

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sampai saat ini hipertensi masih menjadi masalah utama di dunia, baik di negara maju maupun negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Data *American Heart Association* (2013) menunjukkan sebanyak 77.9 juta atau 1 dari 3 orang dewasa di Amerika Serikat menderita hipertensi. Sedangkan pada tahun 2011, WHO mencatat bahwa dua per tiga dari penduduk dunia yang menderita hipertensi diantaranya berada di Negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan sedang. Indonesia berada dalam deretan 10 negara dengan prevalensi hipertensi tertinggi di dunia, bersama Myanmar, India, Srilanka, Bhutan, Thailand, Nepal, dan Maldives (Anonim, 2013). Menurut laporan pertemuan WHO di Jenewa tahun 2002 didapatkan prevalensi penyakit hipertensi 15-37% dari populasi penduduk dewasa di dunia. Setengah dari populasi penduduk dunia yang berusia lebih dari 60 tahun menderita hipertensi. Angka *Proportional Mortality Rate* akibat hipertensi di seluruh dunia adalah 13% atau sekitar 7.1 juta kematian (*American Heart Association*, 2011). Sesuai dengan data WHO bulan September 2011, disebutkan bahwa hipertensi menyebabkan 8 juta kematian per tahun di seluruh dunia dan 1.5 juta kematian per tahun di wilayah Asia Tenggara (WHO, 2011).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 menunjukkan sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosa. Hal ini ditunjukkan

dengan hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk umur 18 tahun ke atas, dimana prevalensi penderita hipertensi yaitu sebesar 31.7% . Hanya 7.2 % penduduk yang sudah mengetahui menderita hipertensi dan 0.4% kasus yang telah meminum obat hipertensi. Berdasarkan data Riskesdas 2007 rata-rata prevalensi penduduk yang mengalami hipertensi di Pulau Kalimantan cukup tinggi yaitu 33.6%, dengan prevalensi masing-masing provinsi sebagai berikut: Kalimantan Barat 29.8%, Kalimantan Tengah 33.6%, Kalimantan Timur 31.3%, dan prevalensi hipertensi tertinggi berada di Kalimantan Selatan sebesar 39.6%.

Persentase berat badan lebih untuk Provinsi Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, dan Kalimantan Timur secara berturut-turut adalah 6.6%, 7.5%, 7.8%, dan 11.6%. Sedangkan persentase obese untuk masing-masing provinsi adalah Provinsi Kalimantan Barat 6.4%, Kalimantan Tengah 7.7%, Kalimantan Selatan 8.9%, dan Kalimantan Timur 11.9%. Dari data tersebut dapat diketahui persentase berat badan lebih dan obese penduduk dewasa (15 tahun ke atas) yang dinilai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) di Pulau Kalimantan sebesar 8.4% dan 8.7%.

Dua Provinsi di Pulau Kalimantan menjadi 1 dari 16 provinsi yang memiliki prevalensi kurang aktivitas fisik di atas prevalensi nasional yaitu Provinsi Kalimantan Timur 61.7% dan Provinsi Kalimantan Selatan 49.4%. Sedangkan prevalensi untuk Provinsi Kalimantan Tengah 43.8% dan Provinsi Kalimantan Barat 46.9%.

Perilaku merokok kelompok penduduk > 15 tahun cenderung meningkat, dari 32% menjadi 33.4%. Proporsi perokok pada laki-laki (9.9%) 10 kali lebih banyak dibandingkan perempuan (1.4%). Sedangkan mantan perokok tertinggi ditemukan pada kelompok umur 75 tahun ke atas (12%). Persentase penduduk di Pulau Kalimantan yang memiliki kebiasaan merokok setiap hari adalah sebagai berikut: Kalimantan Barat 21.7%, Kalimantan Tengah 23.1%, Kalimantan Timur 21.4%, dan Kalimantan Selatan 20.1%.

Prevalensi kurang makan buah dan sayur di Pulau Kalimantan cukup tinggi yaitu 93.6%, prevalensi untuk masing-masing provinsi adalah sebagai berikut: Kalimantan Barat 94.9%, Kalimantan Tengah 91.5%, Kalimantan Selatan 95.7% dan Kalimantan Timur 91.8%.

Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko yang paling berpengaruh terhadap penyakit jantung dan pembuluh darah. Namun sering, sekali penyakit hipertensi ini tidak menunjukkan gejala, sehingga baru disadari bila telah menyebabkan gangguan organ seperti gangguan fungsi jantung atau stroke. Menurut Ruhyanudin (2006), hipertensi dapat meningkatkan resiko terhadap kejadian stroke, serangan jantung, dan kerusakan ginjal. Hipertensi juga menjadi faktor risiko ketiga terbesar penyebab kematian dini. *The Third National Health and Nutrition Examination Survey* mengungkapkan bahwa hipertensi mampu meningkatkan risiko penyakit jantung koroner sebesar 12% dan meningkatkan resiko stroke sebesar 24%.² (Atmojo, 2001).

Hipertensi merupakan penyakit dengan berbagai kausa. Meningkatnya tekanan darah selain dipengaruhi oleh faktor keturunan, beberapa penelitian

menunjukkan, erat hubungannya dengan perilaku responden. Selain itu, berbagai penelitian juga telah membuktikan berbagai faktor risiko yang berpengaruh terhadap timbulnya hipertensi. Hasil studi sebelumnya menyebutkan faktor pemicu hipertensi dapat dibedakan menjadi yang tidak dapat dikontrol seperti riwayat keluarga, jenis kelamin, dan usia, serta faktor yang dapat dikontrol seperti pola konsumsi makanan yang mengandung natrium, lemak, perilaku merokok, obesitas, dan kurangnya aktivitas fisik (Syukraini, 2010)

Kisjanto dalam penelitiannya menunjukkan, perilaku santai yang ditandai dengan lebih tingginya asupan kalori dan kurang aktifitas fisik merupakan faktor resiko terjadinya penyakit jantung, yang biasanya didahului dengan meningkatnya tekanan darah (Pradono, 2010). Perilaku santai yang digambarkan adanya kemudahan akses, kurang aktifitas fisik, ditambah dengan semakin semaraknya makanan siapa saji, kurang mengkonsumsi makanan berserat seperti buah dan sayur, kebiasaan merokok, minum-minuman beralkohol. Merupakan faktor resiko meningkatnya tekanan darah (Pradono, 2010). Faktor lain yang berhubungan dengan tekanan darah adalah obesitas. Indeks massa tubuh merupakan indikator yang paling tepat untuk mengidentifikasi obesitas pada orang dewasa. (Fathina, 2007)

Penelitian Yu chen *et al* (2013) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara indeks massa tubuh (IMT) dengan kejadian kematian akibat penyakit kardiovaskular. Dalam penelitiannya diketahui bahwa nilai $IMT \geq 25$ dapat meningkatkan resiko kematian dari keseluruhan penyakit kardiovaskuler di

negara Asia timur, sedangkan pada negara Asia Selatan peningkatan resiko kematian akibat CHD hanya terjadi pada individu dengan nilai IMT ≥ 35 . Penelitian Anjum *et al* (2009) menunjukkan hubungan yang konsisten antara IMT dengan kejadian hipertensi baik pada laki-laki maupun perempuan. Kejadian hipertensi meningkat seiring dengan meningkatnya IMT. Selain itu adanya kenaikan yang signifikan pada jumlah wanita yang hipertensi di usia kurang dari 30 tahun dalam kategori *overweight*. Namun hanya sedikit kenaikan dari trend hipertensi pada wanita diatas 59 tahun baik dalam kategori berat badan lebih maupun *overweight* dibandingkan laki-laki.

Menjadi aktif sangat penting bagi orang-orang dengan pre-hipertensi (Tekanan darah sistolik 120-139 mmHg dan diastolik 80-89 mmHg) dan juga orang dengan tekanan darah normal yang memiliki riwayat keluarga hipertensi. Tekanan darah sistolik > 180 mmHg dan diastolik > 110 mmHg harus segera diobati dengan obat-obatan, namun setelah terkendali peningkatan aktifitas fisik dapat membantu dalam mengendalikan tekanan darah (M. James, 2011).

Merokok merupakan salah satu kebiasaan hidup yang dapat mempengaruhi tekanan darah. Rokok yang dihisap dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Hal tersebut dikarenakan, rokok akan mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan pembuluh di ginjal sehingga terjadi peningkatan tekanan darah. Merokok sebatang setiap hari akan meningkatkan tekanan sistolik 10–25 mmHg dan menambah detak jantung 5–20 kali per menit (Mangku, 2000).

Merokok harus dapat dihindari pada pasien hipertensi karena secara nyata dapat meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular dan dapat meningkatkan kerusakan pada ginjal. Sebuah contoh dari efek terakhir diamati pada satu studi prospektif (*with a mean follow-up of 35 months*) yang meneliti faktor-faktor yang terkait dengan perubahan dalam fungsi ginjal antara 53 pasien hipertensi di antaranya konsentrasi serum kreatinin meningkat 1,5-1,9 mg/dL (133-168 μ mol/L) meskipun penurunan yang signifikan terjadi pada rata-rata tekanan darah (127 menjadi 97 mmHg) (Kaplan, 2012).

Meskipun beberapa penelitian telah menemukan tekanan darah yang sama atau lebih rendah pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok. Data *cross-sectional* dalam 3 tahun (1994-1996) dari *The annual Health Survey for England* yang ditunjukkan untuk menyelidiki perbedaan tekanan darah antara perokok dan bukan perokok dengan sampel orang dewasa (berusia ≥ 16 tahun) yang dipilih secara acak, menunjukkan bahwa pada pria yang lebih tua (≥ 45 tahun) memiliki tekanan darah sistolik yang lebih tinggi dibandingkan dengan pria yang tidak merokok. Di antara perempuan yang merokok, yaitu perokok ringan, perokok berat dan bukan perokok, perempuan perokok ringan cenderung memiliki tekanan darah lebih rendah dari, terjadi secara signifikan pada tekanan darah diastolik (Primatesta, 2012).

Ohasama study menunjukkan bahwa peningkatan asupan buah dapat mengurangi resiko hipertensi di masa yang akan datang. Utsuqi *et al* (2010) dalam penelitiannya menunjukkan tingkat konsumsi buah-buahan, sayuran, kalium, dan vitamin C yang tinggi secara signifikan menurunkan resiko

hipertensi (Utsuqi, 2008). Peningkatan konsumsi buah dan sayur menunjukkan perubahan yang signifikan pada fungsi endothelial dan gangguan fungsi kardiovaskular. Dengan menambah 1 porsi buah dan sayur dapat meningkatkan respon aliran darah oleh asetilkolin.

B. Identifikasi Masalah

Faktor resiko hipertensi dibagi dalam dua kelompok yaitu faktor resiko dapat diubah dan tidak dapat diubah. Faktor resiko hipertensi yang tidak dapat diubah antara lain jenis kelamin, umur, genetik dan faktor yang dapat diubah adalah faktor yang berkaitan dengan gaya hidup seperti pola makan dan aktivitas fisik.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2007, Pulau Kalimantan memiliki prevalensi hipertensi yang cukup tinggi. Menurut karakteristik responden, prevalensi penyakit hipertensi tampak meningkat sesuai peningkatan umur responden. selain itu prevalensi kurang makan sayur dan buah serta kurang aktivitas fisik juga memiliki prevalensi yang cukup tinggi. Perokok 10 kali lebih banyak pada pria dibandingkan dengan wanita, sedangkan untuk mantan perokok lebih banyak pada usia tua (> 75 tahun). Untuk status gizi pada penduduk dewasa yang dinilai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) untuk berat badan lebih masih dibawah prevalensi nasional, sedangkan prevalensi obese diatas prevalensi nasional. Untuk itu peneliti menjadikan IMT, aktifitas fisik, rokok, konsumsi buah dan sayur sebagai variabel independen, sedangkan hipertensi sebagai variabel dependen

C. Pembatasan Masalah

Agar tidak menyimpang dari permasalahan dan dapat mencapai sasaran yang diharapkan, maka penulis membatasi permasalahan pada: Status Gizi berdasarkan IMT, pola aktivitas fisik, rokok, konsumsi buah dan sayur pada lansia (pria ≥ 45 tahun) yang menderita dan tidak menderita hipertensi di Pulau Kalimantan.

D. Perumusan Masalah

Dari uraian latar belakang di atas dapat diambil suatu perumusan masalah yaitu apakah IMT, aktivitas fisik, rokok, asupan buah dan sayur berpengaruh terhadap kejadian hipertensi pada lansia (laki-laki ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan.

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan IMT, aktivitas fisik, rokok, konsumsi buah, sayur dan kejadian hipertensi pada lansia (laki-laki ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (umur, tingkat pendapatan, dan tipe daerah) pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan

- b. Mengidentifikasi Indeks Massa Tubuh (IMT), pola aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi buah dan sayur pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan
- c. Menganalisa hubungan umur dan kejadian hipertensi pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan
- d. Menganalisa hubungan tipe daerah (perkotaan dan pedesaan) dan kejadian hipertensi pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan
- e. Menganalisa hubungan tingkat pendapatan dan kejadian hipertensi pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan
- f. Menganalisa hubungan IMT dengan kejadian hipertensi pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan
- g. Menganalisa hubungan aktifitas fisik dan kejadian hipertensi pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan
- h. Menganalisa hubungan rokok dan kejadian hipertensi pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan
- i. Menganalisa hubungan konsumsi buah dan kejadian hipertensi pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan
- j. Menganalisa hubungan konsumsi sayur dan kejadian hipertensi pada lansia (pria dengan usia ≥ 45 tahun) di Pulau Kalimantan

F. Manfaat Penelitian

1. Bagi masyarakat

Memberikan wawasan dan tambahan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi dan komplikasinya

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi institusi pendidikan sebagai bahan masukan dalam mengembangkan program studi ilmu gizi dalam mencegah ataupun mengatasi hipertensi

3. Bagi Peneliti

Melalui penelitian ini peneliti dapat menerapkan dan memanfaatkan ilmu yang telah didapat selama pendidikan. Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam membuat penelitian ilmiah, selain itu me pengetahuan peneliti mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi.