

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Menurut JNC VII (2003), Hipertensi adalah keadaan pengukuran tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg. Seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) (Arief, 2008).

Prevalensi pria menderita hipertensi umur 35-44 tahun sebesar 24,4% dan wanita umur 35-44 tahun sebesar 17,6% (American Heart Association, 2013). Di Indonesia dari hasil survey nasional (SKRT, 2001) menunjukkan bahwa 8,3% penduduk menderita hipertensi dan meningkat menjadi 27,5% pada tahun 2004 (SKRT, 2004).

Hipertensi yang terjadi dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan komplikasi pada berbagai organ dan dapat berujung pada kematian. Pada organ jantung dapat menyebabkan penyumbatan dalam pembuluh darah koroner atau gagal jantung kongestif, sedangkan komplikasi pada sistem saraf dapat menyebabkan pelebaran dan penipisan pembuluh darah sehingga memungkinkan terjadinya stroke (Maier *et.al.*, 2003).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor tersebut dibagi menjadi 2, yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah terdiri dari jenis kelamin, umur, dan riwayat penyakit keluarga sedangkan faktor yang dapat diubah terdiri dari merokok, pola makan, aktivitas fisik, kegemukan, dan konsumsi alkohol (Ordovas, 2006). Apabila faktor yang dapat diubah ini dapat dihindari, maka akan terhindar dari hipertensi dan resiko penyakit degeneratif (WHO, 2013).

Berdasarkan jenis kelamin, pria lebih beresiko menderita hipertensi daripada wanita. Hal tersebut terjadi karena perilaku tidak sehat (merokok dan konsumsi alkohol), stres dan status pekerjaannya (Setiawan, 2006). Prevalensi resiko laki-laki terkena hipertensi 1,25 kali lebih tinggi daripada wanita (Rahajeng, 2009).

Umur juga menjadi faktor resiko yang tidak dapat diubah. Prevalensi umur 31-40 tahun mempunyai resiko lebih tinggi ( $122,42 \pm 12,321$  mmHg /  $80,32 \pm 6,775$  mmHg) dibandingkan dengan umur 18-30 tahun ( $117,93 \pm 12,8$  mmHg /  $77 \pm 8,2$  mmHg) (Mahmood, 2011).

Faktor genetik merupakan hal yang tidak dapat di pisahkan dan bisa menjadi salah satu pencetus timbulnya hipertensi. Apabila riwayat hipertensi didapati pada kedua orang tua, maka dugaan hipertensi essensial akan sangat besar (Sutomo, 2009).

Status gizi merupakan hal yang penting karena mempunyai resiko terhadap penyakit-penyakit tertentu dan akan mempengaruhi produktivitas kerja. Dengan demikian perlu adanya pemantauan secara terus – menerus, yaitu dengan cara mempertahankan berat badan ideal atau normal. Status gizi seseorang dikatakan kegemukan atau obesitas, apabila  $IMT \geq 23,0$  (WHO, 2000). Obesitas merupakan faktor resiko timbulnya penyakit degeneratif, diantaranya adalah hipertensi, Penyakit Jantung Koroner, dan stroke (Maier *et.al.*, 2003). Obesitas mempunyai 4,02 kali menderita hipertensi dibandingkan dengan orang yang tidak obesitas (Sugiharto, 2007). Penelitian di Farmingham (Amerika Serikat) menyatakan bahwa hal tersebut terjadi karena setiap kenaikan berat badan sebesar 10%, akan meningkatkan kolesterol darah sebesar 10mg/dL. Penumpukan kolesterol dalam pembuluh darah akan menimbulkan sumbatan sehingga dapat meningkatkan tekanan darah (Anggraini *et. al.*, 2009).

Faktor lain yang dapat diubah agar terhindar dari hipertensi adalah aktivitas fisik. Prevalensi hipertensi yang tidak melakukan aktivitas fisik sebesar 20,8%, sedangkan yang melakukan aktivitas fisik sebesar 11,2% (Kartikawati, 2008). Aktivitas fisik yang meningkat, 30-45 perhari dapat berfungsi sebagai strategi dalam pencegahan dan pengelolaan hipertensi dan dapat membakar 800-1000 kkal (Khomsan, 2004) sedangkan aktivitas fisik yang menurun dapat menimbulkan timbunan energi dalam tubuh (Rimbawan&A.Siagian, 2004).

Salah satu faktor yang mempengaruhi peningkatan tekanan darah adalah merokok. Berdasarkan penelitian, Seseorang yang mengonsumsi lebih dari satu pak rokok sehari ternyata 2 kali lebih rentan terkena hipertensi dari pada mereka yang tidak merokok (Kartikawati, 2004). Nikotin dapat mengganggu sistem saraf simpatis dan dapat menyebabkan adanya peningkatan kebutuhan oksigen pada jantung. Selain itu nikotin juga dapat menyebabkan seseorang merasa ketagihan dan meningkatkan frekuensi denyut jantung, tekanan darah, dan merangsang pelepasan hormon adrenalin (Tandra, 2003). Para perokok diketahui mengalami konsentrasi timah dan kadmium yang tinggi serta konsentrasi vitamin C lebih rendah. Meningkatnya kadar timah dan kadmium dalam darah menyebabkan tekanan darah tinggi (Lovastatin, 2006).

Konsumsi makanan memberikan kontribusi terbesar terhadap kejadian hipertensi, utamanya makanan beresiko. Makanan beresiko adalah makanan yang dapat menimbulkan resiko penyakit degeneratif. Makanan yang menjadi pencetus timbulnya hipertensi adalah makanan manis, asin, penyedap, makanan yang diawetkan, berlemak, jeroan, dan berkafein (Lovastatin, 2006).

Makanan atau minuman manis mempengaruhi hipertensi karena makanan manis mengandung unsur karbohidrat sederhana yang menghasilkan energi tinggi. Konsumsi makanan manis yang berlebihan akan merangsang pankreas untuk memproduksi insulin yang banyak dan akan mengakibatkan penyimpanan lemak yang meningkat. Selain itu insulin berfungsi untuk merangsang produksi magnesium yang diperlukan

untuk mengendurkan otot. Apabila sel-sel resistensi terhadap insulin maka magnesium tidak dapat disimpan sehingga otot mengkerut. Hal tersebut akan menyebabkan timbulnya hipertensi dan resiko penyakit degeneratif lainnya (Goulbourne, 2007).

Selain makanan manis, makanan asin juga memberikan kontribusi terhadap peningkatan kejadian tekanan darah tinggi. Makanan asin yang sering dikonsumsi oleh masyarakat memiliki kadar natrium yang tinggi dan tanpa disadari telah memicu gangguan tekanan darah (Dirksen, Heitkemper dan Lewis, 2000). Sumber natrium yang utama adalah natrium klorida (garam dapur), penyedap masakan (MSG), dan sodium karbonat (makanan yang diawetkan) (Anggraini, 2009). Pengaruh asupan natrium terhadap hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Apabila konsumsi garam tinggi maka mekanisme vasopresor dalam sistem saraf pusat akan merangsang terjadinya retensi air sehingga tekanan darah meningkat (Dirksen, Heitkemper dan Lewis, 2000).

Konsumsi lemak dan jeroan dapat memicu terjadinya hipertensi. Hal tersebut karena kandungan lemak jenuh (kolesterol) (Lovastatin, 2006). Ada dua jenis lemak dalam makanan, yaitu lemak jenuh dan lemak tak jenuh. Kolesterol adalah salah satu turunan lemak. Bila kadar kolesterol dalam tubuh cukup, maka zat ini sangat berguna bagi tubuh untuk menjalankan fungsi beberapa organ tubuh. Oleh karena itu, apabila konsumsi jeroan dan lemak yang berlebih akan menyebabkan timbulnya kolesterol LDL dalam pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan

pembuluh darah dan pembuluh darah sulit mengembang. Perubahan ini dapat meningkatkan tekanan darah (Almatsier, 2003).

Kafein merupakan senyawa yang memiliki sifat yang antagonis endogenus adenosin yang dapat menyebabkan peningkatan resistensi pembuluh darah tepi (Aisyiyah, 2009). Kafein adalah senyawa yang terkandung dalam teh, cokelat, dan kopi. Pada penelitian *cross-sectional* menyatakan bahwa asupan kafein yang tinggi akan menurunkan resiko hipertensi karena tingginya kandungan kalium (Uiterwaal, 2007). Konsumsi alkohol dapat merangsang angiotensin dan aldosteron untuk melepaskan adrenergik pada sistem saraf sehingga terjadi perubahan pada denyut jantung dan sensitivitas insulin (Beilin LJ, 1996).

Prevalensi hipertensi di Kalimantan Selatan berdasarkan laporan Riskesdas 2007, memiliki prevalensi yang tinggi dari prevalensi nasional yaitu 39,6%. Jumlah penduduk di Kalimantan Selatan sebesar 3.768.213 jiwa dengan kepadatan penduduk 97,26 jiwa/km<sup>2</sup> (Depkes, 2011).

Jumlah penduduk yang semakin meningkat tiap tahunnya mempunyai peluang bagi pembangunan di daerah atau wilayah tersebut. seiring perkembangan waktu, timbullah perubahan gaya hidup yang dapat meningkatkan masalah kesehatan, khususnya hipertensi (Aisyiyah, 2009).

Prevalensi hipertensi pada usia produktif (35-44 tahun) yang mengalami hipertensi karena mengonsumsi makanan beresiko dengan makanan yang paling dominan tinggi adalah makanan asin sebesar 66,8 dan penyedap sebesar 79,7. Angka tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan umur yang lainnya. Persentase ini sudah cukup besar karena

seharusnya pada usia produktif, mereka dapat melakukan pekerjaan secara optimal sehingga dapat meningkatkan pendapatan negara.

Hal ini menunjukkan betapa seriusnya masalah hipertensi yang terjadi di Indonesia, jika tidak diikuti dengan peningkatan pengetahuan kesehatan yang berkaitan dengan perilaku. Berdasarkan permasalahan diatas, penulis akan melakukan analisis data untuk mengetahui hubungan konsumsi makanan beresiko dengan kejadian hipertensi pada kelompok dewasa ( 35-45 tahun) di provinsi Kalimantan Selatan.

## **B. Identifikasi Masalah**

Proporsi penyebab kematian oleh penyakit menular di Indonesia telah menurun setengahnya dari 44% menjadi 28%, sedangkan proporsi kematian akibat penyakit tidak menular mengalami peningkatan yang cukup tinggi dari 42% menjadi 60%. Hipertensi merupakan penyebab kematian utama ketiga di Indonesia untuk semua umur (6.8%), setelah stroke (15.4%) dan tuberculosis (7.5%) (Depkes 2008).

Hipertensi merupakan faktor resiko bersama penyakit-penyakit tidak menular, terutama penyakit kardiovaskuler (Lely et.al., 2009). Peningkatan prevalensi hipertensi ditunjukkan dengan adanya perubahan pola hidup tidak sehat salah satunya konsumsi makanan beresiko (Mayo Clinic, 2003). Dibanyak negara termasuk Indonesia, salah satu faktor penyebab hipertensi ini adalah konsumsi makanan beresiko yang tinggi (Anggraini, 2009).

Peneliti akan meneliti Hubungan Konsumsi Makanan Beresiko Dengan Kejadian Hipertensi Di Kalimantan Selatan Pada Kelompok Dewasa (35-44 Tahun). Dalam penelitian ini sebagai variabel dependent adalah hipertensi. Variabel independent berupa makanan beresiko (manis, asin, berlemak, jeroan, diawetkan, berkafein, bumbu penyedap), jenis kelamin, umur, daerah pemukiman, dan status gizi.

### **C. Pembatasan Masalah**

1. Topik penelitian ini adalah hubungan pola konsumsi makanan beresiko dan status gizi dengan kejadian hipertensi pada kelompok usia 35-44 tahun di provinsi Kalsel.
2. Data yang digunakan adalah data sekunder riset dasar kesehatan (RISKESDAS) 2007 yang telah dikumpulkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Departemen Kesehatan RI.
3. Variabel yang akan masuk dalam penelitian adalah jenis kelamin, umur, berat badan, tinggi badan, pengukuran tekanan darah (sistolik 1, sistolik 2, sistolik 3, distolik 1, diastolik 2, dan diastolik 3), makanan manis, asin, berlemak, jeroan, yang diawetkan, minuman berkafein, dan bumbu penyedap.

### **D. Perumusan Masalah**

Adapun rumusan masalah yang ditetapkan adalah sebagai berikut:



1. Adakah hubungan pola konsumsi makanan beresiko (manis, asin, yang diawetkan, penyedap, berlemak, jeroan, dan berkafein), terhadap kejadian hipertensi pada kelompok dewasa (35-44 tahun) di Kalimantan Selatan.
2. Adakah hubungan jenis kelamin, dan status gizi terhadap kejadian hipertensi pada kelompok dewasa (35-44 tahun) di Kalimantan Selatan.

#### **E. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pola konsumsi makanan beresiko, jenis kelamin dengan kejadian hipertensi pada kelompok dewasa (35-44 tahun) di Kalimantan Selatan

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, daerah pemukiman, status tekanan darah, dan status gizi di Kalimantan Selatan.
- b. Mengidentifikasi pola konsumsi makanan beresiko (manis, asin, berlemak, jeroan, yang diawetkan, minuman berkafein, dan bumbu penyedap) pada kelompok usia 35-44 tahun di Kalimantan Selatan.
- c. Menganalisis hubungan jenis kelamin, daerah pemukiman, dan status gizi terhadap kejadian hipertensi pada kelompok usia 35-44 tahun di Kalimantan Selatan.
- d. Menganalisis hubungan pola konsumsi makanan beresiko (manis, asin, berlemak, jeroan, yang diawetkan, minuman berkafein, dan

bumbu penyedap) terhadap kejadian hipertensi pada kelompok usia 35-44 tahun di Kalimantan selatan.

## **F. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat bagi Praktisi**

Dapat digunakan sebagai sumber informasi mengenai hubungan pola konsumsi makanan berisiko dan status gizi dengan kejadian hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah pada kelompok usia 35-44 tahun di provinsi Kalimantan Selatan (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2007).

### **2. Manfaat Bagi Institusi**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam pengambilan kebijakan pada upaya pencegahan penyakit hipertensi di masyarakat dengan menjaga pola makan sehat dan menghindari makanan berisiko yang akan berdampak buruk pada kesehatan.

### **3. Manfaat Bagi Pendidikan**

Dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan bagi para praktisi maupun mahasiswa gizi mengenai hubungan pola konsumsi makanan berisiko dan status gizi terhadap kejadian hipertensi pada kelompok umur 35-44 tahun di Provinsi Kalimantan Selatan.

### **4. Manfaat Bagi Peneliti**

a. Dapat digunakan sebagai sumber pengetahuan dan wawasan baru bagi mahasiswa gizi mengenai pengaruh makanan berisiko dan

umur terhadap kejadian hipertensi pada kelompok umur 35-44 tahun di Kalimantan Selatan (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2007).

- b. Dapat digunakan sebagai syarat kelulusan Sarjana Gizi pada Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul.