



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN POLA MAKAN, GAYA HIDUP DAN STATUS  
GIZI PADA PRALANSIA DAN LANSIA DENGAN  
HIPERTENSI DI KELURAHAN KEJIWAN  
KEC. WONOSOBO KAB. WONOSOBO  
TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

**SUDARTINAH  
1006821956**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JUNI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN POLA MAKAN, GAYA HIDUP DAN SATUS  
GIZI PADA PRALANSIA DAN LANSIA DENGAN  
HIPERTENSI DI KELURAHAN KEJIWAN  
KEC. WONOSOBO KAB. WONOSOBO  
TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat

**SUDARTINAH  
1006821956**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JUNI 2012**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

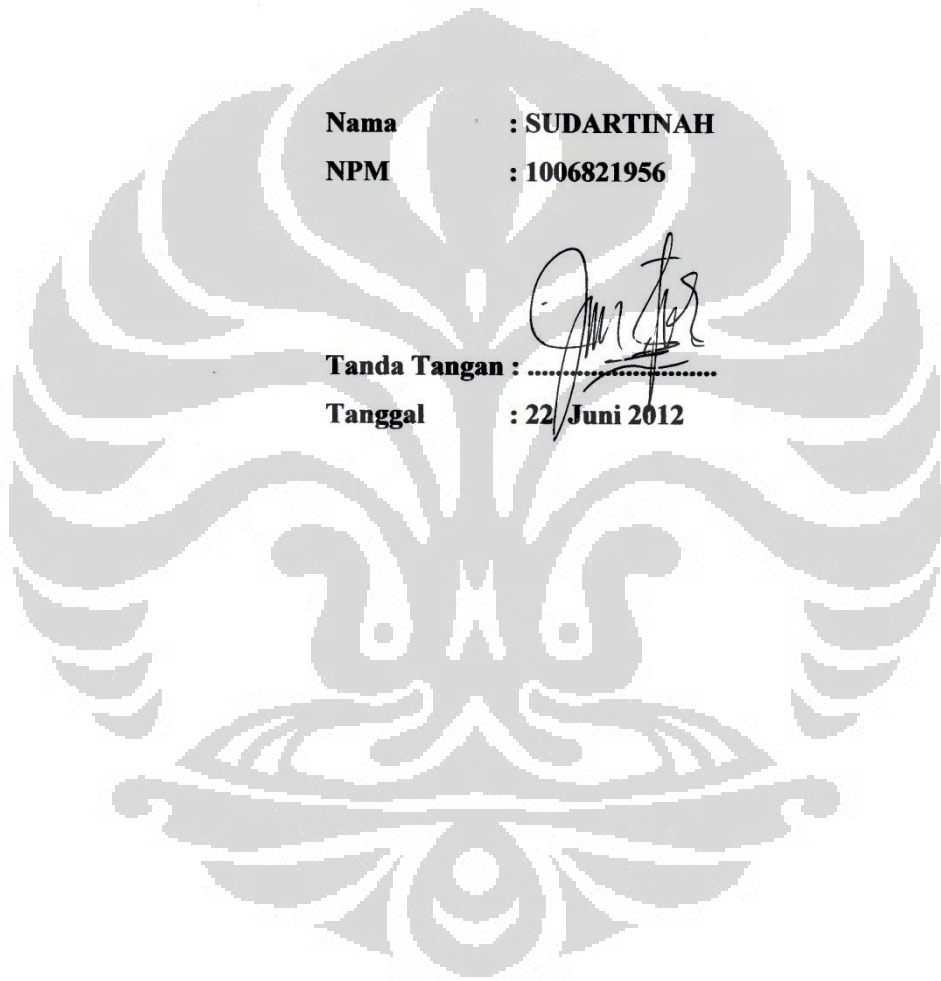
**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : SUDARTINAH**

**NPM : 1006821956**

**Tanda Tangan : .....**

**Tanggal : 22 Juni 2012**



## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : SUDARTINAH  
NPM : 1006821956  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Judul Skripsi : Hubungan Pola Makan, Gaya Hidup Dan  
Status Gizi Pada Pralansia Dan Lansia  
Dengan Hipertensi Di Kelurahan Kejiwan  
Kecamatan Wonosobo Kabupaten  
Wonosobo Tahun 2012

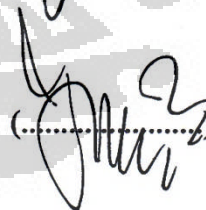
Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Zakianis, SKM, M.K.M

  
(.....)

Penguji : Dr drh. Yvonne Mahdalena  
Indrawani, SU.

  
(.....)

Penguji : Didik Supriyono, SKM, M.K.M (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 22 Juni 2012

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, berkat hidayah, rahmat dan inayah-Nya yang tak terhingga yang telah dilimpahkan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang dilaksanakan di Kabupaten Wonosobo.

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada pihak-pihak terkait yang telah banyak membimbing dan banyak membantu terselesainya skripsi ini. Ucapan terima kasih yang tulus penulis haturkan kepada:

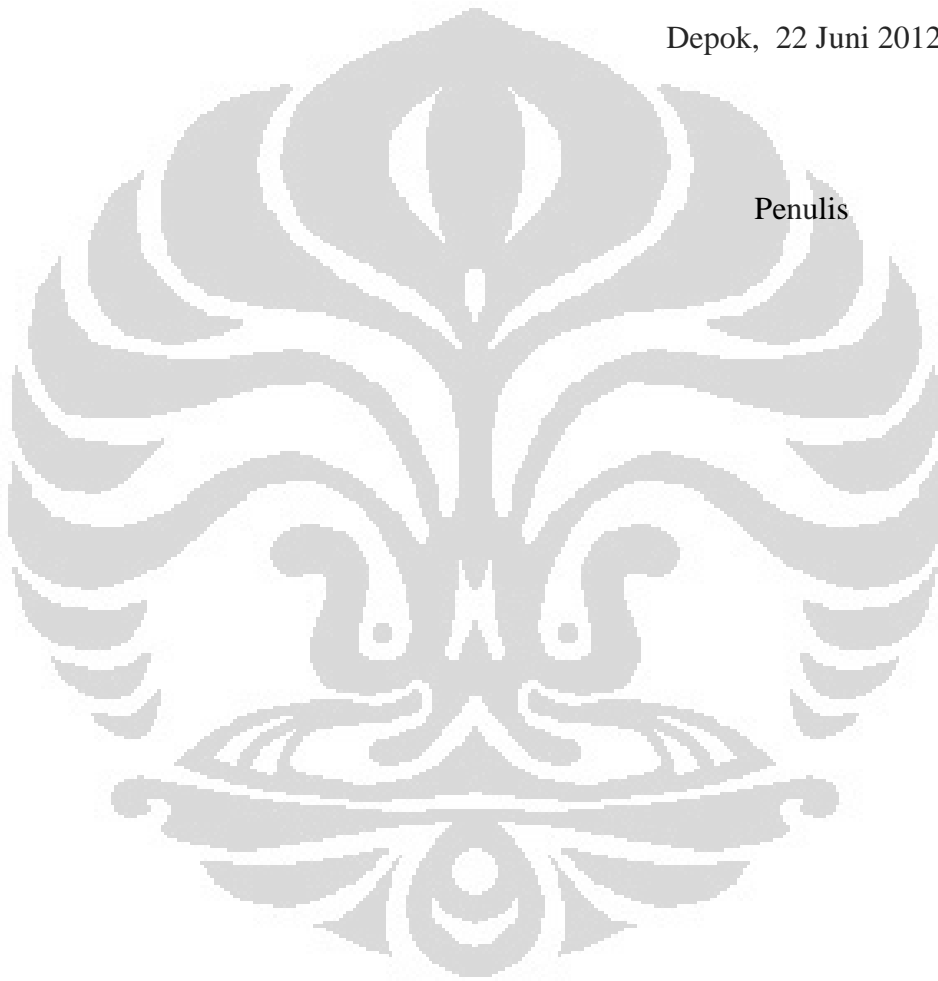
1. Ibu Zakianis, SKM, M.K.M, selaku pembimbing akademik yang telah banyak meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan, pengarahan, pengetahuan dan saran yang sangat bermanfaat dalam penulisan skripsi ini.
2. Ibu Dr drh. Yvonne Mahdalena Indrawani, SU. dan Bapak Didik Supriyono, SKM, M.K.M, selaku penguji yang telah meluangkan waktunya dan telah memberikan saran, masukan dan kritik dalam ujian skripsi ini.
3. Bapak Dr. Drs Tri Krianto, M.Kes, selaku ketua program studi Kebidanan Komunitas, untuk segala perhatian dan bimbingannya selama mengikuti perkuliahan di FKM UI.
4. Seluruh staf dosen FKM UI, untuk ilmu dan juga bimbingan yang telah diberikan selama mengikuti pendidikan di FKM UI.
5. Dekan dan Wakil Dekan serta seluruh staf bagian akademik, untuk segala bantuannya selama proses pendidikan.
6. Bapak Junaedi, SKM, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo yang telah memberikan izin untuk dilakukannya penelitian ini.
7. Keluargaku tercinta, ibu, anak-anakku Rizka, Amel dan Aisy serta suamiku tercinta Tri Sajogo Mugijono yang telah banyak memberikan dukungan dan bantuan baik tenaga, moril dan materiel serta doa yang tiada hentinya selama ini.
8. Teman-teman satu angkatan Kebidanan Komunitas angkatan 2010 dan teman satu pembimbing akademik yang telah saling mendukung, saling memotivasi dan saling memberi semangat.

9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan laporan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mohon maaf atas semua kekurangan dan keterbatasan dalam penyusunan laporan ini. Kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan. Penulis berharap laporan ini akan sangat bermanfaat bagi Peminatan Kebidanan Komunitas pada khususnya dan masyarakat pada umumnya.

Depok, 22 Juni 2012

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SUDARTINAH  
NPM : 1006821956  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk membrikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Hubungan Pola Makan, gaya Hidup Dan Status Gizi pada Pralansia Dan Lansia Dengan Hipertensi Di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada Tanggal : 22 Juni 2012

Yang Menyatakan

  
(SUDARTINAH)

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : SUDARTINAH

NPM : 1006821956

Mahasiswa Program : Ekstensi Kebidanan Komunitas

Tahun Akademik : 2011/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**“Hubungan Pola Makan, Gaya Hidup Dan Status Gizi Pada Pralansia Dan Lansia Dengan Hipertensi Di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo Tahun 2012”**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 22 Juni 2012



(SUDARTINAH)



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : SUDARTINAH  
Tempat/Tanggal Lahir : Temanggung, 06 Juni 1971.  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Telp/HP : 08121555459  
Alamat : Langensari RT.06 RW I Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo Jawa Tengah.  
Email : dart\_tinah@ymail.com

### Pendidikan

Tahun 1978-1984 : SDN Parakan I  
Tahun 1984-1987 : SMPN Parakan I  
Tahun 1987-1990 : SPK PEMDA Wonosobo  
Tahun 1994-1995 : PPB PEMDA Kendal  
Tahun 1999-2002 : D3 Poltekes Semarang  
Tahun 2010 sampai sekarang : Mahasiswi Kebidanan Komunitas  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

### Pekerjaan

Tahun 1991-1996 : Puskesmas Sapuran II Wonosobo.  
Tahun 1996-1997 : Puskesmas Wonosobo I.  
Tahun 1997 sampai sekarang : Puskesmas Wonosobo II.

## ABSTRAK

Nama : SUDARTINAH  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Judul : Hubungan Pola Makan, Gaya Hidup Dan Status Gizi  
pada Pralansia Dan Lansia Dengan Hipertensi  
Di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo  
Tahun 2012

Peningkatan angka Umur Harapan Hidup suatu negara merupakan salah satu ukuran kemajuan suatu bangsa. Dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup secara otomatis akan menambah jumlah lansia. Penambahan jumlah lansia akan berdampak pada pergeseran pola penyakit di masyarakat, yaitu penyakit menular mengalami penurunan sedangkan penyakit tidak menular cenderung mengalami peningkatan. Salah satu penyakit tidak menular yang perlu diwaspadai adalah penyakit hipertensi. Faktor risiko yang dapat menyebabkan hipertensi antara lain : pola makan, gaya hidup, status gizi dan riwayat penyakit keluarga. Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Kejiwan Kecamatan Wonosobo Kabupaten Wonosobo dimana terdapat jumlah pralansia dan lansia mencapai 23 % dari jumlah penduduk dan kasus hipertensi sekitar 27 %. Penelitian ini dilakukan dengan metode kuantitatif, *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan sebesar 53,3 %. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kebiasaan minum kopi ( $p = 0,469$ ), aktifitas fisik ( $p = 0,622$ ), kebiasaan merokok ( $p = 0,708$ ) dan juga status gizi ( $p = 0,301$ ) dengan kejadian hipertensi. Namun untuk aktifitas fisik dan status gizi memiliki kecenderungan lebih besar untuk terjadinya hipertensi. Hanya satu variabel yang memiliki hubungan yang signifikan dari kelima variabel yang dihubungkan yaitu hubungan riwayat penyakit keluarga ( $p = 0,025$ ) dengan kejadian hipertensi.

Kata Kunci : Umur Harapan Hidup, Hipertensi, Pralansia, Lansia.

## ABSTRACT

Name : SUDARTINAH  
Study Program : Community Midwifery  
Title : Relationships Diet, Lifestyle and Nutritional Status in Elderly With Pre-elderly And Hypertension In Sub Kejiwan district. Wonosobo district. Wonosobo Year 2012

Life Expectancy Increased numbers of a country is one measure of the progress of a nation. With the rise of Life Expectancy will automatically increase the number of elderly. The addition of the number of elderly will have an impact on the shifting patterns of disease in society, namely infectious diseases has decreased, while noncommunicable diseases tend to increase. One non-communicable diseases to watch is the disease of hypertension. Risk factors that can cause hypertension include: diet, lifestyle, nutritional status and family history. The research was conducted in the village district Kejiwan Wonosobo Wonosobo district where there are number of elderly pre-elderly and reached 23% of the population and about 27% of cases of hypertension. This research was conducted with quantitative methods, cross sectional. The results showed that the prevalence of hypertension in the elderly in the village pre-elderly and Kejiwan of 53.3%. There is no significant association between coffee drinking habits ( $p=0,468$ ), physical activity ( $p=0,622$ ), smoking habits ( $p=0,708$ ) and nutritional status ( $p=0,301$ ) with the incidence of hypertension. But for physical activity and nutritional status have a greater tendency for the occurrence of hypertension. Only one variable that has a significant relationship of the five variables, namely the relationship associated ( $p=0,025$ ) with the incidence of family history of hypertension.

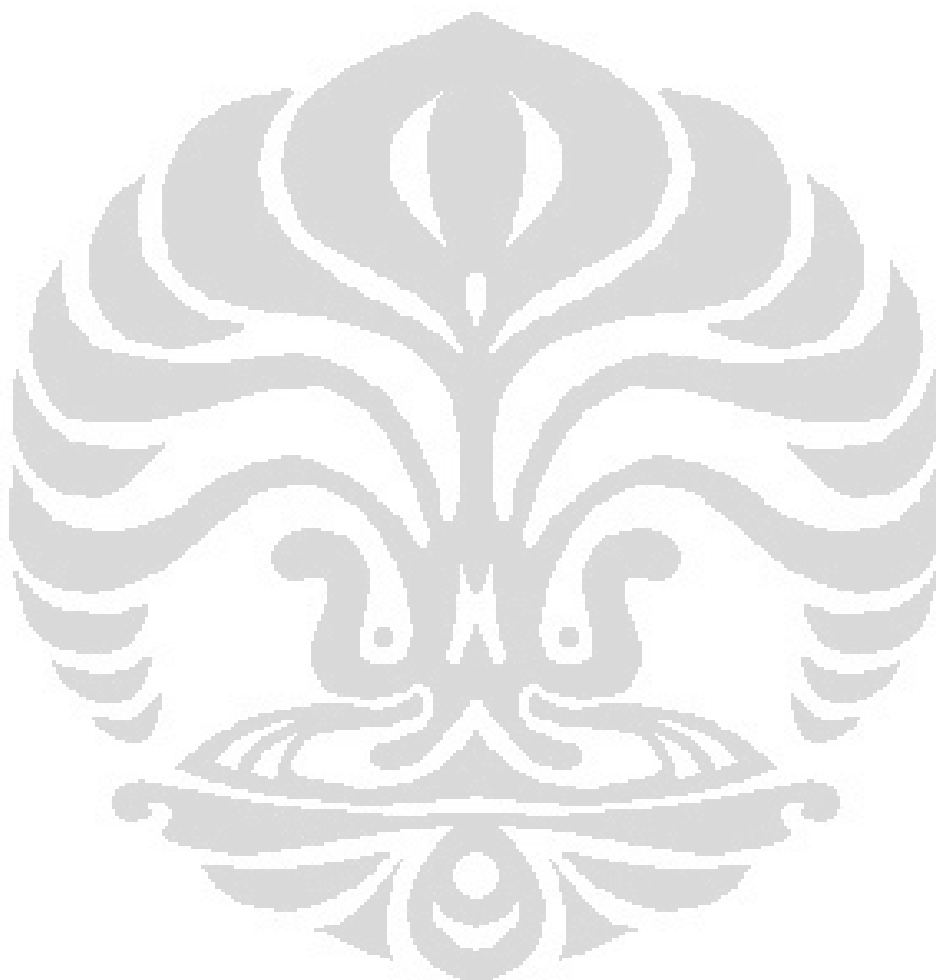
Keywords: Life Expectancy, Hypertension, Pre-elderly, Elderly.

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman Pernyataan orisinalitas .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Kata Pengantar.....	iv
Halaman Persetujuan Publikasi Karya Ilmiah .....	vi
Surat Pernyataan.....	vii
Daftar Riwayat Hidup.....	viii
Abstrak.....	ix
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	4
1.4 Tujuan Penelitian .....	5
1.4.1 Tujuan Umum .....	5
1.4.2 Tujuan Khusus .....	5
1.5 Manfaat Penelitian .....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	6
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Pengertian Hipertensi .....	7
2.2 Klasifikasi Hipertensi .....	7
2.2.1 Berdasarkan Tingkat Keparahan .....	7
2.2.2 Berdasarkan Penyebab .....	8
2.3 Gejala Hipertensi .....	9
2.4 Faktor-faktor Penyebab Hipertensi .....	9
2.4.1 Usia .....	9
2.4.2 Jenis Kelamin .....	10
2.4.3 RAS .....	10
2.4.4 Riwayat Pekerjaan .....	10
2.4.5 Status Ekonomi .....	11
2.4.6 Natrium .....	11
2.4.7 Karbohidrat .....	12
2.4.8 Protein .....	12
2.4.9 Lemak .....	12
2.4.10 Kopi .....	13
2.4.11 Aktifitas fisik .....	13
2.4.12 Alkohol .....	13
2.4.13 Merokok .....	14
2.4.14 <i>Overweight</i> .....	14
2.4.15 Obesitas .....	15
2.4.16 Gizi Kurang .....	16

2.4.17 Riwayat Penyakit Keluarga .....	16
2.5 Kerangka Teori .....	17
<b>BAB III. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	18
3.2 Hipotesis .....	19
3.3 Definisi Operasional .....	20
<b>BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	21
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	21
4.3 Populasi dan Sampel .....	21
4.4 Teknik Pengumpulan Data .....	23
4.4.1 Sumber Data .....	23
4.4.2 Instrumen Penelitian .....	23
4.4.3 Cara Pengumpulan Data .....	23
4.5 Pengolahan dan Analisa Data .....	24
4.5.1 Manajemen Data .....	24
4.5.2 Analisa Data .....	24
<b>BAB V. HASIL PENELITIAN</b>	
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	25
5.2 Analisa Ditribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden .....	25
5.3 Analisa Distribusi Responden Berdasarkan Variabel yang Diteliti .....	27
5.3.1 Distribusi Responden Berdasarkan Hipertensi.....	27
5.3.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan minum Kopi .....	27
5.3.3 Distribusi Responden Berdasarkan Aktifitas Fisik .....	28
5.3.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan merokok ..	28
5.3.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi .....	29
5.3.6 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit Keluarga .....	30
5.4 Analisa Hubungan Kejadian Hipertensi di Tinjau dari Faktor Pola Makan, Gaya Hidup, Status Gizi dan Riwayat Penyakit Keluarga .....	30
5.4.1 Hubungan Kebiasaan Minum Kopi dengan Hipertensi...	30
5.4.2 Hubungan Aktifitas Fisik dengan Hipertensi .....	31
5.4.3 Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Hipertensi .....	32
5.4.4 Hubungan Status Gizi dengan Hipertensi .....	33
5.4.5 Hubungan Riwayat Penyakit Keluarga dengan Hipertensi	34
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	36
6.2 Hubungan Kebiasaan Minum Kopi dengan Hipertensi.....	37
6.3 Hubungan Aktifitas Fisik dengan Hipertensi.....	37
6.4 Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Hipertensi.....	38

6.5 Hubungan Status Gizi dengan Hipertensi.....	39
6.6 Hubungan Riwayat Penyakit Keluarga dengan Hipertensi.....	40
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan.....	41
7.2 Saran.....	41
7.2.1 Bagi Puskesmas dan Petugas Kesehatan.....	42
7.2.2 Bagi Pralansia dan Lansia.....	42
7.2.3 Bagi Peneliti Lain.....	42
<b>DAFTAR REFERENSI.....</b>	<b>43</b>

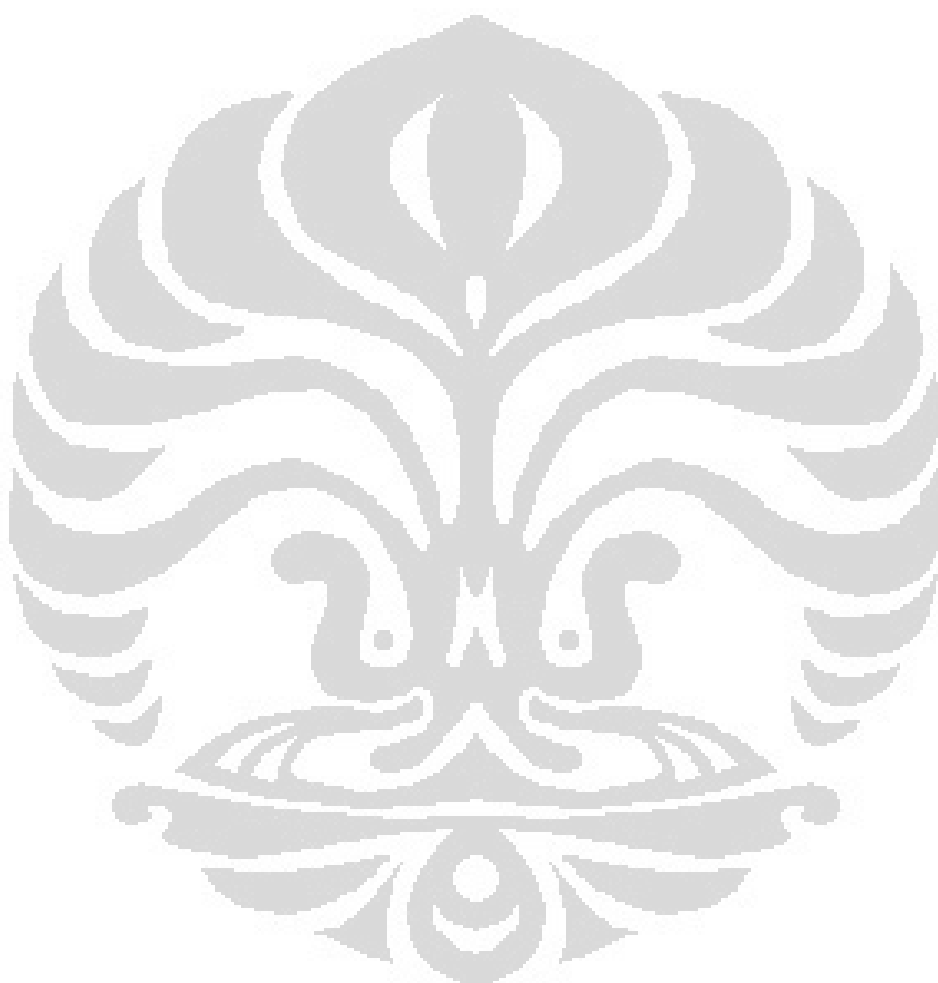


## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Jumlah Sampel Pralansia dan Lansia .....	23
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden .....	26
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Hipertensi .....	27
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Minum Kopi.....	27
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Aktifitas Fisik .....	28
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Merokok .....	29
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi .....	29
Tabel 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit Keluarga	30
Tabel 5.8	Hubungan kebiasaan Minum Kopi dengan Hipertensi .....	31
Tabel 5.9	Hubungan Aktifitas Fisik dengan Hipertensi .....	32
Tabel 5.10	Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Hipertensi .....	33
Tabel 5.11	Hubungan Status Gizi dengan Hipertensi .....	34
Tabel 5.12	Hubungan Riwayat Penyakit Keluarga dengan Hipertensi .....	35

## DAFTAR GAMBAR

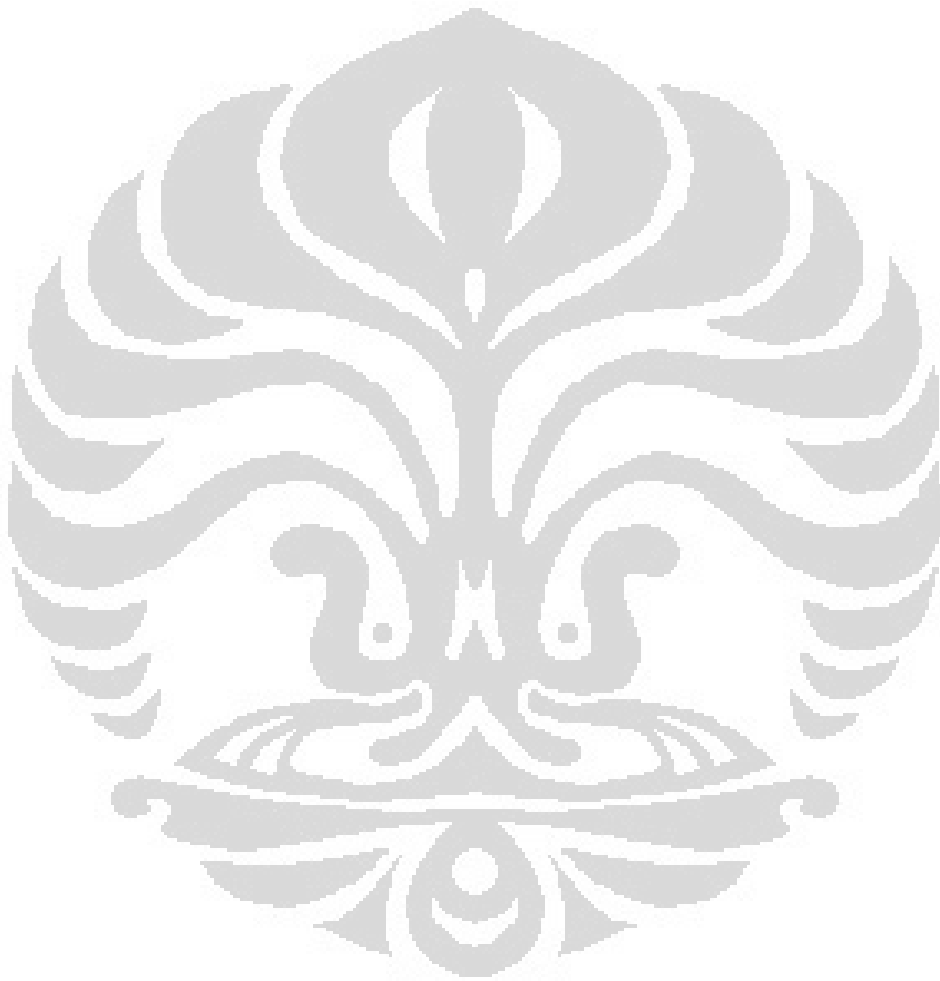
Gambar 3.1 Kerangka Teori.....	17
Gambar 3.2 Kerangka Konsep.....	18





## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Penelitian  
Lampiran 2 Kuesioner Penelitian



## **BAB I PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Angka harapan hidup disuatu negara/bangsa biasanya menjadi salah satu ukuran kemajuan suatu bangsa. Dari negara berkembang menjadi negara maju. Meskipun bukan hanya peningkatan jumlah usia harapan hidup saja yang menjadikan bangsa tersebut menjadi maju. Di Indonesia sendiri terlihat perkembangan maupun kemajuan dari peningkatan UHH. Pada tahun 2006 UHH adalah 66,2 tahun dan jumlah lansia meningkat 19 juta orang. Pada 2010 perkiraan penduduk lansia sebanyak 23,9 juta (9,77%), dan UHH sekitar 67,4 tahun. Sepuluh tahun kemudian, perkiraan penduduk lansia di Indonesia mencapai 28,8 juta (11,34%), dengan UHH sekitar 71,1 tahun. Rata UHH saat ini adalah 69 tahun (67 untuk laki-laki, dan 71 tahun untuk perempuan).(BKKBN). Proporsi penduduk lanjut usia yaitu 60 tahun ke atas mencapai sekitar 10 % dari penduduk dunia. Dan di perkirakan menjadi sekitar 22% pada tahun 2050. Total populasi penduduk berusia lanjut di atas 60 tahun pada tahun 2050 diperkirakan lebih dari 800 juta jiwa , sekitar dua pertiganya tinggal di negara berkembang dan mayoritas adalah perempuan (United Nations, 2000 dalam Rusilanti, 2006).

Dengan meningkatnya UHH secara otomatis akan menambah jumlah lanjut usia (lansia) yang akan berdampak pada pergeseran pola penyakit di masyarakat dari penyakit infeksi ke penyakit degenerasi. Penyakit menular mengalami penurunan, sedangkan penyakit tidak menular (PTM) cenderung mengalami peningkatan. Salah satu penyakit tidak menular yang perlu diwaspadai adalah penyakit hipertensi yaitu suatu gangguan dari sistem peredaran darah. Di mana penyakit ini bukan hanya diderita oleh para lansia saja namun juga sudah mengenai segala usia (Andrianto, 1995). Penyakit ini sering disebut dengan penyakit darah tinggi karena memang terdapat adanya peningkatan tekanan darah yang melebihi batas normal. Tekanan darah seseorang dianggap tinggi apabila mempunyai tekanan sistolik sama atau lebih tinggi dari 140 mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih tinggi dari 95 mmHg.

Pada hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT,2004) didapatkan data bahwa prevalensi hipertensi sebesar 16 % diderita perempuan dan 12 % diderita

laki-laki. Sumber lain menyatakan bahwa prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah didapatkan hasil sebesar 29,8 %. Di Jawa Tengah prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran cukup tinggi yaitu 37,1 %, sedangkan di Kab. Wonosobo sebesar 37,9 % masih cukup tinggi dibandingkan kab. Banjarnegara yang hanya 34,3%. RISKESDES, (2007)

Pola makan diketahui sebagai salah satu faktor resiko terjadinya hipertensi, contohnya yaitu asupan natrium. Asupan natrium yang tinggi berhubungan erat dengan kejadian hipertensi. Hal ini didukung oleh penelitian bahwa responden yang mengkonsumsi natrium tinggi per harinya memiliki peluang yang lebih besar mengalami hipertensi (Sigarlaki, 1996).

Selain dari asupan natrium yang tinggi, kebiasaan minum kopi juga diketahui sebagai penyebab terjadinya hipertensi. Hal tersebut didapatkan berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dengan meningkatnya frekuensi kebiasaan minum kopi berhubungan dengan hipertensi (Tanjung, 2009).

Faktor risiko lain yang dapat menyebabkan hipertensi yaitu gaya hidup seperti aktivitas fisik. Aktivitas fisik juga berhubungan dengan kejadian hipertensi. Hal ini diketahui berdasarkan hasil penelitian bahwa responden lansia yang memiliki aktivitas fisik yang lebih rendah memiliki peluang yang besar dan signifikan berhubungan terhadap kejadian hipertensi (Khairani, 2003). Penelitian lain juga mendukung pernyataan diatas yang menunjukkan hasil yang sama bahwa aktivitas fisik berhubungan dengan hipertensi (Tanjung, 2009). Selain itu juga berdasarkan penelitian lainnya bahwa orang dengan aktivitas fisik yang menetap telah dibuktikan dapat mengakibatkan terjadinya hipertensi dibandingkan dengan orang yang memiliki aktivitas fisik yang aktif (Ainsworth, 1991 ).

Gaya hidup lainnya yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi yaitu kebiasaan merokok. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Siburian, (2004) bahwa ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi. Responden yang merokok memiliki peluang menderita hipertensi lebih besar dibandingkan dengan responden yang tidak merokok.

Kegemukan atau gizi lebih maupun gizi kurang(KEK) merupakan masalah gizi yang umum pada lansia yang disebabkan oleh karena konsumsi berlebihan maupun kurang dari protein, lemak dan kharbohidrat yang tidak sesuai dengan

kebutuhan tubuh. Dan kejadian ini biasanya terjadi sejak usia muda bahkan dari usia anak-anak(Depkes RI,2003)

Kelebihan lemak akan menjadikan gemuk, sedang kekurangan dalam jangka waktu yang lama akan menjadi kurang gizi. Kedua kondisi ini akan mendukung terjadinya hipertensi pada pralansia maupun lansia di mana pada kegemukan akan menimbun lemak yang akan menyebabkan menyempitnya pembuluh darah hingga menyebabkan hipertensi sedangkan gizi kurang akan menjadikan penyempitan pembuluh darah juga karena kurangnya gizi dan menyebabkan hipertensi.

Kegemukan atau gizi lebih diketahui berhubungan dengan terjadinya hipertensi. Hal tersebut dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan dan menunjukkan hasil hubungan yang signifikan dengan terjadinya hipertensi (Sigarlaki, 1996; Yuliarti, 2007).

Prevalensi hipertensi di Puskesmas Wonosobo II pada bulan januari 2012 tercatat sebanyak 169 orang dengan rincian usia 14 – 44 th sejumlah 35 orang, usai 45 – 54 th sejumlah 48, usia 55 – 64 th sejumlah 46 dan usia di atas 65 th sebanyak 14 orang. Di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo sendiri terdapat jumlah pralansia dan lansia mencapai sekitar 23 % dari jumlah penduduk yang ada, lebih tinggi dibandingkan dari desa ataupun kelurahan lain yang ada di wilayah kerja Puskesmas Wonosobo II. Berkaitan dengan kejadian hipertensi pada pralansia dan lansia kelurahan kejiwan adalah tercatat yang terbanyak dalam kasus hipertensi sekitar 27%. Selain prevalensi yang tinggi ternyata hipertensi merupakan penyakit tertinggi yang dialami pralansia dan lansia. Sehingga hal tersebut menjadi hal yang menarik untuk diteliti. Oleh karena itu peneliti terdorong untuk mengetahui sejauh mana gambaran hipertensi dan hubungannya dengan pola makan, gaya hidup, dan status gizi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.

## 1.2 Rumusan Masalah

Prevalensi hipertensi di Puskesmas Wonosobo II pada bulan Januari 2012 tercatat sebanyak 169 orang. Di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo sendiri terdapat jumlah pralansia dan lansia mencapai sekitar 23 % dari jumlah penduduk yang ada, lebih tinggi dibandingkan dari desa ataupun kelurahan lain yang ada di wilayah kerja Puskesmas Wonosobo II. Berkaitan dengan kejadian hipertensi pada pralansia dan lansia kelurahan Kejiwan adalah tercatat yang terbanyak dalam kasus hipertensi sekitar 27%. Selain prevalensi yang tinggi ternyata hipertensi merupakan penyakit tertinggi yang dialami pralansia dan lansia. Sehingga hal tersebut menjadi hal yang menarik untuk diteliti. Oleh karena itu peneliti terdorong untuk mengetahui sejauh mana gambaran hipertensi dan hubungannya dengan pola makan, gaya hidup, dan status gizi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.

## 1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka pertanyaan penelitiannya adalah

1. Berapa prevalensi kejadian hipertensi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012 ?
2. Bagaimana hubungan pola makan (kebiasaan minum kopi) dengan hipertensi pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012 ?
3. Bagaimana hubungan gaya hidup (aktifitas fisik dan kebiasaan merokok) dengan hipertensi pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012?
4. Bagaimana hubungan status gizi (*Overweight*/Gizi lebih dan Gizi kurang) dengan hipertensi pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012?
5. Bagaimana hubungan riwayat penyakit keluarga (orangtua dan saudara kandung) dengan hipertensi pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1. Tujuan Umum**

Menganalisa hubungan antara pola makan, gaya hidup, dan status gizi pada pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.

### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Mengukur prevalensi hipertensi pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.
2. Menganalisa hubungan pola makan (kebiasaan minum kopi) pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012
3. Menganalisa hubungan gaya hidup (aktifitas fisik dan kebiasaan merokok) pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.
4. Menganalisa hubungan status gizi (Gizi kurang dan overweight/Gizi lebih) pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.
5. Menganalisa hubungan riwayat penyakit keluarga (orangtua dan saudara kandung) pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

1. Bagi masyarakat khususnya masyarakat Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo berguna untuk memberikan informasi mengenai gambaran hubungan pola makan, gaya hidup, dan status gizi pada pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.
2. Bagi petugas kesehatan terkait berguna untuk memberikan informasi mengenai gambaran hubungan pola makan, gaya hidup, dan status gizi pada pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.

3. Bagi penulis, penelitian ini berguna untuk memberikan pengalaman di lapangan mengenai cara melakukan penelitian mulai dari merencanakan hingga mengambil kesimpulan dan memberikan saran. Serta untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat selama menimba ilmu di Peminatan Bidan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan terhadap pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan untuk mengetahui hubungan pola makan, gaya hidup, dan status gizi pada pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012. Penelitian ini dilakukan pada bulan maret 2012. Data yang digunakan yaitu data primer. Data tersebut meliputi berat badan, tinggi badan, tekanan darah, serta data dari wawancara dengan menggunakan kuesioner. Data berat badan didapatkan dari pengukuran BB dengan menggunakan timbangan injak (secca) sedangkan tinggi badan menggunakan microtoice. Tekanan darah diukur menggunakan sphygmomanometer, sedangkan data yang lain dengan menggunakan kuesioner. Penelitian ini dengan menggunakan desain *cross sectional* di mana seluruh variabel yang diamati antara variabel independen (kebiasaan minum kopi, aktifitas fisik, kebiasaan merokok, gizi lebih, gizi kurang dan riwayat penyakit keluarga serta BB, TB dan Tensi Darah) dengan variabel dependen (hipertensi) diukur pada saat bersamaan ketika penelitian berlangsung. Data diolah dan dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan bivariat.

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo yang terdapat jumlah pralansia dan lansia mencapai sekitar 23 % dari jumlah penduduk yang ada, lebih tinggi dibandingkan dari desa ataupun kelurahan lain yang ada di wilayah kerja Puskesmas Wonosobo II. Berkaitan dengan kejadian hipertensi pada pralansia dan lansia kelurahan kejiwan adalah tercatat yang terbanyak dalam kasus hipertensi sekitar 27%. Sehingga hal tersebut menjadi hal yang menarik untuk diteliti. Oleh karena itu peneliti terdorong untuk mengetahui sejauh mana gambaran hubungan pola makan, gaya hidup, dan status gizi pada pralansia dan lansia dengan hipertensi di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Pengertian Hipertensi**

Dalam menegakkan diagnosa Hipertensi digunakanlah tekanan darah . Tekanan darah yaitu gaya mengalir darah terhadap dinding arteri. Tekanan darah dibagi dua menjadi tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik.

Tekanan darah sistolik yaitu tekanan darah yang terjadi ketika jantung berkontraksi (Frank-Spohrer, 1966). Sedangkan Menurut AHA, (2012) tekanan darah sistolik adalah merupakan angka atas yang lebih dari dua angka dan mengukur tekanan dalam arteri saat jantung berdetak.

Sedangkan tekanan darah diastolik yaitu tekanan darah terjadi yang umumnya terjadi bila jantung berelaksasi antara kontraksi (Frank-Spohrer, 1966). Sedangkan menurut sumber lain, tekanan diastolik adalah angka bawah dan lebih rendah serta terdiri dari dua angka yang mengukur tekanan dalam arteri antara denyut jantung (bila otot jantung beristirahat diantara ketukan dan terisi dengan darah)(AHA, 2012). Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan atau tekanan diastolik  $\geq 90$  mmHG (WHO, 2005).

### **2.2 Klasifikasi Hipertensi**

Hipertensi dapat dibedakan menjadi dua klasifikasi yaitu berdasarkan tingkat keparahan dan berdasarkan penyebab hipertensi. Di bawah ini akan dijelaskan klasifikasi hipertensi dari kedua hal tersebut.

#### **2.2.1 Berdasarkan Tingkat Keparahannya**

Hipertensi dapat dikategorikan berdasarkan tekanan darah yang dialami. Tabel yang disajikan mengenai klasifikasi hipertensi pada sub bab ini merupakan acuan sebagai penegakan diagnosis hipertensi.

Menurut WHO, (2005) kategori hipertensi dibagi menjadi :



**Tabel 2.1 Kategori Tekanan Darah Menurut WHO**

<b>Kategori</b>	<b>Tekanan Darah Sistolik (mmHG)</b>	<b>Tekanan Darah Distolik (mmHG )</b>
Baik	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal Tinggi	130 - 139	85 - 89
Hipertensi Tingkat 1 ( Ringan )	140 - 159	90 - 99
Hipertensi Tingkat 2 ( Sedang )	160 - 179	100 - 109
Hipertensi Tingkat 3 ( Berat )	≥ 180	≥ 110
Hipertensi Sistolik Tedrisolasi	≥ 140	< 90

### 2.2.2. Berdasar Penyebab

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat dikategorikan menjadi hipertensi primer dan sekunder.

#### a. Hipertensi primer

Sebanyak 90 % kasus hipertensi tergolong ke dalam hipertensi primer. Hipertensi primer adalah hipertensi yang penyebab spesifiknya tidak diketahui. Akan tetapi terjadinya hipertensi primer dapat dikarenakan adanya lapisan dalam yang luka pada dinding pembuluh darah yang tampaknya hal ini yang mendasari terjadinya hipertensi primer (Williams, 1995)

#### b. Hipertensi sekunder

Sekitar 5-10 % kasus hipertensi tergolong ke dalam hipertensi sekunder. Penyebab terjadinya hipertensi jenis ini diketahui dari penyebabnya. Penyebabnya antara lain : hipertensi renovaskular ataupun pil kontrasepsi (Bullock, 1996). Sedangkan menurut sumber lain hipertensi sekunder dikarenakan tidak berfungsinya ginjal.

Hipertensi renovaskular adalah sebagai akibat arteriosklerotik pada salah satu atau kedua arteri ginjal. Pil kontrasepsi diketahui dapat menyebabkan hipertensi. Hal ini terjadi karena meningkatnya pengeluaran dari glucocorticoids sebagai akibat penyakit adrenal atau tidak berfungsinya kelenjar pituitari.

### 2.3 Gejala Hipertensi

Menurut satu penelitian, orang dengan tekanan darah tinggi tampaknya mengalami gejala seperti sakit kepala daripada populasi umum. Selain itu juga dalam sebuah penelitian lainnya diterbitkan dalam jurnal *neurology*, orang dengan darah tinggi sistolik sampai dengan 40 % lebih cenderung memiliki sakit kepala dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal. Ditambahkan lagi para peneliti juga melihat pengukuran lain seperti tekanan nadi yang merupakan perubahan tekanan darah ketika jantung berkontraksi. Semakin tinggi tekanan nadi, maka pembuluh darah juga kaku. Kakunya pembuluh darah, menyebabkan semakin kecil kemungkinan ujung syaraf bekerja dengan benar.

Sedangkan berdasarkan Bullock, (1996) bahwa gejala hipertensi ditandai dengan pusing, tinnitus (kebisingan disalah satu atau dua telinga) dan epitaxis (mimisan). Selain itu juga posisi berdiri yang tidak dapat tegak, pandangan yang kabur, depresi dan nocturia (buang air kecil yang berlebihan di malam hari) .

### 2.4 Faktor-faktor Penyebab Hipertensi

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya hipertensi, hal tersebut dapat disebabkan usia, jenis kelamin, ras, riwayat pekerjaan, status ekonomi, natrium, karbohidrat, protein, lemak, kopi, alkohol, aktifitas fisik, merokok, *overweight*, obesitas, kurang gizi serta riwayat penyakit keluarga. Dibawah ini terdapat penjelasan terhadap hal tersebut diatas.

#### 2.4.1 Usia

Risiko terjadinya tekanan darah tinggi berkaitan dengan usia, dan frekuensi terjadinya hipertensi meningkat seiring dengan meningkatnya usia (Bullock, 1996). Pada usia 50 – 60 tahun resiko hipertensi akan semakin berkembang (Sizer & Whitney, 1977).

Di Amerika, lebih dari 60 % masyarakatnya yang berusia lebih dari 65 tahun menderita hipertensi.

### 2.4.2. Jenis Kelamin

Selain berdasarkan faktor umum, jenis kelamin juga berhubungan dengan terjadinya hipertensi (Sizer & Whitney, 1977). Berdasarkan jenis kelamin bahwa tekanan darah yang tinggi pada laki-laki memiliki resiko 2 kali lebih besar lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Villarreal, 1981; Bullock. 1996). *National Heart Foundation of Australia Risk Factor Prevalence Survey* menunjukkan, bahwa 1 dari 3 kasus hipertensi yang berpotensi mengalami hipertensi yaitu pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan pada usia 25-64 tahun.

Sedangkan pada pertengahan usia, prevalensi hipertensi berubah, perempuan lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan laki-laki pada usia lebih dari 65 tahun dan komplikasi pada perempuan lebih sedikit jika dibandingkan dengan laki-laki (Bullock, 1996).

### 2.4.3. Ras

Jika berdasarkan ras, kulit hitam memiliki risiko hipertensi 2 kali dibandingkan dengan kulit putih. Konsekuensi dari hipertensi biasanya lebih parah dialami laki-laki dan perempuan pada kulit hitam. Prevalensi dan tingkat keparahannya sama tingginya dengan kematian yang disebabkan oleh hipertensi yaitu lebih tinggi pada kulit hitam dibandingkan dengan kulit putih. Hal tersebut terjadi karena menurunnya akses dari pengobatan terhadap hipertensi dan dapat juga berkaitan dengan genetik, psikososial atau dikarenakan faktor nutrisi (Bullock, 1996).

### 2.4.4 Riwayat Pekerjaan

Menurut BPS (2009) , kondisi fisik penduduk usia lanjut umumnya sudah banyak mengalami penurunan, sehingga tergolong penduduk yang tidak produktif lagi. Secara normatif, penduduk lanjut usia merupakan kelompok penduduk yang seyogyanya tinggal menikmati hasil dari segenap upaya dan jerih payahnya semasa muda. Sebagian besar penduduk usia lanjut termasuk penduduk yang tidak mempunyai jaminan pendapatan dihari tuanya . Meskipun penduduk lanjut usia dianggap oleh sebagian orang sebagai kelompok penduduk yang sudah tidak

produktif lagi, namun masih banyak penduduk lanjut usia yang masih bekerja. Mayoritas penduduk lanjut usia yang berkerja adalah lansia laki-laki sedangkan perempuan lebih banyak yang mengurus rumah tangga. Penduduk lansia lebih banyak bekerja disektor pertanian. Tingginya prosentase lansia yang bekerja disektor pertanian antara lain terkait dengan tingkat pendidikan penduduk lansia yang pada umumnya masih rendah.

#### **2.4.5 Status Ekonomi**

Sosial ekonomi dapat mempengaruhi terjadinya hipertensi (Frank-Spohrer, 1996). Orang yang lebih rendah status sosial ekonomi konsisten memiliki peningkatan resiko terhadap kejadian hipertensi (Cooper, 1997).

#### **2.4.6. Natrium**

Garam merupakan faktor penting dalam patogenesis hipertensi. Asupan garam kurang dari 3 gram/hari prevalensi hipertensinya rendah, sedangkan asupan garam antara 5-15 gram/hari prevalensi hipertensinya meningkat menjadi 15-20%. Pengaruh asupan terhadap hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma, curah jantung dan tekanan darah (Muhammadun, 2010) keadaan ini akan diikuti oleh peningkatan ekskresi (pengeluaran) kelebihan garam sehingga kembali pada kondisi keadaan sistem hemodinamik (perdarahan) yang normal. Pada hipertensi mekanisme ini terganggu, disamping juga ada faktor lain yang berpengaruh. Garam. Setiap 1 gram garam dapur mengandung 400 mg natrium. Apabila dikonversikan ke dalam ukuran rumah tangga 4 gram garam dapur setara dengan ½ sendok teh atau sekitar 1600 mg natrium.

Seperti yang telah dijelaskan bahwa natrium dan klorida adalah ion utama cairan ekstraseluler. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium didalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkan kembali, cairan intraseluler harus ditarik keluar sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga berdampak pada meningkatnya hipertensi (Susanto, 2010).

Menurut Garrows et al., (2000) dan Sharper & Whincup, (1997) bahwa peran diet yang merupakan salah satu dari faktor resiko yang tepat untuk terjadinya hipertensi yaitu asupan berlebihan dari natrium. Hal tersebut ditekankan oleh Groff et al., (1995) bahwa tingginya tekanan darah berhubungan positif dengan asupan garam.

Mekanisme meningkatnya tekanan darah yaitu natrium dalam jumlah yang banyak membuat *sodium channels*. *Sodium channels* yaitu natrium membuat jalan menuju ke luar sel sehingga bekerja terlalu berat dan makin lama jalan tersebut menjadi rusak, sehingga ginjal tidak dapat mengeluarkan natrium dalam jumlah yang banyak tersebut dengan lancar melalui urine (Wardlaw, 1999 ).

#### **2.4.7 Karbohidrat**

Tingginya asupan karbohidrat dapat meningkatkan tekanan darah sistolik. Hubungan yang bermakna antara asupan karbohidrat dengan kejadian hipertensi juga terjadi oleh penelitian lainnya. Tingginya tekanan darah yang tinggi berkaitan dengan asupan karbohidrat dengan indeks glikemik yang tinggi (O'brien et l., dalam Chen, 2006).

#### **2.4.8 Protein**

Kecukupan protein yang dianjurkan pada usia lanjut adalah sekitar 0,8 gram/Kg BB atau 15-25% dr kebutuhan energi. Konsumsi protein berlebihan dapat membebani faal ginjal sehingga tidak dianjurkan untuk usia lanjut. Lansia dianjurkan memenuhi kebutuhan protein terutama dari protein nabati dan hewani dengan perbandingan 2 : 1. Jumlah protein yang diperlukan untuk laki-laki usia lanjut adalah 60 gram/hari dan wanita 50 gram/hari yang terdiri dari 15% protein ikan, 10% protein hewani lain dan 75 % protein nabati (Depkes RI, 2003)

#### **2.4.9 Lemak**

Lemak merupakan sumber tenaga selain hidrat arang. Lemak dibutuhkan juga untuk membantu penyerapan vitamin A,D,E dan K serta menambah lezatnya hidangan. Lemak berlebihan disimpan dalam tubuh sebagai cadangan tenaga dan bila berlebihan akan ditimbun sebagai lemak tubuh ( sel lemak). Kebutuhan lemak

untuk usai lanjut lebih sedikit karena akan meningkatkan kadar kolesterol dalam darah, pada usia lanjut dianjurkan konsumsi lemak tidak lebih 20% dari kebutuhan energi dan menggunakan minyak nabati karena mengandung asam lemak tak jenuh (Kurniasih, dedeh dkk., 2010).

#### **2.4.10. Kopi**

Seperti halnya natrium, Garrows et al., (2000) dan Sharper Whincup, (1997) menyatakan bahwa peran diet yang merupakan salah satu dari faktor risiko yang tepat untuk terjadinya hipertensi seperti kopi. Menurut Uiterwaal et al, (2005) dalam Uiterwall et al, (2007) berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa konsumsi kopi sebanyak 725 ml setiap harinya menunjukkan kenaikan tekanan darah sistolik sebesar 1,2 mmHG dan 0,5 mmHg tekanan darah diastolik.

Penelitian eksperimental telah menunjukkan hasil bahwa kafein yang terdapat pada kopi dapat meningkatkan kadar plasma beberapa stres hormon seperti epinefrin, norpinefrin, dan kortisol. Semua hormon tersebut diketahui dapat meningkatkan tekanan darah (Lane et al., 1990 & Lovallo et al., 1989 dalam Winkelmayr, 2005).

#### **2.4.11. Aktifitas Fisik**

Aktifitas fisik berkaitan dengan penyakit kronis dan risiko kesehatan seperti penyakit jantung koroner dan obesitas serta hipertensi. Sharper & Whincup, (1997) menambahkan aktivitas fisik, yang tampaknya dominan dalam menentukan bahwa tekanan darah meningkat dengan usia. Hipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk salah satunya yaitu aktivitas fisik (Eschleman, 1996; *National Research Council*, 1989; Sharper & Whincuo, 1997; Wardlaw, 1999). Selain itu juga transisi perubahan gaya hidup dari pedesaan menjadi perkotaan dikarenakan menurunnya aktivitas fisik merupakan salah satu dari faktor risiko untuk terjadinya hipertensi (Poulter et al., 1990).

#### **2.4.12. Alkohol**

Konsumsi alkohol yang banyak terutama pada usia paruh baya laki-laki pada ras Afrika – Amerika diketahui sebagai penyebab kejadian hipertensi sekitar

10 % (Wardlaw, 1999; Klastsky, 1995 dalam Garrow et al., 2000), Alkohol meningkatkan berkembangnya tekanan darah tinggi pada waktu yang akan datang terhadap orang dewasa dengan tekanan darah yang pada awalnya cenderung normal (MacMahon, 1987 dalam Garrow et al., 2000).

#### **2.4.13. Merokok**

Rokok diketahui sebagai salah satu penyebab dari terjadinya hipertensi (Bullock, 1996; Eschlemen, 1996; *National Research Council, 1989*; Sharper Whincup, 1997; Wardlaw, 1999). Selain itu juga sebagai salah satu faktor risiko terjadinya penyakit kardiovaskular. Merokok yang berlangsung dalam waktu pendek pada manusia dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah . Hal ini sebagai akibat yang diakibatkan oleh nikotin didalam rokok karena melepaskan *catecholamins*.

Dalam laporan *The Health Consequences and Smoking* tahun 1976 bahwa efek yang diakibatkan dari merokok dan nikotin dapat menaikkan tekanan darah pada hewan percobaan dan manusia. Nikotin dengan kadar tinggi yang terdapat dalam rokok dapat meningkatkan tekanan darah sistolik sebesar 50 mmHg dan 20 mmHg tekanan diastolik lebih dari 20 menit.

#### **2.4.14. Overweight**

*Overweight* merupakan salah satu penyebab terjadinya hipertensi (Hardman & Stensel, 2003). Berdasarkan jenis kelamin, perempuan pada umumnya lebih banyak mengalami *overweight* jika dibandingkan dengan laki-laki (Tuan et al., 2008). Orang yang mengalami *overweight* dapat menderita hipertensi yaitu sebesar 6 kali dibandingkan orang pada umumnya (Wardlaw, 1999).

*Natinal Hearth Foundation of Australia Rsisk Factor Prevalence Survey* mwnunjukkan , lebih dari 60 % hipertensi lebih dan sebanyak 20 % penderitanya mengalami *overweight*.

Orang yang memiliki berat badan berlebih sebanyak 10 pound atau lebih, maka akan memiliki resiko hipertensi sebanyak 8-10 kali lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak kelebihan berat badan atau tidak mengalami peningkatan berat badan (*National Research Council, 1989*. Selain itu

juga orang yang mengalami *overweight* tekanan distoliknya akan meningkat sebanyak 3 mmHg (Truswell, 1992).

#### 2.4.15. Obesitas

Obesitas didefinisikan sebagai akumulasi lemak abnormal atau berlebihan yang dapat mengganggu kesehatan. Obesitas sering dikaitkan dengan kesempatan yang lebih tinggi terhadap kejadian kematian dini dan kecacatan dimasa dewasa serta banyak terjadi khususnya didaerah perkotaan (WHO, 2010).

WHO mendefinisikan obesitas sebagai indeks massa tubuh sama dengan atau lebih dari 30. *Cutt-off* poin ini memberikan patokan untuk penilaian individual. Indeks massa tubuh merupakan indeks sederhana dari berat badan dan yang biasa digunakan dalam klasifikasi kelebihan berat badan dan obesitas pada populasi orang dewasa dan individu. Hal ini didefinisikan sebagai berat dalam kilogram dibagi dengan kuadrat dari tinggi dalam meter ( $\text{kg/m}^2$ ).

Menurut Kotchen & Kotchen, (1994) bahwa berdasarkan penelitian *cross-sectional* (potong lintang) menunjukkan hubungan antar berat badan (atau indeks massa tubuh) dan tekanan darah. Selain itu juga pada penelitian longitudinal, ada hubungan langsung antara perubahan berat badan dan perubahan tekanan darah dari waktu ke waktu. Walaupun diet rendah garam dilakukan terus menerus.

Penyebab mendasar dari obesitas adalah ketidakseimbangan energi antara kalori yang dikonsumsi dan pengeluaran kalori. Obesitas disebabkan oleh 2 hal. Pertama yaitu peningkatan konsumsi makanan padat energi yang tinggi lemak dan gula tetapi rendah vitamin, mineral dan mikronutrien lainnya. Kedua dikarenakan kecenderungan aktivitas fisik menurun. Penentuan obesitas pada orang dewasa salah satunya dapat menggunakan indeks massa tubuh (IMT). IMT menurut WHO dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 2.2 Klasifikasi Internasional IMT untuk Dewasa Menurut WHO**

<i>Classification</i>	<i>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</i>	
	<i>Principal cut-off points</i>	<i>Additional cut-off points</i>
<i>Underweight</i>	< 18.50	< 18.50
<i>Severe thinness</i>	< 16.00	< 16.00
<i>Moderate thinness</i>	16.00 – 16.99	16.00 – 16.99
<i>Mild thinness</i>	17.00 – 18.49	17.00 – 18.49
<i>Normal range</i>	18.50 – 24.99	18.50 – 22.99
		23.00 – 24.99



<i>Overweight</i>	$\geq 25.00$	$\geq 25.00$
<i>Pre-obese</i>	25.00 – 29.99	25.00 – 27.49
		27.50 – 29.99
<b><i>Obese</i></b>	<b><math>\geq 30.00</math></b>	<b><math>\geq 30.00</math></b>
<i>Obese class I</i>	30.00 – 34.99	30.00 – 32.49
		32.50 – 34.99
<i>Obese class II</i>	35.00 – 39.99	35.00 – 37.49
		37.50 – 39.99
<i>Obese class III</i>	$\geq 40.00$	$\geq 40.00$

Sumber : Diadaptasi dari WHO, 2004.

#### 2.4.16. Gizi kurang

Kekurangan gizi pada lansia yang ditandai dengan penurunan BB yang drastis terjadi akibat kurangnya nafsu makan (anoreksia) yang berkepanjangan. Pada lansia kulit dan jaringan ikal mulai keriput sehingga terlihat makin kurus. Pada penderita KEK, disamping karena kurangnya karbohidrat, lemak dan protein sebagai zat gizi makro, biasanya juga disertai zat gizi mikro yang lain, seperti kekurangan mineral dan vitamin terutama defisiensi besi kurang vitamin A, vitamin B1, asam folat, vitamin B12, kalsium dan vitamin D, seng, vitamin C, vitamin E magnesium, dan kurang serat sebagai akibat asupan makanan yang kurang (Depkes RI, 2003)

#### 2.4.17 Riwayat Penyakit keluarga

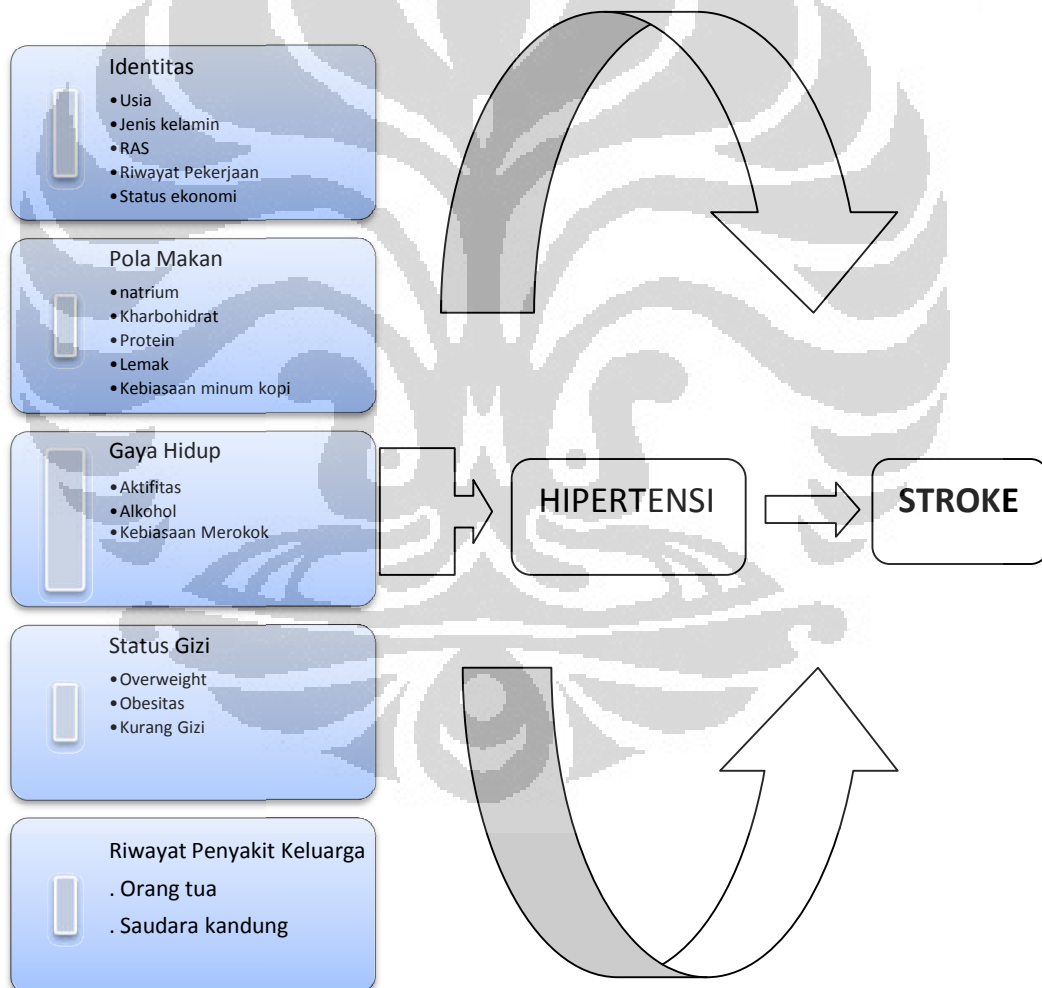
Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua, maka kemungkinan menderita hipertensi menjadi besar. Meningkatnya hipertensi karena faktor keturunan tidak dapat dihindari lagi, jika salah satu orangtua terkena hipertensi, maka kecenderungan anak untuk menderita hipertensi juga lebih besar daripada mereka yang tidak memiliki orang tua yang menderita hipertensi (Widian, 2009). Riwayat keluarga merupakan faktor bawaan yang menjadi pemicu timbulnya hipertensi, terutama hipertensi primer. Jika dalam keluarga seseorang hipertensi, ada 25% kemungkinan orang tersebut terserang hipertensi. Apabila kedua orang tua mengidap hipertensi, kemungkinan hipertensi naik menjadi 60% (iskandar,2010)

Menurut hasil penelitian diketahui bahwa seseorang yang mempunyai salah satu dari orang tuanya menderita hipertensi akan mempunyai resiko lebih besar untuk terkena hipertensi daripada orang tuanya normal. Resiko akan menjadi lebih tinggi bila kedua orangtuanya menderita hipertensi (Elizabeth,2006)

## KERANGKA TEORI

### 2.5 KERANGKA TEORI

Kejadian Hipertensi pada pralansia dan lansia bisa disebabkan oleh beberapa faktor resiko, antara lain : Karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, RAS dan riwayat pekerjaan, sedangkan dari pola makan meliputi asupan natrium, kharbohidrat, protein, lemak dan kebiasaan minum kopi. Pada gaya hidup yaitu antara lain aktifitas fisik, alkohol dan kebiasaan merokok. Status gizi antara lain overweight, obesitas dan gizi kurang dan juga dari riwayat penyakit keluarga. Seperti gambar di bawah ini.

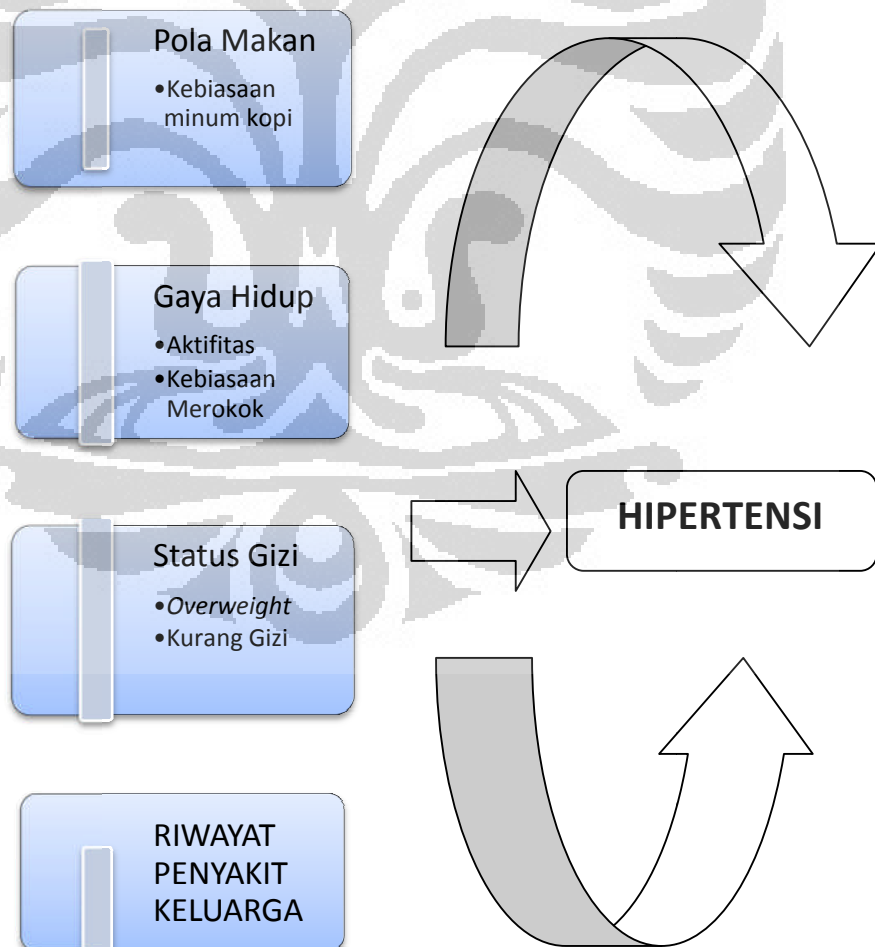


## BAB III

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang ada dengan banyaknya faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada pralansia dan lansia, karena berbagai keterbatasan yang dimiliki baik itu biaya, waktu dan tenaga maka variabel yang diteliti hanya terbatas pada variabel yang ada pada kerangka konsep, yaitu: Pola makan hanya kebiasaan minum kopi karena faktor yang lain harus melakukan pantauan secara berkala. Gaya hidup, aktifitas fisik dan kebiasaan merokok sedangkan alkohol tidak karena tidak ada yang minum alkohol. Pada status gizi *overweight* dan kurang gizi serta terakhir riwayat penyakit keluarga.



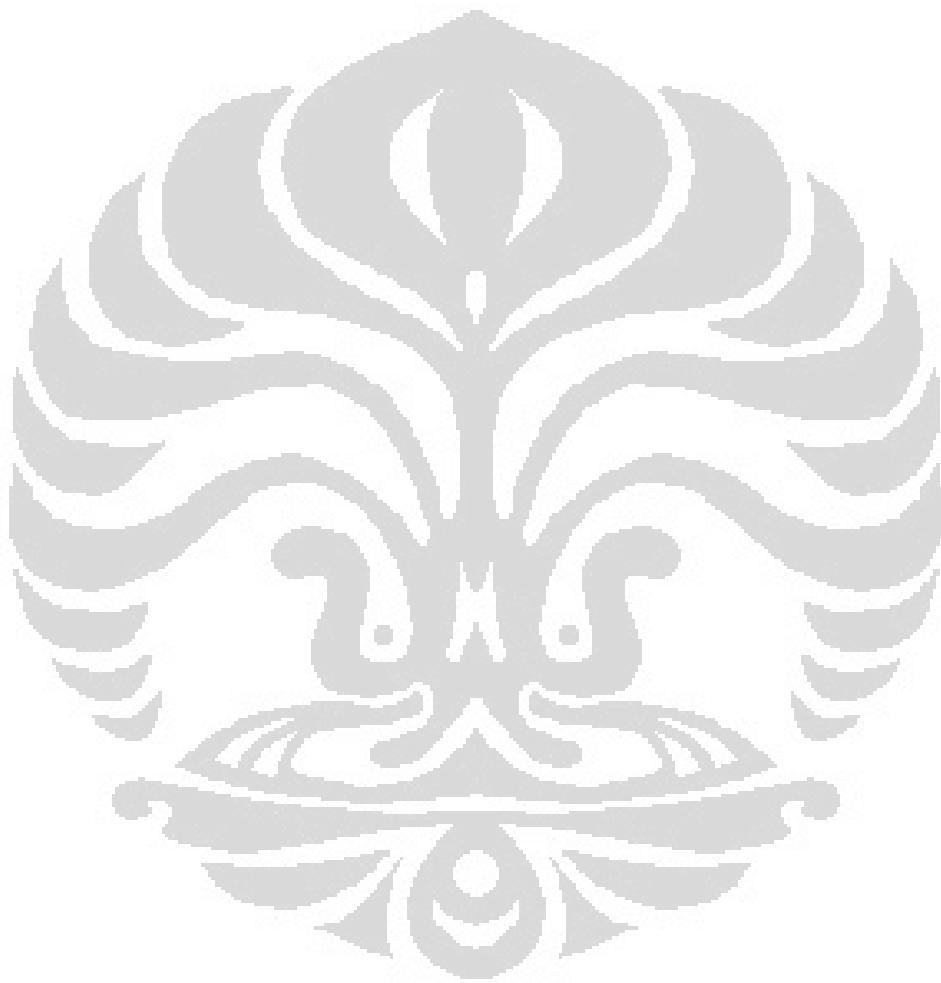
### 3.2 Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep di atas, maka hipotesis pada penelitian adalah sebagai berikut :

1. Ada hubungan pola makan ( kebiasaan minum kopi) dengan hipertensi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.
2. Ada hubungan gaya hidup (Aktifitas fisik, dan kebiasaan merokok) dengan hipertensi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.
3. Ada hubungan Status gizi (*Overweight*/Gizi lebih dan Gizi kurang) dengan hipertensi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.
4. Ada hubungan Riwayat penyakit keluarga (orangtua dan saudara kandung) dengan hipertensi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2011.

### 3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel Dependen</b>						
1.	Hipertensi	Keadaan tekanan darah sistolik $\geq 140$ mmHg dan atau tekanan darah diastolik $\geq 90$ mmHg.	Mengukur tekanan darah.	Sphygmomano meter dan stetoskop.	1. Hipertensi (jika tekanan darah sistolik $\geq 140$ mmHg dan atau tekanan darah diastolik $\geq 90$ mmHg). 2. Tidak hipertensi (jika tekanan darah sistolik $< 140$ mmHg dan atau tekanan darah diastolik $< 90$ mmHg)	Ordinal
<b>Variabel Independen</b>						
<b>Pola Makan</b>						
3.	Kebiasaan Minum Kopi	Kebiasaan responden minum kopi setiap hari .	Wawancara	Kuisisioner	1. Ya 2. Tidak	Ordinal
<b>Gaya Hidup</b>						
4.	Aktifitas Fisik	Kegiatan yang biasa dilakukan responden setiap hari.	Wawancara	Kuisisioner	1. Ringan 2. Berat	Ordinal
5.	Kebiasaan merokok	Kebiasaan responden menghisap rokok/tembakau.	Wawancara	Kuisisioner	1. Ya 2. Tidak	Ordinal
<b>Status gizi</b>						
6.	Status Gizi	Suatu keadaan gizi seseorang yang dihitung berdasarkan IMT yaitu berat badan dlm Kg dibagi dengan tinggi badan dalam meter	Pengukuran Antropometri	1. Timbangan secca 2. Microtoise	1. Gizi tidak Normal (Gizi Kurang dan Overweight) 2. Gizi Normal	Ordinal
<b>Riwayat Penyakit Keluarga</b>						
7	Riwayat Penyakit keluarga	Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh seseorang yang mempunyai ikat darah	Wawancara	Kuisisioner	1. Ya 2. Tidak	Ordinal



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, di mana seluruh variabel yang diamati antara variabel independen (kebiasaan minum kopi, aktifitas fisik, kebiasaan merokok, gizi lebih, gizi kurang dan riwayat penyakit keluarga serta BB, TB dan Tensi Darah) dengan variabel dependen (hipertensi) diukur pada saat bersamaan ketika penelitian berlangsung. Penelitian ini menggunakan data primer untuk mengetahui gambaran hipertensi dan hubungannya dengan pola makan, gaya hidup, dan status gizi pada pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012.

#### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012. Dilakukan pada semua RW yang ada di Kelurahan tersebut selama bulan Maret 2012.

#### 4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pralansia dan lansia yang ada di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo pada tahun 2012. Kriteria inklusi untuk kelompok responden pada pralansia dan lansia yaitu ketika sedang diteliti berusia 45-75 tahun, dapat berjalan dan berdiri sendiri. Sedangkan kriteria eksklusi yaitu pralansia dan lansia yang bungkuk, cacat kaki dan lumpuh.

Dalam mengambil sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini digunakan rumus :

$$n = \frac{\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

$N$  = jumlah sampel yang dibutuhkan

$Z_{1-\alpha/2}$  = nilai Z pada derajat kepercayaan kemaknaan  $\alpha$  pada 2 sisi : 5 % (1,96)

$Z_{1-\beta}$  = nilai Z pada kekuatan uji (power)(90 %)

$P$  =  $(P_1 + P_2)/2$

$P_1$  = proporsi hipertensi pada kelompok beresiko

$P_2$  = proporsi hipertensi pada kelompok tidak beresiko

(Lemeshow, 1997; Ariawan, 1998).

Berdasarkan rumus diatas, maka besar minimal sampel yang dibutuhkan yaitu sebanyak 107 orang pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo. Sedangkan metode penentuan jumlah sampel stratifikasi proporsional.

Jumlah sampel kemudian diambil berdasarkan jumlah sampel yang dibutuhkan dari total populasi. Berikut ini adalah rumus dari metode sampel stratifikasi proporsional (Ariawan, 1998) :

$$nh = (Nh \times n)/N$$

Keterangan :

$nh$  = Jumlah sampel yang diperlukan disetiap poyandu

$Nh$  = Jumlah populasi disetiap RW

$n$  = Jumlah sampel penelitian

$N$  = Jumlah keseluruhan sampel populasi

Seluruh total populasi pralansia dan lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo sebanyak 107 orang dari 5 RW. Dalam menentukan sampel setiap RW yang terdapat di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo, maka sampel diambil dengan menggunakan rumus yang dikutip dari Ariawan, (1998) seperti yang telah dijelaskan. Berdasarkan rumus tersebut maka didapatkan jumlah sampel setiap RW dapat dilihat pada tabel dibawah ini :



**Tabel 4.1 Jumlah Sampel Pralansia dan Lansia**

<b>Posyandu Kelurahan Kejiwan</b>	<b>Jumlah Populasi</b>	<b>Jumlah Sampel</b>
RW 1	207	27
RW 2	148	19
RW 3	163	21
RW 4	166	21
RW 5	143	19
<b>Total</b>	<b>827</b>	<b>107</b>

#### **4.4 Teknik Pengumpulan Data**

##### **4.4.1. Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer yang didapatkan langsung dari pralansia dan lansia yang terdapat pada Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo. Tahun 2012. Data yang dikumpulkan meliputi data pola makan, gaya hidup, dan status gizi.

##### **4.4.2. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Sphygmomanometer dan stetoskop untuk memeriksa tekanan darah.
2. Timbangan injak (*secca*) dengan tingkat ketelitian 0,1 kg.
3. Alat pengukur tinggi badan (*microtoise*) dengan tingkat ketelitian 0,1 cm.
4. Formulir isian yang merupakan kuesioner yang digunakan pewawancara untuk mendapatkan data pola makan, gaya hidup, dan status gizi.

##### **4.4.3. Cara Pengumpulan Data**

Sebelum dilakukan pengumpulan data terhadap banyaknya responden yang akan diteliti, maka peneliti yang dibantu dengan 5 orang kader kesehatan menyamakan persepsi, komitmen, dan tujuan dari penelitian yang dilakukan. Pengambilan data dilakukan secara bertahap pada 5 RW Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo. Pengambilan data dilakukan pada tanggal yang telah ditentukan oleh Petugas Puskesmas.

Pada saat pengumpulan data sebelumnya peneliti menyampaikan maksud dan tujuan dari pengumpulan data (penelitian) serta meminta ijin kesediaannya sebagai responden dalam penelitian ini. Kemudian jika sudah didapatkan

kesediannya, maka peneliti melakukan pengambilan data berat badan, tinggi badan, tekanan darah, dan wawancara menggunakan kuesioner.

## **4.5 Pengolahan dan Analisa Data**

### **4.5.1. Manajemen Data**

Langkah-langkah pengolahan data adalah sebagai berikut :

1. Menyunting data (*data editing*) yaitu kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner, sehingga semua pertanyaan diisi dengan lengkap dan jelas. Setiap data yang didapatkan akan diperiksa terlebih dahulu.
2. Mengkode data (*data coding*) yaitu kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka. Mengkode data atau mengkategorikan data dilakukan untuk mempermudah dalam menganalisa data.
3. Memasukan data (*entry data*) yaitu kegiatan memasukkan data ke dalam komputer. Setiap data yang diterima dimasukkan secara bertahap dengan *software* komputer.
4. Membersihkan data (*data cleaning*) yaitu kegiatan mengecek kembali data yang sudah dimasukkan bahwa data telah bersih dari kesalahan dalam pengkodean maupun pembacaan kode.

### **4.5.2 Analisa Data**

#### **4.5.2.1 Analisa Univariat**

Analisa univariat dilakukan dengan menggunakan program *software* statistik untuk mengetahui dan mendeskripsikan setiap variabel yang diteliti dalam penelitian dalam hal ini dengan melihat gambaran distribusi frekuensi variabel dependen dan variabel independen yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

#### **2.5.2.2. Analisa Bivariat**

Analisa bivariat bertujuan untuk menguji hubungan antara variabel independen (variabel bebas) dengan variabel dependen (variabel terikat). Selain itu juga analisis ini memberikan hasil tentang pembuktian dari hipotesis-hipotesis yang telah disampaikan. Pembuktian hipotesis ini menggunakan uji statistik *Chi-Square* dengan derajat kemaknaan  $p < 0,05$ . Hasil uji statistik tersebut akan bermakna, jika hasil dari analisis bivariat menunjukkan nilai  $p < 0,05$ . Tetapi tidak bermakna, jika hasil analisa bivariat menunjukkan nilai  $p > 0,05$ .

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Kelurahan Kejiwan Wonosobo merupakan kelurahan wilayah kerja dari Puskesmas Wonosobo II, yang berlokasi di Kecamatan Wonosobo Kabupaten Wonosobo Provinsi Jawa Tengah. Data geografi ketinggian tanah dari permukaan laut sekitar 700 – 800 m. Luas wilayah sekitar 165.202 Km<sup>2</sup>. Batas wilayahnya, sebelah Utara merupakan desa Sukorejo Kec. Mojotengah, sebelah Selatan kelurahan Wonosobo Timur dan Barat, sebelah Barat desa Larangan Kulon Mojotengah, sedang batas sebelah Timur adalah Kelurahan Kalianget Wonosobo.

Terdiri dari 5 RW dan 26 RT dengan jumlah KK 1.063 KK . Jumlah penduduk laki-laki adalah 2.257 dan penduduk perempuan sejumlah 2.097 dengan jumlah totalnya adalah 4.344 jiwa. Jarak tempuh ke tempat pelayanan kesehatan puskesmas setempat sekitar 2 Km, ke RSUD kabupaten juga sekitar 2 Km. Sebagian besar masyarakat di wilayah Kelurahan Kejiwan telah mengikuti pendidikan dasar dan pekerjaan masyarakat sebagian besar petani meski ada juga yang menjadi pegawai negeri.

#### **5.2. Analisa Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo.**

Gambaran distribusi responden berdasarkan Karakteristik Responden pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.1**  
Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden  
pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

<b>Variabel</b>	<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Usia</b>	Pralansia (45 tahun-59 tahun)	64	60
	Lansia (60 tahun-75 tahun)	43	40
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100</b>
<b>Jenis Kelamin</b>	Laki-laki	33	31
	Perempuan	74	69
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100</b>
<b>Status Perkawinan</b>	Kawin	82	77
	Tidak Kawin	1	1
	Duda	2	2
	Janda	22	20
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100</b>
<b>Pendidikan</b>	Rendah	82	77
	Tinggi	25	23
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100</b>
<b>Pekerjaan</b>	Tidak Bekerja	76	71
	Bekerja	31	29
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100</b>

Hasil analisa pada tabel 5.1. didapat hasil bahwa sebagian besar responden adalah pralansia sejumlah 64 responden (60 %) dimana SD 6,871 dengan nilai rata-ratanya 57,14 tahun, sedangkan minimalnya 45 tahun dan maksimalnya 70 tahun. Dari pralansia dan lansia yang ada sebagian besar berjenis kelamin perempuan sejumlah 74 responden (69 %).

Status perkawinan responden sebagian besar berstatus kawin yaitu sejumlah 82 responden (77 %). Pada kategori pendidikan sasaran responden sebagian besar berpendidikan rendah sejumlah 82 responden (77 %). Berdasarkan kategori tersebut diketahui bahwa sebagian besar responden tidak bekerja sejumlah 76 responden (71 %).

### 5.3. Analisa Distribusi Responden Berdasarkan Varisbel yang Diteliti.

#### 5.3.1 Distribusi Responden Berdasarkan Hipertensi.

Gambaran distribusi responden berdasarkan kategori Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.2.**

Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Hipertensi  
pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertensi	57	53
Tidak Hipertensi	50	47
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Kategori hipertensi dibagi menjadi dua , yaitu hipertensi dan tidak hipertensi. Berdasarkan hasil tabel di atas, maka diketahui bahwa distribusi responden yang mengalami hipertensi sebanyak 57 responden (53 %) dan yang tidak hipertensi sebanyak 50 responden (47 %). Di mana SD 0,573 dengan nilai rata-rata 1,50 sedangkan Min 1 dan Max 3.

#### 5.3.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Minum Kopi

Gambaran distribusi responden berdasarkan Kebiasaan Minum Kopi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.3**

Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Minum Kopi  
pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ya	57	53
Tidak	50	47
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Kategori variabel kebiasaan minum kopi dibagi menjadi dua kategori yaitu ya dan tidak. Berdasarkan kategori tersebut, maka didapat hasil bahwa 57 responden (53 %) memiliki kebiasaan minum kopi dan sebanyak 50 responden (47 %) tidak memiliki kebiasaan minum kopi.

### 5.3.3 Distribusi Responden Berdasarkan Aktivitas Fisik

Gambaran distribusi responden berdasarkan Aktifitas Fisik pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.4.**  
Distribusi Responden Berdasarkan Aktifitas Fisik  
pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Kategori	n	%
Ringan	9	8
Berat	98	92
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Data variabel aktivitas fisik dibagi menjadi dua kategori yaitu ringan dan berat. Berdasarkan kategori tersebut, maka didapat hasil bahwa 9 responden (8 %) memiliki aktifitas fisik ringan dan sebanyak 98 responden (92 %) memiliki aktifitas fisik berat. Di mana SD 0,626 dengan nilai rata-ratanya 2,33 sedangkan Min 1 dan Max 3.

### 5.3.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Merokok.

Gambaran distribusi responden berdasarkan Kebiasaan Merokok pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.5**  
Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Merokok  
pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Merokok	25	23
Tidak Merokok	82	77
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Data variabel kebiasaan merokok dibagi menjadi dua yaitu merokok dan tidak merokok. Berdasarkan kategori tersebut didapatkan hasil bahwa sebanyak 25 responden (23 %) melakukan kebiasaan merokok dan sebanyak 82 responden (77 %) tidak melakukan kebiasaan merokok.

### 5.3.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi.

Gambaran distribusi responden berdasarkan Status Gizi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.6.**  
Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi  
pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tidak Normal	56	52
Normal	51	48
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Data variabel status gizi dibagi dua kategori yaitu tidak normal dan normal. Di mana yang termasuk tidak normal adalah yang berstatus gizi *Overweight* dan Gizi Kurang berjumlah 56 responden (52%), sedangkan sebanyak 51 responden (48 %) dikategorikan kedalam status gizi normal. Di mana SD 0,585 dengan nilai rata-ratanya 2,43 sedangkan Min 1 dan Max 3.

### 5.3.6 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit Keluarga.

Gambaran distribusi responden berdasarkan Riwayat Penyakit Keluarga pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.7**  
Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit Keluarga  
pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hipertensi	34	32
Tidak Hipertensi	73	68
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Data variabel riwayat penyakit keluarga dibagi menjadi dua kategori yaitu hipertensi dan tidak hipertensi. Berdasarkan kategori tersebut didapatkan hasil sebanyak 34 responden (32 %) riwayat penyakit keluarga menderita hipertensi, sedangkan sebanyak 73 responden (68 %) keluarga tidak mengalami hipertensi.

## 5.4 Analisa Hubungan kejadian Hipertensi di Tinjau dari faktor Pola Makan, Gaya Hidup, Status Gizi dan Riwayat Penyakit Keluarga.

### 5.4.1. Hubungan kebiasaan Minum Kopi dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo



Gambaran Hubungan kebiasaan Minum Kopi dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.8**  
Hubungan kebiasaan Minum Kopi dengan Hipertensi  
pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Kebiasaan Minum Kopi	Hipertensi				Total		OR (95 %CI)	P Value
	Hipertensi		Tidak Hipertensi					
	n	%	n	%	n	%		
Ya	28	49,1	29	50,9	57	100	0,699 (0,33 – 1,50)	0,469
Tidak	29	58,0	21	42,0	50	100		
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>53,3</b>	<b>50</b>	<b>46,7</b>	<b>107</b>	<b>100</b>		

Hasil analisis hubungan antara kebiasaan minum kopi dengan hipertensi diperoleh bahwa ada sebanyak 28 responden (49,1%) yang memiliki kebiasaan minum kopi mengalami hipertensi. Sedangkan responden yang tidak memiliki kebiasaan minum kopi mengalami hipertensi ada 29 responden (58,0%). Hasil uji stastitik diperoleh nilai  $p = 0,469$ , maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian hipertensi antar responden yang memiliki kebiasaan minum kopi dan yang tidak memiliki kebiasaan minum kopi (tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan minum kopi dengan hipertensi).

#### **5.4.2. Hubungan Aktifitas Fisik dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo**

Gambaran Hubungan Aktifitas Fisik dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.9**  
 Hubungan Aktifitas Fisik dengan Hipertensi  
 pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
 Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Aktifitas Fisik	Hipertensi				Total		OR (95 %CI)	P Value
	Hipertensi		Tidak Hipertensi					
	n	%	n	%	n	%		
Ringan	6	66,7	3	33,3	9	100	1,843 (0,44 – 7,79)	0,622
Berat	51	52,0	47	48,0	98	100		
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>53,3</b>	<b>50</b>	<b>46,7</b>	<b>107</b>	<b>100</b>		

Hasil analisis hubungan antara aktifitas fisik dengan hipertensi diperoleh bahwa ada sebanyak 6 responden (66,7%) yang aktifitas fisiknya ringan mengalami hipertensi. Sedangkan responden yang memiliki aktifitas berat mengalami hipertensi ada 51 responden (50,0%). Hasil uji stastitik diperoleh nilai  $p = 0,622$ , maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian hipertensi antara responden yang memiliki aktifitas fisik ringan dan responden yang memiliki aktifitas berat (tidak ada hubungan yang signifikan antara aktifitas fisik dengan hipertensi).

#### 5.4.3. Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Gambaran Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.10**  
 Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Hipertensi  
 pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
 Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Kebiasaan Merokok	Hipertensi				Total		OR (95 %CI)	P Value
	Hipertensi		Tidak Hipertensi		n	%		
	n	%	n	%				
Ya	12	48,0	13	52,0	25	100	0,759 (0,31 – 1,86)	0,708
Tidak	45	54,9	37	45,1	82	100		
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>53,3</b>	<b>50</b>	<b>46,7</b>	<b>107</b>	<b>100</b>		

Hasil analisis hubungan antara kebiasaan merokok dengan hipertensi diperoleh bahwa ada sebanyak 12 responden (48,0%) yang memiliki kebiasaan merokok mengalami hipertensi. Sedangkan responden yang tidak memiliki kebiasaan merokok mengalami hipertensi ada 45 responden (54,9%). Hasil uji stastitik diperoleh nilai  $p = 0,708$ , maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian hipertensi antara responden yang memiliki kebiasaan merokok dan responden yang tidak memiliki kebiasaan merokok (tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan hipertensi).

#### 5.4.4 Hubungan Status Gizi dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Gambaran Hubungan Status Gizi dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.11**  
 Hubungan Status Gizi dengan Hipertensi  
 pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
 Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Status Gizi	Hipertensi				Total		OR (95 %CI)	P Value
	Hipertensi		Tidak Hipertensi		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak Normal	33	58,9	23	41,1	56	100	1,614 (0,75 – 3,47)	0,301
Normal	24	47,1	27	52,9	51	100		
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>53,3</b>	<b>50</b>	<b>46,7</b>	<b>107</b>	<b>100</b>		

Hasil analisis hubungan antara status gizi dengan hipertensi diperoleh bahwa ada sebanyak 33 responden (58,9%) yang status gizinya tidak normal mengalami hipertensi. Sedangkan responden yang status gizinya normal mengalami hipertensi ada 24 responden (47,1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,301$ , maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian hipertensi antara responden yang status gizinya tidak normal dan status gizi normal (tidak ada hubungan yang signifikan antara status gizi dengan hipertensi).

#### 5.4.5. Hubungan Riwayat Penyakit Keluarga dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Gambaran Hubungan Riwayat Penyakit Keluarga dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.12**  
 Hubungan Riwayat Penyakit Keluarga dengan Hipertensi  
 pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan  
 Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo

Riwayat Penyakit Keluarga	Hipertensi				Total		OR (95 %CI)	P Value
	Hipertensi		Tidak Hipertensi		n	%		
	n	%	n	%				
Hipertensi	24	70,6	10	29,4	34	100	2,909 (1,22 – 6,94)	0,025
Tidak Hipertensi	33	45,2	40	54,8	73	100		
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>53,3</b>	<b>50</b>	<b>46,7</b>	<b>107</b>	<b>100</b>		

Hasil analisis hubungan antara riwayat penyakit keluarga yang hipertensi dengan hipertensi diperoleh bahwa ada sebanyak 24 responden (70,6%) yang mengalami hipertensi. Sedangkan responden yang riwayat penyakit keluarga tidak ada hipertensi mengalami hipertensi ada 33 responden (45,2%). Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,025$ , maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi kejadian hipertensi antara responden yang riwayat penyakit keluarga ada yang hipertensi dengan responden yang riwayat penyakit keluarganya tidak hipertensi (ada hubungan yang signifikan antara riwayat penyakit keluarga dengan hipertensi).

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Keterbatasan Penelitian.

Penelitian ini menggunakan rancangan studi *cross sectional* yang meneliti variabel baik independen maupun dependen pada saat bersamaan. Kelemahan dari penelitian ini sendiri adalah tidak diketahuinya faktor-faktor penyebab dari suatu akibat, sehingga tidak diperolehnya hubungan kausal atau hubungan sebab akibat. Hal lainnya adalah tidak dilakukannya tindak lanjut dari suatu penelitian.

Pada penelitian ini masih banyak kekurangan yang antara lain disebabkan karena keterbatasan peneliti, waktu dan juga biaya. Peneliti hanya meneliti di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo Jawa Tengah sedangkan wilayah kerja puskesmas Wonosobo II sendiri ada 3 kelurahan dan 1 desa, yaitu kelurahan Kalianget, kelurahan Jlamprang, kelurahan Kejiwan dan desa Wonosari.

Kelemahan ini juga terdapat pada kuesioner penelitian diantaranya :

1. Kebiasaan minum kopi tidak dihitung frekuensi serta volume minum kopi per hari hanya kebiasaannya saja ya dan tidak.
2. Aktifitas fisik tidak menghitung frekuensi serta lama waktunya melakukan aktifitas tersebut dalam hitungan jam ataupun menit, hanya aktifitas fisik ringan dan berat.
3. Kebiasaan merokok dalam penelitian hanya merokok dan tidak merokok, frekuensi, jumlah serta jenis rokoknya tidak ditanyakan.

Berdasarkan kerangka teori yang ada dengan banyaknya faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada pralansia dan lansia, variabel yang diteliti hanya terbatas pada variabel yang ada pada kerangka konsep, yaitu : Pola makan hanya kebiasaan minum kopi karena faktor yang lain harus melakukan pantauan secara berkala. Gaya hidup, aktifitas fisik dan kebiasaan merokok sedangkan alkohol tidak karena tidak ada yang minum alkohol. Pada status gizi *overweight* dan kurang gizi serta terakhir riwayat penyakit keluarga.

## **6.2 Hubungan Kebiasaan Minum Kopi dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo**

Berdasarkan hasil uji statistik hubungan antara kebiasaan minum kopi dengan hipertensi, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan minum kopi dengan hipertensi. Sebagian besar hasil penelitian yang dilakukan dari desain penelitian *cross sectional* bahwa hubungan antara kebiasaan minum kopi dengan hipertensi tidak konsisten. Sebagaimana disebutkan oleh Bertrand et al. dalam Uiterwaal, (2007) tidak ada hubungan antara kopi dengan hipertensi, atau bahkan hubungan terbalik menurut Stensvold et al. dalam Uiterwaal. Menurut peneliti itu juga desain *cross sectional* memiliki keterbatasan penting sehubungan dengan inferensi kausal. Hubungan antara kebiasaan minum kopi sebagai penyebab hipertensi memerlukan waktu penelitian dalam jangka waktu yang sangat panjang.

Meskipun ada juga berdasarkan hasil penelitian eksperimental yang menunjukkan hasil bahwa kafein yang terdapat pada kopi dapat meningkatkan kadar plasma beberapa stres hormon yang diketahui dapat meningkatkan tekanan darah. (Iane et al. 1990 & Lovallo et al., 1989 dalam Winkelmayr, 2005).

Masyarakat di sini tidak mempunyai kebiasaan minum kopi secara rutin hanya dilakukan kadang-kadang oleh sebagian masyarakat, bahkan sebagian besar sama sekali tidak minum kopi meskipun tinggal di daerah pegunungan yang berhawa dingin.

## **6.3 Hubungan Aktivitas Fisik dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo**

Hasil uji statistik antara aktivitas fisik dengan hipertensi dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik dengan hipertensi. Walaupun berdasarkan hasil penelitian tidak ada hubungan namun didapatkan juga hasil bahwa responden yang aktivitasnya ringan memiliki risiko mengalami hipertensi sebanyak 1,843 kali dibandingkan dengan responden yang memiliki aktifitas tinggi.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Nurparida, (2004) menghasilkan hasil yang sama dengan penelitian ini bahwa tidak terdapatnya hubungan yang signifikan antara aktifitas fisik dengan hipertensi dengan jumlah sampel yang tidak jauh berbeda sebanyak 100 responden.

Berdasar penelitian yang dilakukan oleh khairani, (2003) di mana terdapatnya hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik dengan hipertensi. Responden yang aktifitas fisiknya rendah memiliki risiko mengalami hipertensi sebesar 3,154 kali dibandingkan dengan responden yang memiliki aktivitas yang tinggi. Perbedaan tersebut berbeda pada definisi operasionalnya, di mana aktifitas fisik dibagi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah namun dengan menggunakan skor.

Berdasar penelitian yang dilakukan oleh Chin et al., (2002) bahwa olah raga dapat menurunkan tekanan darah secara teratur minimal selama 2 minggu. Olahraga yang dapat meningkatkan penggunaan oksigen oleh tubuh seperti aerobik, jogging, berenang dan bersepeda. Hasil penelitian ini juga didapatkan hasil bahwa latihan aerobik secara teratur selama 20-30 menit beberapa kali dalam seminggu dengan jenis olahraga tingkat sedang dapat menurunkan tekanan darah pada orang yang sebelumnya tidak aktif melakukan olahraga.

Masyarakat di daerah ini sebagian besar dari pralansia maupun lansianya senang mengikuti acara pengajian baik di daerahnya maupun daerah tetangga dengan berjalan kaki. Hampir rutin tiap seminggu 2-3 kali mengikuti pengajian. Tanpa disadari mereka telah melakukan olahraga dengan berjalan kaki tersebut.

#### **6.4 Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo**

Berdasarkan hasil uji statistik hubungan antara kebiasaan merokok dengan hipertensi, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan hipertensi. Berdasarkan hasil tersebut didapatkan hasil yang sama dengan penelitian lain, dimana tidak didapatkan hasil yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan hipertensi seperti yang dilakukan oleh Wahyuni, (2000) yang hanya menggunakan sampel sebanyak 72 responden. Pada penelitian Fatmaningsih, (2008) didapatkan hasil yang tidak signifikan juga, walaupun sampel yang digunakan lebih besar sebanyak 313 responden. Dengan



demikian perbedaan besar atau kecilnya sampel yang bervariasi tidak dapat menunjukkan hasil yang signifikan bermakna antara kebiasaan merokok dengan hipertensi. Adanya hubungan yang signifikan antara merokok dengan hipertensi diungkapkan dalam laporan *The Health Consequences and smoking* tahun 1976 bahwa efek yang diakibatkan dari rokok dan nikotin dapat menaikkan tekanan darah pada hewan percobaan dan manusia. Nikotin dengan kadar tinggi yang terdapat dalam rokok dapat meningkatkan tekanan darah.

Pada daerah ini ada kebiasaan apabila mempunyai hajatan maupun pertemuan rutin bapak-bapak selalu disediakan beberapa bungkus rokok filter. Sebagian besar kaum laki-laki mempunyai kebiasaan merokok sedangkan perempuannya hanya beberapa orang yang kadang kala terlihat merokok. Jenis rokok yang digunakan kebanyakan rokok filter meskipun masih ada juga yang menggunakan rokok lintingan. Rokok tersebut dibeli ataupun banyak tersedia di warung-warung kecil maupun toko yang ada disekitar daerah tersebut.

#### **6.5 Hubungan Status Gizi dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo**

Berdasarkan hasil uji statistik hubungan antara status gizi dengan hipertensi, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara responden yang berstatus gizi tidak normal (*overweight* dan gizi kurang) dengan responden yang berstatus gizi normal. Walaupun dalam penelitian didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara status gizi dengan hipertensi namun didapatkan juga hasil bahwa responden yang status gizinya tidak normal yaitu *overweight* dan gizi kurang akan memiliki risiko mengalami hipertensi sebanyak 1,614 kali dibandingkan dengan responden yang berstatus gizi normal.

Berdasar hasil tersebut maka diperoleh hasil yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh nurparida, (2004) bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara status gizi dengan hipertensi dengan jumlah sampel 100 responden . Hal tersebut juga terjadi pada penelitian yang dilakukan oleh pratiwi, (2004) dengan jumlah sampel sebanyak 205 responden.

Teori yang ada mengatakan bahwa *overweight* merupakan salah satu penyebab terjadinya hipertensi (hardman & Stensel, 2003). Orang yang

mengalami *overweight* dapat menderita hipertensi yaitu sebesar 6 kali dibandingkan orang pada umumnya (Wardlaw, 1999).

Reisen, (1978) dalam Tobian, (1979) menyatakan penurunan berat badan akan menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi sedangkan berat badan cenderung menaikkan tekanan mereka. Pengendalian berat badan harus dilakukan. Oleh karena itu hal tersebut menjadi hal yang sangat dianjurkan untuk semua orang disemua segmen masyarakat.

### **6.6 Hubungan Riwayat Penyakit Keluarga dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo**

Berdasarkan hasil uji statistik hubungan antara riwayat penyakit keluarga dengan hipertensi, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara riwayat penyakit keluarga dengan hipertensi. Hal ini sesuai dengan teori yang ada yaitu apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua, maka kemungkinan menderita hipertensi menjadi besar. Meningkatnya hipertensi karena faktor keturunan tidak dapat dihindari lagi, jika salah satu orangtua terkena hipertensi, maka kecenderungan anak untuk menderita hipertensi juga lebih besar daripada mereka yang tidak memiliki orang tua yang menderita hipertensi (Widian, 2009). Riwayat keluarga merupakan faktor bawaan yang menjadi pemicu timbulnya hipertensi, terutama hipertensi primer. Jika dalam keluarga seseorang hipertensi, ada 25% kemungkinan orang tersebut terserang hipertensi. Apabila kedua orang tua mengidap hipertensi, kemungkinan hipertensi naik menjadi 60% (Iskandar, 2010).

Apabila dari riwayat penyakit keluarga baik saudara kandung maupun orang tua diketahui menderita hipertensi harus diperhatikan terutama pola asupan makanan yang dikonsumsi. Terutama harus dihindari makanan ataupun asupan yang memicu kejadian hipertensi, dengan mengurangi makanan yang banyak mengandung garam, makanan yang diawetkan maupun makanan-makanan instan. Lebih banyak mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan. Rutin melakukan kontrol tekanan darah untuk mengetahui kenaikan maupun kestabilan tensi atau tekanan darah.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari pembahasan mengenai hubungan pola makan, gaya hidup dan status gizi pada pralansia dan lansia dengan hipertensi di kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo Tahun 2012, maka dapat diambil kesimpulan bahwa :

1. Prevalensi hipertensi pada pralansia dan lansia di kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo tahun 2012 sebesar 53,3 %. Jumlah responden sebesar 107 responden dengan kategori pralansia sebesar 60 % sedangkan lansianya sejumlah 40%. Dimana jumlah responden yang ada sebagian besar adalah perempuan sejumlah 69 % sementara untuk laki-lakinya sejumlah 31 %.
2. Hubungan pola makan yaitu kebiasaan minum kopi dengan hipertensi dengan  $p= 0,469$  hasil analisis tidak menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara kebiasaan minum kopi dengan hipertensi.
3. Gaya hidup yaitu aktifitas fisik dengan  $p= 0,662$  menunjukkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna dengan hipertensi sedangkan kebiasaan merokok dengan  $p= 0,708$  juga menunjukkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna dengan hipertensi.
4. Status gizi dengan hipertensi dengan  $p= 0,301$  hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan hipertensi.
5. Hubungan riwayat penyakit keluarga dengan hipertensi dengan  $p= 0,025$  hasil analisis menunjukkan ada hubungan yang bermakna dengan kejadian hipertensi.

#### 7.2. Saran

Berkaitan dengan hasil penelitian yang ada bahwa aktifitas fisik dan status gizi mempunyai kecenderungan lebih besar terhadap kejadian hipertensi pada pralansia dan lansia di kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo meskipun tidak ada hubungan dan juga terhadap riwayat penyakit keluarga yang mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian hipertensi maka dapat memberikan saran sebagai berikut :

### **7.2.1. Bagi Puskesmas dan petugas Kesehatan.**

- a. Mengaktifkan posyandu lansia yang sudah ada serta melakukan pemantauan pelaksanaannya.
- b. Memberikan Penyuluhan rutin oleh petugas kesehatan mengenai aktifitas fisik seperti rutin berolah raga, senam dan berjalan kaki, PHBS serta pengendalian status gizi dengan pengaturan menu seimbang.
- c. Melakukan pemeriksaan rutin pada setiap pelaksanaan posyandu lansia yang berkaitan dengan hipertensi yaitu control tekanan darah (tensi), timbang BB dan ukur TB yang berkaitan dengan IMT.
- d. Pelatihan senam bagi kader sehingga dapat mengajak pralansia dan lansia untuk melakukan aktifitas fisik sebelum kegiatan posyandu dimulai.

### **7.2.2. Bagi Pralansia dan Lansia**

- a. Para pralansia dan lansia agar meningkatkan aktifitas fisik dalam kehidupan sehari-hari misalnya dengan melakukan olah raga seperti senam ataupun berjalan kaki secara teratur 20-30 menit setiap harinya atau beberapa kali dalam seminggu, yang diketahui berdasarkan penelitian dapat menurunkan tekanan darah.
- b. Menjaga pola makan dengan gizi seimbang ataupun makan lebih banyak sayur dan buahnya daripada karbohidrat untuk mengendalikan status gizi kaitannya dengan kejadian *overweight* sedangkan kurang gizi diberikan PMT lansia yang mempunyai kecenderungan lebih besar untuk terjadinya hipertensi.
- c. Menganjurkan untuk selalu kontrol secara rutin dan memantau tekanan darah bagi pralansia dan lansia yang mempunyai riwayat penyakit keluarga hipertensi serta memperhatikan pola makan sejak dini.

### **7.2.3 Bagi Peneliti Lain**

Harapan bagi peneliti yang lain adalah dalam pelaksanaan penelitian selanjutnya diharapkan melakukan penelitian yang lebih mendalam terkait dengan kejadian hipertensi pada pralansia dan lansia agar supaya didapatkan hasil yang lebih bermakna dan lebih akurat.

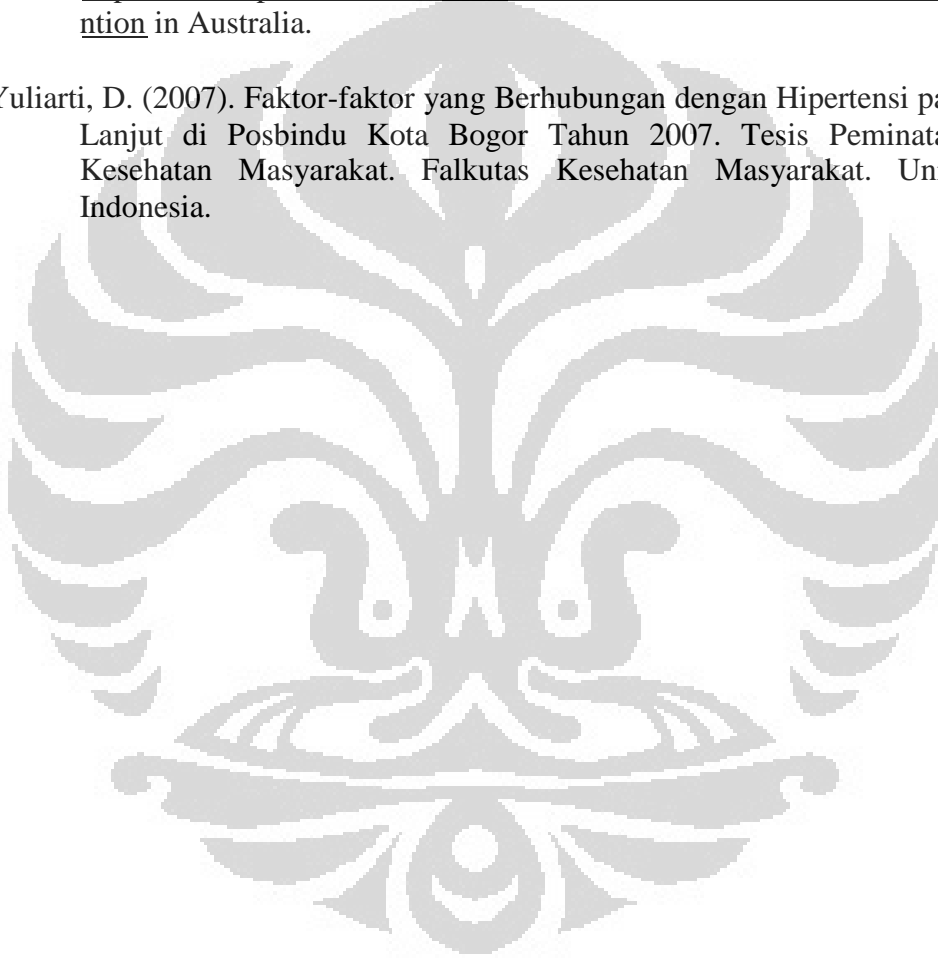
## DAFTAR REFERENSI

- Aisworth, B. E., Keenam, N. L., Strogatz, D. S., Garrett, J. M., & James, S. A. (1991, November). Physical Activity and Hypertension in Black Adults : The Pitt County Study, *American Journal of Public Health*, 81, 1477-1479  
Februari, 16 2012. <http://ajph.aphapublication.org/cgi/reprint/81/11/1477.pdf>
- American Heart Association. Understanding Blood Pressure Readings. Februari, 25,2012.[http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/AboutHighBloodPressure/Understanding-Blood-Pressure-Readings\\_UCM\\_301764\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/AboutHighBloodPressure/Understanding-Blood-Pressure-Readings_UCM_301764_Article.jsp).
- American Heart Association. UnderstandingHow High Blood Pressure is diagnosed.Maret,12,2012.<http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/SymptomsDiagnosisMonitoringofHighBloodPres>.
- BPS. 2009. Statistik Penduduk Usia Lanjut . Badan Pusat Statistik
- Bullock, B. L. (1996). Pathophysiology : Adaptions and Alterations in Function (4<sup>th</sup> ed). Philadelphia : Lippincott.
- Chen, Y., Factor-Litvak, P., Howe, Geoffrey., Parvez, F., & Ahsan, H. (2006). Nutritional Influence on Risk of High Blood Pressure in Bangladesh : A Population-based Cross-sectional Study. *America Journal of Clinical Nutrition*,84,12241232.Maret,10,2012.<http://www.ajcn.org/content/84/5/1224.full.pdf+html?sid=8d3c33eb-73df-4f41-8532-c930a2b4e679>
- Cooper, R., Rotimi, C., Ataman, S., McGee, D., Osotimehin, B., Kadir, S., Muna, W., Kingue, S., Fraser, H., Forrester, R., Bennett, F., & Wilks, R. (1997). The Prevalence of Hypertension in Seven Populations of West African origin. *American Journal of Public Health*, 87 : 2. Februari, 10, 2012. <http://ajph.aphapublication.org/cgi/reprint/87/2/160.pdf>
- Departemen Kesehatan RI. 2003. Pedoman Tatalaksana Gizi Usia Lanjut untuk tenaga Kesehatan . Jakarta: Direktorat jendral Bina Kesehatan Masyarakat.
- Eschleman, M. M. (1996) Introduction Nutrition and Nutrition Therapy (3<sup>rd</sup> ed). New York ; lippincott.
- Frank-Spohrer, G. (1996). Community Nutrition. An Aspen Publication.
- Garrows, J. S., James, W. P. T., Ralph, A. (2000). Human nutrition and Dietetics. London : Churchill Livingstone.
- Groff, J. L., Gropper, S. S., Hunt, S. M. (1995). Advanced Nutrition and Human Metabolism. United States of America : West Publishing Company.

- Hardman, A. E & Stensel, D. J. (2003). *Physical Activity and Health*. New York : Routledge Taylor & Francis Group.
- Hastono, Sutanto Priyo. *Analisis Data Kesehatan*. FKM UI, 2007.
- Indriyani, Widian Nur. 2009. *Deteksi Dini Kolesterol, Hipertensi dan Stroke*. Jakarta: Milestone.
- Khairani. (2003). *Gambaran Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Kelompok Lanjut Usia di Jakarta Utara Tahun 1997*. Skripsi Peminatan Biostatistik dan Informatika Kesehatan. Falkutas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Kotchen, T. A., Kotcten, J. M. (1994). *Nutrition, Diet and hypertension*. *Modern Nutrition in Health and Disease* (8<sup>th</sup> ed). United states of America : A Waverly company.
- Kurniasih, Dedeh dkk. 2010. *Sehat Dan Bugar Berkat GIZI Seimbang*. Jakarta Institute Danone.
- Lemeshow, S., Junior, D. W., Klan, J., & Wanga, S. K. L. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Gajah Mada University Press.
- Muhammadun AS. *Hidup bersama Hipertensi*. 2010. Jakarta: In-Books.
- National Research Council. (1989). *Diet and Health : Impliations for Reducing Chronic Disease Risk*. Wshington : National Academy Press.
- Poulter, N. R., Khaw, K. T., Hopwood, B. E. C., Mugambi, M., Peart, W. S., Rose, G., & Sever, P. S. (1990, April 14). The kenyan Lue migration study: obserations on the initiation of a rise in blood pressure. *British Medical Journal*, 300. April, 14, 2012.  
<http://www.bmj.com/content/300/6730/967.full.pdf?sid=933e385f-3571-4226-94ed-afa61d1d1be0>
- Profil Kelurahan Kejiwan Tahun 2011.
- Profil Puskesmas Wonosobo II Tahun 2011.
- Riset Kesehatan Dasar / RISKESDAS 2007, Badan Kementrian dan Pengembangan kesehatan Kementrian Kesehatan RI tahun 2007
- Rusilanti, dkk. (2006). Aspek Psikososial, Aktivitas fisik dan konsumsi makanan lansia di Masyarakat. *Jurnal Gizi dan Pangan* , November 2006 1(2):1-7.
- Shaper, A. G., & Whincup, P. Ha. (1997). Annotation : Hypertension in Populations of african Origin. *American Journal of Public Health*, 87 : 2. Februari, 9, 2012. <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/87/2/155.pdf>

- Siburian, I. (2004). Gambaran Kejadian Hipertensi dan Faktor-faktor yang Berhubungan Tahun 2001 (Analisis Data Sekunder SKRT 2001). Skripsi Peminatan Biostatistik dan Informatika Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Sigarlagi, H. J. O. (1996). Faktor-faktor Resiko penderita Hipertensi Di Rumah Sakit Umum FK-UKI Jakarta Tahun 1995. Tesis peminatan Epidemiologi. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Sizer, F. S., Whitney, E. N. (1997). *Nutrition Concepts and Controversies* (7<sup>th</sup> ed). United States of America : Wadsworth Publishing Company.
- Survey Kesehatan Rumah Tangga /SKRT 2004
- Susanto. 2010 *Cekal Penyakit Modern Hipertensi, Stroke, Jantung, Kolesterol dan Diabetes*. Yogyakarta : Andi Yogyakarta.
- Tanjung, N.D. (2009). Hubungan antar Gaya Hidup, Asupan Zat Gizi, Pola Minum dan Indeks Massa Tubuh dengan Hipertensi pada Pralansia dan Lansia Posbindu Kelurahan Rangkapan Jaya Depok Tahun 2009. Skripsi peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Truswell A. S. (1992). *ABC of Nutrition* (2<sup>nd</sup> ed). London ; British Medical Journal.
- Tuan, N. T., Adair, L. S., Suchindram, M., He, K. & Popkin, B. M. (2009). The association between body Mass Index and hypertension is Different between East and Southeast Asians. *American Journal of Clinical nutrition*, 89, 1905-1912.  
<http://www.ajcn.org/content/89/6/1905.full.pdf+html?sid=30f6e2a5-4325-4d49-85f5-81a614283dc8>
- Uiterwaal C. SPM., Verschuren, WM. M., Bueno-de-Mesquita, H. Bas., Ocke, M., Geleijnse, J. M., Boshuizen, H. C., Peeters, P. H.M., Feskens, E. J.M., & Grobbee, D. E. (2007). Coffee Intake and Incidence of Hypertension. *American Journal of Clinical Nutrition*, 85, 718-723. April, 9, 2012.  
<http://www.ajcn.org/content/85/3/718.full.pdf+html?sid=4cfd6c38-796f-457d-bdd4-6e380dc725da>
- Villarreal, H. (1981). *Hypertension*. United States of America : A Wiley Medical Publication.
- Wardlaw, G. M. (1999). *Perspectives in Nutrition* (4<sup>th</sup> ed). America : the McGraw-Hill Companies.
- Williams, S. U. (1995). *Basic Nutrition and Diet Therapy* (10<sup>th</sup> ed). United States of America : Mosby.

- Winkelmayer, W. C., Stamper, M. J., & Willett, W. C. (2005, November, 9). Habitual Caffeine Intake and the Risk of Hypertension in Women. *JAMA*, 294 (18), 2330-2335. Februari, 21, 2012. <http://jama.ama-assn.org/content/294/18/2330.full.pdf+html?sid=787a8688-3173-4c87-8007-8517ae3412ce>
- World Health Organization. Maret, 10, 2012. [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html). BMI Classification.
- World Health Organization. Februari, 17, 2012. (2012). [http://www.wpro.who.int/countries/2009/aus/health\\_situation.hmt](http://www.wpro.who.int/countries/2009/aus/health_situation.hmt). Hypertension in Australia.
- Yuliarti, D. (2007). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Hipertensi pada Usia Lanjut di Posbindu Kota Bogor Tahun 2007. Tesis Peminatan Ilmu Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.







**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
 KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : *455* /H2.F10/PPM.00.00/2012  
 Lamp. : ---  
 Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

1 Maret 2012

Kepada Yth.  
**Bupati Wonosobo**  
**Cq. Ka. Badan Kesbangpolinmas**  
**Kabupaten Wonosobo**  
 Jl. Merdeka No.1  
 Kabupaten Wonosobo  
 Jawa Tengah

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Sudartinah  
 NPM : 1006821956  
 Thn. Angkatan : 2010/2011  
 Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, *"Hubungan Pola Makan, Gaya Hidup dan Status Gizi Pada Pralansia dan Lansia Dengan Hipertensi di Kelurahan Kejiwon, Kecamatan Wonosobo, Kabupaten Wonosobo"*.

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Unit Pendidikan dinomor telp. (021) 7270803.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI

Wakil Dekan,

  
  
**Dr. Dian Ayubi, SKM, MOIH**  
**NIP. 19720825 199702 1 002**

**Tembusan:**

- Pembimbing skripsi
- Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN WONOSOBO**  
**KANTOR KESBANG POL DAN LINMAS**

Jalan Pemuda Nomor 6 Telepon ( 0286 ) 321483  
 Fax. ( 0286 ) 321183 Kode Pos 56311  
**WONOSOBO**

Nomor : 070/ 059 / III / 2012.  
 Sifat : Penting.  
 Lampiran : --  
 Perihal : Ijin Penelitian/Observasi.

Wonosobo, 26 Maret 2012.

KEPADA  
 YTH : 1. Ka Dinas Kesehatan Kab.Wonosobo.  
 2. Sdr. Camat Wonosobo.

Di -

WONOSOBO.

Menunjuk surat : Dekan Fak Kesehatan Masyarakat UI .  
 Tanggal : 1 Maret 2012.  
 Nomor : 7458 /H2.F10/PPM.00.00/2012.  
 Bersama ini diberitahukan bahwa :  
 Nama : SUDARTINAH.  
 Alamat : Kel.Kejiwan 6/1 Kejiwan, Wonosobo.  
 Pekerjaan : P N S .  
 Kebangsaan : Indonesia.  
 Bermaksud mengadakan observasi / pengambilan data guna penyusunan Sripsi dengan judul :

**" HUBUNGAN POLA MAKAN, GAYA HIDUP DAN STATUS GIZI PADA PRALANSIA DAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI KELURAHAN KEJIWAN, KECAMATAN WONOSOBO KABUPATEN WONOSOBO TAHUN 2012 "**

Penanggung jawab : Zakianis, SKM, .M.K.M.  
 Peserta : --  
 Lokasi : Kel, Kejiwan, Puskesmas Wonosobo II.  
 Waktu : Bulan Maret 2012 s/d Selesai.

Yang bersangkutan wajib mentaati peraturan, tata tertib dan norma-norma yang berlaku di daerah setempat serta melaporkan hasil observasi kepada **Bupati Wonosobo Cq. Kepala Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kabupaten Wonosobo** setelah selesai mengadakan observasi/pengambilan data.

Demikian surat ijin penelitian/observasi ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

an. BUPATI WONOSOBO

KEPALA KANTOR KESBANG POL DAN LINMAS

an. Kasi Politik Dalam Negeri



**SLAMET PURWANTO, S.Sos.**

Penata Tk. I

NIP. 19590113 198501 1 001

**TEMBUSAN** : Disampaikan Kepada Yth :

1. Bupati Wonosobo ( **Sebagai laporan** ) ;
2. Ka Bappeda Kab.Wonosobo ;
3. Dekan Fak Kesehatan Masyarakat UI ;
4. Yang bersangkutan ;
5. Peninggal.



PEMERINTAH KABUPATEN WONOSOBO  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. A. Yani 02 Telp. (0286) 32 1033, Fax (0286) 321319  
**WONOSOBO**

Wonosobo, 17 Maret 2012

Nomor : 070 / 789  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth. :  
Kepala Puskesmas Wonosobo II  
Di

**WONOSOBO**

Dasar Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor : 7456/H2.F10/PPM.00.00/2012 perihal ijin penelitian dan penggunaan data yang akan dilaksanakan oleh :

Nama : SUDARTINAH  
Judul Penelitian : HUBUNGAN POLA MAKAN, GAYA HIDUP DAN STATUS GIZI PADA PRALANSIA DAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI KELURAHAN KEJIWON, KECAMATAN WONOSOBO KABUPATEN WONOSOBO.

Bersama ini kami sampaikan bahwa penelitian tersebut diijinkan dengan ketentuan yang bersangkutan wajib mentaati peraturan, tata tertib dan norma-norma yang berlaku di daerah setempat.

Demikian untuk menjadikan periksa, dan atas kerjasamanya kami sampaikan terimakasih.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN WONOSOBO



**TEMBUSAN :**  
1. Yang bersangkutan  
2. Pertinggal





PEMERINTAH KABUPATEN WONOSOBO  
DINAS KESEHATAN

**PUSKESMAS WONOSOBO II**

Alamat : Jalan Raya Dieng Km-4 Telp. (0286)-321268 Kalianget - Wonosobo

SURAT KETERANGAN

Nomor : 45 / V / 12012

Yang bertanda tangan dibawah ini :

- Nama : dr. HERMWAN CH
- NIP : 19670504 200801 1 020
- Pangkat / Golongan : Penata Muda Tingkat I ( III/ b )
- Jabatan : Kepala Puskesmas Wonosobo II

Menerangkan, bahwa :

- Nama : SUDARTINAH
- NPM : 1006821956
- Program studi : Kebidanan Komunitas  
FKM – Universitas Indonesia

telah menyelesaikan pengambilan data dan mengadakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Wonosobo II – Kalianget Kecamatan Wonosobo, Kabupaten Wonosobo sebagai bahan skripsi dengan Judul “HUBUNGAN POLA MAKAN, GAYA HIDUP DAN STATUS GIZI PADA PRALANSIA DAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI KELURAHAN KEJIWAN, KECAMATAN WONOSOBO, KABUPATEN WONOSOBO TAHUN 2012 “

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wonosobo, 22 Mei 2012



No Responden :

## **KUESIONER PENELITIAN**

### **” HUBUNGAN POLA MAKAN, GAYA HIDUP, DAN SATUS GIZI PADA PRALANSIA DAN LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI KELURAHAN KEJIWAN KEC. WONOSOBO KAB. WONOSOBO TAHUN 2012 “**

Selamat Siang dan Salam Sejahtera.

Perkenalkan , saya Sudartinah, mahasiswa tingkat akhir Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Peminatan Bidan Komunitas. Saya sedang melakukan penelitian mengenai “ Hubungan Pola Makan, Gaya Hidup dan Status Gizi Pada Pralansia Dan Lansia Dengan Hipertensi Di Kelurahan Kejiwan Kec. Wonosobo Kab. Wonosobo Tahun 2012”. Untuk itu saya akan menanyakan kepada Bapak/ibu beberapa hal yang berkaitan dengan Pola Makan. Gaya Hidup dan Status Gizi. Selain itu saya akan melakukan pengukuran Tinggi Badan, Berat Badan dan Tensi kepada Bapak/Ibu. Jawaban yang diberikan akan sangat bermanfaat bagi penelitian saya dan akan saya Rahasiakan. Atas kesediaan Bapak/Ibu, saya mengucapkan terima kasih.

#### **I. Karakteristik Responden**

1. Nama :
2. Jenis Kelamin :
3. Status : Kawin/Tidak kawin/duda/janda
4. Tempat & tanggal lahir :
5. Umur :

6. Suku Bangsa :

7. Alamat :

8. No telpon/Hp :

9. Pendidikan terakhir :

a. Tidak sekolah e. Diploma

b. SD f. S1

c. SMP g. S2

d. SMA/SMK h. S3

10. Pekerjaan :

11. Penghasilan Perbulan :

1. < 500.000 /bulan

2. 500.000 – 1.000.000 /bulan

3. 1.000.000 – 2.000.00 /bulan

4. > 2.000.000 /bulan

12. Jumlah saudara :

13. Riwayat penyakit saudara kandung dan orang tuanya :

a. Hipertensi/Darah Tinggi

d. DM/Kencing manis

b. Stroke/kelumpuhan

e. Tidak ada.

c. Penyakit Jantung

## II. Antropometri dan Tensi Darah

1. Berat Badan :
2. Tinggi Badan:
3. Tensi Darah :
4. IMT :

### KEBIASAAN MINUM KOPI

14. Apakah Bapak/Ibu penggemar minuman kopi, seperti : kopi susu ( segala merk), kopi hitam, kopi murni dll ?

1. Ya
2. Kadang-kadang
3. Tidak pernah

### AKTIVITAS FISIK

- |  |         |
|--|---------|
| 15. Apakah Bpk/Ibu biasa melakukan <b>aktivitas fisik berat</b> (olah raga seperti: senam, berenang, tenis meja, pekerja berat, dll), yang dilakukan terus menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?    | 1 Ya    |
|  | 2 Tidak |
| 16. Apakah Bpk/Ibu biasa melakukan <b>aktivitas fisik sedang</b> (pekerjaan rumah tangga, cuci mobil, mengepel, naik turun tangga, dll), yang dilakukan terus menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya? | 1 Ya    |
|  | 2 Tidak |
| 17. Apakah Bpk/Ibu biasa <b>aktivitas fisik ringan</b> seperti berjalan kaki atau menggunakan sepeda kayuh yang dilakukan terus menerus paling sedikit selama 10 menit setiap kali melakukannya?                               | 1 Ya    |
|  | 2 Tidak |

### PENGUNAAN TEMBAKAU

18. Apakah Bpk/Ibu merokok/mengunyah tembakau?

1. Ya
2. Tidak

## HASIL PENGOLAHAN DATA

### UNIVARIAT

#### kategori pralansia-lansia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pralansia	64	59,8	59,8	59,8
	lansia	43	40,2	40,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

#### Statistics

#### Umur Sasaran

N	Valid	107
	Missing	0
Mean		57,14
Std. Error of Mean		,664
Median		57,00
Mode		47(a)
Std. Deviation		6,871
Variance		47,216
Range		25
Minimum		45
Maximum		70
Sum		6114

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

#### Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	33	30,8	30,8	30,8
	perempuan	74	69,2	69,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

#### Statua Perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	82	76,6	76,6	76,6
	Tidak kawin	1	,9	,9	77,6
	Duda	2	1,9	1,9	79,4
	Janda	22	20,6	20,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	



**Penddk Formal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sekolah	13	12,1	12,1	12,1
	SD	54	50,5	50,5	62,6
	SMP	15	14,0	14,0	76,6
	SLTA	15	14,0	14,0	90,7
	PT	10	9,3	9,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

**penddk 2 ktgr**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	82	76,6	76,6	76,6
	tinggi	25	23,4	23,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

**Status Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bekerja	76	71,0	71,0	71,0
	Bekerja	31	29,0	29,0	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

**Status Hipertensi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Hipertensi	57	53,3	53,3	53,3
	Tidak hipertensi	50	46,7	46,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

**Statistics hsl px tensi**

N	Valid	107
	Missing	0
Mean		1,50
Median		1,00
Mode		1
Std. Deviation		,573
Variance		,328
Range		2
Minimum		1
Maximum		3
Sum		161

**hsl px tensi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	hipertensi	57	53,3	53,3	53,3
	normal	46	43,0	43,0	96,3
	hipotensi	4	3,7	3,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

**Kebiasaan minum kopi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	57	53,3	53,3	53,3
	Tidak	50	46,7	46,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

**Aktifitas Fisik**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ringan	9	8,4	8,4	8,4
	Berat	98	91,6	91,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

**Statistics aktifitas fsk 3 ktgr**

N	Valid	107
	Missing	0
Mean		2,33
Std. Error of Mean		,061
Median		2,00
Mode		2
Std. Deviation		,626
Variance		,392
Range		2
Minimum		1
Maximum		3
Sum		249

**aktifitas fsk 3 ktgr**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	9	8,4	8,4	8,4
	sedang	54	50,5	50,5	58,9
	berat	44	41,1	41,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

**Kebiasaan merokok**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid merokok	25	23,4	23,4	23,4
tidak merokok	82	76,6	76,6	100,0
Total	107	100,0	100,0	

**Status BB-TB**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak normal	56	52,3	52,3	52,3
Normal	51	47,7	47,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

**Statistics**

**IMT baru**

N	Valid	107
	Missing	0
Mean		2,43
Std. Error of Mean		,057
Median		2,00
Mode		2(a)
Std. Deviation		,585
Variance		,342
Range		2
Minimum		1
Maximum		3
Sum		260

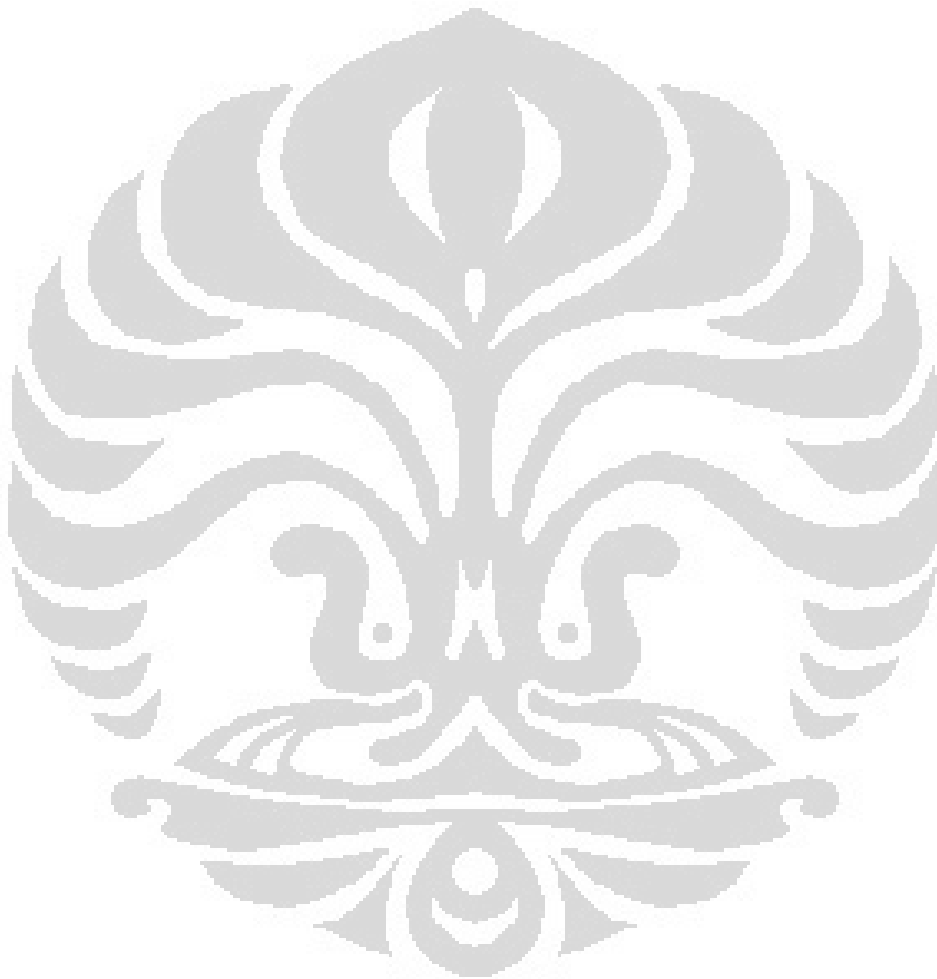
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

**IMT baru**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <18,5	5	4,7	4,7	4,7
18,5 - 25	51	47,7	47,7	52,3
>25,1	51	47,7	47,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

### Riwayat Peny Kelg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Hipertensi	34	31,8	31,8	31,8
	Tidak hipertensi	73	68,2	68,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	



## HASIL PENGOLAHAN DATA

### BIVARIAT

Hasil bivariat → minum kopi dg hipertensi

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebiasaan minum kopi * Status Hipertensi	107	100,0%	0	,0%	107	100,0%

#### Kebiasaan minum kopi \* Status Hipertensi Crosstabulation

			Status Hipertensi		Total
			Hipertensi	Tidak hipertensi	
Kebiasaan minum kopi	Ya	Count	28	29	57
		% within Kebiasaan minum kopi	49,1%	50,9%	100,0%
	Tidak	Count	29	21	50
		% within Kebiasaan minum kopi	58,0%	42,0%	100,0%
Total		Count	57	50	107
		% within Kebiasaan minum kopi	53,3%	46,7%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,843 <sup>b</sup>	1	,358		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,524	1	,469		
Likelihood Ratio	,845	1	,358		
Fisher's Exact Test				,438	,235
Linear-by-Linear Association	,835	1	,361		
N of Valid Cases	107				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,36.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebiasaan minum kopi (Ya / Tidak)	,699	,325	1,502
For cohort Status Hipertensi = Hipertensi	,847	,594	1,207
For cohort Status Hipertensi = Tidak hipertensi	1,211	,801	1,832
N of Valid Cases	107		

**Bivariat aktivitas → hipertensi**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Aktifitas Fisik * Status Hipertensi	107	100,0%	0	,0%	107	100,0%

**Aktifitas Fisik \* Status Hipertensi Crosstabulation**

			Status Hipertensi		Total
			Hipertensi	Tidak hipertensi	
Aktifitas Fisik	Ringan	Count	6	3	9
		% within Aktifitas Fisik	66,7%	33,3%	100,0%
	Berat	Count	51	47	98
		% within Aktifitas Fisik	52,0%	48,0%	100,0%
Total		Count	57	50	107
		% within Aktifitas Fisik	53,3%	46,7%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,708 <sup>b</sup>	1	,400		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,243	1	,622		
Likelihood Ratio	,724	1	,395		
Fisher's Exact Test				,498	,314
Linear-by-Linear Association	,702	1	,402		
N of Valid Cases	107				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,21.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Aktifitas Fisik (Ringan / Berat)	1,843	,436	7,791
For cohort Status Hipertensi = Hipertensi	1,281	,777	2,111
For cohort Status Hipertensi = Tidak hipertensi	,695	,270	1,791
N of Valid Cases	107		

BIVARIAT MEROKOK → HIPERTENSI

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kebiasaan merokok * Status Hipertensi	107	100,0%	0	,0%	107	100,0%

**Kebiasaan merokok \* Status Hipertensi Crosstabulation**

			Status Hipertensi		Total
			Hipertensi	Tidak hipertensi	
Kebiasaan merokok	merokok	Count	12	13	25
		% within Kebiasaan merokok	48,0%	52,0%	100,0%
	tidak merokok	Count	45	37	82
		% within Kebiasaan merokok	54,9%	45,1%	100,0%
Total		Count	57	50	107
		% within Kebiasaan merokok	53,3%	46,7%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,364 <sup>b</sup>	1	,546		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,140	1	,708		
Likelihood Ratio	,363	1	,547		
Fisher's Exact Test				,649	,353
Linear-by-Linear Association	,361	1	,548		
N of Valid Cases	107				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,68.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kebiasaan merokok (merokok / tidak merokok)	,759	,309	1,861
For cohort Status Hipertensi = Hipertensi	,875	,556	1,376
For cohort Status Hipertensi = Tidak hipertensi	1,152	,738	1,800
N of Valid Cases	107		



BIVARIAT IMT →HIPERTENSI

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status BB-TB * Status Hipertensi	107	100,0%	0	,0%	107	100,0%

**Status BB-TB \* Status Hipertensi Crosstabulation**

			Status Hipertensi		Total
			Hipertensi	Tidak hipertensi	
Status BB-TB	Tidak normal	Count	33	23	56
		% within Status BB-TB	58,9%	41,1%	100,0%
	Normal	Count	24	27	51
		% within Status BB-TB	47,1%	52,9%	100,0%
Total		Count	57	50	107
		% within Status BB-TB	53,3%	46,7%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,511 <sup>b</sup>	1	,219		
Continuity Correction <sup>a</sup>	1,072	1	,301		
Likelihood Ratio	1,514	1	,219		
Fisher's Exact Test				,248	,150
Linear-by-Linear Association	1,497	1	,221		
N of Valid Cases	107				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,83.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status BB-TB (Tidak normal / Normal)	1,614	,751	3,470
For cohort Status Hipertensi = Hipertensi	1,252	,870	1,802
For cohort Status Hipertensi = Tidak hipertensi	,776	,517	1,165
N of Valid Cases	107		

### BIVARIAT RIWAYAT KELRG → HIPERTENSI

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Riwayat Peny Kelg * Status Hipertensi	107	100,0%	0	,0%	107	100,0%

#### Riwayat Peny Kelg \* Status Hipertensi Crosstabulation

			Status Hipertensi		Total
			Hipertensi	Tidak hipertensi	
Riwayat Peny Kelg	Hipertensi	Count	24	10	34
		% within Riwayat Peny Kelg	70,6%	29,4%	100,0%
	Tidak hipertensi	Count	33	40	73
		% within Riwayat Peny Kelg	45,2%	54,8%	100,0%
Total		Count	57	50	107
		% within Riwayat Peny Kelg	53,3%	46,7%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,004 <sup>b</sup>	1	,014		
Continuity Correction <sup>a</sup>	5,027	1	,025		
Likelihood Ratio	6,154	1	,013		
Fisher's Exact Test				,021	,012
Linear-by-Linear Association	5,948	1	,015		
N of Valid Cases	107				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,89.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Riwayat Peny Kelg (Hipertensi / Tidak hipertensi)	2,909	1,219	6,943
For cohort Status Hipertensi = Hipertensi	1,561	1,119	2,178
For cohort Status Hipertensi = Tidak hipertensi	,537	,306	,941
N of Valid Cases	107		