

**HUBUNGAN PERILAKU MEROKOK DAN POLA MAKAN  
DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA LANSIA  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIABU  
KABUPATEN MANDAILING NATAL  
TAHUN 2021**

**Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh  
Gelar Sarjana Keperawatan**

**Disusun oleh:  
DEDE HARTONO PULUNGAN  
NIM : 16010107**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
DIKOTA PADANG SIDIMPUAN  
2021**

**HALAMAN PENGESAHAN  
(Hasil Skripsi )**

**HUBUNGAN PERILAKU MEROKOK DAN POLA MAKAN  
DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA LANSIA  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SIABU  
KABUPATEN MANDAILING NATAL  
TAHUN 2021**

Laporan penelitian Ini Telah Disetujui untuk diseminarkan di Hadapan  
Tim Penguji Program Studi Keperawatan Program Sarjana  
Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan  
di Kota Padangsidimpuan

Padangsidimpuan, Juli 2021

**Pembimbing Utama**

**Pembimbing Pendamping**

**Dr. Anto SKM. M. Kes. MM**

**Letnan Dalimunte SKM. M. Kes**

## IDENTITAS PENULIS

Nama :DEDE HARTONO PULUNGAN

Nim :16010107

Tempat/TanggalLahir : LUMBAN DOLOK,22 JUNI 1998

Jenis Kelamin : LAKI-LAKI

Alamat : LUMBAN DOLOK KEC. SIABU KAB. MADINA

Riwayat Pendidikan :

1. 1997 -2003 : SD N 142554 Lumban dolok
2. 2003 -2006 : SMP N 1 Siabu
3. 2006 - 2009 : SMA N 1 Siabu

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya peneliti dapat menyusun skripsi yang berjudul **“Hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia diwilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Aufa Royhan Padangsidimpuan.

Peneliti banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan skripsi ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Dr. Anto SKM. M. Kes. MM selaku Ketua Rektor sekaligus pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Arinil Hidayah,SKM,M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan dikota Padangsidimpuan.
3. Ns.Nanda Masraini Daulay, M.Kep sebagaiKetua Program Studi Keperawatan Universitas Aufa Royhan dikota Padangsidimpuan
4. Letnan Dalimunte SKM. M. Kes selaku pembimbing pendamping, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Kepala Puskesmas Siabu Kab. Mandailing natal, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Puskesmas Siabu Kab. Mandailing natal
6. Seluruh dosen dan staf Program Studi Keperawatan Universitas Aufa Royhan Padangsidimpuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.

Peneliti berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat peneliti butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, juli 2021

Peneliti

**DEDE HARTONO PULUNGAN**  
**NIM : 16010107**

Program Studi Keperawatan Pogram Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Auфа  
Royhan Dikota Padangsidimpuan

Laporan Penelitian, Juli 2021  
Dede Hartono Pulungan

Hubungan Perilaku Merokok Dan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi Pada  
Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun  
2021

#### Abstrak

Tekanan Darah Tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Adapun penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan melalui 2 cara, yaitu terapi non farmakologis dan terapi farmakologis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021. Desain penelitian yang digunakan adalah *Cross- sesctional Study*

Responden pada penelitian ini adalah 82 lansia. Uji statistik menggunakan uji *Chi Square Test* dengan hasil *p value* sebesar 0.003 ( $p < 0.005$ ). Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021.

Kata Kunci : perilaku merokok, pola makan, hipertensi, lansia  
Referensi : Wahyu Rahayu (2015) Data Primer (2021)

Nursing Study Bachelor Program Aufa Royhan University Padangsidempuan  
Faculty Of health.

Research report, Juli 2021  
Dede Hartono Pulungan

The Relationship Of Smoking Behavior And Dietary Habit With Hipertension On  
Elderly At Puskesmas Siabu Districts Mandailing Natal Year 2021

#### Abstract

Hypertension is something increased blood pressure in arteri. Hypertension management can use two ways at farmacologic therapy and non farmacologic therapy . A technique to reduce labor pain can be applied with slow deep breathing with lavender aromatherapy. This Research aim to find out The Relationship Of Smoking Behavior And Dietary Habit With Hipertension On Elderly At Puskesmas Siabu Districts Mandailing Natal Year 2021. Research design uses is *Cross- seshional Study*. Respondents in this study were 82Elderly. Statistic test use *Chi Square* test with p value 0.003 ( $p < 0.005$ ). It can be concluded that there are the relationship of smoking behavior and dietary habit with hipertension on elderly at puskesmas siabu districts mandailing natal year 2021

Keywords : Smoking Behavior, Dietary Habit, Hipertension, Elderly  
Referenc : Wahyu Rahayu (2015) Data Primer (2021)

## DAFTAR ISI

halaman

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>IDENTITAS PENULIS</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACK</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	5
1.3. Tujuan Penelitian .....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Tinjauan Teori .....	7
2.2 Kerangka konsep .....	29
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Jenis penelitian.....	30
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	30
3.3 Populasi dan Sampel.....	31
3.4 Etika Penelitian .....	31
3.5 Metode Pengumpulan Data.....	33
3.6 Pengumpulan Data .....	34
3.7 Rencana Analisa .....	35
3.8 Analisa Data.....	36
<b>BAB 1V HASIL PENELITIAN</b>	
4.1 Hasil Analisa Univariat.....	37
4.2 Hasil Analisa Bivariat.....	38
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
5.1 Karakteristik responden .....	40
<b>BAB VI PENUTUP</b>	
6.1 Kesimpulan.....	45
6.2 Saran.....	46
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	



## DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1 waktu penelitian.....	30
Tabel 2 Definisi Operasional .....	34
Tabel 3 Distribusi frekuensi.....	35
Tabel 4 Analisa bivariat.....	38

**DAFTAR SKEMA/ GAMBAR**

halaman

Skema 3. Kerangka Konsep Penelitian.....29

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permohonan menjadi responden
- Lampiran 2 : Persetujuan menjadi responden (informed consent)
- Lampiran 3: Surat survey pendahuluan dari Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
- Lampiran 4 : Surat balasan survey pendahuluan dari Puskesmas Siabu Kab. Mandailing natal
- Lampiran 5 : Surat izin penelitian dari Universitas Afa Royhan
- Lampiran 6 : Surat balasan penelitian dari Puskesmas Siabu
- Lampiran 7 : Lembar observasi
- Lampiran 8 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 9 : Master tabel
- Lampiran 10: SPSS
- Lampiran 11: Lembar konsultasi

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya di seluruh dunia karena hipertensi merupakan faktor risiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke dan penyakit ginjal yang mana pada tahun 2016 penyakit jantung iskemik dan stroke menjadi dua penyebab kematian utama di dunia (WHO, 2018).

Hipertensi juga penyebab kematian dini pada masyarakat didunia dan semakin lama, permasalahan tersebut semakin meningkat. WHO telah memperkirakan pada tahun 2025 nanti, 1,5milyar orang di dunia akan menderita hipertensi tiap tahunnya. Hipertensi atau yang dikenal pula sebagai tekanan darah tinggi merupakan masalah kesehatan yang mendunia. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (Mills *et al*, 2016). Hipertensi berkontribusi dalam memperburuk penyakit jantung, stroke, dan gagal ginjal (WHO, 2013)

Sampai saat ini, hipertensi masih merupakan tantangan besar di Indonesia. Hipertensi merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer. Hal itu merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi, yaitu sebesar 25,8%, sesuai dengan data Riskesdas 2013. Di samping itu, pengontrolan hipertensi belum adekuat meskipun obat-obatan yang efektif telah banyak tersedia (Kemenkes RI, 2014).

Penyakit terbanyak pada lansia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 yaitu hipertensi (57,6%), artritis (51,9%), stroke (46,1%), masalah gigi dan mulut (19,1%), penyakit paru obstruktif menahun (8,6%) dan diabetes mellitus (4,8%) . (Kemenkes RI, 2014).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2013 secara nasional terjadi peningkatan prevalensi hipertensi dari 7,6 persen pada tahun 2007 menjadi 9,5 persen pada tahun 2013. Provinsi dengan prevalensi hipertensi tertinggi pada tahun 2013 ialah Provinsi Sulawesi Utara (15,2%) (Kemenkes RI, 2014).

Di Sumatera Utara sendiri, sebesar 2,6 % penduduk mengalami hipertensi. Populasi yang semakin tua dan penuaan adalah faktor risiko utama bagi perkembangan hipertensi dan diabetes, sebagaimana penyakit ginjal kronis. Menurut data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2013 penderita hipertensi mencapai 89.067 dan pada tahun 2014 meningkat menjadi 156.383 penderita (Kemenkes RI, 2014).

Menurut data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Mandailing Natal pada tahun 2013 penyakit hipertensi menempati urutan ke 7 dari data sepuluh penyakit terbesar yaitu dengan jumlah penderita hipertensi sebesar (3,95%). Pada tahun 2014 terjadi peningkatan jumlah penderita hipertensi menjadi (4,77%) sehingga hipertensi menempati urutan ke 6 dari sepuluh penyakit terbesar.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Siabu bahwa penderita hipertensi pada lansia tahun 2018 sebanyak 85 penderita. Tahun 2019 penderita hipertensi meningkat menjadi 110 penderita.

Salah satu hal penting yang dapat mempengaruhi kesehatan adalah pola hidup yang tidak sehat. Diantaranya yaitu mengkonsumsi rokok. Rokok memiliki pengaruh yang negative terhadap kesehatan karena kandungan zat kimia pada rokok sangat berbahaya, terutama bagi sistem pernafasan dan jantung. Apalagi jika ini dilakukan oleh para lansia, tentunya akan memiliki risiko yang lebih tinggi. Akan tetapi tetap saja masih ada lansia yang mempunyai kebiasaan merokok.

Salah satu faktor risiko hipertensi adalah kebiasaan merokok. Faktor risiko hipertensi lainnya antara lain umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, dan genetik (faktor resiko yang tidak dapat diubah/dikontrol), serta kebiasaan mengonsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan konsumsi minuman ber alkohol, obesitas, kurang aktifitas fisik, stres, dan penggunaan estrogen/kontrasepsi pil KB (Kemenkes RI, 2014).

Sebagaimana yang telah diketahui, merokok dapat mengakibatkan berbagai macam penyakit. Jumlah perokok dunia mencapai 1,35 miliar orang. Indonesia merupakan negara dengan konsumsi rokok terbesar di dunia, yaitu pada urutan keempat setelah China, Amerika Serikat, dan Rusia. Jumlah batang rokok yang dikonsumsi di Indonesia cenderung meningkat dari 182 milyar batang pada tahun 2001 menjadi 260,8 milyar batang pada tahun 2009 (Gumus *et al*, 2013).

Berdasarkan Penelitian Yuliana, Suheni (2007) tentang “ Hubungan antara Kebiasaan Merokok dengan Kejadian Hipertensi pada Laki-laki Usia 40 tahun Keatas di Rumah Sakit Daerah Cepu.” Jenis penelitian survei analitik dengan desain *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keturunan, berat badan, olahraga, asupan garam dan stres pekerjaan merupakan variabel perancu dalam menilai risiko kebiasaan merokok terhadap kejadian hipertensi di Rumah Sakit daerah Cepu.

Menurut penelitian terdahulu, kejadian hipertensi disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan (mayor) dan faktor risiko yang dapat dikendalikan (minor). Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan meliputi faktor riwayat keluarga, umur, dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat dikendalikan meliputi kebiasaan olahraga, konsumsi kopi, perilaku merokok, konsumsi garam, serta konsumsi alkohol. Kebiasaan merokok mempengaruhi kejadian hipertensi yaitu dilihat dengan adanya aterosklerosis pada seluruh pembuluh darah. Pada penelitian sebelumnya diketahui bahwa perilaku merokok berisiko 2,32 kali menderita hipertensi dibandingkan dengan yang tidak merokok.

Hasil *Global Adult Tobacco Survey (GATS)* tahun 2011 menunjukkan, Indonesia menduduki posisi pertama dengan prevalensi perokok aktif bila dibandingkan dengan negara-negara lain yang melaksanakan GATS, yaitu 67,4% pada laki-laki dan 2,7% pada wanita. Menurut laporan Riskesdas tahun 2010, persentase perokok di pedesaan

lebih tinggi dibandingkan persentase perokok di perkotaan. Dari 86.869 responden di pedesaan, sebanyak 37,4% merupakan perokok aktif, sedangkan di perkotaan sebanyak 32,4% responden merupakan perokok aktif dari 91.057 responden (Depkes, 2012).

Berdasarkan survey pendahuluan dan data yang diperoleh dari Puskesmas Siabu, jumlah penderita hipertensi pada lansia tahun 2020 meningkat sebanyak 110 orang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian diatas rumusan masalah dapat dikemukakan sebagai berikut :

1. Apakah perilaku merokok berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021?
2. Apakah pola makan berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Adapun Tujuan penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus yaitu sebagai berikut :

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**



Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui hubungan perilaku merokok dengan kejadian hipertensi pada lansia.
2. Untuk mengetahui pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Responden**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan pada responden sehingga dapat mengetahui lebih jelas tentang hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi sehingga mengurangi jumlah perokok di wilayah kerja puskesmas Siabu kabupaten Mandailing natal.

### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini dapat di jadikan sebagai bahan masukan dalam menerapkan pengetahuantentang hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia, hasil peneliian ini dapat dijadikan sebagai sumbangan ilmu pengetahuan sebagai pendukung teori yang sudah ada. Dan penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa di perpustakaan Universitas Afa Royhan dikota Padangsidempuan.

### **1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat memberikan pengetahuan yang berharga bagi peneliti selanjutnya, sehingga dapat menerapkan pengalaman ilmiah dimasa mendatang.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Hipertensi**

##### **2.1.1 Pengertian hipertensi**

Tekanan Darah Tinggi (hipertensi) adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Secara umum, hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa gejala, dimana tekanan yang abnormal tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya resiko terhadap stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal. (Rahayu, 2015)

Menurut *World Health Organization* (WHO), hipertensi merupakan suatu kondisi ketika tekanan darah seseorang melebihi 140 mmHg pada *sistolik* dan 90 mmHg pada *diastolik*. Tekanan darah adalah tekanan dari aliran darah di dalam pembuluh nadi (arteri). Ketika jantung kita berdetak, umumnya sampai 60-70 kali dalam 1 menit pada kondisi istirahat (saat duduk atau berbaring), darah dipompa menuju dan melalui pembuluh nadi pada pemeriksaan tekanan darah akan diperoleh dua angka yaitu sistolik dan diastolik (Junaedi, 2013).

Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda (Ardiansyah, 2012).

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang ditunjukkan oleh angka sistolik (bagian atas) dan angka bawah (diastolik) pada pemeriksaan tensi darah menggunakan alat pengukur tekanan darah baik yang berupa cuff air

air raksa (*sphygmomanometer*) ataupun alat digital lainnya. (Pudiastuti, 2013)

### **2.1.2 Patofisiologi**

Tekanan darah dipengaruhi volume sekuncup dan tingkat resistensi perifer. Apabila terjadi peningkatan salah satu variabel tersebut dan tidak terkompensasi, maka dapat menyebabkan timbulnya hipertensi. Tubuh memiliki sistem yang berfungsi mencegah perubahan tekanan darah secara akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi dan mempertahankan stabilitas tekanan darah dalam jangka panjang. Sistem pengendalian tekanan darah sangat kompleks. Pengendalian dimulai dari sistem reaksi cepat seperti refleks kardiovaskuler melalui sistem saraf, refleks kemoreseptor, respon iskemia, dan susunan saraf pusat yang berasal dari atrium, dan arteri pulmonalis otot polos. Sedangkan sistem pengendalian reaksi lambat melalui perpindahan cairan antara sirkulasi kapiler dan rongga interstisial yang dikontrol oleh hormon angiotensin dan vasopresin. Kemudian dilanjutkan sistem poten dan berlangsung dalam jangka panjang yang dipertahankan oleh sistem pengaturan jumlah cairan tubuh yang melibatkan berbagai organ (Nuraini, 2015).

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya Angiotensin II dari Angiotensin I oleh *Angiotensin I Converting Enzyme* (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengatur tekanan darah. Darah mengandung Angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon, senyawa renin yang diproduksi oleh ginjal akan diubah menjadi Angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru,

Angiotensin I diubah menjadi Angiotensin II. Angiotensin II inilah yang memiliki peranan kunci dalam meningkatkan tekanan darah melalui dua aksi utama. Aksi pertama adalah meningkatkan sekresi hormon Antidiuretik (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin (Nuraini, 2015).

Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan ke luar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstraseluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah. Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi hormon Aldosteron dari korteks adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peranan penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, Aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Nuraini, 2015).

Menurut Elizabeth J. Corwin adalah sebagian besar gejala klinis (manifestasi klinis) timbul setelah mengalami hipertensi bertahun-tahun. Manifestasi klinis yang timbul dapat berupa nyeri kepala saat terjaga yang kadang-kadang disertai mual dan muntah akibat peningkatan tekanan darah intrakranium, penglihatan kabur akibat kerusakan retina, ayunan

langkah tidak mantap karena kerusakan susunan saraf, nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen akibat peningkatan tekanan kapiler. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi atau hemiplegia atau gangguan tajam penglihatan. Gejala lain yang sering ditemukan adalah epistaksis, mudah marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang (Nuraini, 2015).

### **2.1.3 Klasifikasi**

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi terbagi menjadi:

#### **1. Hipertensi Primer/Hipertensi Esensial**

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi (Kemenkes RI, 2014).

#### **2. Hipertensi Sekunder/Hipertensi Non Esensial**

Hipertensi yang diketahui penyebabnya. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu, misalnya pil KB (Kemenkes RI, 2014)

Ada pula yang disebut sebagai krisis hipertensi oleh karena jenis hipertensi ini memerlukan penatalaksanaan yang cepat dan tepat dalam

menurunkan tekanan darah (kasus gawat darurat). Krisis hipertensi terbagi atas:

1. Hipertensi urgensi adalah peningkatan tekanan darah hebat ( $>180/120$  mmHg) yang tidak mengancam nyawa namun berhubungan dengan gejala (seperti sakit kepala berat) atau kerusakan sedang organ target. Disarankan untuk terapi obat oral dan evaluasi dalam 24-72 jam (*American Heart Association, 2017 dan National Heart Foundation of Australia, 2016*).

2. Hipertensi emergensi adalah keadaan di mana tekanan darah meningkat sangat tinggi ( $> 180/120$  mmHg) dan terdapat kerusakan atau disfungsi organ target akut (gagal jantung, edema paru akut, infark miokard akut, gagal ginjal akut, defisit neurologi berat, ensefalopati hipertensif, papilloedema, infark serebri, strok hemoragik). Dapat diindikasikan untuk perawatan inap (*intensive care unit*), monitor tekanan darah, dan terapi antihipertensi parenteral (*American Heart Association, 2017 dan National Heart Foundation of Australia, 2016*).

**Tabel 2.1.2** Klasifikasi Tekanan Darah Berdasarkan Kriteria AHA 2017

<b>Klasifikasi</b>	<b>Sistolik (mmHg)</b>		<b>Diastolik (mmHg)</b>
Normal	$< 120$	Dan	$< 80$
Meningkat	120 – 129	Atau	$< 80$
Hipertensi derajat 1	130 – 139	Atau	80 – 89
Hipertensi derajat 2	$\geq 140$	Atau	$\geq 90$

Sumber: *Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults, American Heart Association/AHA, 2017*

Menurut WHO (*World Health Organization*) kelompok golongan umur pada lansia terbagi menjadi 3 kelompok terdiri dari lansia awal berumur 46-55 tahun, lansia akhir berumur 56-65 tahun, manula berumur >65 tahun dari pengelompokan umur terdapat hubungan tekanan darah tinggi terhadap usia. Perubahan gaya hidup di masyarakat merupakan satu faktor terjadinya peningkatan kasus hipertensi. Perubahan gaya hidup ini meliputi aktivitas fisik yang berlebihan, stres, perubahan pola makan yang tidak sehat, kurangnya istirahat. Jenis makanan modern yang saat ini sering dikonsumsi merupakan penyumbang utama terjadinya hipertensi. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mahmudah menyatakan bahwa masih berusaha untuk menemukan dimana hubungan gaya hidup dan pola makandengan kejadian hipertensi pada lansia. Hasil penelitian tersebut dapat menunjukkan bahwa proporsi lansia yang mengalami tekanan darah tinggi sebesar 26,4% dan juga ditemukan hubungan yang signifikan antara asupan lemak dan asupan natrium terhadap kejadian penyakit hipertensi.

#### **2.1.4 Penatalaksanaan**

Adapun penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan melalui 2 cara, yaitu terapi non farmakologis dan terapi farmakologis.

##### **1. Terapi Non Farmakologis**

Menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4 – 6 bulan. Bila

setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan faktor risiko kardiovaskular yang lain, maka sangat dianjurkan untuk memulai terapi farmakologi (PERKI, 2015).

Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan oleh banyak *guidelines* antara lain (PERKI, 2015).

1. Penurunan berat badan. Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dislipidemia (PERKI, 2015).
2. Mengurangi asupan garam. Di negara kita, makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional pada kebanyakan daerah. Tidak jarang pula pasien tidak menyadari kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan, dan sebagainya. Tidak jarang, diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat  $\geq 2$ . Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr/hari (PERKI, 2015).
3. Olah raga. Olah raga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit per hari, minimal 3 hari per minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Terhadap pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerjanya (PERKI, 2015).
4. Mengurangi konsumsi alkohol. Walaupun konsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum di negara kita, namun konsumsi alkohol



semakin hari semakin meningkat seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama di kota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian, membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah (PERKI, 2015).

5. Berhenti merokok. Merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok (PERKI, 2015).

## 2. Terapi Farmakologis

Secara umum, terapi farmakologi pada hipertensi dimulai bila pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat  $\geq 2$ . Beberapa prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping, yaitu :

1. Bila memungkinkan, berikan obat dosis tunggal.
2. Berikan obat generik (non-paten) bila sesuai dan dapat mengurangi biaya.
3. Berikan obat pada pasien usia lanjut (di atas usia 80 tahun) seperti pada usia 55 – 80 tahun, dengan memperhatikan faktor komorbid.
4. Jangan mengombinasikan *angiotensin converting enzyme inhibitor* (ACE-i) dengan *angiotensin II receptor blockers* (ARBs).

5. Berikan edukasi yang menyeluruh kepada pasien mengenai terapi farmakologi.
6. Lakukan pemantauan efek samping obat secara teratur. Algoritma tatalaksana hipertensi yang direkomendasikan berbagai *guidelines* memiliki persamaan prinsip, dan di bawah ini adalah algoritma tatalaksana hipertensi secara umum, yang disadur dari *A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension* tahun 2013 (PERKI, 2015).

### **2.1.5 Teknik Mengukur Tensi Darah**

1. Yang diperiksa duduk santai dengan lengan rileks diatas meja. Telapak tangan menghadap keatas, dan otot lengan tidak boleh menegang
2. Letakkan perangkat tensimeter di dekat lengan yang diperiksa, dengan skala menghadap ke pemeriksa. Pemeriksa bisa duduk atau berdiri di hadapan diperiksa.
3. Pasang kain pembalut (cuff) tensimeter di lengan atas, dengan bagian bawah pembalutnya berada disekitar 3 cm diatas lipat siku. Ketepatan posisi pemasangan ini akan mempengaruhi hasil. Beban hendaknya tidak terlampau ketat dan tidak juga terlalu longgar.
4. Letakkan ujung stetoskop pada lipat siku tempat denyut nadi paling keras teraba dengan tangan kiri. Pasangkan stetoskop ujung satunya di kedua liang telinga.
5. Pegang bola karet tensimeter dengan tangan kanan. Putar katup di pangkal bola pemompa dengan jempol dan telunjuk jarum jam untuk menutup selang. Sambil stetoskop di tangan kiri menekan, lalu pompakan bola

karetnya sehingga tampak air raksa berangsur-angsur naik sehingga bunyi detak jantung masih terdengar di telinga. Stop memompa setelah bunyi detak jantung menghilang. Naikkan pemompaan 30 milimeter air raksa di atas sejak bunyi detak jantung menghilang.

6. Putar balik pemutar katup kebalikan arah jarum jam secara perlahan dengan jempol dan telunjuk tangan kanan setelah selesai memompa. Atur pengenduran katup pemutar, agar laju turunnya air raksa sekitar 3 milimeter per detik. Perhatikan turunnya air raksa pada skala saat pertama kali bunyi detak jantung mulai terdengar. Saat itulah yang ditetapkan sebagai nilai tekanan atas/sistolik. Sementara itu, air raksa terus turun. Perhatikan juga skala air raksa saat bunyi detak jantung sudah menghilang. Saat itulah ditetapkan sebagai nilai tekanan bawah/diastolik. Lalu, kendurkan terus katup sampai air raksa sampai turun tuntas ke bawah skala nol. Cata berapa hasil sistolik dan diastoliknya, dan itulah nilai tensi darah yang dihasilkan. (Ulfah Nurrahmani dan Helmanu Kurniadi, 2015)

### **2.1.6 Faktor-faktor Resiko**

faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi antara lain.

#### **1. Genetik**

Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium. Individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi.

Selain itu, didapatkan 70-80% kasus hipertensi esensial dengan riwayat hipertensi dalam keluarga (Nuraini, 2015).

## 2. Obesitas

Berat badan merupakan faktor determinan pada tekanan darah pada kebanyakan kelompok etnik di semua umur. Menurut National Institutes for Health USA, prevalensi tekanan darah tinggi pada orang dengan Indeks Massa Tubuh (IMT)  $>30$  (obesitas) adalah 38% untuk pria dan 32% untuk wanita, dibandingkan dengan prevalensi 18% untuk pria dan 17% untuk wanita bagi yang memiliki IMT  $<25$  (status gizi normal menurut standar internasional). Menurut Hall (1994) perubahan fisiologis dapat menjelaskan hubungan antara kelebihan berat badan dengan tekanan darah, yaitu terjadinya resistensi insulin dan hiperinsulinemia, aktivasi saraf simpatis dan sistem reninangiotensin, dan perubahan fisik pada ginjal (Nuraini, 2015).

## 3. Jenis kelamin

Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria sama dengan wanita. Namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause salah satunya adalah penyakit jantung koroner. Wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Efek perlindungan estrogen dianggap sebagai penjelasan adanya imunitas wanita pada usia premenopause. Pada premenopause wanita mulai kehilangan sedikit demi

sedikit hormon estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Proses ini terus berlanjut dimana hormon estrogen tersebut berubah kuantitasnya sesuai dengan umur wanita secara alami, yang umumnya mulai terjadi pada wanita umur 45-55 tahun (Nuraini, 2015).

#### 4. Stres

Stres dapat meningkatkan tekanan darah sewaktu. Hormon adrenalin akan meningkat sewaktu kita stres, dan hal itu dapat mengakibatkan jantung memompa darah lebih cepat sehingga tekanan darah pun meningkat (Nuraini, 2015).

#### 5. Kurang olahraga

Olahraga banyak dihubungkan dengan pengelolaan penyakit tidak menular, karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah (untuk hipertensi) dan melatih otot jantung sehingga menjadi terbiasa apabila jantung harus melakukan pekerjaan yang lebih berat karena adanya kondisi tertentu. Kurangnya aktivitas fisik meningkatkan risiko tekanan darah tinggi karena bertambahnya risiko untuk menjadi gemuk. Orang-orang yang tidak aktif cenderung mempunyai detak jantung lebih cepat dan otot jantung mereka harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi, semakin keras dan sering jantung harus memompa semakin besar pula kekuatan yang mendesak arteri (Nuraini, 2015).

#### 6. Asupan garam yang tinggi dalam diet

World Health Organization (WHO) merekomendasikan pola konsumsi garam yang dapat mengurangi risiko terjadinya hipertensi.

Kadar sodium yang direkomendasikan adalah tidak lebih dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram garam) perhari. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkannya, cairan intraseluler ditarik ke luar sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan meningkatnya volume darah, sehingga berdampak kepada timbulnya hipertensi (Nuraini, 2015).

## 7. Kebiasaan merokok

Merokok menyebabkan peningkatan tekanan darah. Perokok berat dapat dihubungkan dengan peningkatan insiden hipertensi maligna dan risiko terjadinya stenosis arteri renal yang mengalami aterosklerosis. Dalam penelitian kohort prospektif oleh dr. Thomas S. Bowman dari Brigham and Women's Hospital, Massachusetts terhadap 28.236 subyek yang awalnya tidak ada riwayat hipertensi, 51% subyek tidak merokok, 36% merupakan perokok pemula, 5% subyek merokok 1-14 batang rokok perhari dan 8% subyek yang merokok lebih dari 15 batang perhari. Subyek terus diteliti dan dalam median waktu 9,8 tahun. Kesimpulan dalam penelitian ini yaitu kejadian hipertensi terbanyak pada kelompok subyek dengan kebiasaan merokok lebih dari 15 batang perhari (Nuraini, 2015).

## **2.2 Perilaku merokok**

### **2.2.1 Pengertian Rokok**

Dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan Pasal 1 Ayat 1, yang dimaksud dengan

rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.

### **2.2.2 Jenis- jenis Rokok**

Berdasarkan bahan bakunya, rokok terbagi menjadi tiga yaitu:

1. Rokok Putih: rokok yang bahan baku atau isinya hanya daun tembakau yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.
2. Rokok Kretek: rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau dan cengkeh yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.
3. Rokok Klembak: rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau, cengkeh, dan kemenyan yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu (Tawbariah *et al*, 2014).

Berdasarkan penggunaan filter, rokok terbagi menjadi dua yaitu:

1. Rokok Filter: rokok yang pada bagian pangkalnya terdapat gabus.
2. Rokok Non Filter: rokok yang pada bagian pangkalnya tidak terdapat gabus.

### **2.2.3. Kandungan Rokok**

Asap rokok (tembakau) mengandung kurang lebih 4000 komponen. Beberapa di antaranya bersifat racun (toksik), beberapa lainnya dapat mengubah sifat sel-sel tubuh menjadi ganas (onkogenik). Setidaknya ada 43

zat dalam tembakau yang sudah diketahui dapat menyebabkan kanker. Zat-zat dalam rokok yang paling besar memberikan dampak kesehatan antara lain nikotin, tar, dan karbon monoksida (CO).

#### 1. Nikotin

Nikotin ( $\beta$ -pyridil- $\alpha$ -N-methyl pyrrolidine) merupakan senyawa organik spesifik yang terkandung dalam daun tembakau. Apabila diisap senyawa ini akan menimbulkan rangsangan psikologis bagi perokok dan membuatnya menjadi ketagihan. Dalam rokok, nikotin berpengaruh terhadap beratnya rasa isap. Semakin tinggi kadar nikotin rasa isapnya semakin berat, sebaliknya tembakau (rokok) yang berkadar nikotin rendah rasanya hambar (Tirtosastro, 2010).

#### 2. Tar

Tar adalah senyawa polinuklin hidrokarbon aromatika yang bersifat karsinogenik. Dengan adanya kandungan tar yang beracun ini, sebagian dapat merusak sel paru karena dapat lengket dan menempel pada jalan nafas dan paru-paru sehingga mengakibatkan terjadinya kanker. Pada saat rokok diisap, tar masuk ke dalam rongga mulut sebagai uap padat asap rokok. Tar adalah substansi hidrokarbon yang bersifat lengket dan menempel pada paru-paru, mengandung bahan-bahan karsinogen. Setelah dingin akan menjadi padat dan membentuk endapan berwarna coklat pada permukaan gigi, saluran pernafasan dan paru-paru. Pengendapan ini bervariasi antara 3-40 mg per batang rokok, sementara kadar dalam rokok berkisar 24-45 mg. Sedangkan bagi rokok yang menggunakan filter dapat



mengalamipenurunan 5-15 mg. Walaupun rokok diberi filter, agen karsinogenik tetap bisa masuk dalam paru-paru (Tirtosastro, 2010).

### 3. Karbon monoksida (CO)

Merupakan gas berbahaya yang terkandung dalam asap pembuangan kendaraan bermotor. Unsur ini dihasilkan oleh pembakaran yang tidak sempurna dari unsur zat arang atau karbon. CO menggantikan 15% oksigen yang seharusnya dibawa oleh sel-sel darah merah. CO juga dapat merusak lapisan dalam pembuluh darah dan meninggikan endapan lemak pada dinding pembuluh darah, menyebabkan pembuluh darah tersumbat (Tirtosastro, 2010).

## **2.3 Pola Makan**

### **2.3.1 Pengertian**

Pola makan adalah cara bagaimana kita mengatur asupan gizi yang seimbang serta yang di butuhkan oleh tubuh. Mengatur pola makan atau disebut diet adalah salah satu cara untuk mengatasi hipertensi tanpa efek samping yang serius, karena metode pengendaliannya yang lebih alami, jika dibandingkan dengan obat penurun tekanan darah yang dapat membuat pasiennya menjadi tergantung seterusnya pada obat tersebut (Sustrani, 2006).

Komplikasi pada tekanan darah tinggi dapat dicegah dengan cara menerapkan gaya hidup sehat dan mengendalikan faktor risiko. Terjadinya perubahan pola makan di kota-kota besar dari pola makan tradisional menjadi pola makan barat yang terdapat komposisinya antara lain terlalu banyak protein, tinggi kalori, gula, rendah serat, dan lemak dapat

menimbulkan ketidakseimbangan konsumsi gizi, dan merupakan faktor risiko terjadinya penyakit degeneratif yaitu hipertensi, jantung koroner, diabetes mellitus dan masalah penyakit lainnya.

Menurut WHO untuk mencegah dan mengontrol tekanan darah dengan cara mengurangi dan mengontrol stres, makanan yang sehat terdiri dari buah buahan, sayur-sayuran segar yang menyediakan nutrisi seperti serat dan kalium, dan membatasi asupan natrium, dan mengurangi makanan yang konsumsi tinggi garam, gula, minuman keras dan kopi. Makanan yang asin dapat menyebabkan penyakit tekanan darah tinggi karena natrium (Na) mempunyai sifat mengikat banyak air, maka makin tinggi natrium dapat membuat volume darah meningkat. Kurang mengkonsumsi sumber makanan yang kandungannya kalium (K) atau kurang serat akan mengakibatkan terjadinya jumlah natrium menumpuk dan akan terjadi meningkatnya resiko hipertensi karena ada tekanan yang terjadi pada detak jantung.

### **2.3.2 Konsumsi *Junk Food***

*Junk food* mengandung sejumlah besar natrium yang dapat meningkatkan volume darah di dalam tubuh sehingga jantung harus memompa darah lebih kuat yang menyebabkan tekanan darah lebih tinggi (hipertensi). (Rumantiningih Sumarni, dkk, 2015). Konsumsi garam memiliki efek langsung terhadap tekanan darah. Telah ditunjukkan bahwa peningkatan tekanan darah ketika semakin tua, yang terjadi pada semua masyarakat kota, merupakan akibat dari banyaknya garam yang di makan. Masyarakat yang mengkonsumsi *junk food* terlalu berlebihan adalah

masyarakat dengan tekanan darah yang meningkat seiring bertambahnya usia. Sebaliknya, masyarakat yang jarang mengonsumsi *junk food* menunjukkan hanya mengalami peningkatan tekanan darah yang sedikit, seiring dengan bertambahnya usia. (Widyaningrum, 2012)

Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa konsumsi *junk food* memiliki resiko 1,14 kali mengalami hipertensi. Konsumsi *junk food* secara teratur yang mengandung garam dan karbohidrat tinggi sangat meningkatkan resiko hipertensi. (Thawornchaisit, 2017)

### **2.3.3 Asupan Natrium**

Menurut Vita Health (2005) dalam Paskah Rina Situmorang (2015), makanan yang diawetkan dan konsumsi garam dapur serta bumbu penyedap dalam jumlah yang tinggi seperti *monosodium glutamat* (MSG), dapat menaikkan tekanan darah karena mengandung natrium dalam cairan ekstraseluler meningkat, untuk menormalkannya, cairan intraseluler ditarik keluar sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler itu menyebabkan meningkatnya volume darah sehingga berdampak pada timbulnya hipertensi

Namun penelitian yang dilakukan oleh Nancy, 2011 tidak menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna antara asupan natrium dengan kejadian hipertensi. Sebagian besar lansia dalam penelitian ini jarang mengonsumsi bahan makanan sumber natrium termasuk garam sebagai bumbu. Hal ini diketahui dari hasil analisis yang menunjukkan bahwa 96,1% lansia yang hipertensi, jarang mengonsumsi natrium, demikian juga dengan 94,7% lansia yang tidak hipertensi. Umumnya para

lansia sudah mengetahui perlunya membatasi konsumsi natrium, termasuk lansia yang hipertensi. (Nancy Swanida, dkk, 2011)

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suprihatin, 2012 menunjukkan bahwa konsumsi makanan tinggi lemak merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi pada masyarakat di Desa Sruni Musuk Boyolali ( $p$ -value 0,827 > 0,05) dengan OR = 1,100 ; CI95% 0,467-2,595. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa orang yang mengkonsumsi makanan tinggi lemak berisiko 1,1 kali terkena hipertensi dibandingkan yang tidak mengkonsumsi makanan yang tinggi lemak. (Suprihatin, 2012)

## **2.4 Lansia**

Pada umumnya, kejadian hipertensi banyak terjadi pada penduduk berusia lanjut namun tidak menutup kemungkinan penduduk usia remaja hingga dewasa juga dapat mengalami penyakit hipertensi tersebut. Remaja dan dewasa muda yang berada pada kisaran usia 15-25 tahun memiliki angka prevalensi hipertensi 1 dari 10 orang. Pada penelitian yang dilakukan oleh Kini (2016), prevalensi pre-hipertensi dan hipertensi pada dewasa muda (usia 20-30 tahun) adalah sebesar 45,2%. Hipertensi kini telah menjadi penyakit degeneratif yang diturunkan kepada anggota keluarga yang memiliki riwayat kejadian hipertensi (Kemenkes RI, 2016).

### **2.4.1. Pengertian Lansia**

Usia lanjut sebagai tahap akhir siklus kehidupan merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai usia lanjut dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari. Usia lanjut adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang

bertahap dalam jangka waktu beberapa decade. Menurut WHO (1989), dikatakan usia lanjut tergantung dari konteks kebutuhan yang tidak dipisah – pisahkan. (Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, 2007)

#### **2.4.2 Klasifikasi Lansia**

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) lanjut usia meliputi :

1. Usia pertengahan (middle age) yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun
2. Usia lanjut (*elderly*) antara 60-74 tahun
3. Usia lanjut tua (*old*) antara 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun

Menurut Kemenkes RI ada lima klasifikasi lansia, yaitu:

1. Pralansia (prasenilis) adalah seseorang yang berusia 45-59 tahun.
2. Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas.
3. Lansia resiko tinggi adalah seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih.
4. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.
5. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya tergantung orang lain.

#### **2.4.3. Proses Penuaan**

Menua adalah proses yang mengakibatkan suatu perubahan bersifat kumulatif, dan suatu proses penurunan daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Secara umum, proses menua adalah perubahan terkait waktu, bersifat universal, intrinsik, profresif dan detrimental (Dewi, 2014). Proses penuaan merupakan proses biologis dimana terdapat perubahan-perubahan dalam tubuh yang terprogram oleh jam

biologis, terjadinya aksi dari zat metabolik akibat mutasi spontan, radikal bebas dan adanya kesalahan pada molekul DNA, dan perubahan yang terjadi di dalam sel ataupun akibat pengaruh dari luar sel. Menurut Dewi & Darwin, 2014 dalam (Christine Yohana, 2017).

Menurut Hernawati dan Ina 2006 dalam (Christine Yohana, 2017), perubahan pada lansia meliputi perubahan biologis, psikologis dan sosiologis. Perubahan biologis diantaranya adalah penurunan fungsi sel otak, penurunan kemampuan, penurunan massa otot dan peningkatan massa lemak yang mengakibatkan penurunan cairan tubuh sehingga kulit kelihatan mengerut, kering serta muncul garis-garis yang menetap pada wajah, penurunan indera penglihatan, dan penurunan indera pendengaran yang menyebabkan lansia kurang aktif dan mengganggu kegiatan sehari-hari. Perubahan psikologis berupa ketidakmampuan untuk mengadakan penyesuaian terhadap situasi yang dihadapi misalnya sindrom lepas jabatan dan sedih yang berkepanjangan. Perubahan sosiologis lansia sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pemahaman terhadap diri sendiri. Perubahan ini disebabkan oleh perubahan status sosial, misalnya pensiunan.

#### **2.4.4 Masalah Kesehatan Lanjut Usia**

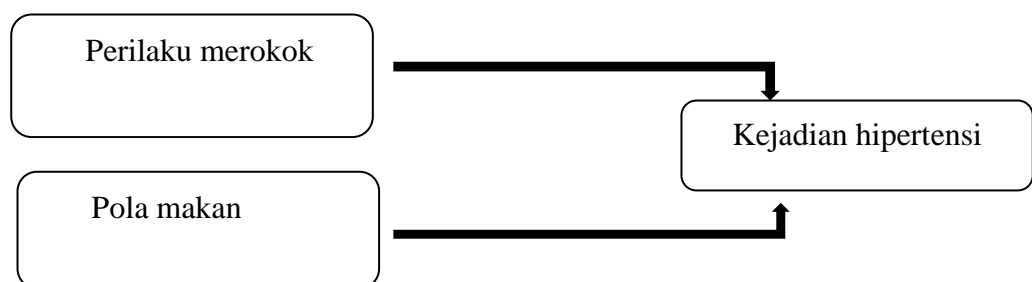
Menurut Badan Pusat Statistik 2015 dalam (Christine Yohana, 2017), seiring dengan penambahan umur, proporsi lansia yang mengalami keluhan kesehatan semakin besar. Sebanyak 37,11% penduduk pra lansia mengalami keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir, meningkat menjadi 48,39 % pada lansia muda, meningkat lagi menjadi 57,65 % pada lansia madya, dan proporsi tertinggi pada lansia tua yaitu sebesar 64,01 % (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Keluhan kesehatan itu sendiri adalah

suatu keadaan dimana seseorang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan, baik karena penyakit akut/kronis, kecelakaan, kriminalitas, atau sebab lainnya.

Kemunduran pada fungsi organ tubuh khususnya lansia menyebabkan rawan terhadap serangan berbagai penyakit kronis, seperti diabetes melitus, stroke, gagal ginjal, kanker, hipertensi, dan jantung. Jenis-jenis keluhan kesehatan pada lansia dapat mengindikasikan gejala awal dari penyakit kronis yang sebenarnya tengah diderita. Adapun jenis keluhan kesehatan yang paling banyak dialami lansia adalah keluhan lainnya, yaitu jenis keluhan kesehatan yang secara khusus memang diderita lansia seperti asam urat, darah tinggi, darah rendah, reumatik, diabetes, dan berbagai jenis penyakit kronis lainnya (Badan Pusat Statistik, 2015).

## 2.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian, rumusan masalah dan landasan teoritis, maka penulis dapat menggambarkan kerangka konsep sebagai berikut :



**Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian**

## 2.6 Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis alternative (Ha)
  - b. Adanya hubungan perilaku merokok dengan kejadian hipertensi pada ansia

- c. Adanya hubungan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia

## 2. Hipotesis Null ( $H_0$ )

- a. tidak ada hubungan perilaku merokok dengan kejadian hipertensi pada lansia
- b. tidak ada hubungan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia.



**BAB 3**  
**METODE PENELITIAN**

**3.1 Jenis dan Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah *Cross- sesctional Study* yang menghubungkan antara dua variabel, yaitu variabel bebas (perilaku merokok) dan (pola makan ) dengan variabel terikat (hipertensi pada lansia).

**3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

**3.2.1 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal. Lokasi ini dipilih karena memiliki banyak pasien hipertensi dan juga wilayah tempat tinggal peneliti sehingga memudahkan peneliti untuk meneliti dan mendapatkan data yang sesuai dengan penelitian.

**3.2.2 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian ini adalah mulai bulan Januari 2021

Tabel 1. Jadwal penelitian tahun 2020

NO.	KEGIATAN	BULAN							
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS
1.	Pengajuan Judul								
2.	Pembuatan proposal								
3.	Seminar proposal								
4.	Penelitian								
5.	Sidang hasil								

### **3.3 Populasi dan Sampel**

#### **3.3.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang ada di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021 yaitu sebanyak 180 orang.

#### **3.3.2 Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian lansia yang ada di wilayah kerja Puskesmas Siabu dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel yang memenuhi kriteria didapatkan berjumlah 82 sampel. Adapun kriteria pengambilan sampel dalam penelitian ini sebagai berikut :

##### **1. Kriteria Inklusi**

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Lansia yang mengalami hipertensi dan merokok
- c. Lansia yang tidak mengalami komplikasi (sesak nafas dan hipertensi berat)

##### **2. Kriteria eksklusi**

- a. Tidak bersedia menjadi responden
- b. Lansia yang tidak tinggal di wilayah kerja puskesmas Siabu

### **3.4 Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, etika merupakan salah satu hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Hal ini disebabkan karena penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia. Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Afa Royhan dikota Padangsidimpuan,

Provinsi Sumatera Utara. Setelah surat izin diperoleh peneliti melakukan observasi kepada responden dengan memperhatikan etika sebagai berikut :

#### **3.4.1. Lembar Persetujuan Responden (*informed consent* )**

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* ini diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat , dan kerahasiaan.

#### **3.4.2. Tanpa Nama (*Anonymity* )**

Dalam melaksanakan penelitian ini peneliti tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

#### **3.4.3. Kerahasiaan (*confidentiality* )**

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh

peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset penelitian . (Hidayat, 2007 )

### **3.5 Metode Pengumpulan Data**

Proses pengumpulan data dilakukan dalam beberapa tahap :

- a. Peneliti terlebih dahulu mengurus surat survey pendahuluan dari institusi pendidikan.
- b. Setelah mendapat surat survey pendahuluan dari institusi pendidikan peneliti mengajukan surat survey pendahuluan ke Puskesmas Siabu kabupaten Mandailing natal
- c. Setelah Kepala Puskesmas Siabu kabupaten Mandailing natal memberikan surat balasan izin penelitian, peneliti mengadakan pendekatan kepada responden sehingga peneliti memperoleh data primer.
- d. Apabila calon responden bersedia menjadi responden, maka peneliti akan meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
- e. Memeriksa tekanan darah responden / pasien lansia, Setelah itu peneliti mengkaji kembali yang dirasakan oleh responden setelah diperiksa tekanan darah responden.
- f. Semua hasil ditulis dalam lembar observasi.
- g. Setelah selesai mengisi lembar observasi, peneliti mengecek kembali kelengkapan lembar observasi tersebut.
- h. Kemudian peneliti melakukan analisa data.

### 3.5 Defenisi Operasional

Tabel 2. Defenisi operasional

Variabel	Depenisi Operasional	Skala	Alat Ukur	Hasil Ukur
Variabel Independent Perilaku Merokok	Keadaan mengisap hasil olahan tembakau dan terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman <i>Nicotiana tabacum</i> , <i>Nicotiana rustica</i> , dan spesies lainnya atau sintetisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.	Nominal	Kuesioner	Merokok: 1. Merokok :apabila lansia menghisap $\geq 3$ batang rokok dalam sehari. 2. Tidak merokok : apabila lansia tidak menghisap $\geq 3$ batang rokok dalam sehari.
Pola Makan	Pola makan adalah kebiasaan lansia dalam mengkonsumsi berbagaai jenis makanan untuk memenuhi kebutuhan gizinya baik kuantitas maupun kualitasnya	Ordinal	Kuesioner	1. Beresiko: apabila mengkonsumsi makanan yang mengandung natrium,lemak jenuh hewani maupun nabati 2. Tidak beresiko: Apabila tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung natrium,lemak jenuh hewani maupun nabati
Dependen Hipertensi	Keadaan tekanan darah lansia yang melebihi batas normal berdasarkan pemeriksaan dokter yang tercatat dalam rekam medis	ordinal	sfigmomanometer dan stetoskop	Hipertensi : Apabila tekanan darah $\geq 130/80$ mmHg  Tidak hipertensi: Apabila tekanan darah $\leq 130/80$ mmHg)

### **3.6 Rencana Analisa**

Merupakan proses penataan data karena data hasil pengumpulan masih merupakan data kasar, pengolahan data digunakan agar data dapat diorganisasikan, disajikan dan analisis hingga dapat ditarik kesimpulan, analisa pengolahan data terdiri dari:

- a. Editing adalah proses pengecekan atau memeriksa data yang telah berhasil di kumpulkan dari tempat penelitian, karna ada kemungkinan data yang telah masuk tidak memenuhi syarat atau tidak dibutuhkan. Tujuan dilakukan editing adalah untuk mengoreksi kesalahan –kesalahan dan kekurangan data yang terdapat pada tempat penelitian.
- b. Koding adalah kegiatan pemberian kode tertentu pada tiap-tiap data yang termasuk kategori yang sama.
- c. Skoring Yaitu memberi tanda /nilai pada data agar mudah untuk diolah
- d. Entri Merupakan kegiatan memasukkan data yang sudah di kode kedalam program komputer.
- e. Tabulasi adalah proses penempatan data kedalam bentuk tabel yang telah diberi kode sesuai dengan kebutuhan analisis. Tabel-tabel yang dibuat sebaiknya mampu meringkas agar memudahkan dalam proses analisa data.

### **3.7 Analisa Data**

Setelah semua data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah menganalisa data, sehingga data tersebut dapat tertarik menjadi suatu

kesimpulan. Adapun data dianalisis dengan menggunakan program komputer yang meliputi:

#### 1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik tiap variabel penelitian (Notoadmojo, 2010). Analisa univariat digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang di teliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat.

#### 2. Analisa Bivariat

Analisa yang dilakukan kepada kedua variabel yang dikira memiliki hubungan atau kolerasi (Notoadmojo, 2010). Untuk dapat mengetahui hubungan kedua variabel apakah signifikan atau tidak dengan kebenaran 0,05 menggunakan uji *chi- square*.

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

Padababinimenguraikanhasilpenelitian yang dilaksanakan di PuskesmasSiabuKecamatanSiabuKabupatenMandailing Natal pada tanggal 5 April 2021 denganJumlah 82 orang lansia. Hasil penelitianinidisajikandalamduabagianyaitu data umum dan data Khusus. Data umummenyajikankarakteristikrespondenberdasarkan Jenis Kelamin, Umur,

Pendidikan, Jenis Pekerjaan, Agama, dan Suku. Data Khusus dalam penelitian ini meliputi perilaku merokok pada lansia yang menderita hipertensi dan pola makan lansia yang menderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal.

#### 4.1 Hasil Analisa Univariat

Berdasarkan Penelitian pada tanggal 5 April 2021 di Puskesmas Siabu diperoleh data sebagai berikut :

1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

**Tabel 4.1.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Jenis Kelamin Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021**

<b>Jenis kelamin</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
laki-laki	78	95.1
Perempuan	4	4.9
Total	82	100.0

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.1.1 diketahui responden sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 95,1 % dan perempuan sebanyak 4,9 %.

2. Karakteristik responden berdasarkan umur

**Tabel 4.1.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021**

<b>Kelompok Umur</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
46-55 tahun	38	46.3
56-65 tahun	11	13.4
>65 tahun	33	40.2
Total	82	100.0



Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.1.2 menunjukkan rata-rata usia responden yaitu 46-55 tahun dengan usia terendah yaitu 50 tahun dan usia tertinggi yaitu 76 tahun.

### 3. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

**Tabel 4.1.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Tingkat Pendidikan Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021**

Tingkat Pendidikan	F	%
Tidak sekolah	21	25.6
SD	36	43.9
SMP	19	23.2
SMA	6	7.3
Total	82	100.0

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.1.3 menunjukkan tingkat pendidikan responden tertinggi yaitu SD sebesar 43,9% dan tingkat pendidikan responden terendah SMA sebanyak 7,3%.

### 4. Karakteristik responden berdasarkan Jenis pekerjaan

**Tabel 4.1.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Jenis Pekerjaan Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021**

Jenis Pekerjaan	F	%
Petani	44	53.7
Wiraswasta	6	7.3
PNS	7	8.5

Lain-lain	25	30.5
Total	82	100.0

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel

4.1.4 menunjukkan pekerjaan tertinggi responden yaitu petani sebesar 53,7% dan pekerjaan terendah wiraswasta sebesar 7,3%.

#### 5. Karakteristik responden berdasarkan agama

Seluruh responden beragama Islam, karena penduduk wilayah puskesmas Siabu mayoritas menganut agama Islam.

#### 6. Karakteristik responden berdasarkan suku

**Tabel 4.1.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Suku Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021**

Suku	F	%
Batak	81	98.8
Jawa	1	1.2
Total	82	100.0

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.1.6 menunjukkan rata-rata responden bersuku Batak yaitu sebanyak 81 orang dan hanya 1 suku Jawa, karena penduduk wilayah puskesmas Siabu mayoritas bersuku Batak.

#### 7. Karakteristik responden berdasarkan perilaku merokok

**Tabel 4.1.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perilaku Merokok Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021**

Perilaku merokok	F	%
Tidak merokok	32	39.0

Merokok	50	61.0
Total	82	100.0

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.1.7 menunjukkan rata-rata responden merokok yaitu 61,0 % jumlah rokok yang dihabiskan responden per hari yaitu 10- 20 batang / hari. Dan tidak merokok 39,0 %.

#### 8. Karakteristik responden berdasarkan Pola makan

**Tabel 4.1.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pola Makan Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021**

Pola makan	F	%
Beresiko	55	67.1
Tidak beresiko	27	32.9
Total	82	100.0

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.1.8 menunjukkan rata-rata responden polamakannya Beresiko yaitu sekitar 67,1 % karena sering mengonsumsi makanan yang mengandung natrium, lemak jenuh hewan maupun nabati yang berlebihan.

#### 9. Karakteristik responden berdasarkan kejadian hipertensi

**Tabel 4.1.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kejadian Hipertensi Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021.**

kejadian hipertensi	F	%
Tidak hipertensi	19	23.2
Hipertensi	63	76.8
Total	82	100.0

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan tabel 4.1.9 menunjukkan responden banyak yang mengalami hipertensi yaitu sebesar 76.8 %.

#### 4.2 Hasil Analisa Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variable bebas dan variable terikat dengan uji statistik yang disesuaikan dengan skala data yang ada. Uji statistik yang digunakan *Chi-Square* Berikut adalah hasil analisis bivariat di bawah ini:

1. Hubungan perilaku merokok dengan Kejadian Hipertensi pada lansia di Puskesmas Siabu

**Tabel 4.2.1 Hubungan Perilaku Merokok Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021.**

Perilaku merokok	Kejadian hipertensi				jumlah	P
	Tidak Hipertensi		Hipertensi			
	n	%	n	%		
Tidak merokok	13	40,6	19	59,4	32	0,003
Merokok	6	12,6	44	88,0	50	
Jumlah	19	23,2	63	76,8	82	

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan table di atas dengan menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan hasil uji statistic didapatkan nilai  $p = 0,003$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima artinya terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dengan kejadian hipertensi.

2. Hubungan pola makan dengan Kejadian Hipertensi pada lansia di Puskesmas Siabu

**Tabel 4.2.1 Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2021**

Kejadian hipertensi	jumlah
---------------------	--------

Pola makan	Tidak Hipertensi		Hipertensi		P
	N	%	n	%	
Tidak Beresiko	8	14.5	47	85.5	0,008
Beresiko	11	40.7	16	59.3	
Jumlah	19	23,2	63	76,8	

Sumber : Data Primer, 2021

Berdasarkan table di atas dengan menggunakan uji *Chi Square* menunjukkan hasil uji statistic didapatkan nilai  $p = 0,008$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima artinya terdapat hubungan yang signifikan antara pola makan dengan kejadian hipertensi.

Hasil analisis tabel 4.2.1 dapat disimpulkan bahwa hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada 82 orang lansia di puskesmas Siabu terdapat hubungan yang signifikan karena  $p < 0.05$ .

## BAB 5

### PEMBAHASAN

#### 5.1 Karakteristik Responden

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Siabu, dari 82 responden sebanyak 78 responden merupakan laki-laki dan 4 responden lainnya adalah perempuan. Hal ini sejalan dengan penelitian Chen (2016), perokok cenderung berjenis kelamin laki-laki dengan rasio perbandingan antar laki-laki dan perempuan sebesar 9:1. Laki-laki cenderung tidak segan untuk merokok di tempat umum dibanding perempuan yang cenderung malu dan menutupi perilaku merokoknya (Kurnela, 2014). Berdasarkan penelitian laki-laki cenderung merokok secara rutin dengan frekuensi yang lebih banyak dibanding perempuan. Tingginya angka perokok laki-laki dibanding perempuan dikaitkan dengan budaya di wilayah Puskesmas Siabu yang menganggap perilaku merokok merupakan hal yang tabu dan kurang sopan untuk dilakukan perempuan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui usia rata-rata responden yaitu 46-55 tahun. Responden dalam penelitian memasuki usia yang berisiko untuk mengalami hipertensi. Perilaku merokok yang dimiliki oleh responden mengakibatkan kontrol TD yang buruk. Menurut Goverwa (2016) seseorang yang tidak merokok berisiko untuk mengalami hipertensi terkontrol pada usia di atas 60 tahun, namun berdasarkan hasil penelitian ini penderita hipertensi yang merokok telah memiliki hipertensi terkontrol sebelum berusia 60 tahun ke atas.

Hal

ini mengindikasikan bahwa perilaku merokok mempercepat seseorang untuk mengalami hipertensi.

Berdasarkan hasil peneliti diketahui bahwa responden di Puskesmas Siaburata-rata berpendidikan tingkat SD yaitu sebanyak 36 orang dengan persentase 43,9 % beragama Islam dan sukubatak.

Berdasarkan data hasil penelitian sebagai besar responden memiliki pekerjaan sebagai petani yaitu 44 orang dari 82 responden dengan persentase sebesar 53,7%. Faktor lingkungan merupakan faktor eksternal perilaku merokok. Lingkungan kerja yang mayoritasnya adalah perokok akan memudahkan seseorang untuk menjadi perokok pula atau mempertahankan kebiasaan merokok mereka. Menurut Trisanti (2016) jika lingkungan sekitar adalah perokok hal ini bisa menjadi agen imitasi terbaik, dan jika lingkungan sekitar adalah bukan perokok namun tidak ada larangan untuk merokok maka hal ini akan menimbulkan sikap permisif yang mendukung kebiasaan merokok.

Berdasarkan data hasil penelitian rata-rata responden di Puskesmas Siabu menghisap 10-20 batang rokok per hari. Menurut Sunyoto (2015) zat kardiadidalam rokok bersifat kumulatif, sehingga semakin banyak jumlah batang rokok yang dihisap maka semakin banyak juga zat beracun yang masuk kedalam tubuh yang dapat menyebabkan timbulnya hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Siabu menunjukkan bahwa dari 82 responden yang mendapatkan perokok yang paling banyak adalah perokok sebanyak 50 orang 61,0 %. Penelitian ini sejalan dengan Handayani, 2015 tentang hubungan perilaku merokok dengan angka kejadian hipertensi di

desa Trosobo Kecamatan Sambu Kabupaten Boyolali dengan sampel 68 responden didapatkan hasil mayoritas yang berperilaku merokok sedang sebanyak 37 responden (54,44%). Penelitian ini tidak didukung oleh Retnaningsih D. 2017 tentang perilaku merokok dengan kejadian hipertensi pada lansia menunjukkan hasil peneliti dari 50 responden menunjukkan bahwa sebagian besar lansia laki-laki memiliki perilaku merokok dalam kategori berat dengan jumlah 11 orang (22,0%), yaitu perilaku merokok yang mengonsumsi rokok 11-21 batang dengan selang waktu 31-60 menit dari bangun tidur. Menurut Aula (2010) jumlah konsumsi rokok per hari dapat digunakan sebagai indikator tingkat merokok seseorang. Dalam penelitian ini konsumsi rokok dikategorikan menjadi 3 yaitu mengonsumsi rokok 11-21 batang dengan selang waktu 31-60 menit dari bangun tidur (perokok ringan), mengonsumsi rokok sekitar 21-31 batang sehari dengan selang waktu sejak bangun tidur berkisar 6-30 menit (perokok sedang, dan mengonsumsi rokok lebih dari 31 batang per hari dengan selang waktu merokok 5 menit setelah bangun pagi (perokok berat). Perilaku merokok pada orang dewasa dan remaja umumnya semakin meningkat sesuai dengan tahap perkembangan yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi dan intensitas merokok, dan sering mengakibatkan mereka mengalami ketergantungan nikotin.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Siabu menunjukkan bahwa dari 82 responden, responden paling banyak adalah responden Hipertensi sebanyak 76,8% (63 orang)



Penelitian ini sejalan dengan Sriani 2017 tentang hubungan antar perilaku kejadian hipertensi pada laki-laki usia 18-44 tahun diketahui bahwa responden yang mengalami hipertensi lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak hipertensi, yaitu sebanyak 59 (54,13%) orang. Penelitian juga dilakukan oleh Kurniawan, 2017 tentang hubungan perilaku merokok dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Pajangan Bantul dengan hasil dapat diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan kejadian hipertensi pada pasien hipertensi di Puskesmas Pajangan Bantul, sebagian besar adalah responden termasuk kategori Hipertensi Grade I yaitu sebanyak 33 responden (84,6%).

Merokok dan kebiasaan olah raga dengan Hasil uji statistik dengan uji *chi square* didapatkan nilai  $p = 0,00$  yang menunjukkan bahwa ada hubungan antar perilaku merokok dengan status hipertensi pada penderita hipertensi di Puskesmas Perumnas II Kota Pontianak. Hal ini berarti perilaku merokok merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya hipertensi tak terkontrol.

## 5.2 Perilaku Merokok dengan Kejadian Hipertensi

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan dari 82 perilaku tidak merokok dan tidak hipertensi 40,6 sedangkan perilaku tidak merokok dan hipertensi 59,4. Total perilaku tidak merokok dan merokok yang tidak Hipertensi adalah 23,2%. Perilaku merokok dan tidak hipertensi ada 12,0 sedangkan perilaku merokok dan hipertensi adalah 88,0 dan total keseluruhan

perilaku tidak merokok dan merokok yang mengalami hipertensi sebanyak 76,8 %.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 82 sampel didapatkan tidak merokok dan tidak hipertensi sebanyak 13 responden, hipertensi sebanyak 19 responden. Perokok dan mengalami hipertensi sebanyak 6 responden, hipertensi sebanyak 44 responden. Hasil analisis dengan uji hipotesis dari merokok dengan hipertensi menggunakan uji *chi-square* ( $P$  value < 0,05), menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara merokok dengan hipertensi dimana  $P$  Value = 0,003 lebih kecil dari 0,005 ( $P$  value < 0,005).

Penelitian yang sama oleh Paat (2014) Penelitian dilakukan di Desa Motoling Dua Kecamatan Motoling Kabupaten Minahasa Selatan diperoleh responden yang merokok dengan riwayat hipertensi berjumlah 71 responden (53.0%), dengan hasil uji statistik *Chi Square* membuktikan bahwa ada hubungan antara status merokok dengan kejadian hipertensi pada laki-laki usia 40-65 tahun dengan nilai  $p = 0,001$ . Atau  $\leq 0.05$ .

Penelitian ini juga didukung oleh Yashinta, 2015 tentang hubungan merokok dengan kejadian hipertensi pada laki-laki usia 35-65 tahun di Kota Padang. Hasil uji *chi-square* didapatkan adanya hubungan bermakna antara jenis rokok dengan kejadian hipertensi ( $p = 0,017$ ).

### **5.3 Pola Makan dengan kejadian Hipertensi**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan dari 82 lansia yang pola makan tidak beresiko dan tidak hipertensi sebanyak 14,5 sedangkan pola makan tidak beresiko dan hipertensi ada 85,5 %. Total pola makan tidak beresiko dan beresiko yang tidak Hipertensi adalah 23,2%. Pola makan beresiko dan tidak hipertensi ada 40,7 % sedangkan pola makan beresiko dan mengalami hipertensi adalah 59,3 %, sehingga total keseluruhan dari 82 lansia yang pola makannya beresiko dan tidak beresiko yang mengalami hipertensi sebanyak 76,8 %.

Hasil analisis dengan uji hipotesis dari pola makan dengan hipertensi menggunakan uji *chi-square* ( $P$  value < 0,05), menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pola makan dengan kejadian hipertensi dimana  $P$  Value = 0,008 lebih kecil dari 0.05 ( $P$  value < 0,05).

Penelitian ini sejalan dengan Fany (2014) tentang hubungan pola makan dengan angka kejadian hipertensi di desa Limbung dusun Mulyorejo, penelitian menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan pada kelompok kasus yang pola makan pemucusering yaitu sebesar 61,9% lebih besar di bandingkan pada kelompok kontrol. Berdasarkan hasil perhitungan Uji statistik *Chi Square* ( $X^2$ ) diperoleh  $p$  value = 0,009 (<0,05) sehingga  $H_a$  diterima. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pola makan pemucudengan kejadian hipertensi pada lansia di Desa Limbung Dusun Mulyorejo Posyandu Bunda Kabupaten Kubu Raya

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **1.1 Kesimpulan**

1. Hasil uji chi-square didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia ( $p < 0,05$ ) yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima artinya terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja puskesmas Siabu.
2. Dari hasil penelitian perilaku merokok dengan kejadian hipertensi pada lansia terdapat hubungan yang signifikan karena  $p = 0,003$  jadi  $p < 0,05$  artinya  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima berarti terdapat hubungan yang

signifikan antara perilaku merokok dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja puskesmas Siabu.

3. Dari hasil penelitian pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia terdapat hubungan yang signifikan karena  $p = 0.008$  jadi  $p < 0,05$  artinya  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima berarti terdapat hubungan yang signifikan antara pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah puskesmas Siabu.

## **6.2 Saran**

Dari hasil penelitian tentang hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021, maka peneliti memberikan saran :

### **1. Bagi responden**

Diharapkan responden mampu mengubah perilaku merokok dan pola makan dengan lebih baik sehingga kejadian hipertensi pada responden dapat teratasi.

### **2. Bagi institusi Pendidikan Keperawatan**

Diharapkan bagi institusi pendidikan dapat melahirkan peneliti-peneliti yang dapat mengembangkan dan menyempurnakan penelitian ini sehingga dapat menekan angka kejadian hipertensi pada lansia.

### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya agar dapat menjadikan penelitian ini sebagai dasar untuk penelitian terbaru yang lebih bagus lagi dan mengembangkan penelitian ini sehingga penelitian ini menjadi lebih sempurna.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ardiansyah . 2012. *Medical bedah untk mahasiswa*. Yogyakarta. Diva Press.
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta. Rieneka Cipta
- Almatsier, Sunita. 2010. *Penuntun Diet*, PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Bandiyah. 2009. *Lanjut Usia Dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta. Nuha Medika
- Bustan N. *Manajemen pengendalian penyakit tidak menular*. Jakarta; Rineka Cipta; 2015.
- Decroli, E. 2019. *Diabetes melitus Tipe 2*. Padang. Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Deviliani , 2018, hubungan perilaku merokok terhadap status hipertensi pada penderita hipertensi di puskesmas perumnas ii kota pontianak, universitas tanjungpura pontianak,
- Dinas Kesehata*, 2018, Profil Kesehatan, Sumatera Utara, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2019.
- Dwi Retnaningsih, Menik Kustriyani, Bayu Tirta Sanjaya*, 2015, Perilaku Merokok Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia, STIKES Widya Husada Semarang.
- Dwi Retnaningsih, Menik Kustriyani, Bayu Tirta Sanjaya*, 2015 Peilaku Merokok Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lasia STIKES Widya Husada Semarang
- Kesuma Indah Sriani, Rudi Fakhriadi, Dian Rosadi*, 2016,
- Fany Ilyasa Gusti, Ridha Abduh. Budiastutik Indah 2013, *Jurnal Mahasiswa dan Peneliti Kesehatan* hubungan antara obesitas, pola makan, aktifitas fisik, merokok dan lama tidur dengan kejadian hipertensi pada lansia, Posyandu Bunda Kabupaten Kubu Raya,
- Gumus, A., Kayhan, S., Cinarka, H., Sahin, U. (2013). *The Effect of Cigarette Smoking on Blood Pressure and Hypertension*. *ABCmed*, 1:7-9.  
<http://www.madina.go.id/wp-content/uploads/2014/11/RENSTRA-DINKES-TAHUN-2014.pdf>
- [Hubungan Antara Perilaku Merokok dan Kebiasaan Olah Raga Dengan Kejadian Hipertensi Pada Laki-Laki Usia 18-44 Tahun, Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat](#)
- Irene Megawati Umbas, Josef Tuda, Muhamad Numansyah*, 2019, Hubungan Antara Merokok Dengan Hipertensi Di Puskesmas Kawangkoan, Universitas Sam Ratulangi,

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Riset kesehatan dasar tahun 2013. Jakarta ; 2013.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2013. Jakarta.

Laura Ana Manik, Imanuel Sri Mei Wulandari, 2020, Jurnal kesehatan, Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi pada Anggota Prolanis di Wilayah Kerja Puskesmas Parongpong

Mahmasani subkhi, 2016, *Hubungan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Posyandu Mawar Desa Sangubanyu Kabupaten Purworejo*, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Niven, Neil. 2009. *Psikologi Kesehatan*. ECG .Jakarta

Noerinta Ridhasta Dewi, 2018, Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Kelurahan Manisrejo Kota Madiun, Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun

Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*, edisi PT. Asdi Mahasatya.

Notoatmodjo. 2012. *Metodelogi penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta

Novvy Anggraenny, 2019, Hubungan Meroko Dengan Tekanan Darah Pada Awak Kapal Di Wilayah Kerja KKP KLS III Palang Karaya, Universitas Airlangga

Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *Medical Journal of Lampung University*, 4(5), pp10-19. 10-19

Nurchayani, F. H., Bustamam, N., Diandini, R. (2011). Hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi di layanan kesehatan. *Bina Widya*, 22(4), pp.185-90.

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Info Data dan Informasi (infoDATIN): Hipertensi*. Jakarta: Kemenkes RI.

Pusdiknakes [dokumen di internet]. 2014 [diunduh 21 Oktober 2020] tersedia dari: <http://www.pusdiknakes.go.id>.

Rahayu Utaminingsih, Wahyu. 2015. "Mengenal dan Mencegah Penyakit Diabetes, Hipertensi, Jantung dan Stroke Untuk Hidup Lebih Berkualitas". Yogyakarta: Media Ilmu

Rahayu Utaminingsih, Wahyu. 2015. "Mengenal dan Mencegah Penyakit Diabetes, Hipertensi, Jantung dan Stroke Untuk Hidup Lebih Berkualitas". Yogyakarta: Media Ilmu

Saipiul Nurhidayat, 2018, Jurnal Kesehatan, Hubungan Frekuensi Merokok Dengan Kejadian Hipertensi Pada Masyarakat, Fakultas Keperawatan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo



Septian Emma Dwi Jatmika, Muchsin Maulana, 2015, Perilaku Merokok Pada Penderita Hipertensi di Desa Sidokarto Kecamatan Godean, Sleman, Yogyakarta Universitas

Ahmad Dahlan

Setyo Wibowo, Eko. 2014. "Hubungan Pola Hidup Lansia Dengan Hipertensi Terhadap Status Tekanan Darah Di Wilayah Kerja Puskesmas I Baturraden Kecamatan Baturraden Kabupaten Banyumas". Purwokerto

Skripsi Keperawatan Riset Kesehatan Dasar. 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.

Shadine M. *Mengenal penyakit hipertensi, diabetes, stroke dan jantung*. Fmedia; 2010.

Soetardjo S. *Gizi seimbang dalam daur kehidupan*. Jakarta: Gramedia; 2011.

Soekidjo Notoatmodjo. 2009. *Promosi Kesehatan, Teori dan aplikasi* jilid I, Edisi I Jakarta. Rineka Cipta.

Soekidjo Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.

Srirawinda, Firdaus Kunoli, Eka Prasetya Hati Baculu, 2018, Jurnal Kesehatan, Hubungan Perilaku Merokok Dan Pola Konsumsi Kopi Dengan Terjadinya Hipertensi di Puskesmas Momunu Kabupaten Boul. Kabupaten Boul.

Sumarni, Rumantiningih, Sampurno, Edi dan Aprilia, Veriani. 2015. "Konsumsi *Junk Food* Berhubungan Dengan Hipertensi Pada Lansia Di Kecamatan Kasihan Bantul". Yogyakarta: Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia Vol 3, No 2

Susilo Y. *Cara mengatasi hipertensi*. Yogyakarta: CV Andi Offset; 2011.

Suprihatin, Widodo, Arif dan Ambarwati. 2011. "Analisis Faktor Resiko Kejadian Hipertensi Pada Masyarakat Di Desa Sruni Musuk Boyolali". Boyolali: Skripsi Keperawatan

Suyono S, 2010. *Diabetes melitus di indonesia* dalam: Sudoyo, aru W, et al. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jilid III Edisi V Jakarta interna publishing pusat penbitan ilmu penyakit dalam

Weber, M. A. *et al.* (2014). Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Clin Hypertension*, 16(1), pp. 14-26.

*Wiwi Wardani Tanjung, Putri Handayani, Hotmaria Rambe, 2016, Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia, Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Hipertensi Pada Wanita Dewasa di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Tua Kecamatan Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal..*

*Yuniar Tri Gesela Arum, 2019, Hipertensi pada Penduduk Usia Produktif, Universitas Airlangga, Indonesia*

## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : DEDE HARTONO PULUNGAN

Tempat/Tanggal Lahir : Lumban dolok, 22 Juni 1998

Alamat : Lumbandolok Kec. Siabu Kab. Mandailing natal

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Aafa Royhan Padangsidimpuan yang akan melaksanakan penelitian dengan judul **“Hubungan perilaku merokok dan pola makandengan kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021”**. Oleh karena itu, peneliti memohon kesediaan bapak / ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak menimbulkan dampak yang merugikan pada responden, serta semua informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dimanfaatkan untuk keperluan penelitian.

Apabila bapak / ibu telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang menyebabkan bapak / ibu untuk mengundurkan diri, maka siswa diperbolehkan untuk mengundurkan diri menjadi responden penelitian ini. Apabila bapak / ibu setuju, peneliti memohon kesediaan bapak / ibu untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang peneliti sertakan bersamasurat ini. Namun apabila bapak / ibu tidak bersedia menjadi responden, maka peneliti tidak akan memaksa bapak / ibu dan keluarga. Atas perhatian dan kesediaan bapak / ibu untuk menjadi responden saya ucapkan terima kasih yang sebanyak-banyaknya.

**Peneliti**

**(DEDE HARTONO PULUNGAN)**

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah saya membaca dan mendengar penjelasan dari Saudara DEDE HARTONO PULUNGAN yang akan melaksanakan penelitian dengan judul **“Hubungan perilaku merokok dan pola makandengan kejadian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021”**, maka saya bersedia menjadi responden penelitian dan berjanji untuk memberikan informasi dengan sebenar – benarnya sesuai dengan pengetahuan yang saya miliki.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Siabu , April 2021

Yang memberi pernyataan,

( )

**KUESIONER PENELITIAN**  
**HUBUNGAN PERILAKU MEROKOK DAN POLA MAKAN DENGAN**  
**KEJADIAN HIPERTENSI PADA LANSIA DI WILAYAH KERJA**  
**PUSKESMAS SIABU KABUPATEN MANDAILING NATAL TAHUN 2021**

**Data Demografi**

1. Nama :
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
3. Umur : 1. 60-65 tahun 2. 66-70 tahun
4. Pendidikan : 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Lain-lain
5. Jenis Pekerjaan : 1. Petani 2. Wiraswasta 3. PNS 4. Lain-lain
6. Agama : 1. Islam 2. Kristen 3. Hindu 4. Budha
7. Suku : 1. Batak 2. Jawa

**1. Perilaku Merokok**

Petunjuk Pengisian

Berilah tanda checklist (✓) pada kolom yang sesuai dengan diri anda.

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saya merokok terutama saat merasa cemas / gelisah / jenuh / kesal				
2.	Saya merokok baik saat merasa gelisah atau pun tenang				
3.	Saya merokok jika mulut saya terasa asam				

4.	Sayamerokok kapanpun sayamau				
5.	Sayamerasapusingjika tidakmerokok dalam sehari				
6.	Sayamerokok baik saat cuaca dingin maupun panas				
7.	Sayamerokok terutama setelah makan				
8.	Sayamerokok saat cuaca dingin				
9.	Sayamerokok maksimal empat batang dalam sehari				
10.	Sayamerokok dalam jumlah batang tetap ( tidak bertambah) dalam sehari				
11.	Sayamerokok dalam jumlah batang yang terus bertambah dari hari ke hari				
12.	Sayamerokok lebih dari tujuh batang rokok sehari				
13.	Sayamerokok terutama ditempat sepi/ tidak ada orang				
14.	Sayamenghisap rokok yang memiliki kandungan nikotin dan tar yang lebih banyak ( seperti rokok kretek, non-filter, cerutu )				
15.	Sayamenghisap rokok yang memiliki aroma rasa yang khas ( seperti : gubahan filter, djarum super dll)				
16.	Sayamenghisap rokok yang memiliki kandungan nikotin dan tar rendah				
17.	Sayamerokok dimanapun (dikendaraan , ditempat umum, dll)				
18.	Sayamerokok saat bersamatemam				
19.	Sayamengajak temansaya untuk merokok				
20.	Sayamerokok saat sedang sendiri dan juga saat bersamatemam				
21.	Sayamerokok terutama saat adatemam yang mengajak untuk merokok				

Keterangan penilaian :

Nilai 53-72 : tinggi

Nilai 47-52 : sedang

Nilai 38-46 : rendah

## 2. Pola Makan

Petunjuk Pengisian

Berilah tanda checklist (✓) pada kolom yang sesuai dengan diri anda.

No.	Pernyataan	Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah	Jarang
1.	Saya selalukan 3 kali dalam sehari				
2.	Saya selalukan sarapan pagi sebelum melakukan aktiviti				
3.	Saya sering mengonsumsi makanan instan karena bisa memenuhi kebutuhan gizi				
4.	Setiap hari saya mengonsumsi makanan sesuai dengan kebutuhan gizi				
5.	Sulit untuk mengikuti anjuran makan beraneka ragam makanan dan sesuai makanan sehat				
6.	Konsumsi garam tidak perlu dihindari pada penderita hipertensi.				
7.	Saya tertarik dengan makanan tertentu				
8.	Penderita hipertensi sebaiknya memeriksa tekanan darah secara teratur tiap bulanan dan mengontrol pola makan				
9.	Saya mengurangi kebiasaan merokok sehari-hari dan minum alkohol				
10.	Jika istirahat cukup tetapi masih pusing teruskan saja minum obat anti hipertensi				
11.	Saya sering mengonsumsi kuning telur dan jeroan				
12.	Saya sering minum kopi setiap hari				

Januari 2021

Siabu,

)

(



## **BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL SKRIPSI**

Nama : **DEDE HARTONO PULUNGAN**

Nim : **16010107**

Judul : **Hubungan perilaku merokok dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Siabu Kabupaten Mandailing Natal tahun 2021**

No.	Kritik dan Saran	Perbaikan
1.	Penguji 1	1. Perbaikan Bab 3 populasi 2. Perbaikan Depenisi operasional 3. Perbaikan Penulisan
2.	Penguji 2	1. Bab 2 Perbaikan Penulisan 2. Perbaikan Bab 3 populasi 3. Perbaikan Depenisi operasional

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

**Kes**                      **Dr. Anto SKM. M. Kes. MM**

**Letnan Dalimunte SKM. M.**

Ketua penguji

Anggota penguji

**Ns. Adi Antoni, M. Kep  
M. Kes**

**Novita Sari Batubara, S. ST,**



## KARAKTERISTIK RESPONDEN

### jeniskelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	78	95.1	95.1	95.1
	perempuan	4	4.9	4.9	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

### umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	46-55 tahun	38	46.3	46.3	46.3
	56-65 tahun	11	13.4	13.4	59.8
	>65 tahun	33	40.2	40.2	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

### pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK SEKOLAH	21	25.6	25.6	25.6
	SD	36	43.9	43.9	69.5
	SMP	19	23.2	23.2	92.7
	SMA	6	7.3	7.3	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

### jenispekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petani	44	53.7	53.7	53.7
	wiraswasta	6	7.3	7.3	61.0
	PNS	7	8.5	8.5	69.5
	LAIN-LAIN	25	30.5	30.5	100.0

**jenispekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petani	44	53.7	53.7	53.7
	wiraswasta	6	7.3	7.3	61.0
	PNS	7	8.5	8.5	69.5
	LAIN-LAIN	25	30.5	30.5	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

**agama**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	islam	82	100.0	100.0	100.0

**suku**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	batak	81	98.8	98.8	98.8
	jawa	1	1.2	1.2	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

**perokok**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ringan	32	39.0	39.0	39.0
	Berat	50	61.0	61.0	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

**Polamakan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	55	67.1	67.1	67.1
	tidakberesiko	27	32.9	32.9	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

**tekanandarah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	derajat 1	19	23.2	23.2	23.2
	derajat 2	63	76.8	76.8	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

**perokok \* tekanandarah Crosstabulation**

			tekanandarah		Total
			derajat 1	derajat 2	
perokok	ringan	Count	13	19	32
		% within perokok	40.6%	59.4%	100.0%
	berat	Count	6	44	50
		% within perokok	12.0%	88.0%	100.0%
Total		Count	19	63	82
		% within perokok	23.2%	76.8%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.981 <sup>a</sup>	1	.003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7.445	1	.006		
Likelihood Ratio	8.856	1	.003		
Fisher's Exact Test				.006	.003
Linear-by-Linear Association	8.872	1	.003		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	82				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.41.

b. Computed only for a 2x2 table

**Polamakan \* tekanandarah Crosstabulation**

			tekanandarah		Total
			derajat 1	derajat 2	
Polamakan	Beresiko	Count	8	47	55
		% within Polamakan	14.5%	85.5%	100.0%
	tidakberesiko	Count	11	16	27
		% within Polamakan	40.7%	59.3%	100.0%
Total	Count		19	63	82
	% within Polamakan		23.2%	76.8%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.981 <sup>a</sup>	1	.008	.012	.010
Continuity Correction <sup>b</sup>	5.587	1	.018		
Likelihood Ratio	6.658	1	.010		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.895	1	.009		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	82				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.26.

b. Computed only for a 2x2 table

**perokok \* tekanandarah Crosstabulation**

			tekanandarah		Total
			derajat 1	derajat 2	
perokok	ringan	Count	13	19	32
		% within perokok	40.6%	59.4%	100.0%
	berat	Count	6	44	50
		% within perokok	12.0%	88.0%	100.0%

Total	Count	19	63	82
	% within perokok	23.2%	76.8%	100.0%