



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran lokasi pengambilan data

Pada bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan pada Tn. S dengan hipertensi. Pada studi kasus ini penelitian dilakukan di Desa Sei. Emas Wilayah Kerja Puskesmas Kuok. Peneliti akan membahas meliputi segi pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan mengenai kasus yang peneliti angkat.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 24-25 Juli 2020, klien bernama Tn. S berumur 60 tahun, pendidikan terakhir SLTP, suku bangsa Minang, pekerjaan sebagai petani, agama islam, alamat di Desa Sei. Emas Wilayah Kerja Puskesmas Kuok, dengan diagnosa medis hipertensi.

Keluhan utama/gejala yang klien rasakan adalah klien mengatakan nyeri kepala di bagian belakang, sakit kepala, detak jantung tak teratur.

Upaya yang dilakukan klien untuk mengurangi rasa nyeri adalah dengan minum obat hipertensi dan berbaring ditempat tidur, namun hanya berefek sementara Klien mengalami hipertensi sejak \pm 5 tahun yang lalu dan rutin kontrol ke Puskesmas 1 bulan sekali untuk cek up dan mengambil obat rutin. Klien mengatakan tidak ada penyakit

keturunan. Klien tinggal serumah dengan istri dan dua orang anak perempuan dan satu anak laki-laki.

Keadaan umum cukup, tingkat kesadaran composmentis. Hasil pemeriksaan TTV dengan suhu 37,7°C, nadi 84x/I, pernafasan 23x/I, tekanan darah 160/90 mmHg, berat badan 68 Kg, tinggi badan 170 cm. Pada pemeriksaan body sistem dengan pernafasan (B1:Breathing) Hidung terlihat simetris, tidak ada secret atau cairan, fungsi penciuman baik, serta dapat membedakan bau minyak angin dan parfum. Bentuk dada simetris, suara nafas vesikuler dan tidak terdapat suara tambahan. pada kardiovaskuler (B2:Breending) tidak ada nyeri tekan, perkusi dada redup. Suara jantung : Normal. Klien mengatakan tidak ada hkelujan pada jantung. Pada persyarafan (B3:Brain) *Glasgow Coma Scale* (E : 4, V : 5, M : 6), klien tampak meringis, kepala dan wajah simetris, gerakan wajah meringis, mata simetris, fungsi pendengaran normal, fungsi penciuman normal, fungsi pengecap normal. Fungsi penglihatan normal.

Pada perkemihan – eliminasi (B4: Bladder) frekuensi minum 8x/hari, urin warna normal dengan bau khas. Klien mengatakan ada gangguan pada pola eliminasi selalu buang air kecil dalam keadaan mendesak.

Pada pencernaan – Eliminasi (B5: Bowel) tidak terdapat peradangan pada mulut, nyeri pada abdomen kuadran kiri atas, BAB normal dengan konstistensi normal.

Pada pemeriksaan tulang-otot-integumen (B6: Bone) pergerakan sendi klien baik. Ekstremitas atas tidak ada nyeri otot, tidak ada nyeri persendian, tidak ada fraktur dan tidak menggunakan alat bantu. Ekstremitas bawah tidak ada nyeri pada otot dan persendian. Tidak ada fraktur dan tidak menggunakan alat bantu, warna kulit normal. Tidak ada ikterik, tidak ada kemerahan dan pigmentasi pada kulit, turgor kulit baik dan tidak ada jaringan parut, kulit bersih. Pada sistem endokrin klien tidak menggunakan terapi hormon, tidak ada masalah pada sistem endokrin dan pada sistem reproduksi tidak terdapat adanya masalah.

Pada pemeriksaan pola nutrisi, klien mengatakan ketika sehat maupun sakit terdapat masalah pada pola makan ataupun minumannya, frekuensi makan klien 3 x sehari dan frekuensi minum klien 8 gelas/hari. Pada pemeriksaan personal Hygiene, klien mengatakan mandi 3 x sehari, sikat gigi 3 x sehari. Saat sakit klien mengatakan mandi 1x sehari, gosok gigi 1 x sehari, cuci rambut 1x seminggu, potong kuku 1x seminggu dan masalah keperawatan yaitu defisit perawatan diri

Pada pemeriksaan pola istirahat dan aktivitas, klien tidur siang 1 jam mulai jam 14.00 s/d 15.00 dan tidur malam selama 8 jam mulai jam 21.00 s/d 05.00, klien kadang terbangun saat merasakan nyeri pada kepala bagian belakang.

Pada pemeriksaan psikososial, klien mengatakan mendapat dukungan penuh dari keluarga, klien kooperatif saat berinteraksi. Tidak ada

konflik yang terjadi baik berupa konflik peran, nilai dan lainnya. Klien mengatakan kurang paham tentang penyakitnya saat ini, klien bingung dan gelisah serta selalu bertanya tentang kondisinya dan klien mengatakan berharap bisa cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya. Pada kegiatan beribadah menjalankan kewajibannya. Terapi yang diberikan pada Tn. S adalah Amlodipine 1 x sehari.

3. Analisa data dan diagnose keperawatan

Dari hasil pengkajian Tn. S yang ditemukan dari hasil analisa data subjektif yang muncul adalah klien mengatakan Kien mengatakan nyeri di kepala bagian belakang. Dan pada data objektif klien terlihat meringis menahan sakit kepala dengan skala nyeri 3 dan terus menerus. Dan pemeriksaan TTV dengan tekanan darah 170/110 mmHg, Suhu 37,7°C, Nadi 84x/i, pernafasan 24x/i. Dari data fokus dapat ditegakkan diagnose keperawatan yaitu nyeri akut .

Disamping itu ditemukan juga data subjektif yang muncul adalah Klien mengatakan kepala terasa pusing, tengkuk terasa kaku, tangan terasa kesemutan. Dan pada data objektif yang muncul Klien tampak lemas, mata sulit untuk di buka. Dari data fokus diatas dapat ditegakkan gangguan pola tidur.

Disamping itu juga ditemukan data subjektif yang muncul Klien mengatakan sulit berbicara dan tangan kirinya sulit untuk digerakkan (mengeggam), belum bisa banyak gerak. Dan dari data objektif yang

muncul adalah Kebutuhan klien dibantu oleh keluarga. Dari data fokus diatas dapat ditegakkan Intoleran aktivitas

4. Rencana keperawatan

Dx 1 : Nyeri akut

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri akut diharapkan klien dapat mengontrol dan mengidentifikasi nyeri dan klien menyatakan nyeri berkurang, skala nyeri 0-2.

Rencana keperawatan : Mengetahui subjectivitas klien terhadap nyeri untuk menentukan tindakan selanjutnya dan nyeri mempengaruhi TTV

Dx 2: Gangguan pola tidur

Tujuan: Setelah dilakuakn tindakan keperawatan diharapkan gangguan istirahat tidur tidak terjadi. Kriteria hasil : jumlah jam tidur dalam batas normal, pola, kualitas, tidur dalam batas normal, perasaan fresh sesudah tidur/ istirahat dan mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.

Rencana keperawatan : tempatkan klien pada tidur, masukkan posisi tidur yang diinginkan klien kedalam rencana keperawatan, tinggikan kepala tempat tidur, ciptakan lingkungan yang tenang tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu ruangan yang nyaman, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar dan minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi.

Dx 3 : Intoleran aktivitas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan intoleran aktivitas diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhannya secara optimal

Dengan kriteria hasil : aktivitas dapat dilakukan secara mandiri dan setelah dilakukan tindakan keperawatan risiko penurunan curah jantung diharapkan curah jantung klien bisa stabil. Rencana keperawatan : Kaji toleransi pasien terhadap aktivitas dengan menggunakan parameter :frekwensi nadi 20 permenit diatas frekwensi istirahat, catat peningkatan TD, dipsnea, atau nyeri dada, kelelahan berat dan kelemahan, berkeringat, dan pusing, kaji kesiapan untuk meningkatkan aktivitas contoh : penurunan kelemahan/kelelahan, TD stabil, frekwensi nadi, peningkatan perhatian pada aktivitas dan perawatan diri, dorong memajukan aktivitas /toleransi perawatan diri , berikan bantuan sesuai kebutuhan dan anjurkan penggunaan kursi mandi, menyikat gigi/ rambut dengan duduk dan sebagainya, dorong pasien untuk partisipasi dalam memilih periode aktivitas.

5. Implementasi Keperawatan

Dx 1 : Nyeri akut

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 24 juli 2020, jam 14.00 WIB, mengkaji skala nyeri dengan skala nyeri 3 dan terus menerus, menganjurkan pasien untuk relaksasi napas dalam, Merubah posisi tidur dengan posisi semifowler, Menganjurkan pasien untuk nafas dalam untuk menghilangkan rasa nyeri.

Dx 2 : Gangguan pola tidur

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 24 juli 2020, jam 14.00 WIB, Mengajarkan klien untuk mengatur posisi tidur yang diinginkan klien dengan posisi kepala ditinggikan, mengajarkan klien tentang teknik nafas dalam, menciptakan lingkungan yang tenang dengan lampu yang redup dan suhu ruangan yang nyaman, dan mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar.

Dx 3 : Intoleran aktivitas

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 24 juli 2020, jam 14.00 WIB, Mengajarkan klien untuk melakukan teknik rileksasi, perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti: meringis, kaku, gerakan melindungi, kaji tanda-tanda vital (Tekanan darah, Respirasi, Nadi, Suhu), dan Kolaborasi pemberian analgesik sesuai dengan advice dokter .

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hasil pada tanggal 25 juli 2020 pukul 15.00 WIB, diagnosa pertama yaitu Nyeri akut. *Subjektif* : klien mengatakan nyeri di bagian kepala belakang dengan skala nyeri 3. *Objektif* : Klien mengatakan sulit menahan nyeri. *Assessment* : nyeri akut *Planning* : rencana tindakan dilanjutkan, ajarkan klien untuk pertahankan tirah baring selama fase akut, jika diindikasikan, beri atau rekomendasikan tindakan nonfarmakologis untuk meredakan sakit kepala, seperti menempelkan waslap dingin ke dahi; menggosok punggung dan leher;

ruangan tenang, bercahaya redup; teknik relaksasi, seperti imajinasi terbimbing dan distraksi; dan aktivitas pengalih, bantu klien untuk meminimalkan aktivitas yang membuat vasokonstriksi yang dapat memperburuk sakit kepala, seperti mengedan saat defekasi, batuk lama, dan membungkuk dan bantu klien berjalan, sesuai kebutuhan.

Evaluasi hasil pada tanggal 25 juli 2020 pukul 15.00 WIB, diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur. *Subjektif* : klien mengatakan kepala terasa berat dan sulit tidur *Objektif* : Klien mengalami gangguan pola tidur. *Assessment* : gangguan pola tidur. *Planning* : rencana tindakan keperawatan : Ajari klien untuk mengatur posisi tidur yang diinginkan klien dengan posisi kepala ditinggikan, mengajarkan klien tentang teknik nafas dalam, menciptakan lingkungan yang tenang dengan lampu yang redup dan suhu ruangan yang nyaman, mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman dengan pakaian yang longgar.

Evaluasi pada tanggal 25 juli 2020 pukul 15.00 WIB, diagnosa ketiga yaitu : Intoleransi aktivitas. *Subjektif* : klien mengatakan merasa lemah. *Objektif* : klien mengatakan merasa tidak mampu beraktivitas dan bekerja seperti biasa *Assessment* : Intoleransi aktivitas. *Planning* : rencana tindakan keperawatan : ajari klien teknik penghematan energi, seperti menggunakan kursi saat mandi shower, duduk saat menyikat gigi atau menyisir rambut, dan melaksanakan aktivitas dengan kecepatan yang lebih lambat, dorong aktivitas progresif dan perawatan diri jika di toleransi dan beri bantuan sesuai kebutuhan.

B. PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan membandingkan dan menganalisa antara teori dengan kasus yang telah dibahas, mengenai asuhan keperawatan pada Tn. S dengan hipertensi di Desa Sei. Emas Wilayah Kerja Puskesmas Kuok.

Adapun yang akan dibahas dalam bab ini meliputi kesamaan, kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada klien Tn. S terjadinya penyakit hingga memunculkan diagnosa keperawatan pada klien hipertensi. Asuhan keperawatan yang dilakukan selama 2 hari yaitu terhitung mulai tanggal 24-25 juli 2020. Ruang lingkup pembahasan ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada laporan kasus ini peneliti melakukan pengkajian pada klien Tn. S dengan hipertensi di Desa Sei. Emas Wilayah Kerja Puskesmas Kuok.

Hipertensi adalah suatu kondisi di mana tekanan darah mengalami peningkatan yang persisten. Setiap kali jantung berdetak, maka jantung akan memompa darah ke pembuluh darah, kemudian membawa darah ke seluruh tubuh. Pada orang dewasa, tekanan darah normal yaitu 120 mmHg sistolik dan 80 mmHg diastolik. Seseorang dikatakan hipertensi apabila tekanan darah sistolik sama dengan atau di atas 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik sama dengan atau di atas 90 mmHg (WHO, 2015).

Penyakit hipertensi memiliki gejala yang tidak nyata dan harus diwaspadai serta perlu diobati sedini mungkin. Penyebab terjadinya hipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu yang dapat dirubah dan tidak dapat dirubah. Faktor yang tidak dapat dirubah diantaranya faktor usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit keluarga (Pratiwi, 2013). Dan untuk faktor yang dapat dirubah yaitu faktor gaya hidup diantaranya kebiasaan merokok, konsumsi garam berlebih, konsumsi lemak jenuh, obesitas, dan kurang aktivitas fisik (Kartikasari, 2012).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan penderita termasuk kepatuhan dalam melaksanakan diet yaitu pemahaman tentang instruksi, kualitas interaksi, dukungan keluarga, serta keyakinan, sikap dan kepribadian penderita. Dari keempat faktor tersebut, dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang memiliki kontribusi yang cukup berarti dan sebagai faktor penguat yang mempengaruhi kepatuhan penderita hipertensi menjalani diet. Dukungan keluarga merupakan segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan keluarga kepada salah satu anggota keluarga yang sakit yaitu anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan (Friedman, 2010).

Berdasarkan data yang diperoleh pada Tn. S dengan hipertensi di Desa Sei. Emas Wilayah Kerja Puskesmas Kuok.

Pada pengobatan rawat jalan di Kuok didapatkan adalah :

1) Program dokter

- Amlodipine : 1 x Sehari
- Paracetamol : 3x Sehari
- Vitamin B1 : 2 x Sehari

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus dan sesuai dengan teori (Nanda-I, 2015-2017) berdasarkan data yang diperoleh pada Tn. S dengan hipertensi di Desa Sei. Emas Wilayah Kerja Puskesmas Kuok, maka disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teori yang ada adalah :

- a. Risiko penurunan curah jantung
- b. Intoleran aktivitas
- c. Nyeri akut
- d. Berat badan berlebih
- e. Ketidakefektifan koping
- f. Ketidakefektifan manajemen kesehatan
- g. Gangguan pola tidur

3. Intervensi/ perencanaan

Perencanaan yang diberikan pada pasien hipertensi secara prioritas adalah tinjauan kedaan nyeri pada pasien alihkan pandangan pasien untuk menghilangkan rasa nyaman nyeri pada kepala bagian belakang, kaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya, beri pendidikan kesehatan tentang hipertensi.

Tinjau skala nyeri, beri asuhan keperawatan pada pasien yang pertama pada untuk menghilangkan rasa nyaman nyeri dengan cara beri atau rekomendasikan tindakan nonfarmakologis untuk meredakan sakit kepala, seperti menempelkan waslap dingin ke dahi; menggosok punggung dan leher; ruangan tenang, bercahaya redup; teknik relaksasi, seperti imajinasi terbimbing dan distraksi; dan aktivitas pengalih.

Evaluasi untuk mengatasi nyeri dengan hipertensi pada Tn. S berhubungan dengan nyeri akut. Hasil ini memperlihatkan bahwa masalah teratasi sebagai meski demikian intervensi tetap dilanjutkan dengan tujuan mempertahankan kondisi yang lebih baik.

4. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry. 2016).

Hasil evaluasi untuk mengatasi masalah nyeri pada bagian belakang kepala yaitu hilangkan atau minimalkan aktivitas yang membuat vasokonstriksi yang dapat memperburuk sakit kepala, seperti mengedan saat defekasi, batuk lama, dan membungkuk.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Demikian berdasarkan tujuan asuhan keperawatan yang dilakukan penelitian pada pasien dengan hipertensi di Desa Sei. Emas Wilayah Kerja Puskesmas Kuok yang dilakukan pada tanggal 24 sampai 25 bulan Juli 2020. Maka peneliti memberikan kesimpulan serta saran untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan hipertensi.

A. Kesimpulan

Berdasarkan pada tujuan laporan kasus yang peneliti buat maka peneliti menyimpulkan beberapa hal antara lain :

1. Pengkajian pada pasien dengan hipertensi terfokus pada pengkajian nyeri akut. Pengetahuan pasien mengenai penyakit, tekanan darah pasien, ketertiban pasien memeriksakan tekanan darah ke dokter. Semua pengkajian diperoleh langsung dari pasien serta keluarga pasien menggunakan metode wawancara.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada laporan kasus ini ada tiga yaitu risiko penurunan curah jantung, intoleran aktivitas, dan nyeri akut.
3. Dalam perencanaan keperawatan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi pemeriksaan tekanan darah menyangkut kesembuhan nyeri pada kepala bagian belakang, mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri, melakukan tindakan nonfarmakologis untuk meredakan sakit kepala, seperti menempelkan waslap dingin ke dahi; menggosok punggung

dan leher; ruangan tenang, bercahaya redup; teknik relaksasi, dan beri obat analgesic jika diindikasikan. Perencanaan tersebut dilakukan peneliti sesuai dengan tinjauan teori menurut Nanda (2015).

4. Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien (Potter & Perry, 2016).
5. Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan, dengan permasalahan yang muncul ketiga permasalahan tersebut belum teratasi secara penuh dan harus dilanjutkan intervensi untuk masing-masing permasalahan.

B. Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan menjaga dan dapat menerapkan pendidikan kesehatan yang telah diberikan antara lain senam hipertensi secara teratur.

2. Bagi Peneliti

Diharapkan peneliti mampu meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dalam melakukan tindakan pengurangan nyeri pada klien.

3. Bagi Universitas Pahlawan

Agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan professional sehingga dapat terciptanya perawat professional, terampil,

handal, dan mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, Willy. (2018). *Metode Penelitian Terpadu Sistem Informasi Pemodelan Teoritis, Pengukuran, dan Pengujian Statis*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Anggraini, D.M & Saryono. (2013). *Metodelogi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dinas Kesehatan Provinsi Riau. 2018. *Profil Kesehatan Provinsi Riau*. Diperoleh dari www.dinkesriau.net.dikses 13 April 2020.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar. 2019. *Profil Kesehatan Kabupaten Kampar*. Diperoleh dari www.dinkesriau.net.dikses 13 April 2020.
- Ekotama, Suryono. (2013). *Cara Mudah Bikin SOP*. Media Pressindo. Yogyakarta.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5*. Jakarta: EGC.
- Ismarina, Herliawati. Dkk. (2015). *Perbandingan Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi Setelah dilakukan Terapi Musik Klasik dan Relaksasi Autogenik di Wilayah Kerja Puskesmas Pembina Palembang*. Palembang : Stikes Muhammadiyah Palembang.
- Irianto, K. (2014). *Memahami Berbagai Macam Penyakit*. Bandung: Alfabeta.
- Kartikasari, AN. (2012). *Faktor Risiko Hipertensi pada Masyarakat di Desa Kabongan Kidul, Kabupaten Rembang*. Jurnal Semarang FK-Undip
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *InfoDatin: Mother's Day*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *InfoDatin: Mother's Day*. Jakarta.

- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *INFODATIN Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Situasi hipertensi*. Jakarta.
- Manurung, Santa. (2011). *Keperawatan Profesional*. Jakarta: Tim
- Marya, R. S. (2013). *Pedoman Pencegahan Hipertensi*. Jakarta: Poltekkes Kemenkes.
- NANDA, NICNOC. (2010). *Panduan Penyusunan Asuhan Keperawatan Profesional : Edisi Revisi*. Mediacion publishing.
- NANDA, NICNOC .(2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi10 T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru*.Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2011). *Proses dan dokumentasi keperawatan, konsep dan praktek*. Jakarta : Salemba Medika.
- Pudiastuti, Dewi Ratna. (2013). *Penyakit-Penyakit Mematikan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riskesdas. (2018). *Prevalensi hipertensi di Indonesia*. Diperoleh tanggal 25 April 2020.
- Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Udjianti, Wajan Juni. (2013). *Keperawatan Kardiovaskular. Cetakan Ketiga*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- (WHO). World Health Organization. (2015). *Physical Status : The Use and Interpretation of Anthropometri*. World Health Organization. Geneva.

(WHO). World Health Organization. (2017). *Physical Status : The Use and Interpretation of Anthropometri*. World Health Organization. Geneva.