapi Dzikir

2.3.1 Pengertian Dzikir

Dzikir atau dalam bahasa Arab yaitu *dzakara* merupakan latihan spiritual yang memiliki arti mengingat dan mengagungkan Allah dengan cara merenung sambil mengucapkan lafadz-lafadz Allah untuk menghadirkan Allah dalam hati manusia (Anshori, 2003; dalam Kumala et al., 2017). Saat proses dzikir manusia akan berfokus pada Allah dan melupakan semua hal tentang urusan duniawi. Mustofa (2006, dalam Kumala et al., 2017) berpendapat bahwa dzikir juga merupakan suatu bentuk kesadaran yang dimiliki seseorang untuk mendekatkan diri kepada sang pencipta. Berdzikir wajib dapat berupa shalat dan haji, sedangkan berdzikir sunnah dapat berupa membaca Al-Qur'an dan do'a maupun lafadh-lafadh dzikir. Do'a atau lafadh dzikir menurut Arifin & Mansur (2008) apabila dibaca sendiri, hasilnya akan berbeda dengan dibaca secara bersama-sama, apabila dibaca waktu siang, juga akan berbeda saat dibaca waktu malam, hasil ini beru pa visualisasi pancaran energi do'a dan dzikir yang diucapkan oleh pedzikir.

2.3.2 Bentuk-bentuk Dzikir

Dzikir dibagi menjadi tiga menurut Ibnu Atthailah As Sakandari, yaitu dzikir *jail* yang berarti nyata dan jelas, dzikir *khafi* yang berarti samar, serta dzikir *haqiqi* yang berarti dzikir yang sebenar-benarnya. Arti dari dzikir *jail* dilakukan dengan mengingat Allah dalam bentuk ucapan lisan yang memiliki arti pujian, rasa syukur, serta do'a kepada Allah dengan suara jelas sebagai penggerak hati. Dzikir *khafi* dilakukan dengan *khusyu'* oleh ingatan hati, baik secara lisan maupun suara hati. Dzikir *haqiqi* yang merupakan dzikir tertinggi dilakukan oleh seluruh jiwa

raga baik lahir maupun batin dilakukan dimana saja dan kapan saja sekuat tenaga menjalankan perintah serta menjauhi larangan yang telah Allah tetapkan.

2.3.3 Keutamaan Dzikir

Beberapa keutamaan dari Dzikir menurut Arifin & Mansur (2008), yaitu:

1. Dzikir dapat menentramkan dan melapangkan hati serta sebab dari terkabulnya do'a.s

Sebagaimana Allah telah berfirman dalam QS. Ar-Ra'd: 28, "Orang-orang yang berfirman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah! Hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram".

Kitab Wabl ash-Shayib, Ibnu Qayyim al-Jauzi' mengungkapkan bahwa terdapat lebih dari seratus keutamaan dzikir, diantaranya yaitu dzikir sebagai bentuk pujian bagi Allah, do'a sama seperti meminta suatu permohonan yang dipenuhi dengan hajat/kebutuhan, sehingga dzikir dinilai lebih baik daripada do'a, membaca Al-Qur'an lebih baik dari bacaan. Dzikir serta segala bentuk pujian bagi Allah menjadikan sebab do'a mustajab (terkabal).

2. Dzikir sebagai amalan ibadah terbaik dan tersuci.

Orang yang berdzikir baik laki-laki maupun perempuan sebagai salah satu dari sepuluh golongan yang akan mendapat ampunan serta pahala besar seperti yang disebutkan oleh Allah dalam surat al-Ahzaab ayat 35, "sesungguhnya laki-laki dan perempuan yang Muslim, laki-laki dan perempuan yang Mukmin, laki-laki dan perempuan yang tetap dalam ketaatannya, laki-laki dan perempuan yang benar, laki-laki dan perempuan yang sabar, laki-laki dan perempuan yang khusyu', laki-laki dan perempuan yang bersedekah, laki-laki dan perempuan yang berpuasa, laki-laki dan perempuan yang memelihara kehormatannya, laki-laki dan perempuan

yang banyak berdzikir menyebut (nama) Allah, Allah telah menyediakan mereka ampunan dan pahala yang besar.”

3. Dzikir sebagai pengusir setan.

Allah telah berfirman di dalam surat az-Zukhruf ayat 36 yang berbunyi, “Barang siapa yang berpaling dari pengajaran dzikir kepada Tuhan yang Maha Pemurah (Al-Qur’an), kami adakan baginya setan (yang menyesatkan), maka setan itulah yang menjadi teman yang selalu menyertainya.”

4. Dzikir sebagai penebus dosa dan penyelamat dari siksa Allah (Al-Sakandari & Athaillah, 2011).

Sebagaimana Mu’adz ibn Jabal berkata “Tidak ada amal yang lebih bisa menyelamatkan seseorang dari siksa dari pada dzikir pada Allah.” (H.R. Malik dalam kitab al-Muwaththa’).

5. Dzikir menjadikan jiwa tenang.

Berdzikir dengan penuh kesadaran diri atas kebesaran dan kekuasaan Allah dapat mendatangkan rahmat serta kenikmatan, sebab akan dinaungi oleh para malaikat bagi hambanya yang senantiasa berdzikir (Al-Sakandari & Athaillah, 2011).

6. Dzikir menjadikan tanaman surga.

HR. at-Tirmidzi menurut al-Albani dengan hadist-hadist Hasan penguat dari as-Sisilah ash-Shahihah. Rasulullah bersabda, “tanah surga itu harum dan segar airnya yang berupa lembah-lembah. Tanaman surga yaitu

.. سُبْحَانَ اللَّهِ وَالْحَمْدُ لِلَّهِ وَلَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَاللَّهُ أَكْبَرُ ..

Jelas bahwa bacaan *tasbih*, *tahmid*, *tahlil*, serta *hauqalah* merupakan tanaman surga yang kelak dapat dipetik oleh ahli dzikir.

7. Dzikir sebagai penerang

Dzikir dapat menjadi cahaya penerang bagi kelompok orang mukmin di dunia, di alam kubur, di akhirat ketika dibangkitkan dan ketika dikumpulkan kelak.

8. Mendapatkan rahmat dan didoakan oleh malaikat.

Allah akan memberikan rahmat kepada hambanya yang berdzikir seperti yang difirmankan oleh Allah dalam QS. 7:204, “Dan Apabila dibacakan Al-Qur’an, maka dengarkanlah baik-baik, dan perhatikanlah dengan tenang agar kamu mendapat rahmat.”

2.3.4 Manfaat Dzikir

Anggraini dan Subandi (2014, dalam Kumala et al., 2017) Dzikir merupakan metode psikoterapi yang memiliki manfaat bagi ketentraman, ketenangan, dan kedamaian hati, yang menjadikan pribadi tidak mudah goyah akan pengaruh lingkungan dan budaya global. Setiap bacaan dzikir memiliki arti yang mendalam. Saat bacaan pertama dibacakan yaitu *Laillahailallah* yang berarti tidak ada tuhan yang disembah kecuali Allah dapat mencegah timbulnya ketegangan diakibatkan karena adanya suatu kepercayaan dan keyakinan kuat kepada Allah sehingga menimbulkan kontrol diri yang baik serta menjadikan individu berperilaku ke arah yang positif (Anggraieni, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Lulu (2002) mengungkapkan bahwa manfaat ketika seseorang sedang berdzikir yaitu tubuh akan merasakan getaran lemas dan adanya relaksasi pada saraf sehingga ketegangan yang dirasakan menghilang. Manfaat lain dari berdzikir ketika membaca bacaan *Astaghfirullahaladzim* yaitu terjadinya peningkatan pembuangan karbondioksida dalam paru-paru ketika mengucapkan kalimat yang mengandung

huruf *jahr* seperti pada kalimat tauhid dan istighfar (Yurisaldi, 2010; dalam Kumala et al., 2017).

Terdapat banyak sekali manfaat berdzikir yang diungkapkan oleh para imam menurut Al-Sakandari & Athaillah (2011), yaitu:

1. Mengusir dan menangkal setan.
2. Menghilangkan kegelisahan dalam hati dan mendatangkan kesenangan.
3. Menghilangkan segala keburukan.
4. Memperkuat perasaan batin.
5. Pikiran menjadi terang dan diberi petunjuk dalam kegelapan.
6. Membuat wajah cerah dan tampak bersinar terang.
7. Rezeki datang dengan mudah.
8. Menjadikan berwibawa dan ketenangan dalam diri.
9. Terhindar dari lisan yang melakukan gibah, dusta, dan kebatilan lainnya.
10. Menenteramkan orang sekitar dan memberi rasa kebahagiaan.

2.3.5 Adab Berdzikir

Adab ketika melakukan dzikir (Nawawi, 2010), diantaranya:

1. Waktu Pelaksanaan Dzikir

Dzikir dapat dilakukan kapan saja, namun terdapat waktu keutamaan berdzikir yang telah di firmankan oleh Allah dalam QS Thaba: 130 “Maka sabarlah kamu atas yang mereka katakan, dan bertasbihlah dengan memuji Tuhanmu, sebelum terbit matahari dan sebelum terbenamnya dan bertasbih pulalah pada waktu-waktu di malam hari dan pada waktu siang hari, supaya kamu merasa senang”. Diriwayatkan dari Ali r.a., beliau berkata “Rasulullah SAW berkata

kepada Fatimah r.a. ‘Apabila kalian berdua hendak tidur, maka bacalah takbir 33 kali, tasbih 33 kali, dan tahmid 33 kali’. (H.R Bukhari dan Muslim).

2. Tempat Pelaksanaan Dzikir

Berdzikir dapat dilakukan dimana saja terkecuali di kamar mandi, karena hukumnya bersifat makruh atau lebih baik tidak dilakukan. Diriwayatkan Ibnu Umar r.a., beliau berkata “Aku datang ke rumah Rasulullah SAW, sedangkan saat itu beliau sedang buang hajat. Aku mengucapkan salam, tetapi beliau tidak menjawabnya, hingga terlihat berwudhu, kemudian beliau meminta maaf padaku seraya bersabda, ‘Aku tidak suka jika harus mengucapkan dzikir kecuali dalam keadaan suci’”. (H.R. Abu Dawud, Nasa’I, dan Ibnu Majah dengan sanad shahih).

3. Posisi Pelaksanaan Dzikir

Posisi dzikir dapat dilakukan sesuai dengan kemampuan seseorang, termasuk dalam keadaan berdiri, duduk, maupun berbaring. Sebagaimana Allah telah berfirman dalam QS Ali Imran: 190-191 “sesungguhnya dalam penciptaan langit dan bumi, dan silih bergantinya malam dan siang terdapat tanda-tanda bagi orang-orang yang berakal, (yaitu orang-orang yang mengingat Allah sambil berdiri atau duduk atau dalam keadaan berbaring)”.

4. Pemilihan bacaan Dzikir

Surat utama dalam Al-Qur’an yang dijadikan bacaan dzikir salah satunya yaitu surat Al-Fatihah yang berarti pembuka. Sebagaimana hadist Rasulullah SAW bersabda, “Allah telah membagi surat Al-Fatihah diantara-Ku dan hamba-Ku, sebagian surat itu untuk-Ku dan sebagian lain untuk hamba-Ku. Dan bagi hamba-Ku (aku mengabdikan) segala yang ia minta”. Bacaan dzikir dapat berupa ucapan kalimat tasbih (*Subhanallah*) 33 kali, tahmid (*Alhamdulillah*) 33 kali, takbir

(*Allahuakbar*) 33 kali. Bacaan dzikir sebagai proses penyembuhan tahapan pertama dapat dilakukan dengan menyebut nama Allah..Allah.. secara berulang dengan penghayatan dan ketenangan, lalu tahapan kedua yaitu mengakui bahwa segala kekuatan hanya milik Allah dengan menyebut kalimat hauqalah (Zamry, 2012). Kalimat hauqalah berbunyi:

لا حول ولا قوة الا بالله العلي العظيم

Artinya: “tidak ada daya upaya dan kekuatan kecuali atas pertolongan Allah yang maha luhur dan maha agung.”

2.3.6 Proses Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah

Dzikir yang digunakan peneliti dalam melakukan penelitiannya yaitu pada waktu pagi hari, sesuai dengan firman Allah “Dan bertasbihlah kepada-Nya diwaktu pagi dan sore”. Dzikir sebagai bentuk dari pengembangan respon relaksasi yang memiliki irama teratur dan disertai sikap pasrah sehingga dapat mengurangi ketegangan dan menimbulkan ketenangan jiwa (Kumala, Kusprayogi, & Nashori, 2017, dalam Finaldiansyah, 2016). Adanya rangsangan saraf otonom yang terkendali mengakibatkan terhambatnya pembentukan angiotensin sehingga denyut jantung dan pompa jantung mengalami penurunan, pembuluh darah melebar, tahanan pembuluh darah berkurang disertai dengan tekanan darah arteri menurun yang menyebabkan tekanan darah turun (Finaldiansyah, 2016).

2.3.7 Waktu Pemberian Terapi Dzikir

Lama pemberian terapi dzikir pada penelitian ini mengadopsi dari penelitian yang berjudul Pengaruh Terapi Zikir untuk Menurunkan Stres pada Penderita Hipertensi Esensial yaitu diberikan selama 4 kali pertemuan dalam waktu 2 minggu

(Anggraieni, 2014). Lama waktu pemberian terapi dzikir pada penelitian ini mengadopsi dari penelitian yang berjudul Pengaruh Terapi terhadap Penurunan Stres pada Mahasiswa Magister Profesi Psikologi yaitu diberikan selama 30-40 menit setiap pertemuan (Sucinindyasputeri, Mandala, & Zaqiyatuddinni, Anisah, 2017).

2.4 Konsep Terapi Murottal Al-Qur'an

2.4.1 Pengertian Murottal Al-Qur'an

Murottal merupakan rekaman suara yang dilantunkan oleh pembaca Al-Qur'an atau qori' dalam bentuk kaset maupun CD dengan menggunakan tajwid yang benar dan berirama (Anggraini, 2008; Julianto et al., 2018). Murottal memfokuskan pada dua hal yaitu ketepatan dalam cara pembacaan dan lagu Al-Qur'an. Murottal termasuk salah satu terapi religi dimana apabila bacaan Al-Qur'an dibacakan pada seseorang selama beberapa menit bahkan beberapa jam dapat berpengaruh positif bagi tubuh (Zahrofi, Maliya, & Listyorini, 2014).

2.4.2 Manfaat Al-Qur'an

Mendengarkan musik dapat merangsang pelepasan endorfin sehingga mengurangi kebutuhan akan obat anti nyeri. Musik dapat menyeimbangkan dan memperlambat sinyal gelombang otak, sehingga mempengaruhi tekanan darah, irama jantung, serta pernapasan (Zahrofi et al., 2014).

Al-Qur'an merupakan obat segala macam penyakit, baik dari penyakit hati maupun penyakit fisik, baik dari penyakit dunia maupun penyakit akhirat. Al-Qur'an sebagai sarana pengobatan untuk mengembalikan keseimbangan sel yang rusak (Rilla, Ropi, & Sriati, 2014). Ketika bacaan ayat-ayat suci Al-Qur'an di

lantunkan dengan tartil atau aturan membaca Al-Qur'an secara perlahan-lahan dengan ucapan yang jelas dan benar yang disuarakan oleh manusia dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin, mendapatkan ketenangan, serta perhatian teralihkan dari rasa takut, cemas, tegang sehingga menurunkan tekanan darah, memperlambat denyut jantung, nadi, dan aktivitas gelombang otak (Anggraini, 2008).

Beberapa aspek yang pengaruh Al-Qur'an terhadap kesehatan menurut Anwar (2010) sebagai berikut:

1. Mengandung unsur meditasi

Para ulama menafsirkan bahwa Al-Qur'an merupakan petunjuk yang dapat mengantarkan manusia kepada kesehatan fisik dan mental sehingga manusia dapat taat kepada Allah SWT. Penyembuhan melalui Al-Qur'an lebih berfokus pada tiga aspek utama yaitu menjadikan Al-Qur'an sebagai kitab yang dapat dilihat, dibaca dan didengar.

2. Mengandung unsur relaksasi

Bacaan Al-Qur'an memiliki unsur relaksasi dengan adanya tanda waqab yang mengisyaratkan pembaca untuk berhenti atau memberi jeda. Pembaca akan melakukan penarikan nafas ketika memulai proses bacaan kembali yang dilakukan secara teratur ketika setiap menemui tanda waqab sehingga tubuh merasa rileks.

3. Mengandung unsur autosugesti

Bacaan Al-Qur'an terdapat ungkapan baik atau *ahsanu al-hadits* sebagai unsur sugesti, sebab ungkapan baik memberikan efek sugesti positif bagi pendengar maupun pembaca Al-Qur'an sehingga menjadikan perasaan tenang dan tentram yang membantu terhadap proses penyembuhan.

2.4.3 Proses Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Hipertensi

Murottal Al-Qur'an yang digunakan peneliti dalam melakukan intervensinya dilakukan pada pagi hari. Ayat Al-Qur'an yang dilantunkan sebagai terapi murottal adalah surat Al-Mulk ayat 1-30 dengan estimasi 10 menit yang dibacakan oleh Mishary Rashid dengan volume standar. Semua surat dalam Al-Qur'an dapat mengaktifkan energi *Ilahiyah* dalam diri pendengar sehingga dapat mengusir penyakit yang dirasakan (Ramadhani, 2007). Terapi murottal termasuk terapi musik yang dapat menurunkan tekanan darah diastolik, nadi, tingkatan nyeri, dan berpengaruh terhadap kecemasan, dikarenakan musik dapat mempengaruhi sistem limbik sebagai pusat pengaturan emosi yang dilanjutkan ke hipokampus berbatasan dengan nuklei amigdala. Amigdala merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, menerima sinyal dari korteks limbik yang disalurkan ke hipotalamus (Ranggakayo, 2012). Hipotalamus merupakan pengaturan fungsi vegetatif dan fungsi endokrin berupa perilaku emosional, lalu diteruskan menuju formatio retikularis dan menuju serat saraf otonom. Serat saraf otonom terbagi menjadi dua sistem saraf yaitu saraf simpatis dan saraf parasimpatis yang berpengaruh terhadap kontraksi dan relaksasi organ. Efek musik dapat mempengaruhi sistem saraf otonom untuk memerintahkan tubuh melakukan relaksasi, sehingga menimbulkan ketenangan (Tamsuri, 2007).

2.5 Teori Model Keperawatan Adaptasi Roy

Teori Calista Roy memandang pasien sebagai suatu sistem adaptif yang menjabarkan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan merubah perilaku *maladaptive* menjadi *adaptive* (Aini, 2018). Roy menuturkan

bahwa individu merupakan makhluk bio-psiko-sosial sebagai satu kesatuan yang utuh yang memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi terhadap adanya perubahan pada lingkungan (Asmadi, 2005). Definisi lingkungan menurut Roy yaitu keadaan di sekeliling kita yang dapat mempengaruhi perkembangan manusia (Asmadi, 2005). Peran perawat menurut Roy yaitu membantu klien beradaptasi terhadap perubahan yang ada, meliputi psikologis, konsep diri, aturan-aturan yang berlaku, dan hubungan bebas pada waktu sehat dan sakit (Aini, 2018; Asmadi, 2005). Sehat dalam konsep Roy diartikan sebagai individu mampu beradaptasi dan berperilaku adaptif terhadap perubahan yang terjadi, sedangkan konsep sakit menurut Roy yaitu individu tidak dapat beradaptasi pada perubahan yang terjadi sehingga menampilkan perilaku maladaptif (Asmadi, 2005).

Asumsi dasar model adaptasi Roy (Asmadi, 2005), yaitu:

1. Individu dikatakan sehat apabila mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, dan sosialnya.
2. Kemampuan koping setiap orang untuk melakukan adaptasi berbeda-beda sebab dipengaruhi oleh tiga komponen meliputi penyebab utama pada perubahan kondisi dan situasi, keyakinan, serta pengalaman beradaptasi.
3. Respon setiap individu terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan konsep diri yang positif, kemandirian, serta kemampuan melakukan peran dan fungsi untuk memelihara integritas diri.
4. Keefektifan koping yang dilakukan individu sebagai kemampuan beradaptasi berkaitan dengan rentan sehat-sakit.

Tingkatan kemampuan individu untuk beradaptasi dapat ditentukan dengan hal-hal sebagai berikut:

1. *Input*

Input atau stimulus yang dapat menimbulkan respon. Roy berpendapat bahwa lingkungan (stimulus/stresor) terbagi menjadi dunia dalam (internal) dan luar (eksternal) dari individu. Stimulus internal merupakan proses mental di dalam tubuh manusia berupa pengalaman, kemampuan emosional, kepribadian dan proses stresor biologis, sedangkan stimulus eksternal berupa fisik, kimiawi, ataupun psikologis yang dianggap sebagai ancaman bagi individu (Aini, 2018). Terdapat tiga jenis stimulus (Aini, 2018; Asmadi, 2005), yaitu:

- a. Stimulus fokal adalah stimulus yang berhadapan langsung dengan individu (internal) dimana stimulus ini mempengaruhi seseorang untuk beradaptasi dengan segera.

Contoh: kematian anggota keluarga.

- b. Stimulus kontekstual yang berasal dari dalam diri/internal (karakteristik diri) ataupun eksternal (lingkungan, keluarga) dimana memiliki pengaruh terhadap stimulus fokal, namun keadaan ini yang tidak terlihat langsung pada saat ini. Stimulus kontekstual dapat diukur dan diamati, serta dilaporkan secara subjektif.

Contoh: lingkungan yang tidak baik, penurunan daya tahan tubuh.

- c. Stimulus residual

Berupa ciri-ciri tambahan yang sesuai dengan situasi namun tidak mudah untuk di amati. Stimulus ini mempengaruhi individu secara tidak langsung.

Contoh: keyakinan, sikap, pengalaman masa lalu yang berpengaruh terhadap perkembangan individu, persepsi tentang penyakit, dan gaya hidup.

2. Proses kontrol

Proses kontrol atau dapat diartikan dengan mekanisme koping berkaitan dengan kemampuan beradaptasi. Adaptasi diperlukan oleh manusia untuk menghindari adanya stres. Terdapat dua proses kontrol internal digunakan sebagai mekanisme koping.

a. Subsistem regulator

Semua proses koping dalam diri manusia pada tingkat biologis. Regulator merupakan respon dalam bentuk perilaku akibat dari rangsangan eksternal dan internal termasuk respon sistem kimiawi dan endokrin.

b. Subsistem kognator

Subsistem ini berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses segala informasi, pemrosesan data, penilaian, pembelajaran, persepsi serta emosi.

3. Mode adaptasi/efektor

Model adaptasi disebut juga sebagai proses internal pada diri seseorang sebagai sistem adaptif. Terdapat empat perubahan yang terjadi pada diri manusia dalam sistem adaptif (Aini, 2018), yaitu:

a. Fisiologis

Fungsi fisiologis meliputi kebutuhan oksigen, nutrisi, integritas kulit, panca indera, cairan elektrolit, serta aktivitas dan istirahat.

b. Konsep diri

Konsep diri berhubungan dengan pola nilai, kepercayaan serta emosi berkaitan dengan keadaan diri sendiri seperti fisik, individual dan moral etik.

c. Fungsi peran

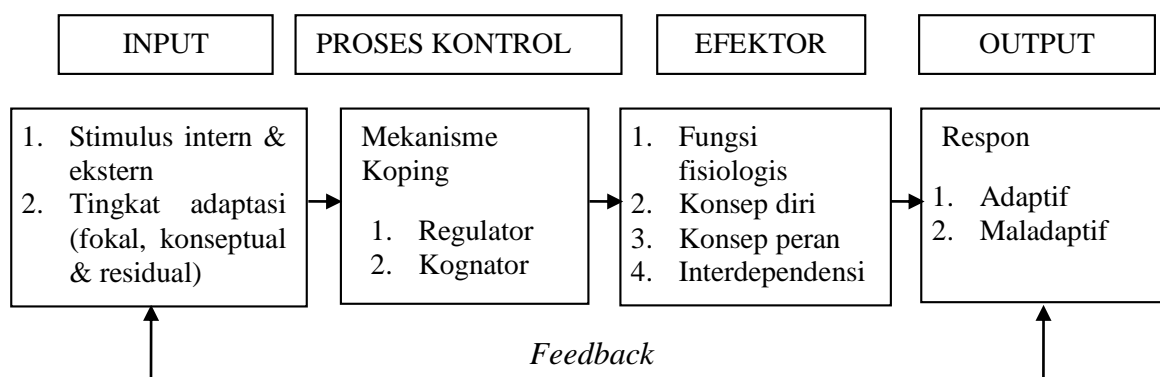
Fungsi peran merupakan pola interaksi sosial individu yang berhubungan dengan orang lain.

d. Interdependensi

Kemampuan seseorang dalam mengidentifikasi nilai-nilai manusia meliputi kehangatan, rasa cinta, penerimaan, penolakan melalui hubungan interpersonal terhadap individu maupun kelompok.

4. *Output*

Output dapat diartikan dengan perilaku yang dapat diamati, diukur dan dapat diungkapkan secara subjektif yang berupa respon adaptif maupun maladaptif (Asmadi, 2005).



Gambar 2.1 Model Adaptasi Menurut Calista Roy (Aini, 2018).

2.6 Hubungan Antar Konsep

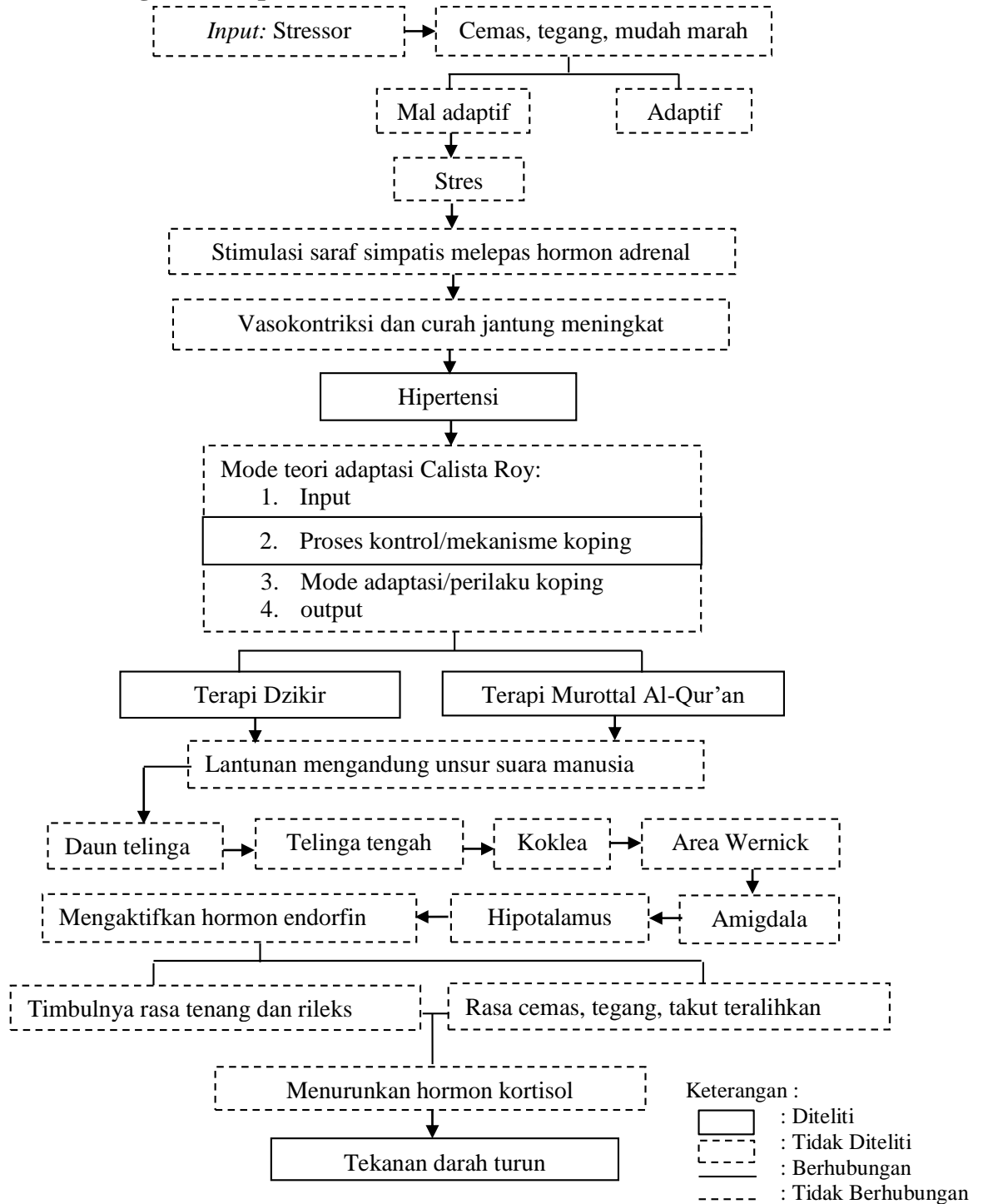
Teori model konsep keperawatan Callista Roy mengemukakan bahwa manusia merupakan makhluk holistik yang memiliki sistem adaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Seseorang akan beradaptasi dengan kondisi kesehatan yang diiringi dengan bertambahnya usia. Seiring bertambahnya usia, keadaan imunitas tubuh akan semakin menurun sehingga rentan terhadap penyakit-penyakit yang

menyertai, salah satunya yaitu hipertensi. Hipertensi jika tidak diberikan penanganan secara tepat maka akan berisiko mengalami komplikasi. Menghadapi situasi seperti ini diperlukan kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan yang dialami termasuk lingkungan sekitar. Teori adaptasi Callista Roy terhadap kejadian hipertensi dikaitkan dengan proses *input* yang berupa gejala-gejala yang dirasakan selama mendapati dirinya menderita hipertensi. Tahap selanjutnya yaitu kontrol terhadap penyembuhan penyakit. Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan metode penyembuhan non farmakologis berupa terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an. Kedua terapi tersebut dilakukan secara rutin dan bertahap untuk mendapatkan umpan balik terhadap kesembuhan. Selanjutnya, hasil output yang dirasakan yaitu adanya penurunan pada tekanan darah.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

3.2 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini yaitu terdapat perbandingan efektivitas terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab metode penelitian ini akan menjelaskan mengenai: 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Penolahan dan Analisa Data, 8) Etika Penelitian.

4.1. Desain Penelitian

Desain pada penelitian perbandingan efektivitas terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya ini menggunakan desain penelitian *True Experiment* yaitu desain dengan pemilihan kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang dipilih menggunakan teknik acak dengan metode *pretest-posttest control group design*. Penelitian ini dibagi menjadi tiga kelompok perlakuan berbeda dengan jumlah responden dan karakteristik yang sama. Perlakuan yang diberikan pada masing-masing kelompok yaitu, kelompok eksperimen yang melakukan terapi dzikir, kelompok eksperimen yang diberikan terapi murottal Al-Qur'an, dan kelompok kontrol yang tidak diberikan perlakuan. Sebelum dilakukan terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an pada kelompok, responden diukur tekanan darahnya dengan *sphygmomanometer* digital (*pretest*) kemudian setelah dilakukan terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an, responden diukur kembali tekanan darahnya menggunakan *sphygmomanometer* digital.

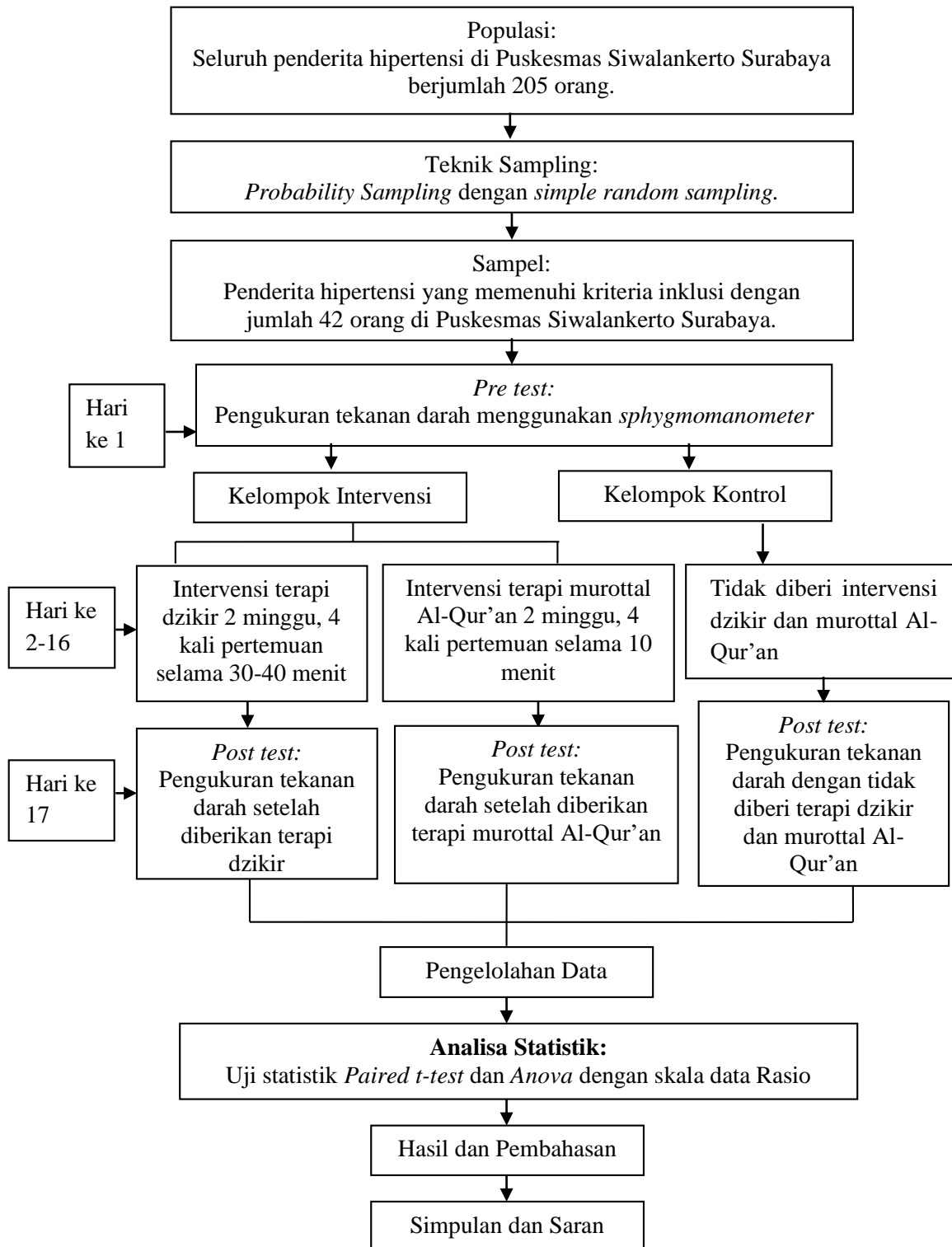
Tabel 4.1 Desain penelitian True Experiment dengan metode pretest-posttest control group design

Subyek	Pra	Perlakuan	Post-tes
R	O	I	OI
R	O	II	OII
R	O	-	O

Keterangan :

- R : Random
 - : Tidak diberikan perlakuan
 O : Pengukuran tekanan darah (*pre test*)
 I : Kelompok intervensi pemberian terapi dzikir
 II : Kelompok intervensi pemberian terapi murottal Al-Qur'an
 OI : Pengukuran tekanan darah (*posttest*) pada kelompok intervensi pemberian terapi dzikir.
 OII : Pengukuran tekanan darah (*posttest*) pada kelompok intervensi pemberian terapi murottal Al-Qur'an.

4.2. Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

4.3. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 di Puskesmas Siwalankerto Surabaya. Pemilihan tempat untuk penelitian karena banyaknya populasi yang memiliki syarat untuk masalah penelitian efektivitas terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

4.4. Populasi, Sampel, dan Sampling Desain

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi pada sampel ini adalah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya dengan jumlah 205 orang.

4.4.2 Sampel Penelitian

Peneliti mengambil sampel yang menderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi:
 - a. Rentang usia 45-60 tahun
 - b. Beragama islam
 - c. Menderita hipertensi
 - d. Mengonsumsi obat antihipertensi
 - e. Tidak memiliki gangguan pendengaran
 - f. Tidak memiliki gangguan kesehatan selain hipertensi
2. Kriteria Eksklusi:
 - a. Menggunakan obat tidur dalam mengatasi gangguan tidurnya
 - b. Meninggalkan kegiatan tanpa ijin

3. Kriteria *Drop Out*:
 - a. Responden yang tidak melaksanakan jadwal kegiatan harian yang telah disepakati bersama peneliti.
 - b. Responden yang memutuskan untuk berhenti dari intervensi.

4.4.3 Besar Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah sebagian pasien di Puskesmas Siwalankerto Surabaya yang memiliki hipertensi sebanyak 45 penderita hipertensi, kemudian di masukkan ke dalam rumus besar sampel dengan rumus sebagai berikut:

$$(t - 1) (r - 1) \geq 15$$

Keterangan :

t = banyak kelompok perlakuan

r = jumlah replikasi

Jadi besar sampel penelitian ini sebanyak minimal 15 orang kelompok intervensi terapi dzikir, minimal 15 orang kelompok terapi murottal Al-Qur'an, dan minimal 15 orang kelompok kontrol. Terdapat 1 orang pada kelompok dzikir dan 2 orang pada kelompok kontrol tidak memenuhi kriteria yaitu tidak melaksanakan jadwal kegiatan harian yang telah disepakati bersama peneliti (*Drop Out*), sehingga responden keseluruhan berjumlah 42 orang.

4.4.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik dalam pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *probability sampling* dengan menggunakan metode *simple random sampling*. Pemilihan sampel pada penelitian ini dengan menyeleksi 45 sampel dari 205 populasi yang

tersedia, maka secara acak pada secarik kertas yang diletakkan dalam kotak, diambil sambil terus diaduk setelah semuanya terkumpul.

4.5. Identifikasi Variabel

4.5.1 Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas (*independet*) dalam penelitian ini adalah terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an sebagai intervensi.

4.5.2 Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah tekanan darah penderita hipertensi.

4.6. Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen terapi dzikir.	Suatu bentuk pemberian terapi dzikir terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi	Terapi dzikir yang dilakukan selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan dengan estimasi waktu 30-40 menit.	SOP dzikir, bacaan dzikir, dan pengeras suara.		
Variabel independen terapi murottal Al-Qur'an	Suatu bentuk pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi	Terapi murottal Al-Qur'an melalui lantunan surat AL-Mulk ayat 1-30 dengan estimasi waktu 10 menit yang dibacakan oleh Mishary Rashid dengan volume standar yang dilakukan selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan.	SOP terapi murottal AL-Qur'an, <i>handphone</i> , pengeras suara, rekaman surat Al-Mulk ayat 1-30 dibacakan oleh Mishary Rashid melalui aplikasi MP3 Al-Qur'an Indonesia.		
Variabel dependen tekanan darah penderita hipertensi	Suatu keadaan dimana adanya perubahan tekanan darah pada dewasa akhir penderita hipertensi	Pengukuran tekanan darah sistolik dan diastolik	SOP pengukuran tekanan darah, lembar observasi, <i>Sphygmomanometer</i> digital.	Rasio	mmHg

4.7. Pengumpulan, Pengelolaan, dan Analisa Data

4.7.1 Instrumen Pengumpulan Data

1. Instrumen lembar kuesioner.

Instrumen lembar kuesioner demografi digunakan untuk menentukan responden berupa 5 pertanyaan data demografi, 22 pertanyaan faktor risiko meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir, pekerjaan, pola makan, riwayat keluarga, kebiasaan merokok, aktivitas sehari-hari, rutinitas pengkonsumsian obat antihipertensi dan stres.

2. Variabel Dependen

Pengukuran tekanan darah menggunakan Standar Prosedur Operasional pengukuran tekanan darah, lembar observasi dan *sphygmomanometer* digital.

3. Variabel Independen

- a. Pemberian terapi murottal AL-Qur'an yaitu dengan Standar Prosedur Operasional murottal Al-Qur'an, peneliti memperdengarkan kepada responden rekaman murottal Al-Qur'an dengan menggunakan *handphone* serta pengeras suara pada surat Al-Mulk ayat 1-30 selama 10 menit yang dibacakan oleh Mishary Rashid melalui aplikasi MP3 Al-Qur'an Indonesia dengan volume suara standar.
- b. Pemberian terapi dzikir yaitu dengan Standar Prosedur Operasional terapi dzikir beserta bacaan dzikir dan pengeras suara.

4.7.2 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti mengumpulkan dan melalui proses berkelanjutan dengan melibatkan beberapa pihak dan cara yang ditetapkan, yaitu:

1. Pengajuan Surat:
 - a. Mengajukan surat perijinan penelitian dari institusi pendidikan program studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
 - b. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Kepala BAKESDBANGPOL Kota Surabaya untuk melakukan penelitian di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
 - c. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk melakukan penelitian di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
 - d. Setelah itu diberikan kepada Kepala Puskesmas Siwalankerto Surabaya untuk mendapatkan persetujuan dilakukan penelitian di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
2. Pengambilan data :
 - a. Peneliti mendapatkan data responden dari perawat dengan jumlah penderita hipertensi.
 - b. Menentukan lokasi penelitian di mushollah Siwalankerto Surabaya.
 - c. Menentukan responden penelitian sesuai dengan kriteria.
 - d. Meminta ijin dan persetujuan dengan responden untuk dijadikan sampel penelitian.
 - e. Melakukan pemilihan teknik pengambilan data dengan *simple random sampling* dengan jumlah responden 45 orang lalu peneliti membagi menjadi

tiga kelompok. Dua kelompok intervensi dan satu kelompok kontrol dengan minimal 15 responden di masing-masing kelompok. Terdapat 3 responden *drop out*, sehingga jumlah keseluruhan responden 42 orang.

- f. Memberikan pilihan terapi dzikir atau terapi murottal Al-Qur'an kepada responden untuk menyesuaikan terapi yang ingin diberikan.
- g. Menentukan waktu pelaksanaan pemberian terapi pukul 07.00.
- h. Responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol mengisi *informed consent* yaitu lembar persetujuan menjadi responden.
- i. Pengumpulan data hari ke-1 dilakukan selama satu hari sebelum dilakukan intervensi kepada responden.
- j. Setelah pengambilan data, peneliti memberikan intervensi berupa terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an pada masing-masing kelompok dengan pemilihan kelompok secara acak. Intervensi terapi dzikir dilakukan selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan dengan estimasi waktu 30-40 menit dan terapi murottal Al-Qur'an yang diberikan melalui lantunan surat Al-Mulk ayat 1-30 dengan estimasi waktu 10 menit yang dibacakan oleh Mishary Rashid dengan volume standar dilakukan selama 2 minggu dengan 4 kali yang dilakukan di ruang rapat Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
- k. Pemberian jadwal kegiatan harian di rumah bagi responden yaitu berdzikir bagi kelompok dengan intervensi dzikir dan mendengarkan murottal Al-Qur'an bagi kelompok dengan intervensi murottal Al-Qur'an ketika setelah sholat subuh dan sholat maghrib serta mengisi lembar kegiatan yang telah dibagikan oleh peneliti, apabila tidak melakukan tugas yang telah disepakati maka akan keluar dari responden penelitian.

- l. Pencatatan laporan hasil pengukuran tekanan darah di lembar observasi sebelum dan sesudah dilakukan terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an pada penderita hipertensi.
- m. Pada kelompok kontrol tidak diberikan terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an, namun setelah dilakukan penelitian, kelompok kontrol diberikan informasi dan diajarkan mengenai terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an.

4.7.3 Pengolahan Data

Data didapatkan dari pengisian lembar kuisisioner demografi dengan jumlah 26 pertanyaan kemudian dibagikan kepada penderita hipertensi untuk menentukan responden sesuai dengan kriteria. Data yang terkumpul dengan metode pengumpulan data menggunakan lembar kuisisioner demografi diolah dengan tahap sebagai berikut:

1. *Scoring*

Scoring merupakan penentuan skor atau nilai untuk setiap item pertanyaan dan menentukan skor terendah hingga tertinggi. Setelah lembar kuisisioner tersebut telah terjawab oleh masing-masing responden, data diberi skor sesuai dengan kriteria penilaian. Data hasil tekanan darah diberi skor dengan satuan mmHg, sedangkan pada terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an menggunakan skor yang dilakukan oleh seluruh responden yang diberikan intervensi.

2. *Coding*

Mengklasifikasi kriteria-kriteria hasil jawaban yang telah didapatkan pada lembar kuesioner tersebut dengan cara memberi kode berbentuk angka/bilangan.

4.7.4 Analisa Data

1. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang akan diteliti. Variabel independen pada penelitian ini berupa terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an untuk menurunkan tekanan darah penderita hipertensi, sehingga tidak dilakukan analisa, sedangkan variabel dependen dilakukan pengukuran lalu dianalisa data berupa perbandingan nilai tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan pemberian terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an dalam bentuk angka dengan satuan mmHg.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk meneliti tiga variabel yang diduga ada keterkaitan satu sama lain. Analisa bivariat pada penelitian ini yaitu membandingkan keefektivitasan antara terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap nilai tekanan darah pada hipertensi yang menjadi responden penelitian. Analisa ini menggunakan uji normalitas data *Shapiro Wilk* kemudian menggunakan uji statistik *Paired t-test* dan *Anova* dengan skala data rasio karena dilakukan perbandingan terhadap 3 kelompok data dengan bantuan SPSS 25.0 signifikansi $\rho \leq 0,05$.

Pada uji *Paired t-test* ini digunakan untuk mengukur perbedaan (komparasi) 3 kelompok data berbentuk rasio yang memerlukan pengamatan (*pretest-posttest*) yang digunakan untuk mengetahui perbandingan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada masing-masing kelompok terapi dzikir, terapi murottal Al-Qur'an dan kelompok kontrol.

Pada uji *Anova* ini digunakan untuk mengukur perbedaan (komparasi) yang berhadapan dengan 3 kelompok sampel bebas (*independen*) dan masing-masing sampel mempunyai data berskala rasio akan tetapi tidak berdistribusi normal. Apabila $\rho \leq 0,05$ artinya terdapat perbandingan antara terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

4.8. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat surat rekomendasi dari Stikes Hang Tuah Surabaya, Bakesbangpol, serta mendapat persetujuan dari Kepala Puskesmas Siwalankerto Surabaya. Penelitian dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. Hak responden (*Autonomy*)

Peneliti mempertimbangkan hak responden untuk mendapatkan informasi secara lengkap berkaitan dengan penelitian dan responden bebas menentukan pilihan, tanpa paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian.

2. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan dan dijelaskan kepada responden yang diteliti agar responden dapat mengerti maksud dan tujuan dari penelitian. Responden yang

bersedia diminta untuk menandatangani lembar persetujuan, namun jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak-hak responden.

3. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Lembar tersebut diberi kode tertentu.

4. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya. Data tertentu saja disajikan atau dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab lima ini menguraikan hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data mengenai terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 di Puskesmas Siwalankerto Surabaya, dan didapatkan 42 responden. Hasil dan pembahasan menguraikan tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum dan data khusus.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian Puskesmas Siwalankerto

Surabaya

Puskesmas Siwalankerto Surabaya merupakan unit pelayanan masyarakat yang berlokasi di Jl. Siwalankerto No. 134, Kecamatan Wonocolo, Kabupaten Surabaya bagian Selatan, Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Puskesmas Siwalankerto Surabaya memiliki luas wilayah kerja 197.483 Ha. Sarana dan prasarana yang dimiliki Puskesmas Siwalankerto Surabaya seperti 1 Unit pengobatan umum, 1 Unit Laboratorium, Ruang Rawat inap umum yang dibagi atas wanita dan pria, 1 Instalasi gawat darurat, 1 Unit pelayanan kefarmasian, 1 Unit pengobatan gigi, 1 Unit konsultasi kesling dan Unit konsultasi gigi, 1 Unit KIA dan KB, 1 Unit VK, 1 Unit Kesehatan Tradisional, 1 ruang pemeriksaan, dan 2 Ruang rawat inap bersalin, 1 mushollah, 3 kamar mandi, 4 gudang penyimpanan barang salah satunya gudang penyimpanan obat dan gudang PMT, 1 dapur, 1 unit pendaftaran, 1 ruang kepala puskesmas, 1 ruang tata usaha, 1 ruang pertemuan.

Puskesmas Siwalankerto Surabaya memiliki 4 dokter umum, 3 dokter gigi, 2 sarjana kesehatan masyarakat, 10 bidan, 6 perawat, 2 perawat gigi, 1 sanitarian, 1 nutrisionis, 1 apoteker, 1 pembantu obat, 1 analis laboratorium, 1 battra, 4 tenaga administrasi/pendaftaran/kasir, 1 patugas IT, 3 administrasi tata usaha, 2 sopir ambulance, 2 kebersihan, 3 linmas. Kegiatan pelayanan yang dilaksanakan di Puskesmas Siwalankerto diantaranya, yaitu pemeriksaan dan pengobatan dasar, pelayanan gawat darurat di IGD, perawatan luka, pemeriksaan haji, pelayanan tindakan operasi kecil, pelayanan kesehatan mata dan THT, pemeriksaan dasar dan pencabutan serta penambalan gigi, pembersihan karang gigi, pemeriksaan ibu hamil, IVA, pelayanan KB, imunisasi, konsultasi gizi, pemeriksaan darah dan urine lengkap, pemeriksaan sputum, akupresure wajah, pijat bayi, pelayanan rawat inap dan bersalin. Sedangkan penyelenggaraan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) yaitu *refreshing* kader posyandu yang dilakukan minimal 1 kali setahun, MMD (Musyawarah Masyarakat Desa) 2 kali setahun, SMD (Survey Mawas Diri) dilakukan 1 tahun sekali, penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil, ibu nifas, neonatus, bayi dan balita resiko tinggi di masyarakat dilakukan sesuai kebutuhan, penyuluhan KB dan 1000 HPK (Hari Pertama Kelahiran) dilakukan tergantung kebutuhan, pembinaan dan penyuluhan terkait penyakiti menular dan tidak menular minimal 1 tahun sekali, penyuluhan bagi kesehatan anak sekolah minimal 1 tahun sekali, penyuluhan kesehatan gigi di posyandu lansia tiap 1 kali sebulan, demo toga dan pemanfaatan toga 2 kali dalam sebulan, pembinaan posyandu lansia tiap bulan, pembinaan kader lansia 1 kali setahun, senam lansia satu kali sebulan, penyuluhan dan pembinaan remaja 1 kali sebulan, skrining deteksi dini gangguan penglihatan

di puskesmas, pemeriksaan kesehatan calon jamaah haji minimal 4 kali sebelum keberangkatan.

1. Lokasi

- a. Sebelah utara: Kelurahan Jemurwonosari, Kecamatan Wonocolo
- b. Sebelah selatan: Desa Janti, Kecamatan Waru, Kabupaten Sidoarjo/Kelurahan Dukuh Menanggal, Kecamatan Wonocolo
- c. Sebelah timur: Kelurahan Kutisari, Kecamatan Tenggilis Mejoyo
- d. Sebelah barat: Kelurahan Siwalankerto, Kecamatan Wonocolo

2. Motto, Visi dan Misi

a. Motto

Kami peduli kesehatan anda (*we care of your health*)

b. Visi

Terwujudnya pelayanan puskesmas berkualitas dan profesional demi tercapainya kesehatan masyarakat yang optimal

c. Misi

Beberapa misi di Puskesmas Siwalankerto yang harus diacapai yaitu:

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau.
- 2) Mengembangkan pelayanan kesehatan yang lebih berdayaguna.
- 3) Mendorong kemandirian dan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 4) Menjalin kerjasama dengan lintas sektor untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat.

5.1.2 Gambaran Umum Subjek Penelitian

Subjek pada penelitian ini yaitu penderita hipertensi yang terdaftar dalam Puskesmas Siwalankerto Surabaya yang terletak di wilayah Kelurahan Siwalankerto Kecamatan Wonocolo Surabaya. Jumlah keseluruhan subjek penelitian adalah 42 orang .

5.1.3 Data Umum

Berikut adalah karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, riwayat hipertensi.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Jenis Kelamin	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Laki-laki	0	0%	3	23,1%	0	0%
Perempuan	14	100%	10	76,9%	15	100%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan 14 responden (100%) kelompok terapi dzikir berjenis kelamin perempuan. 13 responden dari kelompok terapi Murottal Al-Qur'an didapatkan sebanyak 3 orang (23,1%) berjenis kelamin laki-laki dan 10 orang (76,9%) berjenis kelamin perempuan. 15 responden dari kelompok kontrol didapatkan sebanyak 15 orang (100%) berjenis kelamin perempuan.

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan usia di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Usia	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
45-50	5	35,7%	4	30,8%	5	33,3%
51-55	1	7,1%	1	7,7%	5	33,3%
56-60	8	57,1%	8	51,5%	5	33,3%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan 14 responden dari kelompok terapi dzikir sebanyak 5 orang (35,7%) berusia 45-50 tahun, 1 orang (7,1%) berusia 51-55 tahun, 8 orang (57,1%) berusia 56-60 tahun, sedangkan 13 responden dari kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 4 orang (30,8%) berusia 45-50 tahun, 1 orang (7,7%) berusia 51-55 tahun, 8 orang (51,5%) berusia 56-60 tahun, selain itu 15 responden dari kelompok kontrol sebanyak 5 orang (33,3%) berusia 45-50 tahun, 5 orang (33,3%) berusia 51-55 tahun, 5 orang (33,3%) berusia 56-60 tahun.

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 5.3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42)

Pendidikan Terakhir	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Tidak bersekolah	6	42,9%	3	23,1%	3	20,0%
SD	1	7,1%	5	38,5%	4	26,7%
SMP	3	21,4%	2	15,4%	3	20,0%
SMA/Sederajat	4	28,6%	3	23,1%	3	20,0%
Perguruan Tinggi	0	0%	0	0%	2	13,3%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan pendidikan terakhir dari 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 6 orang (42,9%) tidak bersekolah, 1 orang (7,1%)

SD, 3 orang (21,4%) SMP, 4 orang (28,6%) SMA/ sederajat, sedangkan pada 15 responden dari kelompok terapi murottal Al-Qur'an didapatkan sebanyak 3 orang (23,1%) tidak bersekolah, 5 orang (38,5%) SD, 2 orang (15,4%) SMP, 3 orang (23,1%) SMA/ Sederajat, selain itu pada 15 responden dari kelompok kontrol didapatkan sebanyak 3 orang (20%) tidak bersekolah, 4 orang (26,7%) SD, 3 orang (20%) SMP, 3 orang (20%) SMA/ sederajat, 2 orang (13,3%) perguruan tinggi.

4. Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Pekerjaan	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Tidak Bekerja	4	28,6%	4	30,8%	3	20,0%
Ibu Rumah Tangga	8	57,1%	5	38,5%	8	53,3%
Swasta	0	0%	0	0%	3	20,0%
Wiraswasta	0	0%	3	23,1%	1	6,7%
PNS/ASN	0	0%	0	0%	0	0%
pensiun	1	7,1%	1	7,7%	0	0%
Lainnya	1	7,1%	0	0%	0	0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan pekerjaan dari 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 4 orang (28,6%) tidak bekerja, 8 orang (57,1%) ibu rumah tangga, 1 orang (7,1%) pensiun, 1 orang (7,1%) bekerja sebagai pembantu rumah tangga, sedangkan pekerjaan dari 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an didapatkan sebanyak 4 orang (30,8%) tidak bekerja, 5 orang (38,5%) ibu rumah tangga, 3 orang (23,1%) wiraswasta, 1 orang (7,7%) pensiun, selain itu pekerjaan dari 15 responden pada kelompok kontrol didapatkan sebanyak 3 orang (20,0%) tidak bekerja, 8 orang (53,3%) ibu rumah tangga, 3 orang (20,0%) swasta, 1 orang (6,7%) wiraswasta.

5. Karakteristik Riwayat Hipertensi

Tabel 5.5 Karakteristik responden berdasarkan riwayat hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Riwayat Hipertensi	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Diri Sendiri	4	28,6%	4	30,8%	5	33,3%
Orang Tua	10	71,4%	9	69,2%	10	66,7%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan riwayat hipertensi dari 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 4 orang (28,6%) mengalami hipertensi dari diri sendiri, 10 orang (71,4%) dari orang tua, sedangkan riwayat hipertensi dari 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 4 orang (30,8%) mengalami hipertensi dari diri sendiri, 9 orang (69,2%) dari orang tua, selain itu riwayat hipertensi dari 15 responden kelompok kontrol sebanyak 5 orang (33,3%) mengalami hipertensi dari diri sendiri, 10 orang (66,7%) dari orang tua.

6. Karakteristik Lama Hipertensi

Tabel 5.6 Karakteristik responden berdasarkan lama hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Lama Hipertensi	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
< 1 tahun	1	7,1%	1	7,7%	2	13,3%
1-6 tahun	9	64,3%	8	61,5%	9	60,0%
> 6 tahun	4	28,6%	4	30,8%	4	26,7%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan dari 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 1 orang (7,1%) lama menderita hipertensi kurang dari 1 tahun, 9 orang (64,3%) 1-6 tahun menderita hipertensi, 4 orang (28,6%) lebih dari 6 tahun, sedangkan 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 1 orang

(7,7%) lama menderita hipertensi kurang dari 1 tahun, 8 orang (61,5%) 1-6 tahun menderita hipertensi, 4 orang (30,8%) lebih dari 6 tahun, selain itu dari 15 responden kelompok kontrol didapatkan 2 orang (13,3%) menderita hipertensi kurang dari 1 tahun, 9 orang (60,0%) 1-6 tahun menderita hipertensi, 4 orang (26,7%) lebih dari 6 tahun.

7. Karakteristik Rutin Konsumsi Obat Hipertensi

Tabel 5.7 Karakteristik responden berdasarkan rutin konsumsi obat hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Rutin Konsumsi Obat Hipertensi	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Ya	9	64,3%	7	53,8%	10	66,7%
Tidak	5	35,7%	6	46,2%	5	33,3%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan dari 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 9 orang (64,7%) rutin mengkonsumsi obat hipertensi, 5 orang (35,7%) tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi, sedangkan dari 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 7 orang (53,8%) rutin mengkonsumsi obat hipertensi, 6 orang (46,2%) tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi, selain itu dari 15 responden kelompok kontrol sebanyak 10 orang (66,7%) rutin mengkonsumsi obat hipertensi, 5 orang (33,3%) tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi.

8. Karakteristik Konsumsi Makanan Asin

Tabel 5.8 Karakteristik responden berdasarkan konsumsi makanan asin di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Karakteristik	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Konsumsi makanan asin						
Ya	11	78,6%	10	76,9%	10	66,7%
Tidak	3	21,4%	3	23,1%	5	33,3%
Total	14	100%	13	100%	15	100%
Jumlah makan asin						
Tidak	3	21,4%	3	23,1%	5	33,3%
1-6 kali/minggu	6	42,9%	8	61,5%	7	46,7%
Setiap hari	5	35,7%	2	15,4%	3	20,0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 11 orang (78,6%) mengkonsumsi makanan asin dengan 6 orang (42,9%) mengkonsumsi makanan asin 1-6 kali/minggu, 5 orang (35,7%) mengkonsumsi makanan asin setiap hari dan 3 orang (21,4%) tidak mengkonsumsi makanan asin, sedangkan 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 10 orang (76,9%) mengkonsumsi makanan asin dengan 8 orang (61,5%) mengkonsumsi makanan asin 1-6 kali.minggu, 2 orang (15,4%) mengkonsumsi makanan asin setiap hari, 3 orang (23,1%) tidak mengkonsumsi makanan asin, selain itu 15 responden kelompok kontrol sebanyak 10 orang (66,7%) mengkonsumsi makanan asin dengan 7 orang (46,7%) mengkonsumsi makanan asin 1-6 kali/minggu, 3 orang (20,0%) mengkonsumsi makanan asin setiap hari dan 5 orang (33,3%) tidak mengkonsumsi makanan asin.

9. Karakteristik Konsumsi Makanan Berlemak

Tabel 5.9 Karakteristik responden berdasarkan konsumsi makanan berlemak di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Karakteristik	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Konsumsi lemak						
Ya	12	85,7%	12	92,3%	12	80,0%
Tidak	2	14,3%	1	7,7%	3	20,0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%
Jumlah makan lemak						
Tidak	2	14,3%	1	7,7%	3	20,0%
1-6 kali/minggu	11	78,6%	8	61,5%	9	60,0%
Setiap hari	1	7,1%	4	30,8%	3	20,0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 2 orang (14,3%) tidak mengkonsumsi makanan berlemak, 12 orang (85,7%) mengkonsumsi makanan berlemak dengan 11 orang (78,6%) 1-6 kali/minggu, 1 orang (7,1%) setiap hari, sedangkan 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 12 orang (92,3%) mengkonsumsi makanan berlemak dengan 8 orang (61,5%) 1-6 kali/minggu, 4 orang (30,8%) setiap hari, selain itu 15 responden kelompok kontrol sebanyak 3 orang (20,0%) tidak mengkonsumsi makanan berlemak, 12 orang (80,0%) mengkonsumsi makanan berlemak dengan 9 orang (60,0%) 1-6 kali/minggu, 3 orang (20,0%) setiap hari.

10. Karakteristik Konsumsi Kopi

Tabel 5.10 Karakteristik responden berdasarkan konsumsi kopi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Karakteristik	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Konsumsi kopi						
Ya	2	14,3%	3	23,1%	2	13,3%
Tidak	12	85,7%	10	76,9%	13	86,7%
Total	14	100%	13	100%	15	100%
Jumlah cangkir kopi						
Tidak	12	85,7%	10	76,9%	13	86,7%
1-2 cangkir	2	14,3%	2	15,4%	1	6,7%
3-5 cangkir	0	0%	1	7,7%	1	6,7%
> 6 cangkir	0	0%	0	0%	0	0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 12 orang (85,7%) tidak mengonsumsi kopi, 2 orang (14,3%) mengonsumsi kopi dengan 2 orang (14,3%) mengonsumsi 1-2 cangkir kopi perhari, sedangkan 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 10 orang (76,9%) tidak mengonsumsi kopi, 3 orang (23,1%) mengonsumsi kopi dengan 2 orang (15,4%) mengonsumsi 1-2 cangkir kopi, 1 orang (7,7%) mengonsumsi 3-5 cangkir kopi perhari, selain itu 15 responden kelompok kontrol sebanyak 13 orang (86,7%) tidak mengonsumsi kopi, 2 orang (13,3%) mengonsumsi kopi dengan 1 orang (6,7%) mengonsumsi 1-2 cangkir kopi, 1 orang (6,7%) mengonsumsi 3-5 cangkir kopi perhari.

11. Karakteristik Konsumsi Alkohol

Tabel 5.11 Karakteristik responden berdasarkan konsumsi alkohol di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Karakteristik	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Konsumsi alkohol						
Ya	0	0%	0	0%	0	0%
Tidak	14	100%	13	100%	15	100%
Total	14	100%	13	100%	15	100%
Jumlah gelas alkohol						
Tidak	14	100%	13	100%	15	100%
1-5 gelas/hari	0	0%	0	0%	0	0%
≥ 6 gelas/hari	0	0%	0	0%	0	0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa 42 responden (100%) dari masing-masing kelompok terapi dzikir, terapi murottal Al-Qur'an dan kontrol di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan tidak mengkonsumsi alkohol.

12. Karakteristik Merokok

Tabel 5.12 Karakteristik responden berdasarkan merokok di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Karakteristik	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Merokok						
Ya	0	0%	2	15,4%	0	0%
Tidak	14	100%	11	84,6%	15	100%
Total	14	100%	13	100%	15	100%
Lama Merokok						
Tidak	14	100%	11	84,6%	15	100%
< 5 tahun	0	0%	0	0%	0	0%
5-10 tahun	0	0%	0	0%	0	0%
> 10 tahun	0	0%	2	15,4%	0	0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%
Jumlah Rokok						
Tidak	14	100%	11	84,6%	15	100%
1-10 batang	0	0%	1	7,7%	0	0%
11-20 batang	0	0%	1	7,7%	0	0%
> 20 batang	0	0%	0	0%	0	0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan dari masing-masing kelompok terapi dzikir dan kontrol sebanyak 29 orang (100%) tidak merokok, sedangkan 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 11 orang (84,6%) tidak merokok, 2 orang (15,4%) merokok lebih dari 10 tahun dengan 1 orang (7,7%) 1-10 batang rokok perhari, 1 orang (7,7%) 11-20 batang rokok perhari.

13. Karakteristik Olahraga.

Tabel 5.13 Karakteristik responden berdasarkan olahraga di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Karakteristik	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Olahraga						
Ya	4	28,6%	4	30,8%	5	33,3%
Tidak	10	71,4%	9	69,2%	10	66,7%
Total	14	100%	13	100%	15	100%
Jumlah Olahraga/minggu						
Tidak	10	71,4%	9	69,2%	10	66,7%
< 3 kali	3	21,4%	1	7,7%	5	33,3%
3 kali	1	7,1%	1	7,7%	0	0%
4-6 kali	0	0%	0	0%	0	0%
>6 kali	0	0%	2	15,4%	0	0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%
Waktu Tiap Olahraga						
Tidak	10	71,4%	9	69,2%	10	66,7%
< 30 menit	1	7,1%	2	15,4%	3	20,0%
30-90 menit	3	21,4%	2	15,4%	2	13,3%
> 90 menit	0	0%	0	0%	0	0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 10 orang (71,4%) tidak berolahraga, 4 (28,6%) berolahraga dengan 3 orang (21,4%) berolahraga kurang dari 3 kali/minggu, 1 orang (7,1%) berolahraga 3 kali/minggu, 1 orang (7,1%) berolahraga kurang dari 30 menit, 3 orang (21,4%) 30-90 menit, sedangkan 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 9 orang (69,2%) tidak berolahraga, 4 orang (30,8%) berolahraga dengan 1 orang (7,7%) olahraga kurang dari 3 kali/minggu, 1 orang (7,7%) berolahraga 3 kali/minggu, 2 orang (15,4%) berolahraga lebih dari 6 kali/minggu, 2 orang (15,4%) olahraga kurang dari 30 menit, 2 orang (15,4%) olahraga 30-90 menit, selain itu 15

responden kelompok kontrol sebanyak 10 orang (66,7%) tidak berolahraga, 5 orang (33,3%) berolahraga kurang dari 3 kali/minggu dengan 3 orang (20,0%) olahraga kurang dari 30 menit, 2 orang (13,3%) 30-90 menit.

14. Karakteristik Aktivitas

Tabel 5.14 Karakteristik responden berdasarkan aktivitas di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Aktivitas	Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Ringan	6	42,9%	7	53,8%	9	60,0%
Sedang	8	57,1%	5	38,5%	6	40,0%
Berat	0	0%	1	7,7%	0	0%
Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.14 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan 14 responden kelompok terapi dzikir sebanyak 6 orang (42,9%) beraktivitas ringan, 8 orang (57,1%) beraktivitas sedang, sedangkan 13 responden kelompok terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 7 orang (53,8%) beraktivitas ringan, 5 orang (38,5%) beraktivitas sedang, 1 orang (7,7%) beraktivitas berat, selain itu 15 responden kelompok kontrol sebanyak 9 orang (60,0%) beraktivitas ringan, 6 orang (40,0%) beraktivitas sedang.

15. Karakteristik Stres

Tabel 5.15 Karakteristik responden berdasarkan stres di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=42).

Karakteristik		Dzikir		Murottal Al-Qur'an		Kontrol	
		Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase	Jumlah	Presentase
Kecewa hal yang tidak diharapkan terjadi	Ya	9	64,3%	9	69,2%	13	86,7%
	Tidak	5	35,7%	4	30,8%	2	13,3%
	Total	14	100%	13	100%	15	100%
Marah di luar kontrol	Ya	7	50,0%	10	76,9%	10	66,7%
	Tidak	7	50,0%	3	23,1%	5	33,3%
	Total	14	100%	13	100%	15	100%
Sering merasa gugup	Ya	6	42,9%	2	15,4%	5	33,3%
	Tidak	8	57,1%	11	84,6%	10	66,7%
	Total	14	100%	13	100%	15	100%
Percaya kemampuan diri	Ya	14	100%	13	100%	15	100%
	Tidak	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	14	100%	13	100%	15	100%
Merasa sesuatu berjalan sesuai rencana	Ya	7	50,0%	7	53,8%	6	40,0%
	Tidak	7	50,0%	6	46,2%	9	60,0%
	Total	14	100%	13	100%	15	100%

Tabel 5.15 menunjukkan bahwa dari 42 responden di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapatkan 14 responden dari kelompok terapi dzikir didapatkan sebanyak 9 orang (64,3%) merasa kecewa dengan hal yang tidak diharapkan terjadi, 5 orang (35,7%) tidak, 7 orang (50,0%) marah diluar kontrol, 7 orang (50,0%) tidak, 6 orang (42,9%) sering merasa gugup, 8 orang (57,1%) tidak, 14 orang (100%) percaya dengan kemampuan diri, 7 orang (50,0%) merasa segala sesuatu berjalan sesuai rencana, 7 orang (50,0%) tidak, sedangkan dari 13 responden dari kelompok murottal Al-Qur'an didapatkan bahwa sebanyak 9 orang (69,2%) merasa kecewa dengan hal yang tidak diharapkan terjadi, 4 orang (30,8%)

tidak, 10 orang (76,9%) marah diluar kontrol, 3 orang (23,1%) tidak, 2 orang (15,4%) sering merasa gugup, 13 orang (84,6%) tidak, 13 orang (100%) percaya dengan kemampuan diri, 7 orang (53,8%) merasa segala sesuatu berjalan sesuai rencana, 6 orang (46,2%) tidak, selain itu dari 15 responden dari kelompok kontrol didapatkan bahwa sebanyak 13 orang (86,7%) merasa kecewa dengan hal yang tidak diharapkan terjadi, 2 orang (13,3%) tidak, 10 orang (66,7%) marah diluar kontrol, 5 orang (33,3%) tidak, 5 orang (33,3%) sering merasa gugup, 10 orang (66,7%) tidak, 15 orang (100%) percaya dengan kemampuan diri, 6 orang (40,0%) merasa segala sesuatu berjalan sesuai rencana, 9 orang (60,0%) tidak.

5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

1. Efektivitas Terapi Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
 - a. Uji Normalitas Terapi Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.16 Uji Normalitas pada Kelompok Sebelum Diberikan Terapi Dzikir Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=14)

Tekanan Darah	Nilai Uji Normalitas
<i>Sistole Pre test</i>	0,123
<i>Diastole Pre test</i>	0,346

Berdasarkan tabel 5.16 uji normalitas menggunakan uji *Shapiro Wilk* pada tekanan darah sistole dan diastole sebelum diberikan terapi dzikir didapatkan hasil ρ value sistole = 0,123 dan ρ value diastole = 0,346 ($\rho > \alpha$), artinya data tersebut berdistribusi normal.

Tabel 5.17 Uji Normalitas pada Kelompok Sesudah Diberikan Terapi Dzikir Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=14)

Tekanan Darah	Nilai Uji Normalitas
<i>Sistole Post test</i>	0,776
<i>Diastole Post test</i>	0,190

Berdasarkan tabel 5.17 uji normalitas menggunakan uji *Shapiro Wilk* pada tekanan darah sistole dan diastole sesudah diberikan terapi dzikir didapatkan hasil ρ value sistole = 0,776 dan ρ value diastole = 0,190 ($\rho > \alpha$), artinya data tersebut berdistribusi normal.

- b. Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Dzikir pada Penderita Hipertensi Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.18 Tekanan Darah Sebelum diberikan Terapi Dzikir Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=14)

Tekanan Darah	Min-Max	Mean
<i>Sistole Pre test</i>	126-172 mmHg	144,64
<i>Diastole Pre test</i>	83-125mmHg	98,14

Tabel 5.18 menunjukkan dari 14 responden sebelum diberikan terapi dzikir di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapati hasil nilai rata-rata tekanan darah sistole responden sebesar 144,64 mmHg dengan nilai minimum 126 mmHg dan nilai maksimum 172 mmHg, sedangkan nilai rata-rata tekanan darah diastole responden sebesar 98,14 mmHg dengan nilai minimum 83 mmHg dan nilai maksimum 125 mmHg.

Tabel 5.19 Tekanan Darah Sesudah diberikan Terapi Dzikir Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=14)

Tekanan Darah	Min-Max	Mean
<i>Sistole Post test</i>	90-148 mmHg	121,86
<i>Diastole Post test</i>	60-100 mmHg	79,43

Tabel 5.19 menunjukkan dari 14 responden sesudah diberikan terapi dzikir di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapati hasil nilai rata-rata tekanan darah sistole responden sebesar 121,86 mmHg dengan nilai minimum 90 mmHg dan nilai maksimum 148 mmHg, sedangkan nilai rata-rata tekanan darah diastole responden sebesar 79,43 mmHg dengan nilai minimum 60 mmHg dan nilai maksimum 100 mmHg.

2. Efektivitas Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
 - a. Uji Normalitas Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.20 Uji Normalitas pada Kelompok Sebelum Diberikan Terapi murottal Al-Qur'an Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=13)

Tekanan Darah	Nilai Uji Normalitas
<i>Sistole Pre test</i>	0,114
<i>Diastole Pre test</i>	0,674

Berdasarkan tabel 5.20 uji normalitas menggunakan uji *Shapiro Wilk* pada tekanan darah sistole dan diastole sebelum diberikan terapi murottal Al-Qur'an didapatkan hasil ρ value sistole = 0,114 dan ρ value diastole = 0,674 ($\rho > \alpha$), artinya data tersebut berdistribusi normal.

Tabel 5.21 Uji Normalitas pada Kelompok Sesudah Diberikan Terapi murottal Al-Qur'an Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=13)

Tekanan Darah	Nilai Uji Normalitas
<i>Sistole Post test</i>	0,821
<i>Diastole Post test</i>	0,311

Berdasarkan tabel 5.21 uji normalitas menggunakan uji *Shapiro Wilk* pada tekanan darah sistole dan diastole sesudah diberikan terapi murottal Al-Qur'an didapatkan hasil ρ value sistole = 0,821 dan ρ value diastole = 0,311 ($\rho > \alpha$), artinya data tersebut berdistribusi normal.

- b. Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Penderita Hipertensi Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.22 Tekanan Darah Sebelum diberikan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=13)

Tekanan Darah	Min-Max	Mean
<i>Sistole Pre test</i>	137-176 mmHg	154,31
<i>Diastole Pre test</i>	74-125 mmHg	104,15

Tabel 5.22 menunjukkan dari 13 responden sebelum diberikan terapi murottal Al-Qur'an di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapati hasil nilai rata-rata tekanan darah sistole responden sebesar 154,31 mmHg dengan nilai minimum 137 mmHg dan nilai maksimum 176 mmHg, sedangkan nilai rata-rata tekanan darah diastole responden sebesar 104,15 mmHg dengan nilai minimum 74 mmHg dan nilai maksimum 125 mmHg.

Tabel 5.23 Tekanan Darah Sesudah diberikan Terapi murottal Al-Qur'an di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=13)

Tekanan Darah	Min-Max	Mean
<i>Sistole Post test</i>	100-140 mmHg	117,92
<i>Diastole Post test</i>	60-93 mmHg	78,46

Tabel 5.23 menunjukkan dari 13 responden sesudah diberikan terapi murottal Al-Qur'an di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapati hasil nilai rata-rata tekanan darah sistole responden sebesar 117,92 mmHg dengan nilai minimum 100 mmHg dan nilai maksimum 140 mmHg, sedangkan nilai rata-rata tekanan darah diastole responden sebesar 78,46 mmHg dengan nilai minimum 60 mmHg dan nilai maksimum 93 mmHg.

3. Kelompok Kontrol
 - a. Uji Normalitas Kelompok Kontrol Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.24 Uji Normalitas pada Kelompok Kontrol Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=15)

Tekanan Darah	Nilai Uji Normalitas
<i>Sistole Pre test</i>	0,472
<i>Diastole Pre test</i>	0,164

Berdasarkan tabel 5.24 uji normalitas menggunakan uji *Shapiro Wilk* pada tekanan darah sistole dan diastole sebelum pada kelompok kontrol didapatkan hasil ρ value sistole = 0,472 dan ρ value diastole = 0,164 ($\rho > \alpha$), artinya data tersebut berdistribusi normal.

Tabel 5.25 Uji Normalitas pada Kelompok Kontrol Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=15)

Tekanan Darah	Nilai Uji Normalitas
<i>Sistole Post test</i>	0,350
<i>Diastole Post test</i>	0,165

Berdasarkan tabel 5.25 uji normalitas menggunakan uji *Shapiro Wilk* pada tekanan darah sistole dan diastole sebelum pada kelompok kontrol didapatkan hasil ρ value sistole = 0,350 dan ρ value diastole = 0,165 ($\rho > \alpha$), artinya data tersebut berdistribusi normal.

- b. Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah pada Kelompok Kontrol Terhadap Penderita Hipertensi Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.26 Tekanan Darah Sebelum pada Kelompok Kontrol Terhadap Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=15)

Tekanan Darah	Min-Max	Mean
<i>Sistole Pre test</i>	110-163 mmHg	135,73
<i>Diastole Pre test</i>	66-115 mmHg	91,80

Tabel 5.26 menunjukkan dari 15 responden sebelum pada kelompok kontrol di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapati hasil nilai rata-rata tekanan darah

sistole responden sebesar 135,73 mmHg dengan nilai minimum 110 mmHg dan nilai maksimum 163 mmHg, sedangkan nilai rata-rata tekanan darah diastole responden sebesar 91,80 mmHg dengan nilai minimum 66 mmHg dan nilai maksimum 115 mmHg.

Tabel 5.27 Tekanan Darah Sesudah pada Kelompok Kontrol di Puskesmas Siwalankerto Surabaya pada tanggal 12 Mei - 26 Mei 2019 (n=15)

Tekanan Darah	Min-Max	Mean
<i>Sistole Post test</i>	113-163 mmHg	135,13
<i>Diastole Post test</i>	68-114 mmHg	91,87

Tabel 5.27 menunjukkan dari 15 responden sesudah pada Kelompok Kontrol di Puskesmas Siwalankerto Surabaya didapati hasil nilai rata-rata tekanan darah sistole responden sebesar 135,13 mmHg dengan nilai minimum 113 mmHg dan nilai maksimum 163 mmHg, sedangkan nilai rata-rata tekanan darah diastole responden sebesar 91,87 mmHg dengan nilai minimum 68 mmHg dan nilai maksimum 114 mmHg.

- 1) Efektivitas Terapi Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.28 Hasil *Paired t-test* pada Pengukuran Tekanan Darah *Sistole* Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Dzikir Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=14)

Tekanan Darah	N	Mean	ρ value
<i>Sistole Pre test</i>	14	144,64	0,000
<i>Sistole Post test</i>	14	121,86	

Berdasarkan tabel 5.28 menunjukkan bahwa dari 14 responden hasil observasi tekanan darah *sistole (pre test)* didapatkan rata-rata 144,64 mmHg dan tekanan darah *sistole (post test)* didapatkan rata-rata 121,86 mmHg dari data pengukuran tekanan darah secara signifikansi selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan didapatkan hasil *paired t-test* ρ value *sistole* = 0,000 ($\rho \leq 0,05$) yang dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan penurunan tekanan darah antara tekanan

darah *sistole* sebelum dan sesudah pemberian terapi dzikir terhadap penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.29 Hasil *Paired t-test* pada Pengukuran Tekanan Darah *Diastole* Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Dzikir Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=14)

Tekanan Darah	N	Mean	ρ value
<i>Diastole Pre test</i>	14	98,14	0,000
<i>Diastole Post test</i>	14	79,43	

Berdasarkan tabel 5.29 menunjukkan bahwa dari 14 responden hasil observasi tekanan darah *diastole (pre test)* didapatkan rata-rata 98,14 mmHg dan tekanan darah *diastole (post test)* didapatkan rata-rata 79,43 mmHg dari data pengukuran tekanan darah secara signifikansi selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan didapatkan hasil *paired t-test* ρ value *diastole* = 0,000 ($\rho \leq 0,05$) yang dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan penurunan tekanan darah antara tekanan darah *diastole* sebelum dan sesudah pemberian terapi dzikir terhadap penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

2) Efektivitas Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.30 Hasil *Paired t-test* pada Pengukuran Tekanan Darah *Sistole* Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi murottal Al-Qur'an Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=13)

Tekanan Darah	N	Mean	ρ value
<i>Sistole Pre test</i>	13	154,31	0,000
<i>Sistole Post test</i>	13	104,15	

Berdasarkan tabel 5.30 menunjukkan bahwa dari 13 responden hasil observasi tekanan darah *sistole (pre test)* didapatkan rata-rata 154,31 mmHg dan tekanan darah *sistole (post test)* didapatkan rata-rata 104,15 mmHg dari data pengukuran tekanan darah secara signifikansi selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan didapatkan hasil *paired t-test* ρ value *sistole* = 0,000 ($\rho \leq 0,05$) yang

dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan penurunan tekanan darah antara tekanan darah *sistole* sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.31 Hasil *Paired t-test* pada Pengukuran Tekanan Darah *Diastole* Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi murottal Al-Qur'an Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=13)

Tekanan Darah	N	Mean	ρ value
<i>Diastole Pre test</i>	13	104,15	0,000
<i>Diastole Post test</i>	13	78,46	

Berdasarkan tabel 5.31 menunjukkan bahwa dari 13 responden hasil observasi tekanan darah *diastole (pre test)* didapatkan rata-rata 104,15 mmHg dan tekanan darah *diastole (post test)* didapatkan rata-rata 78,46 mmHg dari data pengukuran tekanan darah secara signifikansi selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan didapatkan hasil *paired t-test* ρ value *diastole* = 0,000 ($\rho \leq 0,05$) yang dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan penurunan tekanan darah antara tekanan darah *diastole* sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

3) Efektivitas pada Kelompok Kontrol Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.32 Hasil *Paired t-test* pada Pengukuran Tekanan Darah *Sistole* Sebelum dan Sesudah Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=15)

Tekanan Darah	N	Mean	ρ value
<i>Sistole Pre test</i>	15	135,73	0,340
<i>Sistole Post test</i>	15	135,13	

Berdasarkan tabel 5.32 menunjukkan bahwa dari 15 responden hasil observasi tekanan darah *sistole (pre test)* didapatkan rata-rata 135,73 mmHg dan tekanan darah *sistole (post test)* didapatkan rata-rata 135,13 mmHg dari data pengukuran tekanan darah secara signifikansi selama 2 minggu dengan 4 kali

pertemuan didapatkan hasil *paired t-test* ρ value *sistole* = 0,340 ($\rho \geq 0,05$) yang dapat diartikan bahwa tidak terdapat perbedaan penurunan tekanan darah antara tekanan darah *sistole* sebelum dan sesudah kelompok kontrol pada penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.33 Hasil *Paired t-test* pada Pengukuran Tekanan Darah *Diastole* Sebelum dan Sesudah Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya (n=15)

Tekanan Darah	N	Mean	ρ value
<i>Diastole Pre test</i>	15	91,80	0,923
<i>Diastole Post test</i>	15	91,87	

Berdasarkan tabel 5.33 menunjukkan bahwa dari 15 responden hasil observasi tekanan darah *diastole* (*pre test*) didapatkan rata-rata 91,80 mmHg dan tekanan darah *diastole* (*post test*) didapatkan rata-rata 91,87 mmHg dari data pengukuran tekanan darah secara signifikansi selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan didapatkan hasil *paired t-test* ρ value *diastole* = 0,923 ($\rho \geq 0,05$) yang dapat diartikan bahwa tidak terdapat perbedaan penurunan tekanan darah antara tekanan darah *diastole* sebelum dan sesudah kelompok kontrol pada penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

- 4) Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir, Terapi Murottal Al-Qur'an dan Kontrol Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tabel 5.34 Hasil Uji *Anova* (*Post-Post*) pada Pengukuran Tekanan Darah *Sistole* dan *Diastole* Setelah Diberikan Terapi Dzikir, Terapi Murottal Al-Qur'an dan Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tekanan Darah <i>Sistole Post</i>	N	Mean	Sig.	Tukey HSD
Kelompok Terapi Dzikir	14	121,86	0,008	0,763
Kelompok Terapi Murottal Al-Qur'an	13	117,92		
Kelompok Kontrol	15	135,13		
Total	42	125,38		

Uji Statistik *Anova* 0,008 ($\alpha=0,05$)

Tekanan Darah <i>Diastole Post</i>	N	Mean	Sig.	Tukey HSD
Kelompok Terapi Dzikir	14	79,43		
Kelompok Terapi Murottal Al-Qur'an	13	78,46	0,017	0,981
Kelompok Kontrol	15	91,87		
Total	42	83,57		
Uji Statistik Anova 0,017 ($\alpha=0,05$)				

Berdasarkan tabel 5.34 menunjukkan hasil rata-rata tekanan darah *sistole post test* pada 3 kelompok sebesar 125,38. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa rata-rata penurunan tekanan darah terbanyak adalah pada kelompok murottal Al-Qur'an yaitu sebesar 117,92. Tekanan darah *sistole post test* didapatkan bahwa nilai sig. 0,008 ($<0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan rata-rata tekanan darah pada ketiga kelompok. Hasil yang di dapat dari uji tukey HSD didapatkan sig. 0,763 ($> 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tekanan *sistole post-post* kelompok terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an adalah tidak memiliki perbedaan signifikan.

Hasil rata-rata tekanan darah *diastole post test* pada 3 kelompok sebesar 83,57. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa rata-rata penurunan tekanan darah terbanyak adalah kelompok terapi murottal Al-Qur'an yaitu sebesar 78,46. Tekanan darah *diastole post test* didapatkan nilai sig. 0,017 ($< 0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan rata-rata tekanan darah pada ketiga kelompok. Hasil yang didapatkan dari uji tukey HSD didapatkan sig. 0,981 ($> 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa tekanan *diastole* kelompok terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an adalah tidak memiliki perbedaan signifikan.

Tabel 5.35 Hasil Uji *Anova (Delta)* pada Pengukuran Tekanan Darah *Sistole* dan *Diastole* Sebelum dan Setelah Diberikan Terapi Dzikir, Terapi Murottal Al-Qur'an dan Kelompok Kontrol Penderita Hipertensi Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Tekanan Darah <i>Sistole Delta</i>	N	Mean	Sig.	Tukey HSD
Kelompok Terapi Dzikir	14	22,79		
Kelompok Terapi Murottal Al-Qur'an	13	36,38	0,000	0,000
Kelompok Kontrol	15	1,00		
Total	42	19,21		
Uji Statistik <i>Anova</i> 0,000 ($\alpha=0,05$)				
Tekanan Darah <i>Diastole Delta</i>	N	Mean	Sig.	Tukey HSD
Kelompok Terapi Dzikir	14	18,71		
Kelompok Terapi Murottal Al-Qur'an	13	25,08	0,000	0,071
Kelompok Kontrol	15	0,07		
Total	42	13,98		
Uji Statistik <i>Anova</i> 0,000 ($\alpha=0,05$)				

Berdasarkan tabel 5.35 menunjukkan hasil selisih *pre-post* tekanan darah *sistole* pada 3 kelompok didapatkan nilai sig. 0,000 ($< 0,05$), maka terdapat perbedaan selisih rata-rata tekanan darah pada ketiga kelompok. Hasil uji tukey HSD didapatkan sig. 0,000 ($< 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa selisih tekanan darah *pre-post sistole* kelompok terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an adalah memiliki perbedaan signifikan.

Hasil selisih tekanan darah *pre-post diastole* pada 3 kelompok didapatkan nilai sig. 0,000 ($< 0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan selisih rata-rata tekanan darah pada ketiga kelompok. Hasil uji tukey HSD didapatkan sig. 0,071 ($> 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa selisih tekanan darah *pre-post diastole* kelompok terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an adalah tidak memiliki perbedaan signifikan.

5.2. Pembahasan

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran pengaruh pemberian terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi. Sesuai dengan tujuan penelitian, maka akan dibahas sebagai berikut:

5.2.1 Terapi Dzikir Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita

Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

Penderita hipertensi pada umumnya memiliki tekanan darah yang meningkat akibat dari adanya gangguan pada pembuluh darah sehingga suplai oksigen dan nutrisi tidak seimbang. Hasil penelitian di Puskesmas Siwalankerto Surabaya, pada tabel 5.18, berdasarkan kelompok sebelum diberikan terapi dzikir sebanyak 14 responden saat dilakukan cek tekanan darah menunjukkan nilai maksimum sistole 172 mmHg dan nilai maksimum diastole 125 mmHg dengan hasil rata-rata sistole 144,64 mmHg dan hasil rata-rata diastole 98,14 mmHg. Hal ini disebabkan sebagian besar responden yang diberikan terapi dzikir tidak bersekolah sebanyak 6 orang (42,9%) dengan 3 orang memiliki hipertensi derajat 1 (140/90 mmHg-159/99 mmHg), sehingga dapat mempengaruhi tingginya kejadian hipertensi yang disebabkan oleh faktor pendidikan rendah.

Penderita hipertensi cenderung dialami oleh seseorang yang berpendidikan rendah disebabkan oleh kurangnya pengetahuan terhadap kesehatan serta lambat menerima informasi yang diberikan petugas sehingga berdampak pada perilaku atau gaya hidup (Anggara & Prayitno, 2013). Tingkat pendidikan tinggi akan meningkatkan pengetahuan, disebabkan pendidikan merupakan bentuk proses merubah sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dalam mendewasakan

manusia melalui metode pembelajaran dan pelatihan, sehingga akan meningkatkan kebutuhan akan permintaan layanan kesehatan (Sukmawati & Novitasari, 2018). Peneliti berasumsi bahwa ketika sedang diwawancarai responden penderita hipertensi mengatakan sering sekali tengkuk leher terasa berat, kepala terasa pusing, adapun responden yang tidak merasakan gejalanya sama sekali namun memiliki tensi yang sangat tinggi. Tingkat pendidikan dapat merupakan salah satu penyebab terjadinya hipertensi dikarenakan oleh ketidaktahuan tentang gaya hidup sehat, kurangnya pengetahuan mengenai penyakit, tanda dan gejala hipertensi, cara mengatasinya serta mencegah agar tidak terjadi komplikasi.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya hipertensi yaitu pengonsumsian garam berlebih. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 14 responden, 11 orang (78,6%) gemar mengonsumsi makanan asin dengan 5 orang memiliki hipertensi derajat 1 (140/90 mmHg-159/99 mmHg). Gemar mengonsumsi makanan asin dapat mengakibatkan seseorang mengalami hipertensi disebabkan oleh adanya retensi cairan, akibatnya volume plasma atau cairan tubuh serta tekanan darah meningkat. Konsumsi garam dalam jumlah tinggi memiliki dampak yaitu mengecilkan diameter arteri (Brunner & Suddarth, 2001), selain itu, natrium bersifat mengikat air yang menyebabkan air akan terserap masuk ke dalam intravaskuler (Suryana, Prasetyo, & Maryati, 2015), sehingga memaksa jantung terus memompa dengan keras, agar volume darah yang mengalami peningkatan terdorong melalui ruang yang menyempit (Susanti, 2017). Dampak lain dari pengonsumsian garam berlebih yaitu dapat menyebabkan peningkatan konsentrasi natrium dalam cairan ekstraseluler sehingga cairan intraseluler ditarik keluar dan mengakibatkan peningkatan volume darah serta terjadinya hipertensi

(Astawan, 2007). WHO memberikan anjuran pembatasan jumlah pengkonsumsian garam sebesar 6 gram perhari atau 2400 mg natrium. Tubuh dalam keadaan normal, jumlah natrium yang dikonsumsi harus sama dengan jumlah natrium yang keluar dari tubuh melalui urin dan keringat agar tetap seimbang (Sunita, 2010). Hubungan dukungan keluarga tentang asupan rendah garam juga dapat berpengaruh terhadap kejadian hipertensi (Suryana et al., 2015). Peneliti berasumsi bahwa menjaga keseimbangan asupan makanan tetap harus diperhatikan, dikarenakan oleh sesuatu yang berlebihan akan berdampak buruk bagi kesehatan tubuh. Menjaga keseimbangan asupan garam akan bermanfaat bagi keseimbangan cairan tubuh sebab garam mengandung natrium yang berfungsi sebagai pengatur tekanan osmosis, jika mengkonsumsi natrium dalam jumlah berlebih, akan terjadi pembengkakan jaringan tubuh dikarenakan air masuk dalam sel.

Faktor genetik atau keturunan juga dapat mempengaruhi kejadian hipertensi. Hasil penelitian didapatkan dari 14 responden, 10 orang (71,4%) memiliki riwayat keturunan hipertensi. Faktor genetik berkaitan erat dengan metabolisme pengaturan garam dan renin membran sel (Artiyaningrum, 2015). Riwayat genetik yang memiliki faktor keturunan hipertensi yang akan meningkatkan risiko empat kali lipat lebih besar terkena hipertensi dibanding dengan genetik yang tidak memiliki hipertensi (Kartikasari, 2012). Kasus hipertensi essensial 70-80% adalah keturunan dari orangtuanya (Sulistiyowati, 2010). Apabila seseorang mempunyai riwayat hipertensi dari kedua orangtuanya, maka sekitar 45% berisiko menurun ke anak-anaknya dan apabila salah satu orangtuanya yang memiliki hipertensi maka sekitar 30% berisiko menurun ke anak-anaknya (Palmer, 2007). Peneliti berasumsi bahwa pada penderita hipertensi yang memiliki riwayat

hipertensi tetap harus melakukan penanganan dan pengendalian terhadap pemicu terjadinya hipertensi agar tercegah dari kejadian hipertensi sebab pada orang yang memiliki riwayat hipertensi menyebabkan risiko lebih besar terkena hipertensi dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat hipertensi.

Tabel 5.19 menunjukkan tekanan darah pada responden sesudah diberikan terapi dzikir mengalami penurunan dengan nilai sistol maksimum responden sebesar 148 mmHg dan nilai diastole maksimum responden sebesar 100 mmHg. Namun, terdapat responden setelah diberikan terapi dzikir mengalami peningkatan tekanan darah pada *pre test* hari terakhir dengan *post test* hari terakhir. Hasil wawancara didapatkan adanya faktor pemicu terjadinya peningkatan tekanan darah, seperti tidak mengkonsumsi obat secara rutin dan gemar mengkonsumsi makanan asin. Pemberian terapi dzikir berdampak pada penurunan tekanan darah karena memberikan perasaan tenteram pada jiwa sesuai dengan penelitian yang dilakukan Kumala (2017) mengatakan bahwa setelah melakukan pelatihan dzikir, maka akan mampu memberikan kontrol emosi pada responden dalam menyikapi pola pikir dan rasa cemas yang berlebihan serta mampu memberikan efek ketenangan jiwa sebagai bentuk pencegahan dan perawatan kondisi psikologi penderita hipertensi.

Terapi dzikir efektif menurunkan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya. Hal ini disebabkan karena terapi dzikir merupakan bentuk relaksasi sebagai wujud sikap pasrah dan berserah diri kepada Allah (Romadhon, 2018). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Finaldiansyah (2016) dimana terdapat perubahan yang signifikan pada tekanan darah responden sebelum dan sesudah diberikan terapi dzikir dengan

nilai p value=0,000, rata-rata penurunan tekanan darah sistolik 9,28 mmHg, sedangkan rata-rata penurunan tekanan darah diastolik 6,50 mmHg.

5.2.2 Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

Hasil penelitian di Puskesmas Siwalankerto Surabaya, pada tabel 5.22 berdasarkan kelompok sebelum diberikan terapi murottal Al-Qur'an sebanyak 13 responden saat dilakukan cek tekanan darah menunjukkan nilai maksimum sistole 176 mmHg dan nilai maksimum diastole 125 mmHg dengan rata-rata sistole 154,31 mmHg dan rata-rata diastole 104,15 mmHg.

Faktor olahraga dapat mempengaruhi tekanan darah. Hasil penelitian didapatkan dari 13 responden, 9 orang (69,2%) tidak rutin berolahraga dengan 4 orang memiliki tekanan darah hipertensi derajat 1 (140/90 mmHg-159/90 mmHg). Hal ini yang menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya hipertensi. Olahraga teratur dapat menurunkan tahanan perifer sehingga tekanan darah juga menurun (Artiyaningrum, 2015). Kurangnya waktu olahraga berisiko mengalami hipertensi sebesar 30-50% dan berisiko mengalami kelebihan berat badan pada penderita hipertensi, serta pada individu yang kurang berolahraga cenderung memiliki frekuensi denyut jantung lebih tinggi dibanding yang memiliki waktu olahraga cukup, sehingga jantung harus bekerja keras pada setiap kontraksi yang dibebankan pada arteri (Anggara & Prayitno, 2013; Mahon, 2004). Peneliti berasumsi bahwa individu yang berolahraga secara teratur selama 30 menit setiap hari akan memiliki jantung yang sehat sebab merupakan bentuk dari pencegahan terjadinya obesitas dan pengerutan arteri, dimana aliran pembuluh darah pada jantung akan menjadi lancar. Jika aliran pembuluh darah seseorang lancar maka dapat menurunkan

tekanan darah, selain itu dengan berolahraga asupan garam dalam tubuh berkurang melalui keringat yang keluar.

Faktor eksternal juga dapat memengaruhi kondisi peningkatan tekanan darah salah satunya yaitu stres, tanda dan gejala stres meliputi suka marah dan merasa kecewa. Hasil penelitian didapatkan dari 13 responden, 10 orang (76,9%) suka marah diluar kontrol dan 9 orang (69,2%) memiliki perasaan kecewa akan hal yang tidak diharapkan terjadi. Hal yang menjadi pemicu terjadinya hipertensi yaitu pada saat seseorang sedang marah, pembuluh darah akan mengalirkan tekanan darah yang tinggi, sehingga pembuluh darah tidak mampu menerimanya dan berisiko mengalami pecah pada pembuluh darah. Stres merupakan suatu tekanan fisik maupun psikis yang dapat merangsang anak ginjal serta melepas hormon adrenalin (Gunawan, 2001). Stres juga dapat memicu sistem saraf simpatis meningkatkan kerja jantung dan vasokonstriksi arteriol sehingga berdampak terjadinya hipertensi (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010). Apabila stres berlangsung dalam waktu yang lama maka mengakibatkan peningkatan tekanan darah yang menetap (Sutanto, 2010). Semakin besar kondisi stres yang dialami oleh penderita hipertensi maka akan berdampak pada peningkatan tekanan darah yang cenderung menetap bahkan bertambah tinggi sehingga dapat memperberat kondisi hipertensi (Lawson, Arthur, BarskyVictor, & Kaplan, 2007). Peneliti berasumsi bahwa individu yang tidak dapat mengelola emosi dengan baik akan menciptakan emosi-emosi negatif seperti marah, cemas, perasaan tertekan yang akan mengalami stres sehingga dapat meningkatkan tekanan darah yang memicu denyut jantung memompa lebih cepat serta kuat. Jika stres berlangsung lama, tubuh akan mengadakan penyesuaian yang berisiko menimbulkan suatu kelainan pada organ.

Tabel 5.23 menunjukkan tekanan darah responden sesudah diberikan terapi murottal Al-Qur'an mengalami penurunan dengan nilai sistole maksimum responden sebesar 140 mmHg dan nilai diastole maksimum responden sebesar 93 mmHg. Pemberian terapi murottal Al-Qur'an memberikan penurunan tekanan darah karena hormon penyebab stres akan berkurang dan perasaan takut, cemas, tegang akan teralihkan sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi (2015) mengatakan bahwa setelah diberikan terapi murottal Al-Qur'an dapat memberikan efek ketenangan serta perasaan rileks karena adanya respon persepsi positif sehingga merangsang hipotalamus mengeluarkan hormon endorfin yang menimbulkan perasaan bahagia sehingga menurunkan tekanan darah.

Terapi murottal Al-Qur'an efektif menurunkan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya. Hal ini disebabkan karena terapi murottal Al-Qur'an dapat menurunkan hormon stres sehingga mengaktifkan hormon endorpin yang dapat menimbulkan perasaan rileks dan tekanan darah menurun (Pratiwi et al., 2015). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyastuti (2015) mendapatkan hasil perubahan signifikan pada tekanan darah sistolik sebelum dan sesudah diberikan terapi murottal Al-Qur'an dengan nilai $p \text{ value} = 0,000$ ($\alpha=0,05$), sedangkan pada tekanan darah diastolik sebelum dan sesudah diberikan terapi murottal Al-Qur'an dengan nilai $p \text{ value} = 0,000$ ($\alpha=0,05$).

5.2.3 Kelompok Kontrol pada Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

Hasil penelitian di Puskesmas Siwalankerto Surabaya, pada tabel 5.26 berdasarkan kelompok kontrol sebelum diberikan terapi sebanyak 15 responden

saat dilakukan cek tekanan darah menunjukkan nilai maksimum sistole 163 mmHg dan nilai maksimum diastole 115 mmHg dengan rata-rata sistole 135,73 mmHg dan rata-rata diastole 91,80 mmHg.

Faktor konsumsi tinggi lemak erat kaitannya berisiko mengalami kelebihan berat badan selain itu juga risiko mengalami hipertensi. Hasil penelitian menunjukkan dari 15 responden, 12 orang (80%) gemar mengonsumsi makanan berlemak dengan 9 orang (60%) mengonsumsi 1-6 kali/minggu yang memiliki tekanan darah 120/80 mmHg sampai 139/89 mmHg. Gemar mengonsumsi makanan berlemak dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam serum (Ismuningsih, 2013). Hal itu menyebabkan meningkatkan kadar kolesterol LDL dalam darah dan tertimbun dalam tubuh, sehingga terbentuk plak. Adanya plak dalam pembuluh darah dapat menyumbat aliran darah dan pembuluh darah mengalami aterosklerosis atau kekakuan pada pembuluh darah, sehingga memicu peningkatan volume darah dan tekanan darah yang mengakibatkan mengalami hipertensi (Jansen, 2006). Anjuran konsumsi makanan belemak pada penderita hipertensi berkisar 27% dari total energi dari energi total dan kurang dari 6% adalah jenis lemak jenuh (Karyadi, 2002). Peneliti berasumsi bahwa individu perlu mengatur dan membatasi asupan makanan berlemak yang masuk dalam tubuh, sebab merupakan langkah penting dalam menjaga kesehatan tubuh serta bagi penderita hipertensi dapat mencegah kondisi hipertensi menjadi lebih parah. Menerapkan pola makan sehat terutama bagi penderita hipertensi dianjurkan guna menjaga tekanan darah tetap stabil. Gemar mengonsumsi makanan berlemak dapat menyebabkan lemak tertimbun dan menempel pada dinding pembuluh darah

sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan mengakibatkan tekanan darah meningkat.

Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat juga merupakan salah satu faktor penting bagi penderita hipertensi. Hasil penelitian menunjukkan dari 15 responden, 10 orang (66,7%) rutin mengkonsumsi obat hipertensi sehingga 8 orang memiliki tekanan darah hanya 120/80 mmHg sampai 139/89 mmHg. Melaksanakan perawatan atau masa pengobatan serta perilaku sesuai anjuran perawat serta tenaga kesehatan lain merupakan hal penting bagi penderita hipertensi (Artiyaningrum, 2015). Kepatuhan menggambarkan sejauh mana pasien melaksanakan aturan-aturan dalam pengobatan dan berperilaku sesuai anjuran tenaga kesehatan (Susanto, 2010). Penderita dengan hipertensi sebagian besar akan terus mengkonsumsi obat selama hidupnya, dikarenakan dalam mengkonsumsi obat dibutuhkan pengendalian tekanan darah sehingga dapat mengurangi risiko komplikasi (Gunawan, 2005). Dikatakan penderita hipertensi patuh menjalani pengobatan adalah menyelesaikan masa pengobatan 6 bulan sampai dengan 9 bulan secara teratur dan lengkap tanpa terputus (Depkes RI, 2006). Peneliti berasumsi bahwa pemeriksaan rutin sebagai salah satu bentuk manajemen hipertensi wajib dilakukan minimal sebulan sekali agar tekanan darah tetap terkontrol dan menjaga tekanan darah dalam keadaan normal. Hasil wawancara yang didapatkan adalah kesadaran sebagian besar dari responden untuk menjalankan masa pengobatan sehingga tekanan darah tetap stabil dan terkontrol.

Kelompok kontrol tidak efektif menurunkan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya dikarenakan pada kelompok kontrol

tidak diberikan terapi dzikir maupun terapi murottal Al-Qur'an, namun hanya diberikan kuesioner saja.

5.3. Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

Hasil penelitian secara umum didapatkan rata-rata pada kelompok kontrol tidak terjadi penurunan pada tekanan darah penderita hipertensi dikarenakan tidak mendapatkan perlakuan apapun kecuali hanya diberikan kuesioner saja. Pada saat *pretest* terapi dzikir didapatkan perbedaan hasil yang signifikan yaitu didapatkan hasil seluruh penderita hipertensi memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg berjumlah 9 responden (64,3%) dan pada saat *posttest* didapatkan hasil seluruh penderita hipertensi memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg berjumlah 3 responden (21,4%), selain itu pada kelompok terapi murottal Al-Qur'an didapatkan perbedaan hasil yang signifikan yaitu pada saat *pretest* didapatkan hasil seluruh penderita hipertensi memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg berjumlah 12 responden (92,3%) dan pada saat *posttest* didapatkan hasil seluruh penderita hipertensi memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg berjumlah 1 responden (7,7%).

Hasil penelitian juga dilakukan dengan menggunakan uji statistik *Paired t-test*. Hasil *Paired t-test* pada kelompok terapi dzikir, diperoleh nilai ρ *value* sistole=0,000 dan ρ *value* diastole=0,000 ($\rho < \alpha$) berarti ada pengaruh terapi dzikir terhadap penurunan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya. Hasil uji *Paired t-test* pada kelompok terapi murottal Al-Qur'an,

diperoleh nilai ρ value sistole = 0,000 dan nilai ρ value diastole = 0,000 ($\rho < \alpha$) berarti ada pengaruh terapi murottal Al-Qur'an terhadap penurunan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya. Hasil uji *Paired t-test* pada kelompok kontrol, diperoleh nilai ρ value sistole = 0,340 dan nilai ρ value diastole = 9,23 berarti tidak terdapat pengaruh terhadap penurunan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

Uji statistik yang digunakan pada ketiga kelompok, yaitu kelompok terapi dzikir, terapi murottal Al-Qur'an dan kontrol dengan menggunakan uji *Anova (Post-Post)*, didapatkan nilai rata-rata penurunan tekanan darah terbanyak yaitu pada kelompok murottal Al-Qur'an sebesar 117,92, sedangkan tekanan darah *sistole post test* didapatkan bahwa nilai sig. 0,008 ($\rho < \alpha$), sehingga terdapat perbedaan rata-rata tekanan darah pada 3 kelompok. Hasil uji tukey HSD didapatkan sig. 0,763 ($\rho > \alpha$), maka disimpulkan bahwa tekanan darah *post test sistole* kelompok terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an tidak memiliki perbedaan signifikan. Hasil rata-rata tekanan darah *post test diastole* pada 3 kelompok sebesar 83,57, sehingga dapat disimpulkan bahwa rata-rata penurunan tekanan darah terbanyak adalah kelompok terapi murottal Al-Qur'an yaitu sebesar 78,46. Tekanan darah *post test diastole* didapatkan nilai sig. 0,017 ($\rho < \alpha$), sehingga disimpulkan terdapat perbedaan rata-rata tekanan darah pada ketiga kelompok. Hasil uji tukey HSD sig. 0,981 ($\rho > \alpha$), maka tekanan darah *post test diastole* kelompok terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an tidak memiliki perbedaan yang signifikan.

Uji statistik yang digunakan pada ketiga kelompok, yaitu kelompok terapi dzikir, terapi murottal Al-Qur'an dan kontrol dengan menggunakan uji *Anova*

(*Delta*), didapatkan nilai selisih *pre-post* tekanan darah *sistole* didapatkan bahwa nilai sig. 0,000 ($\rho < \alpha$), sehingga terdapat perbedaan selisih rata-rata tekanan darah pada 3 kelompok. Hasil uji tukey HSD didapatkan sig. 0,000 ($\rho < \alpha$) maka dapat disimpulkan bahwa selisih tekanan darah *pre-post sistole* kelompok terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an adalah memiliki perbedaan signifikan. Hasil selisih tekanan darah *pre-post diastole* pada 3 kelompok didapatkan nilai sig. 0,000 ($< 0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan selisih rata-rata tekanan darah pada ketiga kelompok. Hasil uji tukey HSD didapatkan sig. 0,071 ($> 0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa selisih tekanan darah *pre-post diastole* kelompok terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an adalah tidak memiliki perbedaan signifikan.

Banyak upaya yang dilakukan untuk menurunkan tekanan darah penderita hipertensi selain menggunakan obat hipertensi. Terapi komplementer dapat diterapkan sebab dapat mempengaruhi penurunan tekanan darah, salah satunya adalah terapi dzikir. Terapi dzikir merupakan suatu bentuk pendekatan diri kepada Allah dengan cara mengingat-Nya, dengan berdzikir akan menjadikan hati tenang, damai, tidak mudah terpengaruh oleh lingkungan (Anggraieni, 2014). Setiap bacaan dzikir mengandung makna yang dalam berupa pengakuan percaya serta yakin hanya kepada Allah sehingga mencegah timbulnya ketegangan (Anggraieni, 2014; Kumala et al., 2017). Individu yang mempunyai spiritual yang tinggi memiliki keyakinan kuat serta kontrol yang baik sehingga mengarah pada individu yang positif (Kumala et al., 2017).

Terapi dzikir dilakukan selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan selama 30-40 menit. Terapi dzikir ini dilakukan pada pagi hari dan dibantu oleh rekan-rekan. Manfaat dzikir menurut Anggraieni (2014) yaitu pada bacaan

Laillahailallah yang berarti tiada tuhan yang disembah kecuali Allah SWT, dalam bacaan ini memiliki sebuah keyakinan dan menimbulkan kontrol yang baik serta menerima setiap kejadian yang tidak menyenangkan. Bacaan kedua *Astaghfirullahaladzim*, menurut Yurisaldi (2010) ketika mengucapkan kalimat yang mengandung huruf *jahr* dan *istighfar* mampu meningkatkan pembuangan CO₂ dalam paru-paru. Bacaan ketiga *Subhanallah* yang berarti merasa kagum terhadap ciptaan Allah, dalam hal ini akan menimbulkan respon emosi positif sehingga terhindar dari stres (Sholeh & Musbikin, 2005). Bacaan keempat yaitu *Alhamdulillah* yang merupakan sikap syukur kepada Allah atas karunia yang diberikan, sehingga menurunkan stres dan meningkatkan rasa kebersyukuran kepada Tuhan (Krouse, 2006). Bacaan kelima yaitu *Allahuakbar* yang berarti sungguh besar kuasa Allah sehingga menimbulkan sikap emosional yang cukup mudah dilakukan dengan terapi relaksasi dzikir (Anggraieni, 2014). Respon relaksasi yang diterima penderita hipertensi sesudah melakukan dzikir berdampak pada tekanan darah sehingga mengalami penurunan tekanan darah.

Penurunan tekanan darah sesudah diberikan terapi dzikir ini disebabkan karena adanya irama teratur sehingga terjadi pengembangan respon relaksasi yang disertai sikap pasrah yang dapat mengurangi ketegangan dan menimbulkan ketenangan jiwa (Kumala et al., 2017). Saraf otonom menjadi terkendali mengakibatkan terhambatnya pembentukan angiotensin sehingga denyut jantung dan pompa jantung menurun, pembuluh darah melebar, tekanan pembuluh darah berkurang disertai dengan tekanan darah arteri menurun sehingga tekanan darah mengalami penurunan (Finaldiansyah, 2016).

Upaya lain yang dapat dilakukan untuk menurunkan tekanan darah penderita hipertensi dengan menggunakan terapi komplementer yaitu terapi murottal Al-Qur'an. Terapi murottal Al-Qur'an merupakan kegiatan mendengarkan rekaman suara yang dilantunkan oleh pembaca Al-Qur'an atau qori' dengan menggunakan tajwid yang benar dan memiliki irama (Anggraini, 2008; Julianto et al., 2018). Mendengarkan murottal Al-Qur'an dapat merangsang pelepasan hormon endorfin sehingga mengurangi kebutuhan penggunaan obat, serta menyeimbangkan dan memperlambat sinyal gelombang otak, sehingga mempengaruhi tekanan darah, irama jantung serta pernapasan (Zahrofi et al., 2014).

Terapi murottal Al-Qur'an melalui lantunan surat Al-Mulk ayat 1-30 dengan estimasi waktu 10 menit yang dibacakan oleh Mishary Rashid, dilakukan selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan. Manfaat mendengarkan murottal Al-Qur'an lainnya adalah mengandung unsur relaksasi, setiap adanya tanda *waqab* atau pengisyaran untuk memberi jeda, pembaca akan melakukan penarikan nafas, ketika memulai proses bacaan kembali secara teratur penarikan akan dilakukan.

Penurunan tekanan darah sesudah diberikan terapi murottal Al-Qur'an ini, disebabkan karena adanya respon tubuh untuk mengaktifkan hormon endorfin sehingga menimbulkan perasaan tenang dan rileks, serta rasa cemas, tegang, takut teralihkan, sehingga menurunkan hormon kortisol dan tekanan darah turun (Anggraini, 2008).

Berdasarkan hasil wawancara dengan penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya, responden mengatakan lebih merasa rileks, adanya perasaan damai setelah diberikan terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an sehingga setelah dilakukan pemeriksaan ulang tekanan darah, tekanan darah

mengalami penurunan dibandingkan dengan sebelum diberikan terapi. Responden juga mengatakan bahwa semakin menambah wawasan akan jenis terapi yang dapat diterapkan untuk menurunkan tekanan darah bagi penderita hipertensi selain dengan menggunakan terapi farmakologis.

5.4. Keterbatasan

Keterbatasan yang dihadapi peneliti dalam penelitian ini adalah

1. Peneliti tidak dapat mengontrol kegiatan sehari-hari responden selama 24 jam, sehingga memungkinkan dapat mempengaruhi hasil penelitian.
2. Peneliti tidak dapat mengontrol aktivitas fisik setiap responden selama 24 jam, sehingga memungkinkan dapat mempengaruhi hasil penelitian.
3. Waktu pengukuran tekanan darah kelompok dzikir dan murottal Al-Qur'an dengan kelompok kontrol berbeda, yaitu pada kelompok pemberian terapi dzikir dan murottal Al-Qur'an dilakukan pada pukul 07,00 WIB, sedangkan pada kelompok kontrol dilakukan pada pukul 10.00 WIB.
4. Terdapat 3 responden *Drop Out*, sehingga jumlah sampel penelitian mengecil.

BAB 6

PENUTUP

pada bab ini akan membahas mengenai kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian dan saran yang dapat digunakan untuk perbaikan pada penelitian selanjutnya dan berguna bagi pihak-pihak terkait.

6.1 Simpulan

1. Terapi dzikir efektif terhadap penurunan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
2. Terapi murottal Al-Qur'an efektif terhadap penurunan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
3. Perbandingan efektivitas antara terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an terhadap penurunan tekanan darah, dimana terapi murottal Al-Qur'an lebih efektif menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

6.2 Saran

Beberapa saran yang dapat diberikan peneliti untuk perbaikan pada penelitian selanjutnya, antara lain:

1. Penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya hendaknya melakukan pengontrolan tekanan darah secara rutin tiap pagi hari dan dapat melakukan terapi dzikir ataupun murottal Al-Qur'an secara mandiri, serta lebih giat dalam mengikuti kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

2. Perawat di Puskesmas Siwalankerto Surabaya hendaknya memfasilitasi dengan mengadakan kegiatan membaca dzikir maupun mendengarkan murottal Al-Qur'an bersama-sama sebagai upaya penurunan hipertensi.
3. Puskesmas Siwalankerto Surabaya hendaknya memasukkan kegiatan kerohanian secara rutin seperti membaca dzikir maupun mendengarkan murottal Al-Qur'an pada saat kegiatan posyandu lansia atau membentuk majelis taklim khusus anggota posyandu lansia seperti pengajian.
4. Penelitian selanjutnya disarankan untuk meneliti tentang analisa faktor yang berhubungan dengan tekanan darah di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N. (2018). *Teori Model Keperawatan Beserta Aplikasinya dalam Keperawatan* (pertama). Malang: Universita Muhammadiyah Malang.
- Al-Sakandari, & Athaillah, I. (2011). *Terapi Makrifat Zikir Penenteram Hati* (pertama). Jakarta: Zaman.
- Anggara, & Prayitno. (2013). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tekanan Darah di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat Tahun 2012*. STIKES MH. TAMRIN.
- Anggraieni, W. N. (2014). *Pengaruh Terapi Relaksasi Zikir untuk Menurunkan Stres pada Penderita Hipertensi Esensial*. 6(1), 81–102.
- Anggraini. (2008). *Ruqyah Syar'i Sebagai Psikoterapi Indigenous (Berlandaskan Kearifan Lokal)*. Yogyakarta: Himpunan Mahasiswa Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada.
- Anwar. (2010). *Sembuh dengan Al Quran Kitab Kedokteran Paling Lengkap dan Menakjubkan*. Yogyakarta: Sabil.
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah untuk Mahasiswa* (cetakan pe; Dion, Ed.). Jakarta: DIVA Press.
- Arifin, G., & Mansur, Y. (2008). *Membuka Pintu Rahmat dengan Dzikir Munajat* (1st ed.; A. Jameel & L. Y. El Sanusy, Eds.). Jakarta Timur: Zikrul Halim (Anggota IKAPI).
- Artiyaningrum, B. (2015). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi Tidak Terkendali pada Penderita yang Melakukan Pemeriksaan Rutin di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang Tahun 2014*. Universitas Negeri Malang.
- Asmadi. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan* (E. A. Mardella, Ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Astawan. (2007). *Cegah Hipertensi dengan Pola Makan*.
- Brunner, & Suddarth. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah* (8th ed.). Jakarta: EGC.
- Brunner, & Suddarth. (2011). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 12* (12th ed.; E. A. Mardela, Ed.). Jakarta: EGC.
- Finaldiansyah, R. (2016). *Pengaruh Dzikir terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Usia Pertengahan di Wilayah Kerja UPK Puskesmas Kampung dalam Kecamatan Pontianak Timur*. Tanjungpura Pontianak.
- Gunawan. (2001). *Hipertensi Tekanan Darah Tinggi*. Yogyakarta: Kanisius.
- Gunawan, L. (2005). *Hipertensi*. Yogyakarta: Kanisius.

- Indonesia, D. K. R. (2006). *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Hipertensi, Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.*
- Ismuningsih, R. (2013). *Pengaruh Konsumsi Lemak Terhadap Tekanan Darah Penderita Hiperetensi Rawat Jalan di PKU Muhammadiyah Surakarta.* Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Jansen. (2006). *Makanan Fungsional.* Yogyakarta.
- Julianto, V., Dzulqaidah, R. P., & Salsabila, S. N. (2018). Pengaruh Mendengarkan Murattal Al Quran Terhadap Peningkatan Kemampuan Konsentrasi. *Psymphatic : Jurnal Ilmiah Psikologi*, 1(2), 120–129. <https://doi.org/10.15575/psy.v1i2.473>
- Kartikasari, A. N. (2012). *Faktor Risiko Hipertensi pada Masyarakat di Desa Kabongan Kidul Kabupaten Rembang.* Universitas Diponegoro.
- Karyadi. (2002). *Hidup Bersama Penyakit Hipertensi, Asam Urat, dan Penyakit Jantung.* Jakarta: Institasi Mediatama.
- Kemenkes.RI. (2007). Protocol of Measurement and Investigation. *Riset Kesehatan Dasar*, 22–23.
- Kemenkes.RI. (2014). Pusdatin STROKE. *Infodatin*, (Stroke), 1–7. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Kozier, Erb, Berman, & Snyder. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik.* Jakarta: EGC.
- Krouse. (2006). *Gratitude Toward God, Stress and Health in Late Life.* 28, 163.
- Kumala, O. D., Kusprayogi, Y., & Nashori, F. (2017). *Efektivitas Pelatihan Dzikir dalam Meningkatkan Ketenangan Jiwa pada Lansia Penderita Hipertensi.* 4, 55–66. <https://doi.org/10.15575/psy.v4i1.1260>
- Lamanema, M. E. L. (2005). *Perbandingan Profil Lipid dan Perkembangan Lesi Aterosklerosis pada Tikus Wistar yang diberi Diet Perasan Pare dengan Diet Perasan Pare dan Statin.* Diponegoro Semarang.
- Lawson, Arthur, BarskyVictor, & Kaplan. (2007). *Systemic Hypertension: Mechanisms and Diagnosis.*
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Kardiovaskular* (5th ed.; A. Linda, Ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Mahon, M. (2004). Obesity and Hypertension: Epidemiological and Clinical Issues. *European Heart Journal.*
- NANDA. (2017). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020* (11th ed.; M. Ester & W. Praptiani, Eds.). Jakarta: Penerbit Buku

Kedokteran EGC.

- Nawawi, I. (2010). *Shahih Doa dan Dzikir (Kitab Indukkan Pedoman Lengkap Doa dan Dzikir yang Diajarkan oleh Nabi Muhammad SAW)*. Bandung: Jabal.
- Palmer, A. (2007). *Simple Guide Tekanan Darah Tinggi*. Jakarta: Erlangga.
- Pieter, H. Z., & Lubis, D. N. L. (2010). *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan (Pertama, Ed.)*. Jakarta: Kharisma Putra Utama.
- Pratiwi, L., Hasneli, Y., & Ernawaty, J. (2015). *Pengaruh Teknik Relaksasi Benson dan Murottal Al-Qur'an terhadap Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi Primer*. 2(2).
- Ramadhani, E. Z. (2007). *Super Health: Gaya Hidup Sehat Rasulullah*. Yogyakarta: Pro-U Media.
- Ranggakayo. (2012). *Mekanisme Penanganan Nyeri dengan Menggunakan Terapi Musik*. Surabaya: Media Mustika.
- Rilla, E. V., Ropi, H., & Sriati, A. (2014). Terapi Murottal Efektif Menurunkan Tingkat Nyeri Dibanding Terapi Musik Pada Pasien Pascabedah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 17(2), 74–80.
- Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*.
- Romadhon, A. F. (2018). *Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Kualitas Tidur pada Lansia di UPTD Griya Wreda Surabaya*. STIKES Hang Tuah Surabaya.
- Sholeh, & Musbikin. (2005). *Agama Sebagai Terapi: Telaah Menuju Ilmu Kedokteran Holistik*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Sucinindyasputeri, R., Mandala, C. I., & Zaqiyatuddinni, Anisah, A. M. A. (2017). Pengaruh terapi zikir terhadap penurunan stres pada mahasiswa magister profesi psikologi. *Jurnal Ilmiah Psikologi*, 8(1), 30–41.
- Sukmawati, E., & Novitasari, N. (2018). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dan Senam Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Klinik Bratang Surabaya*. 1241–1244.
- Sulistiyowati. (2010). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi di Kampung Botton Kelurahan Magelang Kecamatan Magelang Tengah Kota Magelang Tahun 2009*. Universitas Negeri Semarang.
- Sunita, A. (2010). *Penuntun Diet (Baru)*. Jakarta: Gramedia.
- Suryana, M. A. R., Prasetyo, & Maryati, H. (2015). *Hubungan Dukungan Keluarga Tentang Makanan Rendah Garam Dengan Derajat Hipertensi Pada Lansia di Desa Tunggorono Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang*.
- Susanti, M. R. (2017). *Hubungan Asupan Natrium dan Kalium dengan Tekanan Darah pada Lansia di Kelurahan Pajang*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Susanto. (2010). *Cekal (Cegah dan Tangkal) Penyakit Modern*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Sutanto. (2010). *Cekal (Cegah dan Tangkal) Penyakit Modern*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Tamsuri. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
- Widayani, A. A. (2018). *Terapi Musik Murottal Al-Qur'an dan Langgam Jawa untuk Penurunan Hipertensi Lansia di Kelurahan Kedung Cowek Kecamatan Kenjeran Kota Surabaya*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hangtuah Surabaya.
- Widyastuti, I. W. (2015). *Pengaruh Terapi Murottal Surah Ar-Rahman Terhadap Perubahan Tekanan Darah pada Lanjut Usia (LANSIA) Penderita Hipertensi di Posyandu Lansia Kenanga Wilayah Kerja UPK Puskesmas Siantan Hulu Kecamatan Pontianak Utara*. Universitas Tanjungpura.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa) (pertama)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yonata, A., & Pratama, A. S. P. (2016). *Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke*. 5(3), 17.
- Yurisaldi. (2010). *Berdzikir untuk Kesehatan Saraf*. Jakarta: Zaman.
- Zahrofi, D. N., Maliya, A., & Listyorini, D. (2014). Pengaruh pemberian terapi murottal Al Quran terhadap tingkat kecemasan pada pasien hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah Surakarta. *Fikes UMS*.
- Zamry, A. M. (2012). *Sehat Tanpa Obat: Cara Islami Meraih Kesehatan Jasmani & Ruhani*. Bandung: Marja.

Lampiran 1**CURRICULUM VITAE**

Nama : Farida Ayu Issdyaputri
NIM : 151.0014
Program Studi : S1 Keperawatan
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 26 Agustus 1996
Alamat : Banjarkemantren no.7 Buduran Sidoarjo
Agama : Islam
Email : ayuisdyaputri@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

Lulus TK Hang Tuah 4 Sidoarjo	Tahun 2002
Lulus SD Hang Tuah 11 Sidoarjo	Tahun 2008
Lulus SMP Negeri 1 Sidoarjo	Tahun 2011
Lulus SMA Hang Tuah 2 Sidoarjo	Tahun 2014

Lampiran 2**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

Motto:

“Dan, orang-orang yang sabar dalam kesempitan, penderitaan dan dalam peperangan, mereka itulah orang-orang yang benar (imannya), dan mereka itulah orang-orang yang bertaqwa” (QS. Al-Baqarah : 177).

PERSEMBAHAN:

Rasa syukur kepada Allah SWT dan terimakasih yang sebesar-besarnya ku persembahkan skripsi ini kepada :

1. Allah SWT dan orang tua saya (Ayah Isrodiyanto dan Ibu Suyatmi), Kakak Agung dan Kakak Fandy yang tersayang yang menambah semangat saya selama menuntut ilmu dibangku sekolah.
2. Terimakasih kepada ibu dosen pembimbing 1 dan 2 yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan memberikan seluruh ilmu serta waktunya kepada saya dalam penyusunan skripsi ini.
3. Sahabat seperjuangan saya Rizky Novitasari S, Tyas Solit N, Agung Prassetia A, Brahmayda Wiji L. beserta keluarganya yang sangat baik dan bersabar selama mengerjakan skripsi bersama-sama, serta sekawan Dwi Risqi Putri W, Febriansyah Wahyu I, Wahyu Denoveta, Iriani Wahyuni L. yang selalu mendukung saya selama kuliah di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Teman-teman seperjuangan angkatan 21 PRODI S1-4 yang begitu banyak memberi pengalaman selama menuntut ilmu di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Lampiran 3



PEMEKINTAH KOTA SURABAYA
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
 DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan Jaksa Agung Suprpto Nomor 2 Surabaya 60272
 Telepon (031) 5343000, (031) 5312144 Pesawat 112
 Surabaya, 2 Mei 2019

Nomor : 070/523/436.8.5/2019
 Lampiran : -
 Hal : Pengambilan Data.

Kepada
 Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
 di -
SURABAYA

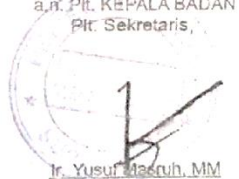
REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman, Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Pincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal 24 April 2019 Nomor : B/298/IV/2019/SHT Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian
- Pt: Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Farida Ayu Isdyaputri.
 b. Alamat : Banjarkemantren RT 7 RW 2 Buduran Sidoarjo.
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa.
 d. Instansi/Organisasi : STIKES Hang Tuah Surabaya.
 e. Kewarganegaraan : Indonesia.
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : Perbandingan Efektivitas terapi Dzikir Dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.
 b. Tujuan : Pengambilan Data.
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan.
 d. Penanggung Jawab : Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
 e. Anggota Peserta : -.
 f. Waktu : 2 (Dua) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan.
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Dengan persyaratan : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI;
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.

Tembusan :
 Yth. 1. Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
 2. Saudara yang bersangkutan

a.n. PIt. KEPALA BADAN
 PIt. Sekretaris



Ir. Yusuf Masruh, MM
 Pembina
 NIP 19671224 199412 1 001



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 1619 / 436.7.2 / 2019

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat
Nomor : 070/5223/436.8.5/2019
Tanggal : 2 Mei 2019
Hal : Pengambilan Data
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Farida Ayu Isdyaputri**
NIM : 1510014
Pekerjaan : Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya
Alamat : Banjarkemantren Buduran Sidoarjo
Tujuan Penelitian : Menyusun Proposal
Tema Penelitian : Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya
Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juli Tahun 2019
Daerah / tempat Penelitian : **Puskesmas Siwalankerto**

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 9 Mei 2019

a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,





PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SIWALANKERTO
JL. SIWALANKERTO 134 – SURABAYA (60236)
TELP. 031 – 8482487

Surabaya, 18 Juni 2019

Nomor : 005 / 11403 / 436.7.2.58 / 2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada :
Yth. Ketua STIKES Hang Tuah
Jl. Gadung No.1
di -
SURABAYA

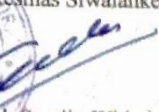
Yang bertanda tangan di bawah ini :

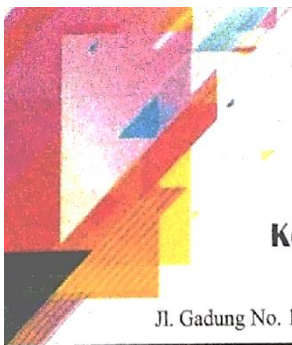
Nama : drg.Gaguk Septijo Widodo
NIP : 196009131987011002
Pangkat/Golongan : Pembina / IV-A
Jabatan : Kepala Puskesmas Siwalankerto
Alamat : Jl.Siwalankerto 134 Surabaya

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Farida Ayu Isdyaputri
NIM : 1510014
Pekerjaan : Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya
Alamat : Banjarkemantren Buduran Sidoarjo

Telah melakukan penelitian tentang "**Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya**" Penelitian ini dilakukan mulai dari bulan Mei s/d Juni 2019.
Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Puskesmas Siwalankerto

drg. Gaguk Septijo Widodo
Pembina / IV-A



PERSETUJUAN ETIK *(Ethical Approval)*

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)
Stikes Hang Tuah Surabaya

Jl. Gedung No. 1 Surabaya, kepk.shtsby@gmail.com, Telp. (031) 8411721, Fax. (031) 8411721

Surat Pernyataan Laik Etik Penelitian Kesehatan

Nomor : PE/41/V/2019/KEPK/SHT

Protokol penelitian yang diusulkan oleh : Farida Ayu Isdyaputri

dengan judul :

Perbandingan efektifitas terapi dzikir dan terapi murottal Al Quran terhadap perubahan tekanan darah penderita hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kekerasan dan Privasi, dan 7) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator masing-masing Standar sebagaimana terlampir.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 08 Mei 2019 sampai dengan tanggal 08 Mei 2020

Ketua KEPK



[Signature]
Dwi Bryantini, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 03006

Lampiran 4***INFORMATION FOR CONSENT***

Kepada Yth.

Calon responden penelitian

Di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

Surabaya

Saya adalah mahasiswa prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Hal-hal yang perlu diperhatikan, sebagai berikut:

1. Calon responden dalam penelitian akan diberikan terapi dzikir dan terapi murottal Al-Qur'an.
2. Rencana waktu pelaksanaan bagi kelompok calon responden terapi dzikir yaitu selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan dan estimasi waktu 30-40 menit yang dilakukan di mushollah Siwalankerto Surabaya pada pukul 07.00 WIB.
3. Rencana waktu pelaksanaan bagi kelompok calon responden terapi murottal Al-Qur'an yaitu selama 2 minggu dengan 4 kali pertemuan dan estimasi waktu 10 menit dibacakan oleh Mishary Rashid dengan volume standar yang dilakukan di mushollah Siwalankerto Surabaya pada pukul 07.00 WIB.
4. Rencana waktu pelaksanaan bagi calon responden kelompok kontrol yaitu dilakukan selama 2 minggu, 4 kali pertemuan dengan waktu yang tidak dapat ditentukan yang dilakukan secara *door to door*.
5. Manfaat yang akan diterima bagi calon responden yaitu ketenangan jiwa, perasaan rileks dan adanya penurunan tekanan darah.
6. Tidak ada dampak negatif yang ditimbulkan dari terapi yang diberikan bagi calon responden.

Dalam penelitian ini partisipasi saudara bersifat bebas artinya saudara ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi responden silahkan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan dalam kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini selesai, pernyataan akan kami hanguskan.

Hormat saya,

Farida Ayu Isdyaputri

Lampiran 5**LEMBAR PERSETUJUAN MANJADI RESPONDEN****(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut serta berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Nama : Farida Ayu Isdyaputri
 NIM : 151.0014
 Judul : Perbandingan Efektivitas Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya.

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban saya berikan hanya untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pembangunan ilmu kesehatan tentang "Perbandingan Terapi Dzikir dan Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya".

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Tanggal	
Nama Responden	
No. Responden	
Tanda Tangan	

Lampiran 6

LEMBAR KUESIONER

No. Responden

**PERBANDINGAN EFEKTIVITAS TERAPI DZIKIR DAN TERAPI
MUROTTAL AL-QUR'AN TERHADAP PERUBAHAN TEKANAN
DARAH PENDERITA HIPERTENSI DI PUSKESMAS
SIWALANKERTO SURABAYA**

Tanggal Pengkajian :

Petunjuk Pengisian :

1. Lembar kuesioner diisi oleh responden
2. Berilah tanda *checklist* (√) pada kotak yang telah disediakan
3. Apabila kurang jelas dapat bertanya kepada peneliti
4. Mohon diteliti ulang agar tidak ada pertanyaan yang terlewat

A. Data Demografi

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| 1. Jenis Kelamin | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Laki-laki
Perempuan |
| 2. Usia | : | Tahun |
| 3. Pendidikan Terakhir
bersekolah | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Tidak
SD
SMP
SMA/Sederajat
Perguruan Tinggi |
| 4. Perkerjaan
Bekerja | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Tidak
Ibu Rumah Tangga
Swasta
Wiraswasta
PNS/ASN
Pensiun
Lainnya, sebutkan.... |

5. Riwayat Hipertensi Diri sendiri
 Orang Tua

B. Faktor Risiko

Petunjuk Pengisian : Berilah tanda *checklist* (√) pada kolom jawaban.

1. Berapa lama anda menderita hipertensi :
 - : < 1 Tahun
 - : 1-6 Tahun
 - : >6Tahun

2. Apakah anda rutin mengkonsumsi obat hipertensi :
 - : Ya, jenis obat
 - : Tidak

3. Apakah anda gemar mengkonsumsi makanan asin :
 - Ya
 - Tidak

4. Berapa kali perminggu anda mengkonsumsi makanan asin:
 - : Tidak konsumsi
 - : 1-6 kali perminggu
 - : 7 kali perminggu

5. Apakah anda gemar mengkonsumsi makanan berlemak:
 - Ya
 - Tidak

6. Berapa kali perminggu anda mengkonsumsi makanan berlemak:

: Tidak konsumsi

: 1-6 kali perminggu

: 7 kali perminggu

7. Apakah anda gemar mengkonsumsi kopi :

: Ya

: Tidak

8. Berapa cangkir kopi yang anda konsumsi tiap hari :

: Tidak minum kopi

: 1-2 cangkir/hari

: 3-5 cangkir/hari

: 6 cangkir atau lebih

9. Apakah anda gemar mengkonsumsi alkohol :

: Ya

: Tidak

10. Berapa gelas alkohol yang anda konsumsi:

: Tidak konsumsi alkohol

: 1-5 gelas perhari

: 6 atau lebih gelas perhari

11. Apakah anda merokok?

: Ya

: Tidak

12. Berapa lama anda merokok

: Tidak merokok

: Kurang dari 5 tahun

: 5-10 tahun

: Lebih dari 10 tahun

13. Berapa batang rokok yang anda habiskan dalam sehari?

- : Tidak merokok
 : 1-10 batang rokok perhari
 : 11-20 batang rokok perhari
 : 20 atau lebih rokok perhari

14. Apakah anda rutin melakukan kegiatan olahraga?

- : Ya
 : Tidak

15. Berapa kali seminggu anda berolahraga?

- : Tidak berolahraga
 : 1-2 kali perminggu
 : 3 kali perminggu
 : 4-6 kali perminggu
 : Lebih dari 6 kali perminggu

16. Berapa lama waktu yang digunakan tiap kali berolahraga :

- : Tidak berolahraga
 : Kurang dari 30 menit
 : 30-90 menit
 : Lebih dari 90 menit

17. Aktivitas apa yang anda lakukan sehari-hari :

- : Ringan (duduk, jalan-jalan kecil, menonton televisi, berbaring)
 : Sedang (membawa beban ringan, memasak, menyapu, mengepel, mengantar anak ke sekolah)
 : Berat (mencangkul, konstruksi bangunan, mengangkat atau mendorong benda berat)

18. Apakah anda merasa kecewa sebab sesuatu hal yang tidak diharapkan telah terjadi?

: Ya

: Tidak

19. Apakah anda merasa marah ketika suatu hal diluar kontrol anda ?

: Ya

: Tidak

20. Apakah anda sering merasa gugup dan tertekan ?

: Ya

: Tidak

21. Apakah anda percaya terhadap kemampuan diri sendiri untuk memecahkan masalah pribadi ?

: Ya

: Tidak

22. Apakah anda merasa segala sesuatu telah berjalan sesuai dengan rencana anda ?

: Ya

: Tidak

Lampiran 8**LEMBAR KEGIATAN**

Judul Penelitian : Perbandingan Terapi Dzikir dan Murottal Al-Qur'an terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi di Puskesmas Siwalankerto Surabaya

Hari Ke-	Setelah Sholat Subuh	Setelah Sholat Maghrib
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Lampiran 9

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGUKURAN TEKANAN DARAH	
A. Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sphygmomanometer</i> digital 2. Lembar observasi 3. Alat tulis
B. Persiapan Pasien	Jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilaksanakan.
C. Prosedur penggunaan manchet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masukkan bagian ujung pipa manchet pada bagian alat. 2. Perhatikan arah masuknya perekat manchet. 3. Pakai manchet dan perhatikan arah selang. 4. Gulung lengan baju pasien 5. Pastikan posisi selang sejajar dengan jari tengah, dan posisi tangan terbuka ke atas. Jarak manchet dengan garis siku lengan sekitar 1-2 cm. Rekatkan manchet jika dirasa sudah terpasang dengan benar.
D. Prosedur Penggunaan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah manchet terpasang dengan baik, pastikan posisi pasien duduk dengan kaki tidak menyilang dan telapak kaki menyentuh lantai. Letakkan lengan kanan responden di atas meja agar manchet sejajar dengan posisi jantung pasien. 2. Tekan tombol <i>start/stop</i> untuk mengaktifkan alat. 3. Instruksikan pasien tetap tenang dan tidak banyak bergerak. 4. Pastikan lengan tidak dalam keadaan tegang dengan telapak tangan terbuka ke atas dan pastikan tidak ada lekukan pada pemasangan manchet. 5. Jika pengukuran selesai, manchet akan mengempis kembali dan angka hasil dari pengukuran akan muncul. Alat akan menyimpan hasil pengukuran secara otomatis. Tekan <i>start/stop</i> untuk mematikan alat. Alat akan mati secara otomatis dalam waktu 5 menit.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
TERAPI DZIKIR	
A. Persiapan Alat dan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan tasbeih. 2. <i>Sphygmomanometer</i> digital 3. Lingkungan yang hening sehingga dapat berkonsentrasi secara penuh.
B. Persiapan Pasien	Jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilaksanakan.
C. Prosedur Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ukur tekanan responden sebelum diberikan terapi dzikir. 2. Catat hasil pengukuran tekanan darah pada lembar observasi. 3. Setelah itu pelaksanaan dzikir menurut Dr. Samsuridjal Djauzi, SpPD., KAI (2008) yaitu dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Posisikan responden dengan duduk rileks. b. Tutup mata dan fokuskan pikiran. c. Tarik nafas perlahan dengan hidung, lalu hembuskan melalui mulut. d. Baca surat Al-Fatihah sebagai pembuka satu kali dilanjutkan dengan tasbeih (<i>Subhanallah</i>) 33 kali, <i>tahmid</i> (<i>Alhamdulillah</i>) 33 kali, <i>takbir</i> (<i>Allahuakbar</i>) 33 kali (Zamry, 2012), ditambah membaca <i>tahlil</i> (<i>Laailaahailallah</i>) 33 kali, disambung dengan bacaan <i>hauqalah</i> (<i>Laa haula walaa quwwatra illa billaahil 'aliyyil azhiim</i>) 4. Tarik nafas kembali dengan hidung dan hembuskan nafas melalui mulut. 5. Dzikir dapat dilakukan ketika hendak tidur dan bangun tidur.
D. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konfirmasi perasaan responden setelah diberikan terapi dzikir. 2. Ukur kembali tekanan darah responden menggunakan <i>Sphygmomanometer</i> digital setelah dilakukan terapi dzikir. 3. Catat hasil pengukuran pada lembar observasi.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN	
A. Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Handphone</i> 2. Pengeras suara 3. Rekaman surat Al-Mulk ayat 1-30 dibacakan oleh Mishary Rashid 4. <i>Sphygmomanometer</i> digital
B. Persiapan Pasien	Jelaskan pada pasien mengenai tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilaksanakan.
C. Prosedur Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ukur tekanan darah responden sebelum diberikan terapi murottal Al-Qur'an. 2. Catat hasil pengukuran tekanan darah pada lembar observasi 3. Posisikan responden senyaman mungkin (bisa dengan duduk rileks). 4. Intruksikan responden dengan memejamkan mata secara perlahan. 5. Letakkan kedua tangan di kedua paha. 6. Tarik nafas panjang selama 3 detik perlahan-lahan melalui hidung, lalu hembuskan nafas melalui mulut. 7. Ulangi relaksasi pernafasan tersebut sampai 3 kali hingga responden dipastikan rileks. 8. Putar rekaman murottal Al-Qur'an surat Al-Mulk ayat 1-30 yang dibacakan Mishary Rashid dari volume terkecil hingga volume standar yang dibutuhkan. 9. Konsentrasikan pikiran hanya pada lantunan murottal Al-Qur'an yang telah dinyalakan. 10. Dengarkan murottal Al-Qur'an hingga selesai dengan estimasi waktu 10 menit. 11. Setelah selesai, buka mata kembali lalu tarik nafas melalui hidung dan hembuskan nafas melalui mulut. 12. Kegiatan ini dapat dilakukan diwaktu hendak tidur dan bangun tidur.
D. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konfirmasi perasaan responden setelah pemberian terapi murottal Al-Qur'an. 2. Ukur kembali tekanan darah responden menggunakan <i>Shpygmomanometer</i> digital setelah dilakukan terapi murottal Al-Qur'an. 3. Catat hasil pengukuran pada lembar observasi.

Lampiran 10

HASIL TABULASI DATA DEMOGRAFI TERAPI DZIKIR

Kode	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27
01	2	3	1	1	2	3	2	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	1
02	2	1	4	2	2	2	2	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1
03	2	2	1	7	2	2	1	1	0	1	0	2	1	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1
04	2	3	3	2	1	1	2	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1
05	2	3	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	1
06	2	1	4	2	2	2	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2	2	2	1	2
07	2	3	2	2	2	3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2	2	2	1	2
08	2	3	4	6	2	3	1	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	2	0	2	2	2	1	1
09	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	2	2	1	2
10	2	3	1	1	2	3	2	2	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	1	2	1	2
11	2	1	3	2	1	2	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2	1	1	1	1

12	2	1	4	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	0	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1	1	2
13	2	3	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	2	2	1	2	2	1	1	2
14	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	2	1	1	2

HASIL TABULASI DATA DEMOGRAFI TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN

Kode	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27
01	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1
02	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	0	1	0	1	0	0	1	4	1	0	2	2	1	1	1
03	1	1	3	4	1	1	2	2	1	2	1	1	0	1	0	2	3	1	2	0	0	2	1	2	1	1	1
04	1	1	3	4	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	0	2	3	2	2	0	0	1	2	2	1	1	2
05	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	1	0	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1	1	1
06	2	3	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	2	2	1	1
07	2	3	2	2	1	2	1	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2	2	1	1	2
08	2	3	2	2	2	3	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	1	1	1	2
09	2	3	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	2	2	1	2
10	1	2	4	6	2	2	1	1	0	2	1	2	1	1	0	1	0	0	1	4	1	0	1	2	1	1	1
11	2	1	4	2	1	2	2	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2	2	1	1	2
12	2	1	4	4	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	0	1	0	0	1	2	2	0	2	2	1	1	2

13	2	3	1	1	2	3	1	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

HASIL TABULASI DATA DEMOGRAFI KELOMPOK KONTROL

Kode	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27
01	2	1	4	3	2	2	1	1	0	1	0	2	2	1	0	1	0	0	1	1	2	1	2	1	1	1	2
02	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	2	2	1	1	2
03	2	1	4	4	1	1	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	2	1	1	1
04	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2	2	2	1	2
05	2	1	5	3	1	1	1	1	0	2	1	2	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	2	2	1	1	2
06	2	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	2	2	1	2
07	2	1	5	3	1	2	1	2	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	2	1	2	2	1	1	2
08	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2	2	1	1	1
09	2	2	2	2	2	2	2	1	0	2	2	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	1	1	1	2
10	2	2	2	2	2	2	1	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	1
11	2	3	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	2	2	1	2
12	2	1	4	2	1	2	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1	2	2	2	1	1

13	2	3	1	1	2	3	2	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	2	2	1	2
14	2	3	3	2	2	3	1	2	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	2	1	1	1	1
15	2	3	2	2	2	2	1	1	0	2	2	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	1

Lampiran 11

HASIL TEKANAN DARAH PRE DAN POST TERAPI DZIKIR

No. Res	TEKANAN DARAH															
	Pertemuan 1				Pertemuan 2				Pertemuan 3				Pertemuan 4			
	Pre		Post		Pre		Post		pre		Post		Pre		Post	
	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	Sistol	diastol	sistol	diastol	Sistol	diastol
01	172	110	170	107	172	110	168	106	168	108	159	103	168	111	136	100
02	168	105	168	102	170	106	166	101	168	100	157	94	160	90	144	80
03	135	95	132	91	132	99	129	90	133	115	128	94	135	107	120	84
04	158	110	155	105	156	105	149	96	152	95	142	86	148	89	132	82
05	138	83	135	82	140	90	134	85	135	86	128	78	129	70	111	60
06	136	85	132	95	139	96	131	93	137	89	123	85	120	70	100	68
07	126	92	124	87	129	88	122	80	120	78	113	68	110	60	90	60
08	130	97	134	93	136	94	130	89	129	92	123	83	121	81	100	70
09	139	90	138	90	139	95	136	93	139	92	129	88	139	95	128	88

10	149	100	149	90	146	94	137	87	140	90	134	80	130	70	148	80
11	139	94	137	91	138	91	132	88	136	89	133	82	135	88	122	80
12	140	90	138	88	139	91	136	89	134	90	132	88	137	86	120	80
13	140	98	139	95	140	96	138	92	139	90	134	86	135	85	125	80
14	155	125	150	125	152	127	149	119	150	123	143	116	150	110	130	100

HASIL TEKANAN DARAH PRE DAN POST TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN

No. Res	TEKANAN DARAH															
	Pertemuan 1				Pertemuan 2				Pertemuan 3				Pertemuan 4			
	Pre		Post		Pre		Post		pre		Post		Pre		Post	
	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	Sistol	diastol
01	168	120	161	118	163	118	160	113	159	112	150	110	151	110	110	90
02	165	119	162	116	166	116	160	112	157	108	154	102	150	100	125	85
03	167	121	163	119	164	117	155	110	154	110	150	109	150	111	127	86
04	175	125	170	121	169	122	160	118	163	120	160	113	165	115	125	87
05	176	110	165	102	166	100	160	96	162	98	158	93	160	90	140	93
06	149	102	144	99	147	99	139	96	141	98	135	92	130	90	120	80
07	139	90	128	80	131	83	123	76	127	78	117	69	120	70	108	60
08	137	93	130	91	130	94	125	90	126	93	122	92	120	95	103	69
09	144	97	138	93	140	95	134	91	133	94	127	90	130	90	100	71
10	159	107	155	100	157	101	153	97	154	95	148	92	150	90	124	77

11	148	100	145	98	145	99	143	97	146	98	140	97	139	95	123	80
12	137	96	130	94	130	95	128	93	129	95	126	90	128	90	113	82
13	142	74	136	70	136	70	133	66	134	68	128	65	130	65	115	60

HASIL TEKANAN DARAH PRE DAN POST KELOMPOK KONTROL

No. Res	TEKANAN DARAH															
	Pertemuan 1				Pertemuan 2				Pertemuan 3				Pertemuan 4			
	Pre		Post		Pre		Post		pre		Post		Pre		Post	
	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	sistol	diastol	Sistol	diastol
01	131	111	130	110	132	113	130	112	133	115	134	114	135	112	130	114
02	128	75	130	76	130	74	130	73	129	75	132	80	130	78	130	70
03	110	78	112	79	112	81	115	78	116	77	117	80	115	76	113	78
04	154	111	154	115	154	112	155	110	151	111	153	113	150	110	150	110
05	137	95	135	98	139	92	136	95	137	97	134	99	135	90	135	98
06	125	80	127	85	127	84	126	83	129	85	130	87	127	84	124	82
07	124	75	125	77	124	76	125	78	127	78	122	79	123	77	125	78
08	160	115	163	113	164	111	160	109	164	110	168	112	163	109	163	113
09	139	91	135	90	136	93	140	92	140	93	139	96	139	95	137	94
10	120	66	120	67	119	65	124	68	122	69	121	69	120	65	120	68

11	163	107	162	104	165	105	163	109	165	105	162	107	160	102	160	108
12	136	96	141	98	134	100	140	98	139	95	137	97	135	90	135	94
13	152	112	153	109	152	113	150	110	154	112	152	111	150	110	150	109
14	124	87	125	86	122	88	123	87	125	91	122	89	120	85	120	87
15	133	78	135	80	134	79	137	77	136	76	138	78	134	76	135	75

KETERANGAN

1. Data Demografi

a. Jenis Kelamin

- 1) Laki-laki : Kode 1
- 2) Perempuan : Kode 2

b. Usia

- 1) 45-50 : Kode 1
- 2) 51-55 : Kode 2
- 3) 56-60 : Kode 3

c. Pendidikan Terakhir

- 1) Tidak Bersekolah : Kode 1
- 2) SD : Kode 2
- 3) SMP : Kode 3
- 4) SMA/Sederajat : Kode 4
- 5) Perguruan Tinggi : Kode 5

d. Pekerjaan

- 1) Tidak Bekerja : Kode 1
- 2) Ibu Rumah Tangga : Kode 2
- 3) Swasta : Kode 3
- 4) Wiraswasta : Kode 4
- 5) PNS/ASN : Kode 5
- 6) Pensiun : Kode 6

e. Riwayat Hipertensi

- 1) Diri sendiri : Kode 1
- 2) Orang Tua : Kode 2
- 3) Tidak Ada : Kode 3

2. Faktor Risiko

- 1) Lama menderita hipertensi
 - a) < 1 tahun : Skor 1
 - b) 1-6 tahun : Skor 2
 - c) >6 tahun : Skor 3
- 2) Rutin konsumsi obat hipertensi
 - a) Ya : Kode 1
 - b) Tidak : Kode 2
- 3) Gemar konsumsi makanan asin
 - a) Ya : Kode 2
 - b) Tidak : Kode 1
- 4) Banyak konsumsi makanan asin
 - a) Tidak konsumsi : Skor 0
 - b) 1-6 kali/minggu : Skor 1

- c) 7 kali perminggu/Setiap hari : Skor 2
- 5) Gemar konsumsi makanan berlemak
- a) Ya : Kode 2
- b) Tidak : Kode 1
- 6) Banyak konsumsi makanan berlemak
- a) Tidak konsumsi : Skor 0
- b) 1-6 kali/minggu : Skor 1
- c) 7 kali perminggu/Setiap hari : Skor 2
- 7) Gemar konsumsi kopi
- a) Ya : Kode 2
- b) Tidak : Kode 1
- 8) Cangkir kopi yang dikonsumsi perhari
- a) Tidak konsumsi kopi : Skor 0
- b) Satu sampai dua cangkir : Skor 1
- c) Tiga sampai lima cangkir : Skor 2
- d) Enam cangkir atau lebih : Skor 3
- 9) Konsumsi alkohol
- a) Ya : Kode 2
- b) Tidak : Kode 1
- 10) Banyak alkohol yang dikonsumsi dalam sehari
- a) Tidak konsumsi : Skor 0
- b) < 6 gelas : Skor 1
- c) > 6 gelas : Skor 2
- 11) Merokok
- a) Ya : Kode 2
- b) Tidak : Kode 1
- 12) Berapa lama merokok
- a) Tidak merokok : Skor 0
- b) Kurang dari 5 tahun : Skor 1
- c) 6-10 tahun : Skor 2
- d) Lebih dari 10 tahun : Skor 3
- 13) Batang rokok yang anda habiskan dalam sehari
- a) Tidak merokok : Skor 0
- b) Satu sampai sepuluh (perokok ringan) : Skor 1
- c) Sebelas sampai duapuluh (perokok sedang) : Skor 2
- d) Lebih dari duapuluh (perokok berat) : Skor 3
- 14) Kegiatan olahraga
- a) Ya : Kode 1
- b) Tidak : Kode 2
- 15) Olahraga dalam satu minggu
- a) Tidak olahraga : Skor 0
- b) < 3 kali/minggu : Skor 1

- c) 3 kali/minggu : Skor 2
 - d) 4-6 kali/minggu : Skor 3
 - e) >6 kali/minggu : Skor 4
- 16) Waktu tiap olahraga
- a) Tidak olahraga : Skor 0
 - b) < 30 menit : Skor 1
 - c) 30-90 menit : Skor 2
 - d) >90 menit : Skor 3
- 17) Aktivitas sehari-hari
- a) Ringan : Skor 0
 - b) Sedang : Skor 1
 - c) Berat : Skor 2
- 18) Kecewa dengan yang tidak diharapkan terjadi
- a) Ya : Kode 2
 - b) Tidak : Kode 1
- 19) Marah dengan hal diluar kontrol
- a) Ya : Kode 2
 - b) Tidak : Kode 1
- 20) Sering gugup dan tertekan
- a) Ya : Kode 2
 - b) Tidak : Kode 1
- 21) Percaya dengan kemampuan diri sendiri
- a) Ya : Kode 1
 - b) Tidak : Kode 2
- 22) Sesuatu berjalan sesuai rencana
- a) Ya : Kode 1
 - b) Tidak : Kode 2

Lampiran 12

Data Demografi Terapi Dzikir

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perempuan	14	100,0	100,0	100,0

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-50	5	35,7	35,7	35,7
	51-55	1	7,1	7,1	42,9
	56-60	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

pendidikan terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bersekolah	6	42,9	42,9	42,9
	sd	1	7,1	7,1	50,0
	smp	3	21,4	21,4	71,4
	sma	4	28,6	28,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	4	28,6	28,6	28,6
	ibu rumah tangga	8	57,1	57,1	85,7
	pensiun	1	7,1	7,1	92,9
	lainnya	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

riwayat hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diri sendiri	4	28,6	28,6	28,6
	orang tua	10	71,4	71,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

lama menderita hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	1	7,1	7,1	7,1
	1-6 tahun	9	64,3	64,3	71,4
	> 6 tahun	4	28,6	28,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

konsumsi obat ht

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	9	64,3	64,3	64,3
	tidak	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

konsumsi makanan asin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	3	21,4	21,4	21,4
	ya	11	78,6	78,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

banyaknya konsumsi makanan asin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	3	21,4	21,4	21,4
	1-6 kali/minggu	6	42,9	42,9	64,3
	setiap hari	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

konsumsi makanan berlemak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	2	14,3	14,3	14,3
	ya	12	85,7	85,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Banyaknya konsumsi makan berlemak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	2	14,3	14,3	14,3
	1-6kali/minggu	11	78,6	78,6	92,9
	setiap hari	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

konsumsi kopi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	12	85,7	85,7	85,7
	ya	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

konsumsi cangkir kopi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi kopi	12	85,7	85,7	85,7
	1-2 cangkir	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

konsumsi alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	14	100,0	100,0	100,0

banyaknya konsumsi alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	14	100,0	100,0	100,0

merokok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	14	100,0	100,0	100,0

lama merokok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak merokok	14	100,0	100,0	100,0

batang rokok sehari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak merokok	14	100,0	100,0	100,0

olahraga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	4	28,6	28,6	28,6
	tidak	10	71,4	71,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

olahraga dalam seminggu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak olahraga	10	71,4	71,4	71,4
	< 3 kali	3	21,4	21,4	92,9
	3 kali	1	7,1	7,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

waktu tiap olahraga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak olahraga	10	71,4	71,4	71,4
	< 30 menit	1	7,1	7,1	78,6
	30-90 menit	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

aktivitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	6	42,9	42,9	42,9
	sedang	8	57,1	57,1	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

kecewa tdk diharapkan terjadi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	5	35,7	35,7	35,7
	ya	9	64,3	64,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

marah diluar kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	7	50,0	50,0	50,0
	ya	7	50,0	50,0	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

gugup dan tertekan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	8	57,1	57,1	57,1
	ya	6	42,9	42,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

percaya kemampuan diri sendiri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	14	100,0	100,0	100,0

berjalan sesuai rencana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	7	50,0	50,0	50,0
	tidak	7	50,0	50,0	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Data Demografi Terapi Murottal Al-Qur'an

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	3	23,1	23,1	23,1
	perempuan	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-50	4	30,8	30,8	30,8
	51-55	1	7,7	7,7	38,5
	56-60	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

pendidikan terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bersekolah	3	23,1	23,1	23,1
	sd	5	38,5	38,5	61,5
	smp	2	15,4	15,4	76,9
	sma	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	4	30,8	30,8	30,8
	ibu rumah tangga	5	38,5	38,5	69,2
	wiraswasta	3	23,1	23,1	92,3
	pensiun	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

riwayat hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diri sendiri	4	30,8	30,8	30,8
	orang tua	9	69,2	69,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

lama menderita hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	1	7,7	7,7	7,7
	1-6 tahun	8	61,5	61,5	69,2
	> 6 tahun	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

konsumsi obat ht

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	7	53,8	53,8	53,8
	tidak	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

konsumsi makanan asin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	3	23,1	23,1	23,1
	ya	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

banyaknya konsumsi makanan asin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	3	23,1	23,1	23,1
	1-6 kali/minggu	8	61,5	61,5	84,6
	setiap hari	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

konsumsi makanan berlemak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	1	7,7	7,7	7,7
	ya	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Banyaknya makan berlemak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	1	7,7	7,7	7,7
	1-6kali/minggu	8	61,5	61,5	69,2
	setiap hari	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

konsumsi kopi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	10	76,9	76,9	76,9
	ya	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

konsumsi cangkir kopi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi kopi	10	76,9	76,9	76,9
	1-2 cangkir	2	15,4	15,4	92,3
	3-5 cangkir	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

konsumsi alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	13	100,0	100,0	100,0

banyaknya konsumsi alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	13	100,0	100,0	100,0

merokok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	11	84,6	84,6	84,6
	ya	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Lama merokok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak merokok	11	84,6	84,6	84,6
	>10 tahun	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

batang rokok sehari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak merokok	11	84,6	84,6	84,6
	1-10 (ringan)	1	7,7	7,7	92,3
	11-20 (sedang)	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

olahraga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	4	30,8	30,8	30,8
	tidak	9	69,2	69,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

olahraga dalam seminggu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak olahraga	9	69,2	69,2	69,2
	< 3 kali	1	7,7	7,7	76,9
	3 kali	1	7,7	7,7	84,6
	> 6 kali	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

waktu tiap olahraga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak olahraga	9	69,2	69,2	69,2
	< 30 menit	2	15,4	15,4	84,6
	30-90 menit	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

aktivitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	7	53,8	53,8	53,8
	sedang	5	38,5	38,5	92,3
	berat	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

kecewa tdk diharapkan terjadi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	4	30,8	30,8	30,8
	ya	9	69,2	69,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

marah diluar kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	3	23,1	23,1	23,1
	ya	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

gugup dan tertekan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	11	84,6	84,6	84,6
	ya	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

percaya kemampuan diri sendiri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	13	100,0	100,0	100,0

berjalan sesuai rencana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	7	53,8	53,8	53,8
	tidak	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Data Demografi Kelompok Kontrol

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perempuan	15	100,0	100,0	100,0

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-50	5	33,3	33,3	33,3
	51-55	5	33,3	33,3	66,7
	56-60	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

pendidikan terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bersekolah	3	20,0	20,0	20,0
	sd	4	26,7	26,7	46,7
	smp	3	20,0	20,0	66,7
	sma	3	20,0	20,0	86,7
	perguruan tinggi	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	3	20,0	20,0	20,0
	ibu rumah tangga	8	53,3	53,3	73,3
	swasta	3	20,0	20,0	93,3
	wiraswasta	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

riwayat hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diri sendiri	5	33,3	33,3	33,3
	orang tua	10	66,7	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

lama menderita hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	2	13,3	13,3	13,3
	1-6 tahun	9	60,0	60,0	73,3
	> 6 tahun	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

konsumsi obat ht

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	10	66,7	66,7	66,7
	tidak	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

konsumsi makanan asin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	5	33,3	33,3	33,3
	ya	10	66,7	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

banyaknya konsumsi makanan asin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	5	33,3	33,3	33,3
	1-6 kali/minggu	7	46,7	46,7	80,0
	setiap hari	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

konsumsi makanan berlemak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	3	20,0	20,0	20,0
	ya	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

banyaknya makan berlemak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	3	20,0	20,0	20,0
	1-6kali/minggu	9	60,0	60,0	80,0
	setiap hari	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

konsumsi kopi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	13	86,7	86,7	86,7
	ya	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

konsumsi cangkir kopi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi kopi	13	86,7	86,7	86,7
	1-2 cangkir	1	6,7	6,7	93,3
	3-5 cangkir	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

konsumsi alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	15	100,0	100,0	100,0

banyaknya konsumsi alkohol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak konsumsi	15	100,0	100,0	100,0

merokok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	15	100,0	100,0	100,0

lama merokok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak merokok	15	100,0	100,0	100,0

batang rokok sehari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak merokok	15	100,0	100,0	100,0

olahraga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	5	33,3	33,3	33,3
	tidak	10	66,7	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

olahraga dalam seminggu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak olahraga	10	66,7	66,7	66,7
	< 3 kali	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

waktu tiap olahraga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak olahraga	10	66,7	66,7	66,7
	< 30 menit	3	20,0	20,0	86,7
	30-90 menit	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

aktivitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	9	60,0	60,0	60,0
	sedang	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Kecewa tidak diharapkan terjadi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	2	13,3	13,3	13,3
	ya	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

marah diluar kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	5	33,3	33,3	33,3
	ya	10	66,7	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

gugup dan tertekan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	10	66,7	66,7	66,7
	ya	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

percaya kemampuan diri sendiri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	15	100,0	100,0	100,0

berjalan sesuai rencana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ya	6	40,0	40,0	40,0
	tidak	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Lampiran 13

Uji Normalitas *Sistole*

Case Processing Summary

	Kelompok Responden	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hasil Tekanan Darah	pretes dzikir sistol	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	postes dzikir sistol	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	pretes murottal sistol	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%
	postes murottal sistol	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%
	pretes kontrol sistol	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
	postes kontrol sistol	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%

Tests of Normality

	Kelompok Responden	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Hasil Tekanan Darah	pretes dzikir sistol	,274	14	,005	,903	14	,123
	postes dzikir sistol	,170	14	,200*	,963	14	,776
	pretes murottal sistol	,181	13	,200*	,895	13	,114
	postes murottal sistol	,138	13	,200*	,965	13	,821
	pretes kontrol sistol	,149	15	,200*	,947	15	,472
	postes kontrol sistol	,183	15	,188	,937	15	,350

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Uji Normalitas *Diastole*

Case Processing Summary

	Kelompok Responden	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hasil Tekanan Darah	pretes dzikir diastol	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	postes dzikir diastol	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
	pretes murottal diastol	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%
	postes murottal diastol	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%
	pretes kontrol diastol	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%
	postes kontrol diastol	15	100,0%	0	0,0%	15	100,0%

Tests of Normality

	Kelompok Responden	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tekanan Darah	pretes dzikir diastol	,149	14	,200*	,934	14	,346
	postes dzikir diastol	,233	14	,038	,916	14	,190
	pretes murottal diastol	,151	13	,200*	,955	13	,674
	postes murottal diastol	,173	13	,200*	,927	13	,311
	pretes kontrol diastol	,166	15	,200*	,915	15	,164
	postes kontrol diastol	,173	15	,200*	,916	15	,165

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Lampiran 14

Paired T-test

Kelompok Terapi Dzikir *Pre* dan *Post Sistole*

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pretes dzikir sistol	144,64	14	13,810	3,691
	postes dzikir sistol	121,86	14	16,838	4,500

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
pretes dzikir sistol - postes dzikir sistol	22,786	10,327	2,760	16,823	28,748	8,256	13	,000

Kelompok Terapi Dzikir *Pre* dan *Post Diastole*

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pretes dzikir diastol	98,14	14	11,279	3,014
	postes dzikir diastol	79,43	14	12,164	3,251

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
pretes dzikir diastol - postes dzikir diastol	18,714	8,534	2,281	13,787	23,642	8,205	13	,000

Kelompok Terapi Murottal Pre dan Post

Kelompok Terapi Murottal *Pre* dan *Post* *Sistole*

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pretes Murottal Sistol	154,31	13	14,557	4,037
	Postes Murottal Sistol	104,15	13	14,736	4,087

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pretes Murottal Sistol - Postes Murottal Sistol	50,154	7,957	2,207	45,346	54,962	22,727	12	,000

Kelompok Terapi Murottal *Pre* dan *Post* *Diastole*

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pretes Murottal Diastol	104,15	13	14,736	4,087
	Postes Murottal Diastol	78,46	13	10,658	2,956

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pretes Murottal Diastol - Postes Murottal Diastol	25,692	7,962	2,208	20,881	30,504	11,634	12	,000

Kelompok Kontrol *Pre* dan *Post*

Kelompok Kontrol *Pre* dan *Post* *Sistole*

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pretes Kontrol Sistol	135,73	15	15,429	3,984
	Postes Kontrol Sistol	135,13	15	14,803	3,822

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pretes Kontrol Sistol - Postes Kontrol Sistol	,600	2,354	,608	-,704	1,904	,987	14	,340

Kelompok Kontrol *Pre* dan *Post* *Diasstole*

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pretes Kontrol Diastol	91,80	15	16,293	4,207
Postes Kontrol Diastol	91,87	15	16,265	4,200

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pretes Kontrol Diastol - Postes Kontrol Diastol	-,067	2,631	,679	-1,524	1,391	-,098	14	,923

Lampiran 15

Uji Anova

Uji Anova *Post-Post Sistole*

Descriptives

Hasil Tekanan Darah								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
postes dzikir sistol	14	121,86	16,838	4,500	112,14	131,58	90	148
postes murottal sistol	13	117,92	11,086	3,075	111,22	124,62	100	140
postes kontrol sistol	15	135,13	14,803	3,822	126,94	143,33	113	163
Total	42	125,38	16,043	2,475	120,38	130,38	90	163

Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Hasil Tekanan Darah	Based on Mean	,670	2	39	,518
	Based on Median	,685	2	39	,510
	Based on Median and with adjusted df	,685	2	35,119	,511
	Based on trimmed mean	,652	2	39	,526

ANOVA

Hasil Tekanan Darah					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2323,534	2	1161,767	5,506	,008
Within Groups	8228,371	39	210,984		
Total	10551,905	41			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Hasil Tekanan Darah							
	(I) Kelompok Responden	(J) Kelompok Responden	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	postes dzikir sistol	postes murottal sistol	3,934	5,595	,763	-9,70	17,56
		postes kontrol sistol	-13,276*	5,398	,047	-26,43	-,13
	postes murottal sistol	postes dzikir sistol	-3,934	5,595	,763	-17,56	9,70
		postes kontrol sistol	-17,210*	5,504	,009	-30,62	-3,80
	postes kontrol sistol	postes dzikir sistol	13,276*	5,398	,047	,13	26,43
		postes murottal sistol	17,210*	5,504	,009	3,80	30,62
LSD	postes dzikir sistol	postes murottal sistol	3,934	5,595	,486	-7,38	15,25
		postes kontrol sistol	-13,276*	5,398	,018	-24,19	-2,36
	postes murottal sistol	postes dzikir sistol	-3,934	5,595	,486	-15,25	7,38
		postes kontrol sistol	-17,210*	5,504	,003	-28,34	-6,08
	postes kontrol sistol	postes dzikir sistol	13,276*	5,398	,018	2,36	24,19
		postes murottal sistol	17,210*	5,504	,003	6,08	28,34

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Uji Anova Post-Post Diastole

Descriptives

Tekanan Darah								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
postes dzikir diastol	14	79,43	12,164	3,251	72,41	86,45	60	100
postes murottal diastol	13	78,46	10,658	2,956	72,02	84,90	60	93
postes kontrol diastol	15	91,87	16,265	4,200	82,86	100,87	68	114
Total	42	83,57	14,485	2,235	79,06	88,09	60	114

Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Tekanan Darah	Based on Mean	2,715	2	39	,079
	Based on Median	2,514	2	39	,094
	Based on Median and with adjusted df	2,514	2	37,504	,095
	Based on trimmed mean	2,709	2	39	,079

ANOVA

Tekanan Darah					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1611,893	2	805,947	4,496	,017
Within Groups	6990,393	39	179,241		
Total	8602,286	41			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Tekanan Darah							
			Mean			95% Confidence Interval	
	(I) Kelompok Responden	(J) Kelompok Responden	Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	postes dzikir diastol	postes murottal diastol	,967	5,157	,981	-11,60	13,53
		postes kontrol diastol	-12,438*	4,975	,043	-24,56	-,32
	postes murottal diastol	postes dzikir diastol	-,967	5,157	,981	-13,53	11,60
		postes kontrol diastol	-13,405*	5,073	,031	-25,76	-1,05
	postes kontrol diastol	postes dzikir diastol	12,438*	4,975	,043	,32	24,56
		postes murottal diastol	13,405*	5,073	,031	1,05	25,76
LSD	postes dzikir diastol	postes murottal diastol	,967	5,157	,852	-9,46	11,40
		postes kontrol diastol	-12,438*	4,975	,017	-22,50	-2,37
	postes murottal diastol	postes dzikir diastol	-,967	5,157	,852	-11,40	9,46
		postes kontrol diastol	-13,405*	5,073	,012	-23,67	-3,14
	postes kontrol diastol	postes dzikir diastol	12,438*	4,975	,017	2,37	22,50
		postes murottal diastol	13,405*	5,073	,012	3,14	23,67

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Uji Anova *Delta Sistole*

Descriptives

Hasil Tekanan Darah								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
delta Dzikir Sistol	14	22,79	10,327	2,760	16,82	28,75	1	36
delta Murottal Sistol	13	36,38	9,996	2,772	30,34	42,43	24	58
delta Kontrol Sistol	15	1,00	2,204	,569	-,22	2,22	-3	4
Total	42	19,21	16,850	2,600	13,96	24,47	-3	58

ANOVA

Hasil Tekanan Darah					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8987,637	2	4493,819	66,050	,000
Within Groups	2653,434	39	68,037		
Total	11641,071	41			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Hasil Tekanan Darah							
	(I) Kelompok Responden	(J) Kelompok Responden	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	delta Dzikir Sistol	delta Murottal Sistol	-13,599*	3,177	,000	-21,34	-5,86
		delta Kontrol Sistol	21,786*	3,065	,000	14,32	29,25
	delta Murottal Sistol	delta Dzikir Sistol	13,599*	3,177	,000	5,86	21,34
		delta Kontrol Sistol	35,385*	3,126	,000	27,77	43,00
	delta Kontrol Sistol	delta Dzikir Sistol	-21,786*	3,065	,000	-29,25	-14,32
		delta Murottal Sistol	-35,385*	3,126	,000	-43,00	-27,77
LSD	delta Dzikir Sistol	delta Murottal Sistol	-13,599*	3,177	,000	-20,03	-7,17
		delta Kontrol Sistol	21,786*	3,065	,000	15,59	27,99
	delta Murottal Sistol	delta Dzikir Sistol	13,599*	3,177	,000	7,17	20,03
		delta Kontrol Sistol	35,385*	3,126	,000	29,06	41,71
	delta Kontrol Sistol	delta Dzikir Sistol	-21,786*	3,065	,000	-27,99	-15,59
		delta Murottal Sistol	-35,385*	3,126	,000	-41,71	-29,06

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Uji Anova Delta Diastole

Descriptives

Hasil Tekanan Darah								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
delta Dzikir Diastol	14	18,71	8,534	2,281	13,79	23,64	2	32
delta Murottal Diastol	13	25,08	9,160	2,541	19,54	30,61	6	38
delta Kontrol Diastol	15	-,07	2,631	,679	-1,52	1,39	-3	5
Total	42	13,98	12,996	2,005	9,93	18,03	-3	38

ANOVA

Hasil Tekanan Darah					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4874,263	2	2437,131	46,349	,000
Within Groups	2050,714	39	52,582		
Total	6924,976	41			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Hasil Tekanan Darah							
	(I) Post Diastol	(J) Post Diastol	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	delta	delta Murottal Diastol	-6,363	2,793	,071	-13,17	,44
		delta Kontrol Diastol	18,781*	2,695	,000	12,22	25,35
	delta Murottal Diastol	delta Dzikir Diastol	6,363	2,793	,071	-,44	13,17
		delta Kontrol Diastol	25,144*	2,748	,000	18,45	31,84
	delta Kontrol Diastol	delta Dzikir Diastol	-18,781*	2,695	,000	-25,35	-12,22
		delta Murottal Diastol	-25,144*	2,748	,000	-31,84	-18,45
LSD	delta	delta Murottal Diastol	-6,363*	2,793	,028	-12,01	-,71
		delta Kontrol Diastol	18,781*	2,695	,000	13,33	24,23
	delta Murottal Diastol	delta Dzikir Diastol	6,363*	2,793	,028	,71	12,01
		delta Kontrol Diastol	25,144*	2,748	,000	19,59	30,70
	delta Kontrol Diastol	delta Dzikir Diastol	-18,781*	2,695	,000	-24,23	-13,33
		delta Murottal Diastol	-25,144*	2,748	,000	-30,70	-19,59

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Lampiran 16

Hasil Crosstabulation Dzikir

TD Pre Dzikir * pendidikan terakhir Crosstabulation

			pendidikan terakhir				Total
			tidak bersekolah	sd	smp	sma	
TD Pre Dzikir	pra hipertensi (120-139)	Count	2	1	2	2	7
		Expected Count	3,0	,5	1,5	2,0	7,0
		% within TD Pre Dzikir	28,6%	14,3%	28,6%	28,6%	100,0%
		% within pendidikan terakhir	33,3%	100,0%	66,7%	50,0%	50,0%
		% of Total	14,3%	7,1%	14,3%	14,3%	50,0%
	hipertensi derajat 1 (140/90- 159/99)	Count	3	0	1	1	5
		Expected Count	2,1	,4	1,1	1,4	5,0
		% within TD Pre Dzikir	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	100,0%
		% within pendidikan terakhir	50,0%	0,0%	33,3%	25,0%	35,7%
		% of Total	21,4%	0,0%	7,1%	7,1%	35,7%
	hipertensi derajat 2 (>160/>100)	Count	1	0	0	1	2
		Expected Count	,9	,1	,4	,6	2,0
		% within TD Pre Dzikir	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		% within pendidikan terakhir	16,7%	0,0%	0,0%	25,0%	14,3%
		% of Total	7,1%	0,0%	0,0%	7,1%	14,3%
Total		Count	6	1	3	4	14
		Expected Count	6,0	1,0	3,0	4,0	14,0
		% within TD Pre Dzikir	42,9%	7,1%	21,4%	28,6%	100,0%
		% within pendidikan terakhir	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	42,9%	7,1%	21,4%	28,6%	100,0%

TD Pre Dzikir * konsumsi makanan asin Crosstabulation

			konsumsi makanan asin		Total
			tidak	ya	
TD Pre Dzikir	pra hipertensi (120-139)	Count	3	4	7
		Expected Count	1,5	5,5	7,0
		% within TD Pre Dzikir	42,9%	57,1%	100,0%
		% within konsumsi makanan asin	100,0%	36,4%	50,0%
		% of Total	21,4%	28,6%	50,0%
	hipertensi derajat 1 (140/90-159/99)	Count	0	5	5
		Expected Count	1,1	3,9	5,0
		% within TD Pre Dzikir	0,0%	100,0%	100,0%
		% within konsumsi makanan asin	0,0%	45,5%	35,7%
		% of Total	0,0%	35,7%	35,7%
	hipertensi derajat 2 (>160/>100)	Count	0	2	2
		Expected Count	,4	1,6	2,0
		% within TD Pre Dzikir	0,0%	100,0%	100,0%
		% within konsumsi makanan asin	0,0%	18,2%	14,3%
		% of Total	0,0%	14,3%	14,3%
Total		Count	3	11	14
		Expected Count	3,0	11,0	14,0
		% within TD Pre Dzikir	21,4%	78,6%	100,0%
		% within konsumsi makanan asin	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	21,4%	78,6%	100,0%

TD Pre Dzikir * riwayat hipertensi Crosstabulation

		riwayat hipertensi		Total	
		diri sendiri	orang tua		
TD Pre Dzikir	pra hipertensi (120-139)	Count	1	6	7
		Expected Count	2,0	5,0	7,0
		% within TD Pre Dzikir	14,3%	85,7%	100,0%
		% within riwayat hipertensi	25,0%	60,0%	50,0%
		% of Total	7,1%	42,9%	50,0%
	hipertensi derajat 1 (140/90-159/99)	Count	3	2	5
		Expected Count	1,4	3,6	5,0
		% within TD Pre Dzikir	60,0%	40,0%	100,0%
		% within riwayat hipertensi	75,0%	20,0%	35,7%
		% of Total	21,4%	14,3%	35,7%
	hipertensi derajat 2 (>160/>100)	Count	0	2	2
		Expected Count	,6	1,4	2,0
		% within TD Pre Dzikir	0,0%	100,0%	100,0%
		% within riwayat hipertensi	0,0%	20,0%	14,3%
		% of Total	0,0%	14,3%	14,3%
Total		Count	4	10	14
		Expected Count	4,0	10,0	14,0
		% within TD Pre Dzikir	28,6%	71,4%	100,0%
		% within riwayat hipertensi	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	28,6%	71,4%	100,0%

Hasil Crosstabulation Murrotal

TD Pre Murottal * olahraga Crosstabulation

			olahraga		Total
			ya	tidak	
TD Pre Murottal	pra hipertensi (120/80- 139/89)	Count	1	2	3
		Expected Count	,9	2,1	3,0
		% within TD Pre Murottal	33,3%	66,7%	100,0%
		% within olahraga	25,0%	22,2%	23,1%
		% of Total	7,7%	15,4%	23,1%
	hipertensi derajat 1 (140/90-159/99)	Count	1	4	5
		Expected Count	1,5	3,5	5,0
		% within TD Pre Murottal	20,0%	80,0%	100,0%
		% within olahraga	25,0%	44,4%	38,5%
		% of Total	7,7%	30,8%	38,5%
	hipertensi derajat 2 (>160/>100)	Count	2	3	5
		Expected Count	1,5	3,5	5,0
		% within TD Pre Murottal	40,0%	60,0%	100,0%
		% within olahraga	50,0%	33,3%	38,5%
		% of Total	15,4%	23,1%	38,5%
Total		Count	4	9	13
		Expected Count	4,0	9,0	13,0
		% within TD Pre Murottal	30,8%	69,2%	100,0%
		% within olahraga	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	30,8%	69,2%	100,0%

TD Pre Murottal * marah diluar kontrol Crosstabulation

		marah diluar kontrol		Total	
		tidak	ya		
TD Pre Murottal	pra hipertensi (120/80-139/89)	Count	1	2	3
		Expected Count	,7	2,3	3,0
		% within TD Pre Murottal	33,3%	66,7%	100,0%
		% within marah diluar kontrol	33,3%	20,0%	23,1%
		% of Total	7,7%	15,4%	23,1%
	hipertensi derajat 1 (140/90-159/99)	Count	1	4	5
		Expected Count	1,2	3,8	5,0
		% within TD Pre Murottal	20,0%	80,0%	100,0%
		% within marah diluar kontrol	33,3%	40,0%	38,5%
		% of Total	7,7%	30,8%	38,5%
	hipertensi derajat 2 (>160/>100)	Count	1	4	5
		Expected Count	1,2	3,8	5,0
		% within TD Pre Murottal	20,0%	80,0%	100,0%
		% within marah diluar kontrol	33,3%	40,0%	38,5%
		% of Total	7,7%	30,8%	38,5%
Total	Count	3	10	13	
	Expected Count	3,0	10,0	13,0	
	% within TD Pre Murottal	23,1%	76,9%	100,0%	
	% within marah diluar kontrol	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	23,1%	76,9%	100,0%	

TD Pre Murottal * kecewa tdk diharapkan terjadi Crosstabulation

			kecewa tdk diharapkan terjadi		Total
			tidak	ya	
TD Pre Murottal	pra hipertensi (120/80-139/89)	Count	0	3	3
		Expected Count	,9	2,1	3,0
		% within TD Pre Murottal	0,0%	100,0%	100,0%
		% within kecewa tdk diharapkan terjadi	0,0%	33,3%	23,1%
		% of Total	0,0%	23,1%	23,1%
	hipertensi derajat 1 (140/90-159/99)	Count	2	3	5
		Expected Count	1,5	3,5	5,0
		% within TD Pre Murottal	40,0%	60,0%	100,0%
		% within kecewa tdk diharapkan terjadi	50,0%	33,3%	38,5%
		% of Total	15,4%	23,1%	38,5%
	hipertensi derajat 2 (>160/>100)	Count	2	3	5
		Expected Count	1,5	3,5	5,0
		% within TD Pre Murottal	40,0%	60,0%	100,0%
		% within kecewa tdk diharapkan terjadi	50,0%	33,3%	38,5%
		% of Total	15,4%	23,1%	38,5%
Total	Count	4	9	13	
	Expected Count	4,0	9,0	13,0	
	% within TD Pre Murottal	30,8%	69,2%	100,0%	
	% within kecewa tdk diharapkan terjadi	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	30,8%	69,2%	100,0%	

Hasil Crosstabulation Kontrol

banyaknya makan berlemak * TD Pre kontrol Crosstabulation

			TD Pre kontrol				Total
			normal (<120/ <80)	pra hiperten si (120/80- 139/89)	hiperten si derajat 1 (140/90- 159/99)	hipertensi derajat 2 (>160/ >100)	
banyaknya makan berlemak	tidak konsumsi	Count	0	2	1	0	3
		Expected Count	,4	1,8	,4	,4	3,0
		% within banyaknya makan berlemak	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		% within TD Pre kontrol	0,0%	22,2%	50,0%	0,0%	20,0%
		% of Total	0,0%	13,3%	6,7%	0,0%	20,0%
	1-6 kali /minggu	Count	2	4	1	2	9
		Expected Count	1,2	5,4	1,2	1,2	9,0
		% within banyaknya makan berlemak	22,2%	44,4%	11,1%	22,2%	100,0%
		% within TD Pre kontrol	100,0%	44,4%	50,0%	100,0%	60,0%
		% of Total	13,3%	26,7%	6,7%	13,3%	60,0%
	setiap hari	Count	0	3	0	0	3
		Expected Count	,4	1,8	,4	,4	3,0
		% within banyaknya makan berlemak	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within TD Pre kontrol	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	20,0%
		% of Total	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	20,0%
Total		Count	2	9	2	2	15
		Expected Count	2,0	9,0	2,0	2,0	15,0
		% within banyaknya makan berlemak	13,3%	60,0%	13,3%	13,3%	100,0%
		% within TD Pre kontrol	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	13,3%	60,0%	13,3%	13,3%	100,0%

konsumsi obat ht * TD Pre kontrol Crosstabulation

		TD Pre kontrol				Total	
		normal (<120/<80)	pra hipertensi (120/80- 139/89)	hipertensi derajat 1 (140/90- 159/99)	hipertensi derajat 2 (>160/>10 0)		
konsumsi obat ht	ya	Count	2	8	0	0	10
		Expected Count	1,3	6,0	1,3	1,3	10,0
		% within konsumsi obat ht	20,0%	80,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within TD Pre kontrol	100,0%	88,9%	0,0%	0,0%	66,7%
		% of Total	13,3%	53,3%	0,0%	0,0%	66,7%
	tidak	Count	0	1	2	2	5
		Expected Count	,7	3,0	,7	,7	5,0
		% within konsumsi obat ht	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
		% within TD Pre kontrol	0,0%	11,1%	100,0%	100,0%	33,3%
		% of Total	0,0%	6,7%	13,3%	13,3%	33,3%
Total	Count	2	9	2	2	15	
	Expected Count	2,0	9,0	2,0	2,0	15,0	
	% within konsumsi obat ht	13,3%	60,0%	13,3%	13,3%	100,0%	
	% within TD Pre kontrol	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	13,3%	60,0%	13,3%	13,3%	100,0%	