

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
HIPERTENSI PADA LANSIA DI PUSKESMAS
REMAJA SAMARINDA
2016**

SKRIPSI



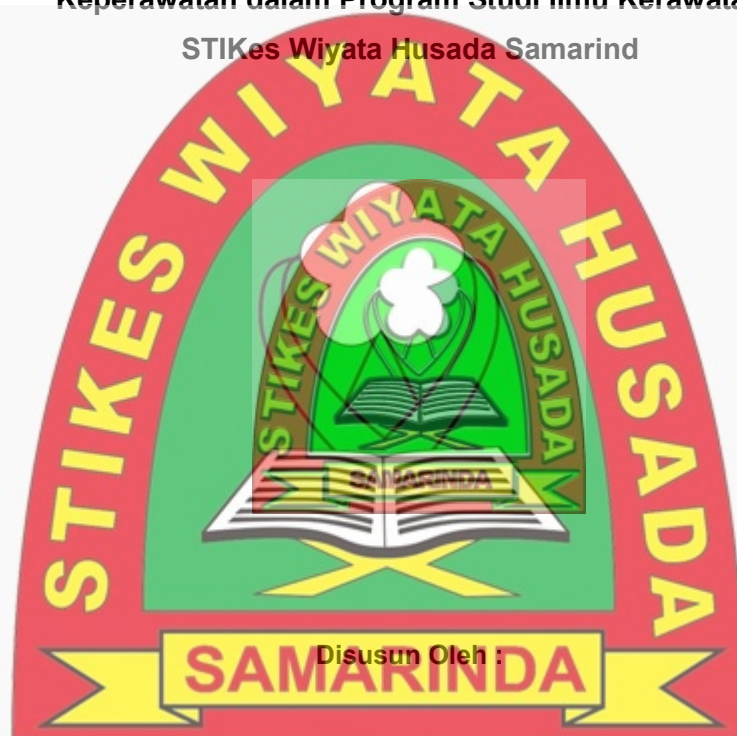
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2016**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
HIPERTENSI PADA LANSIA DI PUSKESMAS
REMAJA SAMARINDA
2016**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Sarjana
Keperawatan dalam Program Studi Ilmu Keperawatan**

STIKes Wiyata Husada Samarinda



Nama : SULTIANA

NIM : 11.0492.294.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2016**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun



SULTIANA

NIM 11049229401

HALAMAN PENGESAHAN

FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI
PADA LANSIA DI PUSKESMAS REMAJA SAMARINDA 2016

SKRIPSI

Disusun Oleh:

SULTIANA
11.0492.294.01

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 28 Juni 2016

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Solichin, S.Kp., M.Kep
NIDN: 3409047001

(.....)

2. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

(.....)

3. Ns. Marja Sri Hartati, S.Kep
NIP: 198004082011012001

(.....)

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
S1 Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 413072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Sultiana
NIM : 11.0492.294.01
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul Skripsi : faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja samarinda

Samarinda, juni 2015



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kehadiran Allah SWT, atas berkat rahmat dan karunia-Nya jualah, sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Penulisan Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.

Penulisan Skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak dan dalam kesempatan ini pula penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada :

- 
1. Ns, Edy Mulyono, S.pd S. Kep, M.Kep., selaku Ketua Stikes Wiyata Husada Samarinda
 2. Ns, Rusdi S. Kep, M.Kep., selaku Ketua Stikes Wiyata Husada Samarinda dan Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, pengarahan dan saran dalam penyelesaian Skripsi ini.
 3. Ns, Maria Sri Hartati, S.Kep., selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dan dorongan semangat dengan sabar selama penulis menyusun skripsi.
 4. Dr. Tiori Karo Karo., selaku Pimpinan Puskesmas Remaja Samarinda yang telah memberikan ijin untuk melakukan pengumpulan data dan studi pendahuluan dalam penyusunan skripsi.
 5. Orang Tua tercinta, Hardiansyah G., selaku Ayah saya., Yulia Wati selaku Ibu saya, dan kedua adik saya, Mardianus, Saulus., yang telah memerikan doa, dukungan, motivasi serta semangat dan nasehat yang baik secara moral maupun spritual kepada saya.
 6. Rekan-rekan Stikes WHS., Selvianus Saputra Higa Bayo, Yunni Ahdariana, Berta Bong Hajang, Kiki Najhiah, Ryan Rahmat Hidayat, Tri Febrianto, Riski Arianur., yang telah banyak memberi motivasi dan

dukungan

7. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun secara tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam menyusun skripsi.

Penulis menyadari bahwa Skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan ataupun kesalahan. Penulis dengan rendah hati akan menerima semua saran dan kritik yang membangun demi sempurnanya Skripsi ini.

Harapan dari penulis, semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda pada umumnya dan penulis pada khususnya sehingga dapat menambah pengetahuan, manfaat dan inspirasi bagi pembaca.



Samarinda, Juni 2016

Sultiana

11,0492,294,01

ABSTRAK

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA LANSIA DI PUSKESMAS REMAJA SAMARINDA 2016

Oleh ; Sultiana¹, Rusdi², Hartati, Maria Sri³

Penduduk lansia di Indonesia sebesar 24 juta jiwa atau 9,77% dari total jumlah penduduk menurut JNC VII 2013, hipertensi ditemukan sebanyak 60-70% pada populasi lansia berusia diatas 65 tahun, lansia yang berumur 80 tahun sering mengalami hipertensi persisten. Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 di Indonesia setelah stroke dan tuberkulosis, yakni mencapai 6,8% dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia. Pada tahun 2014 sebesar 339 lansia yang menderita hipertensi di puskesmas remaja samarinda.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di Puskesmas Remaja Samarinda pada tahun 2015.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Sebagai populasi adalah lansia yang berusia 60-75 tahun keatas yang datang ke poli lansia di puskesmas remaja samarinda. Sampel berjumlah 77 responden yang dipilih secara *probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel accidental sampling. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Data dianalisa dengan menggunakan *Chi square*.

Kesimpulan Berdasarkan hasil uji pearson chi square diperoleh disimpulkan bahwa Ada hubungan Kebiasaan merokok dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja. nilai p sebesar 0,010. Nilai $p < \alpha$ (0,05). Tidak ada hubungan Kebiasaan minum alkohol dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja. nilai p sebesar 0,722 Nilai $p > \alpha$ (0,05). Ada hubungan Kebiasaan Olahraga dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja nilai p sebesar 0,021. Nilai $p < \alpha$ (0,05).

Saran penelitian mengenai Hipertensi agar hendaknya meneliti seluruh faktor-faktor yang berhubungan dengan hipertensi. Peneliti selanjutnya dapat menggunakan analisis lebih lanjut untuk mengetahui faktor mana yang paling berhubungan dengan kejadian hipertensi.

Kata Kunci : Lanjut Usia, Hipertensi. Puskesmas.

¹ Mahasiswa, ² Stikes Wiyata Husada Samarinda, ³ Puskesmas Remaja

ABSTRACT

FACTORS RELATED TO EVENTS HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN HEALTH TEEN SAMARINDA 2016

by; Sultiana 1, Rusdi. Hartati. Maria Sri3

The elderly population in Indonesia by 24 million people or 9.77% of the total population according to JNC VII in 2013, hypertension was found as much as 60-70% in the elderly population aged over 65 years, the elderly over 80 years old often experience persistent hypertension. Hypertension is the third leading cause of death in Indonesia after stroke and tuberculosis, which reached 6.8% of the population of deaths in all age groups in Indonesia. In 2014 amounted to 339 elderly people who suffer from hypertension in adolescent health centers samarinda.

This study aims to determine the factors associated with hypertension in the elderly in Samarinda Adolescent Health Center in 2015.

The design used in this research is descriptive analytic with cross sectional approach. As the elderly population is aged 60-75 years of age who come to the poly elderly in adolescent health centers samarinda. Sample of 77 respondents selected by probability sampling with accidental sampling techniques. The research instrument used questionnaire. Data were analyzed using Chi-square.

Conclusion Based on Pearson chi square test results obtained concluded that smoking habit There is a relationship with the Genesis of Hypertension in Teens Health Center. p value of 0.010. The p-value $\leq \alpha$ (0.05). There is no relationship Drinking alcohol with Genesis Hypertension in Teens Health Center. p value of 0.722 Value $p > \alpha$ (0.05). There is a relationship Habit Sports Events Hypertension in Teens Health Center p value of 0.021. The p-value $\leq \alpha$ (0.05)

Suggestions research on hypertension that should investigate all the factors associated with hypertension. Researchers can then use further analysis to determine which factors are most associated with hypertension.

Keywords: Elderly, Hypertension. PHC.

1 student, 2 STIKES Wiyata Husada Samarinda, 3 Adolescent Health Center

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|-----------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | ii |
| HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI | iii |
| KATA PENGANTAR..... | iv |
| DAFTAR ISI | vi |
| DAFTAR TABEL..... | ix |
| DAFTAR GAMBAR..... | x |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xi |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar belakang | 1 |
| B. Rumusan masalah..... | 6 |
| C. Tujuan Penelitian | 6 |
| D. Manfaat penelitian | 7 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 9 |
| A. Konsep Hipertensi..... | 9 |
| B. Konsep Lansia | 25 |
| C. Kerangka Teori..... | 40 |
| D. Keterbatasan Penelitian..... | 41 |
| BAB III KERANGKA KONSEPTUAL, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESA..... | 43 |
| A. Kerangka Konseptual | 43 |
| B. Hipotesis..... | 42 |
| C. Definisi operasional..... | 44 |
| BAB IV METODOLOGI PENELITIAN | 47 |
| A. Desain penelitian..... | 47 |
| B. Populasi dan Sampel..... | 47 |
| C. Waktu dan Tempat Penelitian..... | 48 |
| D. Alur Penelitian..... | 52 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| E. Pengolahan Data..... | 52 |
| F. Analisa Data..... | 53 |
| G. Etika penelitian..... | 55 |
| BAB V HASIL PENELITIAN | 57 |
| H. Hasil Penelitian..... | 57 |
| 1. Analisis Univariat..... | 57 |
| 2. Analisis Bivariat..... | 62 |



| | |
|--|----|
| BAB VI PEMBAHASAN | 66 |
| A. Analisis Univariat..... | 66 |
| B. Analisis Bivariat..... | 75 |
| 1. Hubungan kebiasaan Merokok dengan kejadian hipertensi..... | 75 |
| 2. Hubungan kebiasaan Minum alkohol dengan kejadian hipertensi | 77 |
| 3. Hubungan Aktifitas Fisik dengan kejadian hipertensi Esensial..... | 79 |
| A. Keterbatasan Penelitian..... | 81 |

| | |
|---|----|
| BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN | 82 |
| A. Kesimpulan..... | 82 |
| B. Saran..... | 83 |

DAFTAR PUSTAKA

Lampiran



DAFTAR TABEL

| Tabal | Halaman |
|---|---------|
| Table 2.1 Klasifikasi hipertensi menurut WHO..... | 24 |
| Table 2.2 Klasifikasi hipertensi sistolik menurut WHO..... | 25 |
| Table 2.3 Klasifikasi hipertensi diastolik menurut WHO..... | 25 |
| Table Klasifikasi hipertensi berat menurut WHO..... | 25 |
| Table 3.1 Definisi operasional..... | 40 |
| Table 4.1 kisi-kisi kuesioner gaya hidup..... | 51 |



DAFTAR GAMBAR

| Gambar | Halaman |
|---|---------|
| Gambar 2.1: Kerangka Teori..... | 32 |
| Gambar 3.1 Bagan kerangka konseptual penelitian | 34 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| Lampiran 1 Lembar Penjelasan Responden | A-1 |
| Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden..... | B-1 |
| Lampiran 3 Rencana Penelitian..... | C-1 |
| Lampiran 4 Rencana Anggaran Penelitian..... | D-1 |
| Lampiran 5 LembarKuesioner penelitian..... | E-1 |
| Lampiran 6 Lembar Konsultasi Pembimbing..... | F-1 |



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Meningkatnya prevalensi hipertensi setiap tahun menjadi masalah utama di negara berkembang dan negara maju. Berbagai perubahan fisiologis akibat proses penuaan akan dialami oleh lansia yang diantaranya memicu terjadinya hipertensi. Hipertensi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Ratna, 2009).

Hipertensi adalah keadaan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala, yang akan berkelanjutan pada organ target, seperti stroke (untuk otak) depkes RI 2013. Makin tinggi tekanan darah, maka makin kerja jantung harus bekerja untuk tetap memompa melawan hambatan. Karena beban berlebihan yang diletakkannya di arteri, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan pelapukan dan kerusakanya, terutama pada organ-organ yang dituju, yakni otak. Beberapa penyebab hipertensi dikarenakan oleh makanan yang tinggi sodium, stress psikologi, kegelisahan dan hiperaktivitas. Sekitar 20 % dari semua lansia yang menderita hipertensi dan menurut statistik angka ini terus meningkat. Sekitar 40 % dari semua kematian di bawah usia 70 tahun adalah akibat hipertensi (Wiwik, 2014).

Data Global status report on Noncommunicable Diseases berkembang memiliki penderita hipertensi, sedangkan Negara maju hanya 35%. Kawasan Afrika memegang posisi puncak penderita hipertensi sebanyak 46%. Sementara kawasan Amerika menempati posisi dengan 35%. Kawasan Asia Tenggara, 36% lansia yang menderita hipertensi. Untuk kawasan Asia penyakit ini telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Hal ini menandakan satu dari tiga orang menderita hipertensi (WHO, 2014).

Hipertensi dapat menyerang hampir semua golongan masyarakat diseluruh dunia. Jumlah mereka yang menderita hipertensi dari tahun ketahun. Dari data penelitian terakhir dikemukakan bahwa terdapat 50 juta (21,7%) lansia Amerika menderita hipertensi. Penderita hipertensi juga juga menyerang Thailand sebesar 17% dari total penduduk, Vietnam 34,6%,

Malasiya 29,9%, di Indonesia memiliki angka yang cukup tinggi, yaitu 15% bayangkan saja 15% dari 230 juta penduduk Indonesia, berarti 35 juta penduduk Indonesia terkena hipertensi. (Ari, 2011)

Penyakit tidak menular di Indonesia sendiri, terutama hipertensi terjadi penurunan dari 31,7% di tahun 2012 menjadi 25,8% di tahun 2013. Terjadinya penurunan hipertensi bisa bermacam-macam mulai dari alat ukur hipertensi sampai pada kemungkinan masyarakat sudah mulai datang berobat ke fasilitas kesehatan. Tetapi terjadi peningkatan hipertensi setelah dilakukan wawancara, di tahun 2012 7,6% meningkat pertahun, hingga 9,5% pertahun di tahun 2013, (kemenkes, RI, 2013)

Penduduk lansia di Indonesia sebesar 24 juta jiwa atau 9,77% dari total jumlah penduduk menurut JNC VII 2013, hipertensi ditemukan sebanyak 60-70% pada populasi lansia berusia diatas 65 tahun, lansia yang berumur 80 tahun sering mengalami hipertensi persisten. Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 di Indonesia setelah stroke (15,4%) dan tuberkulosis (7,5%), yakni mencapai 6,8% dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia (Depkes, RI, 2014).

Masalah hipertensi yang ditemukan adalah besarnya prevalensi di Indonesia dan di setiap provinsi. dapat dilihat, secara nasional adalah 32,2%. Prevalensi tertinggi ditemukan di Provinsi Kalimantan Selatan (39,6%) sedangkan terendah di Papua Barat (20,1%). Prevalensi hipertensi nasional berdasarkan pengukuran saja adalah 28,3%; Provinsi dengan prevalensi tertinggi tetap Kalimantan Selatan (35,0%), yang terendah juga tetap Papua Barat (17,6%). Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan, prevalensi secara nasional hanya 7,7%, tertinggi didapatkan di Sulawesi Utara (11,4%), dan terendah di Papua (4,2%). Cakupan tenaga kesehatan terhadap hipertensi adalah 24,2%, dan dua provinsi dengan cakupan tenaga kesehatan yang cukup tinggi adalah Sulawesi Utara (37,4%) dan Papua Barat (35,3%), sedangkan terendah ditemukan di Sulawesi Barat (13,9%). Perlu diketahui Provinsi Kalimantan Selatan yang mempunyai prevalensi hipertensi tertinggi ternyata cakupan tenaga kesehatan hanya 24,0%. Hal ini berarti bahwa masih ada 76,0% kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis. (Ekowati, 2014)

Berdasarkan Prevalensi hipertensi berdasarkan provinsi seindonesia di

Aceh 33,1%, Sumatra Utara 20,5%, Sumatra Barat 26,9%, Riau 24,1%, Jambi 18,4%, Sumatra Selatan 20,0%, Bengkulu 33,1%, Lampung 28,7, Bangka Belitung 23,9%, Kepulauan Riau 25,4%, DKI Jakarta 34,0, Jawa Barat 31,0%, Jawa Tengah 31,0%, DI Yogyakarta 21,4%, Jawa Timur 24,0%, Banten 20,1%, Bali 31,2%, Nusa Tenggara Barat 19,6%, Nusa Tenggara Timur 20,7%, Kalimantan Barat 18,1%, Kalimantan Tengah 28,2%, Kalimantan Selatan 28,9%, Kalimantan Timur 24,0%, Sulawesi Utara 29,7%, Sulawesi Tengah 37,4%, Sulawesi Selatan 22,4%, Sulawesi Tenggara 20,3%, Gorontalo 23,1%, Sulawesi Barat 31,7%, Maluku 13,9%, Maluku Utara 15,0%, Papua Barat 18,3%, Papua 35,3%. (Ekawati, 2014).

Prevalensi hipertensi di Kalimantan Timur berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 31,3%, dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 9,7%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 9,0%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 25,1% - 39,7%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kutai Barat, sedangkan terendah di Kutai Timur. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 6%-18,7%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di Kalimantan Timur, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kutai Kartanegara. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Kutai Kartanegara maupun di wilayah lainnya di Kalimantan Timur belum ditanggulangi dengan baik. (Risikesdas, 2014).

Hasil riset kesehatan dasar (*Risikesda*) Balitbangkes tahun 2013 menunjukkan prevalensi hipertensi secara nasional mencapai 31,7%, di Kalimantan Timur prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 9%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kutai Barat sebanyak 18,7%, sedangkan terendah di Kutai Kartanegara sebanyak 6,0%, untuk Samarinda prevalensi hipertensi adalah 9,9%. (Risikesdas, 2013). Berdasarkan hasil studi pendahuluan bulan 8 tahun 2014

sebesar 339 lansia yang terkena hipertensi di puskesmas remaja samarinda. hipertensi merupakan penyakit nomor tiga paling mematikan, hipertensi lebih rentan terhadap lansia yang mempunyai keturunan hipertensi, hipertensi juga di sebut dengan *silent killer*.

Faktor dan penyebab terjadinya hipertensi antara lain: a). Faktor keturunan, seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk menderita hipertensi jika orangtuanya penderita hipertensi, b) Ciri perseorangan, yaitu umur, jenis kelamin, dan ras. Umur yang bertambah akan menyebabkan terjadinya kenaikan tekanan darah. Tekanan darah pria umumnya lebih tinggi dibandingkan wanita. Data statistik di Amerika menunjukkan hipertensi pada orang kulit hitam hampir dua kali lebih banyak dibandingkan dengan orang kulit putih. c). Kebiasaan hidup, antara lain: Konsumsi garam yang tinggi. Berdasarkan data statistik diketahui bahwa hipertensi jarang diderita oleh suku bangsa atau penduduk dengan konsumsi garam yang rendah. Dunia kedokteran juga telah membuktikan bahwa pembatasan konsumsi garam (natrium) oleh obat diuretik (pelancar kencing) akan menurunkan tekanan darah lebih lanjut. Kegemukan atau makanan yang berlebihan (Gunawan. 2013)

Berdasarkan uraian diatas menunjukkan bahwa hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di puskesmas remaja samarinda. Oleh karena itu peneliti sangat tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja samarinda tahun 2015 .

B. Rumusan Masalah

Perumusan masalah penelitian ini adalah “apa sajakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja samarinda ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan umum untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan).
- b. Mengidentifikasi gambaran kebiasaan merokok pada klien hipertensi di Puskesmas Remaja.
- c. Mengidentifikasi gambaran kebiasaan minum alkohol pada klien hipertensi di Puskesmas Remaja.
- d. Mengidentifikasi gambaran kebiasaan Olahraga pada klien hipertensi di Puskesmas Remaja.
- e. Menganalisis hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Remaja.
- f. Menganalisis hubungan kebiasaan minum alkohol dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Remaja.
- g. Menganalisis hubungan kebiasaan aktifitas fisik dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Remaja.

D. Manfaat Penelitian

- a. Bagi Peneliti

Penelitian ini sangat bermanfaat bagi peneliti untuk mengetahui sejauh mana hipertensi yang mempengaruhi lansia pada zaman modren, tentang hipertensi pada lansia

- b. Bagi Puskesmas Remaja Samarinda

Penelitian ini memberikan masukan terhadap puskesmas remaja samrinda dalam mengendalikan hipertensi pada lansia tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia

- c. Bagi Institusi Pendidikan dan Mahasiswa

Hasil penelitian ini dapat memberikan sumber bagi mahasiswa mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia, dan bisa bermanfaat bagi penelitan yang selajutnya dan mengembangkan teori hipertensi pada lansia.

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi mahasiswa STIKES Wiyata Husada Samrinda dalam menimba ilmu keperawatan di STIKES WHS khususnya dalam memberikan pendidikan tentang hipertensi pada lansia

E. Keaslian penelitian

Keaslian penelitian perlu dibuktikan dengan melihat penelitian sebelumnya mengenai penelitian yang memiliki beberapa kesamaan sebagai pembuktian bahwa judul yang akan diteliti belum pernah diteliti sebelumnya berikut beberapa penelitian yang hampir sama :

Djauhar Arif¹, Rusnoto, Dewi Hartinah, (2013), faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di pusling desa Klumpit UPT Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus Provinsi Jawa Tengah. Metode penelitian ini adalah *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh penduduk lansia yang berkunjung ke Puskesmas Gribig dengan teknik pengambilan sampel *total sampling* sedangkan lansia yang tidak hipertensi ditentukan secara *random sampling* di wilayah pusling desa Klumpit UPT Puskesmas Gribig Kabupaten Kudus Provinsi Jawa Tengah. Sebanyak 81 lansia, subyek dalam penelitian 54 responden lansia yang meliputi 27 lansia dengan hipertensi dan 27 lansia yang tidak hipertensi. Hasilnya terdapat signifikan dari ke empat faktor yang di hubungkan dengan kejadian hipertensi.

Dyah Ayu Pithaloka Dalyoko, Yuli Kusumawati, dan Ambarwati (2011), faktor-faktor yang berhubungan dengan kontrol hipertensi pada lansia di pos pelayanan terpadu wilayah kerja Puskesmas Mojosongo Boyolali. Metode penelitian ini merupakan observasional dengan rancangan menggunakan *cross sectional* dengan cara pendekatan *obsevasi/* menggumpulkan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*), subjek dalam penelitian ini yaitu lansia yang berusia 55 tahun yang menderita hipertensi di Puskesmas Mojosongo Boyolali. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia

yang pergi pemeriksaan rutin di puskesmas mojongo boyolali dengan jumlah 1542 lansia, subyek dalam penelitian ini sebanyak 70 responden dengan teknik sampel adalah menggunakan *simple random sampling*, pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara kepada lansia dengan menggunakan kuisisioner. Hasilnya 34,3% memiliki sikap yang baik dan 65,7% memiliki sikap kurang baik terhadap upaya pengendalian hipertensi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Istilah hipertensi diambil dari bahasa Inggris *hypertension*. Kata *hypertension* berasal dari bahasa lain yaitu *hyper* dan *tension*. *Hyper* berarti super atau luar biasa dan *tension* berarti tekanan atau tegangan. Disamping itu, dalam bahasa Inggris digunakan istilah *high blood pressure* yang berarti tekanan darah tinggi. Tekanan darah adalah tenaga yang dipakai darah yang dipompakan oleh jantung untuk melawan tahanan pembuluh darah. Dengan kata lain adalah sejumlah tenaga yang dibutuhkan untuk mengedarkan darah keseluruh tubuh. (Underwood, 2000).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang paling sering muncul di negara berkembang seperti Indonesia. Seseorang dikatakan hipertensi dan beresiko mengalami masalah kesehatan apabila setelah dilakukan beberapa kali pengukuran, nilai tekanan darah tetap tinggi-nilai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg.

2. Patofisiologi

Dimulai dengan *atherosclerosis*, struktur anatomi pembuluh darah *peripher* yang berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah. Kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan dan kemungkinan pembesaran *plaque* menghambat gangguan peredaran darah peripher. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang akhirnya dikompensasi dengan upaya pemompaan jantung yang memberikan gambaran peningkatan tekanan darah dalam sirkulasi (Bustam, 2007).

3. Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 klasifikasi tekanan darah orang dewasa > 18 tahun

| Klasifikasi | Sistolik (mmHg) | Diastolik (mmHg) |
|--------------------------------------|-----------------|------------------|
| Normal | <130 | <85 |
| Normal Tinggi | 130-139 | 85-89 |
| Hipertensi Stadium I (ringan) | 140-159 | 90-99 |
| Hipertensi Stadium II (sedang) | 160-179 | 110-109 |
| Hipertensi Stadium III (berat) | 180-209 | 110-119 |
| Hipertensi Stadium IV (sangat berat) | ≥210 | ≥120 |

Sumber: *The Fifth Report of The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High blood pressure, Arch Intern 1993.*

4. Etiologi

Berdasarkan etiologinya hipertensi menjadi dua golongan yaitu :

- a. Hipertensi esensial atau hipertensi primer yang tidak diketahui penyebabnya, disebut juga hipertensi idiopatik. Terdapat 95% kasus. Banyak faktor yang mempengaruhinya seperti genetik, sistem renin angiotensin, sistem saraf otonom, dan faktor-faktor yang meningkatkan resiko seperti meroko, alkohol, obesitas dan lain-lain (Lauralee. 2001)
- b. Hipertensi sekunder, terdapat sekitar 5% kasus. Penyebab spesifiknya diketahui, misalnya
 1. Penyakit ginjal : glomerulonefritis akut, nefritis kronis, penyakit poliarteritis, diabetes nefropati.
 2. Penyakit endokrin : hipotiroid, hiperkalsemia, akromegali,
 3. Koarktasio aorta,
 4. Hipertensi pada kehamilan
 5. Kelainan neurologi: psikogenik, peningkatan tekanan intrakranium, apnea tidur, stress akut, termasuk pembedahan.
 6. Obat-obat dan zat lain

5. Tanda dan gejala hipertensi

Kejadian hipertensi biasanya tidak memiliki tanda dan gejala, gejala yang sering muncul adalah sakit kepala, rasa panas ditengkuk, atau kepala berat. (yunita 2014).

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selaintekanan darah yang tinggi, tetapi dapat dijumpai kelainan retina, seperti perdarahan eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat edema pupil (edema pada diskus optikus). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak nampak gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskulerisasi oleh pembuluh darah tersebut. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinisasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan cratinin), (Bruner , 2002).

6. Faktor yang mempengaruhi hipertensi

a. Faktor umur

Kejadian hipertensi cenderung meningkat seiring dengan pertambahan usia. Sebanyak 65% orang Amerika berusia 60 tahun atau lebih mengalami hipertensi. (Yunita. 2014).

Kepekaan terhadap hipertensi akan meningkat seiring dengan bertambahnya umur seseorang. Individu yang berumur diatas 60 tahun, 50-60% mempunyai tekan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal itu merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada organ yang bertambah usianya.

Tabel 2.2 Frekuensi Hipertensi Menurut Golongan Umur

| Golongan umur (tahun) | Prevalensi (%) |
|-----------------------|----------------|
| 20-29 | 6,105% |
| 30-39 | 6,7% |
| 40-49 | 10,10% |
| 50-59 | 10,20% |
| Di atas 60 | 13% |

Dari tabel diatas dapat dilihat semakin tinggi umur semakin besar terjadinya hipertensi. (Aswar, A 2000).

b. Jenis kelamin

Laki-laki atau perempuan memiliki kemungkinan yang sama untuk

mengalami hipertensi selama kehidupannya. Namun, laki-laki lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan perempuan saat berusia sebelum 45 tahun. Sebaliknya saat usia 65 tahun keatas, perempuan lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan laki-laki. Kondisi ini dipengaruhi oleh hormon. Wanita yang memasuki masa menopause, lebih berisiko untuk mengalami obesitas yang akan meningkatkan resiko terjadinya hipertensi. (Yunita, 2014).

c. Faktor keturunan/gen

adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga tersebut mempunyai resiko menderita hipertensi. (Yekti & Ari, 2011).

Kasus hipertensi esensial 70-80% diturunkan dari orang tuanya. Apabila riwayat hipertensi didapat pada kedua orang tua maka dugaan hipertensi esensial lebih besar bagi seseorang yang kedua orang tuanya menderita hipertensi ataupun pada kembar monozygot (sel telur) dan salah satunya menderita hipertensi maka orang tersebut kemungkinan besar menderita hipertensi. (Russel, 2011)

Riwayat keluarga, status kesehatan dan usia, atau usia dan menyebabkan kematian keluarga tingkat pertama (orang tua, saudara kandung, pasangan hidup, anak) dan keluarga pada tingkat kedua (kakek, nenek, sepupu) juga ditanyakan untuk mengidentifikasi penyakit-penyakit yang mungkin diturunkan, menular atau hubungan dengan lingkungan hidup.

d. Obesitas/kegemukan

Seseorang yang mengalami obesitas atau kegemukan memiliki resiko lebih besar untuk mengalami prehipertensi atau hipertensi. Indikator yang biasa digunakan untuk menentukan ada-tidaknya obesitas pada seseorang adalah melalui pengukuran IMT atau lingkaran perut. Meskipun demikian, kedua indikator tersebut bukanlah indikator terbaik untuk menentukan terjadinya hipertensi, tetapi menjadi salah satu faktor resiko yang akan mempercepat kejadian

hipertensi (Yunita, 2014).

IMT merupakan alat yang sederhana untuk memantau status giziorang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Berat badan adlah satu para meter yang memberikan gambaran masa tubuh. Tinggi bdn merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan skeletal (Supariasa dkk, 2002). Rumus ini hanya cocok diterapkan pada mereka yang berusia antara 19-70tahun, berstruktur tulang belakang normal, bukan atlit atau binawargawan, juga bukan wanita hamil atau menyusui. Cara ini digunakan terutama jika pengukuran tebal lipat kulit tidak dapat dilakukan (lansia). Jika tinggi badan tidak dapat diukur, terutama pada lansia yang sudah renta atau mengalami kelainan tulang belakang (misalkan kifosis, skoliosis) tinggi lutut (TL) dan panjang rentang tangan dapat digunakan sebagai pengganti (Arisman, 2004).

Rumus perhitungan IMT adalah sebagai berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{tinggi badan (m)}}$$

IMT berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Resiko untuk menderita hipertensi pada orang gemuk (obisty) 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang berat badanya normal. Pada penderita hipertensi ditemukan sekitar 20-30% memiliki berat badan lebih (menurut klasifikasi WHO dalam

Bustam, 2007). Pengklasifikasi Indeks Masa Tubuh (IMT) dilakukan berdasarkan tabel 2.3 berikut :

Tabel 2.3 IMT Menurut Health Organisation (WHO)

| Kategori | IMT | Resiko penyakit penyerta |
|--------------|-----------|--------------------------|
| Under Weight | <18,5 | Rendah |
| Normal | 18,5-24,5 | Rata-rata |
| Over Weight | 25,0-29,9 | Meningkat |
| Obesitas I | 30,0-34,4 | Sedang |
| Obesitas II | 35,0-39,9 | Parah |
| Obesitas III | 40,0 | Sangat parah |

Obesitas merupakan kelebihan berat badan sebagai akibat penimbunan lemak tubuh yang berlebihan, hal ini disebabkan oleh beberapa faktor hormonal atau metabolisme, faktor psikologis dan faktor aktivitas fisik. Dalam setiap orang memerlukan sejumlah lemak tubuh untuk menyimpan energi, penyakit panas dan fungsi lainnya. Rata-rata wanita memiliki lemak tubuh lebih banyak dibanding pria. Pada pria, kegemukan terjadi lebih awal yaitu pada usia sekitar 25 tahun, sebaliknya pada wanita biasanya setelah 40 tahun atau memasuki masa menopause (Bustam, 2007)

Kelebihan lemak tubuh umumnya mengakibatkan peningkatan berat badan dan indeks masa (timbulnya berbagai penyakit : kencing manis, gout, penyakit kantung empedu, aterosklerosis, koroner dan tekan darah tinggi. Obesitas merupakan keadaan IMT (Bustam, 2007).

e. Merokok

Rokok merupakan salah satu produksi industri dan komoditi internasional. Ketika sebatang rokok terbakar terbentuklah sekitar 4000 senyawa kimia, 200 diantaranya beracun, dan 43 lagi pemicu kanker. Racun utama yang terdapat dalam kandungan rokok adalah :

1. Tar adalah substansi hidrkarbon yang bersifat lengket dan menempel pada paru-paru (Jaya, 2009)
2. Nikotin adalah zat adiktif syaraf dan perdarahan. Zat ini bersifat karsinogen dan mampu memicu kanker paru-paru yang mematikan. Nikotin juga merangsang pelepasan catecolamin yang bisa meningkatkan denyut jantung dan tekan darah. (Jaya, 2009)
3. Karbon monoksida adalah zat yang mengikat hemoglobin dalam darah, membuat darah tidak mampu mengikat oksigen.

Kebiasaan merokok menyebabkan 2 dari 5 kasus kematian di Amerika setiap tahun. Merokok merupakan penyebab kematian dan kesakitan yang paling bisa dicegah. Pasalnya, zat kimia yang dihasilkan dari pembakaran tembakau berbahaya dari sel darah, mata, organ repproduksi, paru-paru, bahkan organ pencernaan. (Yunita, 2014)

Bustam (2007), variabel rokok-merokok sebagai variabel independen dalam suatu penelitian mempunyai variasi yang cukup luas dalam kaitanya dengan dampak yang diakibatkannya. Karena itu ketepaparan roko perlu diidentifikasi selengkapnya dari berbagai segi :

- 
- 1) Jenis perokok aktif atau pasif
 - 2) Jumlah rokok yang dihisap dalam satuan batang, bungkus, pak perhari
 - a. Perokok ringan kurang dari 10 batang perhari
 - b. Perokok sedang jika 10-20 batang perhari
 - c. Perokok berat jika lebih 20 batang
 - 3) Jenis rokok yang dihisap kretek, cerutu atau rokok putih, pakai filter atau tidak
 - 4) Cara menghisap rokok isap dangkal, dimulut saja atau isap dalam.
 - 5) Alasan mulai merokok sekedar ingin hebat, ikut-ikutan, kesepian, pelarian, sebagai gaya, tiru orang tua
 - 6) Umur mulai merokok sejak umur 10 tahun atau lebih

Penelitian terbaru menyatakan bahwa merokok menjadi salah satu faktor resiko hipertensi yang dapat dimodifikasi. Merokok merupakan faktor resiko yang pontensial untuk ditiadakan dalam upaya melawan arus peningkatan hipertensi khususnya dan penyakit kardiovaskulr secara umum di indonesia. (Yekti & Ari, 2011).

f. Konsumsi Alkohol

Penggunaan alkohol secar berlebihan juga akan memicu tekanan

darah seseorang. Selain tidak bagus bagi tekan darah, alkohol juga membuat kecanduan yang akan menyakitkan untuk lepas. Menghentikan kebiasaan konsumsi alkohol sangatlah baik, tidak hanya dari hipertensi kita tetapi juga kesehatan kita secara keseluruhan. (Yekti & Ari, 2011).

Minum alkohol berlebihan tidak hanya meningkatkan tekanan darah, tetapi juga menaikkan berat badan. Selain itu, mengkonsumsi alkohol berlebihan dapat menyebabkan resistensi pada terapi anti hipertensi dan beriko terjadinya beberapa penyakit lain, seperti stroke dan jantung. Saat ini direkomendasikan minum olkohol dibatasi untuk perempuan tidak lebih dari 2-3 gelas sehari dan laki-laki 2-4 gelas sehari. Namun, lebih baik lagi jika tidak mengkonsumsi alkohol. (Russel, 2011).

g. Konsumsi Garam

Asupan garam berlebihan akan meningkatkan jumlah natrium dalam darah. Ketidak seimbangan ini membuat ginjal kesulitan untuk membuang kelebihan air didalam tubuh. Tekanan pada pembuluh darah dan kelebihan air di dalam tubuh meningkatkan tekanan darah. (Retno, 2014)

Fakta ini telah dibuktikan oleh penelitian INTERSALT yang melibatkan lebih dari 10,000 orang pada 52 pusat study, meskipun efek penyakitnya berbeda antara satu orang dengan yang lainnya. Bukti lainnya dari hubungan antara tekanan darah tinggi dengan

asupan garam tinggi ditemukan dalam rekan medis tahun 1994. Orang-orang dari seluruh dunia dengan segala usia dapat dipengaruhi oleh perubahan dalam asupan garam mereka. (Retno, 2014).

h. Stress

Stres akan meningkatkan *resistensi* pembuluh darah *perifer* dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf simpatetik. Adapun stres ini dapat berhubungan dengan pekerjaan, kelas sosial, ekonomi, dan karakteristik personal. Stres merupakan respn tubuh yang sifatnya nonspesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya.

Stres yang dialami seseorang akan membangkitkan saraf simpatetis yang akan memicu kerja jantung dan menyebabkan peningkatan tekanan darah (Yekti & Ari,2011).

Stres pada pekerjaan cenderung menyebabkan terjadinya hipertensi berat. Pria atau wanita yang mengalami pekerjaan penuh tekanan akan mengalami tekanan darah lebih tinggi selama jam kerjanya dibanding mitranya yang bekerja tidak dibawah tekanan. Hal ini terjadi karena stres dapat merangsang anak ginjal melepas hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat sehingga tekanan darah lebih cepat. (Russel, 2011).

i. Olah Raga/Aktivita

Zaman modern seperti sekaran ini, banyak kegiatan yang dapat dilakukan dengan cara yang cepat dan praktis. Manusiapun cenderung mencari segala sesuatu yang mudah dan praktis sehingga secara otomatis tubuh tidak banyak bergerak. Selain itu, dengan adanya kesibukan yang luar biasa, manusia pun merasa tidak punya waktu lagi untuk berolahrag. Kondisi inilah yang memicu kolestrol tinggi dan juga adanya tekanan darah yang terus menguat sehingga memunculkan hipertensi. (Yekti & Ari, 2011).

Aktivitas fisik merupakan pergerakan otot anggota tubuh yang membutuhkan tubuh energi atau pergerakan yang bermanfaat untuk meningkatkn kesehatan. Contohnya berkebun, berenang,menari, bersepeda, atau yoga. Aktivitas fisik sangat

bermanfaat bagi kesehatan tubuh, khususnya organ jantung dan paru-paru. Aktivitas fisik juga menyekan pembuluh darah dan mencegah hipertensi. Usaha pencegahan hipertensi akan optimal jika aktif beraktivitas fisik dibarengi dengan menjalankan diet sehat dan berhenti merokok. (Yunita, 2014). Dengan demikian olahraga menjadi faktor protektif untuk hipertensi, penyakit jantung, stroke, diabetes militus tipe 2, kegemukan, osteoporosis, dan kanker (Bustam, 2007).

j. Konsumsi lemak

Kandungan lemak yang berlebihan dalam darah dapat menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah. Hal ini dapat membuat pembuluh darah menyempit dan akibatnya tekanan darah akan meningkat. Sudah sangat layak kita harus mengendalikan kolesterol kita sedini mungkin. (Yekti & Ari, 2011).

B. Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

Lansia (masa dewasa tua) dimulai setelah pensiun, yaitu biasanya antara usia 65 dan 75 (Potter, 2005). Penuan adalah normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Ini merupakan suatu fenomena yang kompleks dan multidimensional yang dapat diobservasi didalam satu sel dan berkembang sampai pada keseluruhan sistem (Mickey, 2006).

2. Klasifikasi Lansia

Klasifikasi berikut ini adalah lima klasifikasi pada lansia, menurut (Depkes RI, 2003) dalam Maryam (2002) :

- a. Pralansia (*praseenilis*), yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
- b. Lansia, yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
- c. Lansia Resiko tinggi, yaitu seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih / seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Lansia potensial, yaitu lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan / kegiatan yang menghasilkan barang / jasa.
- e. Lansia tidak potensial, yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada orang lain

Batasan-batasan lansia dalam Nugroho (2000) yaitu :

a WHO mengelompokan lansia menjadi 4 kelompok yaitu meliputi :

1. Usia pertengahan (*middle age*), kelompok usia 45-59 tahun.
2. Usia lanjut (*elderly*), antara usia 60-74

3. Usia lanjut tua (*old*), antara usia 75-90 tahun
 4. Usia sangat tua (*very old*), diatas 90 tahun
- b Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) dalam Nugroho (2000) lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa yang dibagi menjadi 4 bagian yaitu :
- 1) Fasi Inventus, antara usia 25-40 tahun
 - 2) Fase Verilitas, antara usia 40-50 tahun
 - 3) Fase Prasenium, antara usia 55-65 tahun
 - 4) Fase Senium, usia lebih dari 65 tahun

3. Tipe Lansia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental sosial dan ekonominya (Nugroho, 2000)

- a. Tipe arif bijaksana, yaitu kaya dengan hikmah, pengalaman menyesuaikan diri dengan perubahan jaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
- b. Tipe mandiri, yaitu mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.
- c. Tipe tidak puas, yaitu konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, sulit dilayani, pengkeritik, dan banyak menuntut.
- d. Tipe pasrah, yaitu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.
- e. Tipe bingung, yaitu kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

Tipe lain dari lansia adlah tipe optimis, tipe kotruktif, tipe defenden (ketergantungan), tipe defisit (bertahan), tipe militan dan serius, tipe pemarah

/ frustrasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa / benci pada diri sendiri (*self heating man*) (NUgroho, 2000).

Tipe ketergantungan menurut Darmojo (2000) dibagi menjadi tiga, yaitu :

a) *Personal dependancy* (ketergantungan yang dialami dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari terhadap diri sendiri, misalnya makan, minum, sik gigi, kencing dan sebagainya). Ini merupakan ketergantungan yang paling berat perlu di rawat di panti werdha atau mendapatkan perawatan diri sukarelawan tangganya.

b) *Domestic dependency* (ketergantungan dalam melakukan pekerjaan-pekerjaan rumah tangga sehari-hari misalnya memasak, mengatur, dan membersihkan kamar, mencuci piring dan sebagainya)

c) *Social ar financial dependency* (diluar rumah misalnya berbelanja, mengunjungi keluarga atau teman yang sakit dan sebagainya). Biasanya mereka juga mengalami kesulitan keuangan dan membutuhkan subsidi, karena pensiunan atau pendapatan tidak mencukupi uk memahankan hidup. Mereka yang rmasuk golongan ini dapat diphanakan ditengah-tengah keluarga atau kenalanya.

4. Teori proses menua

Beberapa teori tentang proses menua dalam Potter (2005) yaitu :

a. Teori biologis terdiri dari :

1. Teori Radikal Bebas

Radikal bebas adalah produk metabolisme seluler yang merupakan bagian molekul yang sangat reaktif. Molekul ini memiliki muatan ekstraseluler kuat yang dapat menciptakan reaksi dengan protein, mengubah bentuk dan sifatnya, molekul ini juga dapat beraksi dengan lipid yang erada dalam membran sel, mempengaruhi permeabilitanya atau dapat berkaitan dengan organel sel. Teori ini menyatakan bahwa penuaan disebabkan karena terjadinya akumulasi kerusakan ireversibel

akibat senyawa pengoksidasi. Dimana radikal bebas dapat terbentuk dalam, tidak stabil radikal bebas mengakibatkan oksidasi bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein.

2. Teori *Cross Link*

Teori *cross link* dan jaringan ikat menyatakan bahwa molekul kolagen dan elastin, komponen jaringan ikat, membentuk senyawa yang lama meningkatkan rigiditas sel, *cross-linkage* diperkirakan akibat reaksi kimia yang menimbulkan senyawa antara molekul-molekul yang normalnya terpisah atau seakan singkatnya sel-sel tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurang elastis dan kurangnya fungsi. Contohnya *coross-linkage* jaringan ikat terkait usia meliputi penurunan kekuatan daya rentang dinding arteri, tanggalnya gigi, tendon kering dan berserat.

3. Teori Immunologi

Beberapa teori menyatakan bahwa penurunan atau perubahan dalam keefektifan sistem imun beberapa dalam penuaan. Mekanisme seluler tidak teratur diperkirakan menyebabkan serangan pada jaringan tubuh melalui imunodefisiensi atau penurunan imun. Tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan proteinnya sendiri dengan protein asing, sistem imun menyerang dan menghancurkan jaringan sendiri pada kecepatan yang meningkat secara bertahap. Dengan bertambahnya usia, kemampuan sistem imun untuk menghancurkan bakteri, virus dan jamur melemah. Bahkan sistem ini mungkin tidak memulai serangan sehingga sel mutatasi terbentuk beberapa kali. Semakin bertambahnya usia, fungsi sistem imun kehilangan keefektifan, imunodefisiensi berhubungan dengan penurunan fungsi.

4. Teori *Wear and Tear*

Teori ini mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA, sehingga mendorong malfungsi molekular dan akhirnya malfungsi organ tubuh. Pendukung teori ini percaya bahwa akan mengalami kerusakan berdasarkan suatu jadwal.

5. Riwayat Lingkungan

Menurut teori ini, faktor-faktor di dalam lingkungan seperti karsinogen dari industri, sinar matahari, trauma dan infeksi dapat membawa perubahan dalam proses penuaan. Walaupun faktor-faktor ini diketahui dapat mempercepat penuaan, dampak dari lingkungan lebih merupakan dampak sekunder dan bukan merupakan faktor utama dalam penuaan.

b. Teori Psikososil

1. Teori Disengagement

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia maka seseorang akan berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya, keadaanya ini menyebabkan kehilangan ganda seperti : kehilangan peran, hambatan kontak sosial, berkurangnya komitmen atau dengan kata lain orang yang menua menarik diri dari peran yang biasanya dan terikat pada aktivitas yang lebih introspektif dan berfokus pada diri sendiri.

- a. Individu yang menua dan masyarakat secara bersama saling menarik diri.
- b. Disengagement adalah intrinsik dan tidak dapat dielakkan baik secara biologis dan psikologis.
- c. Disengagement dianggap perlu untuk keberhasilan penuaan
- d. Disengagement bermanfaat baik bagi lansia dan masyarakat

2. Teori Aktivitas

Teori aktivitas tidak menyetujui teori disengagement dan

menegaskan bahwa kelanjutan aktivitas dewasa tengah penting untuk keberhasilan penuaan. Beberapa pendapat mengemukakan bahwa penuaan terlalu kompleks untuk dikarakteristikan kedalam cara sederhana tersebut. Mereka beralasan bahwa teori ini mengasumsikan lansia memiliki kebutuhan yang sama seperti dewasa tengah, selain itu teori ini tidak menunjukkan dampak perubahan biopsikososial atau adanya kehilangan kemampuan yang multiple pada lansia yang melanjutkan aktivitasnya. Teori ini menyatakan pada lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Ukuran optimum dilanjutkan pada cara hidup dari lansia, mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan kelanjutan usia.

3. Teori Kontinuitas

Teori kontinuitas atau perkembangan menyatakan bahwa kepribadian tetap sama dan perilaku menjadi lebih mudah diprediksi seiring penuaan. Kepribadian dan pola perilaku yang berkembang sepanjang kehidupan menentukan derajat terikat dan aktivitas pada masa lansia. Berdasarkan teori, kepribadian merupakan faktor kritis dalam menentukan hubungan antara aktivitas peran sebagai teori yang menjanjikan karena teori ini menunjukkan kompleksitas penuaan dan kemampuan

adaptif seseorang. Beberapa pendapat bahwa teori ini terlalu sederhana dan tidak mempertimbangkan berbagai faktor yang mempengaruhi respon seseorang terhadap proses penuaan. Teori ini juga menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadian yang dimiliki.

5. Tugas Perkembangan Lansia

Seiring tahap kehidupan lain, lansia memiliki tugas perkembangan khususnya dalam Potter (2005), yaitu :

- a. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan
- b. Menyesuaikan terhadap masa pensiun, penurunan atau penetapan pendapatan
- c. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan
- d. Menerima diri sendiri sebagai individu lansia
- e. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup
- f. Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang sudah dewasa
- g. Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup

6. Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lansia Dalam Nugroho (2000) yaitu :

- a. Perubahan fisik : meliputi perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem tubuh yaitu:
 1. Sistem pernafasan pada lansia : otot pernafasan kaku dan kehilangan kekuatan, penurunan aktivitas silia sehingga terjadi penurunan rekasi bentuk, penurunan aktivitas paru (mengembang dan mengempisnya) sehingga jumlah udara pernafasan yang masuk keparu mengalami penurunan, alveoli jumlahnya berkurang sehingga pengeluaran sekret berkurang dan mengalami sumbatan atau obstruksi.
 2. Sistem pendengaran pada lansia : hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, membran timpani atropi, terjadinya pengumpulan serumen yang dapat mengeras karena mengumpulnya keratin.
 3. Sistem penglihatan pada lansia : kornea lebih berbentuk skeris, lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), meningkatnya ambang pengamatan sinar (daya terhadap adaptasi terhadap gelap lambat, susah dalam melihat cahaya gelap), hilangnya daya akomodasi, menurunnya lapang pandang dan berkurangnya luas pandang, menurunnya daya membedakan warna biru dan hijau.

4. Sistem kardiovaskule pada lansi : katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% pertahun sesudah berumur 20 tahun, kehilangan elastisitas dan pembuluh darah, tekan darah meningkat retensi pembuluh darah perifer.
5. Sistem Genito Urinaria pada lansia : ginjal atropi, vesika urinaria otot-ototnya melemah kapasitasnya menurun sampai 200 cc sehingga menyebabkan frekuensi BAK meningkat.

6. Sistem Endokrin pada lansia : produksi hampir semua hormon menurun, menurunnya produksi aldesteron, menurunnya sekresi hormon gonad (progesteron, esterogen, dan testosteron), defisiensi hormon dapat menyebabkan hipotirodism defresi dari sumsum tulang serta kurang mampu mengatasi tekan jiwa.

7. Sistem pencernaan pada lansia : kehilangan gigi, indera pengecap menurun, esofagus melebar, peristaltik melemah dan meyebabkan konstifasi, fingsi absorpsi melemah.

8. Sistem muskuluskeletal pada lansia : tulang kehilangan kepadatannya sehingga mudah rapuh, kyphosis (tubuh membukuk) persendian besar dan kaku.

9. Sistem Integumen pada lansia : kulit keriput akibat kehilangan jaringan lemak, kulit kering dan kurang elastis karena kekurangan cairan dan hilangnya jaringan adiposa, kelenjar-kelenjar keringat mulai tidak bekerja dengan baik, kulit pucat dan terdapat bintik-bintik hitam akibat menurunnya aliran darah dan menurunnya sel-sel yang memproduksi pigmen, kuku pada jari tangan dan kaki menjadi tebal dan rapuh, pertumbuhan rambut berhenti dan mengalami penipisan.

b. Perubahan mental atau psikologi pada lansia :

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu :

1. Perubahan fisik, khususnya perasa

2. Kesehatan umum
3. Tingkat pendidikan
4. Keturunan (hereditas)
5. Lingkungan
6. Gangguan memori : kenangan jangka panjang (berjam-jam berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan, kenangan jangka pendek atau seketika, kenangan buruk)
7. IQ : tidak berubah dengan informasi dan perkataan verbal, berikutnya penampilan, persepsi dan keterampilan psikomotor : terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu.

- c. Perubahan psikososial : pensiun, sadar akan kematian, ekonomi akibat penghentian jabatan, penyakit kronis dan ketidakmampuan, gangguan saraf panca indra sehingga menyebabkan buta dan tuli, kehilangan hubungan dengan teman-teman dan family, kehilangan kekuatan dan ketegapan fisik.

7. Karakteristik Lansia

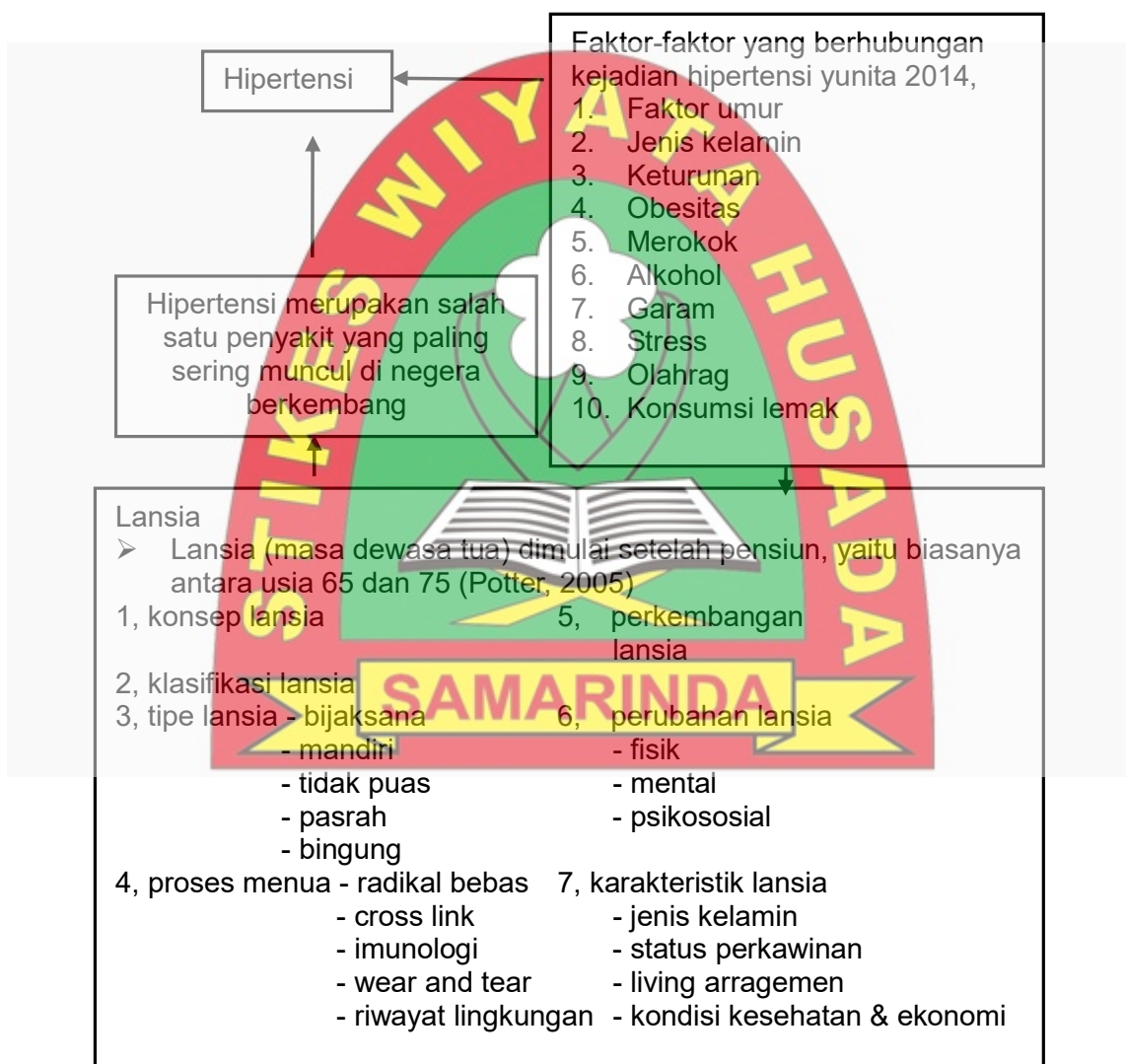
Menurut Bustam (2007) ada beberapa karakteristik lansia yang perlu diketahui untuk mengetahui keberadaan masalah kesehatan lansia yaitu :

- a. Jenis kelamin : lansia lebih banyak wanita daripada pria
- b. Status perkawinan : status pasangan masih lengkap dengan tidak lengkap akan mempengaruhi keadaan kesehatan lansia baik fisik maupun psikologi.
- c. *Living Arrangemen* : keadaan pasangan, tinggal sendiri, bersama istri dan suami, tinggal bersama anak atau keluarga lainnya.
- d. Kondisi kesehatan : pada kondisi sehat, lansia cenderung untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Sedangkan pada pada kondisi sakit menyebabkan lansia cenderung dibantu atau tergantung kepada orang lain dalam melaksanakan aktivitas

sehari-hari.

- e. Keadaan ekonomi : pada dasarnya lansia membutuhkan biaya yang tinggi untuk kelangsungan hidupnya, namun karenan lansia tidak produktif lagi pendapatan lansia menurun sehingga tidak menua

C. Kerangka teori



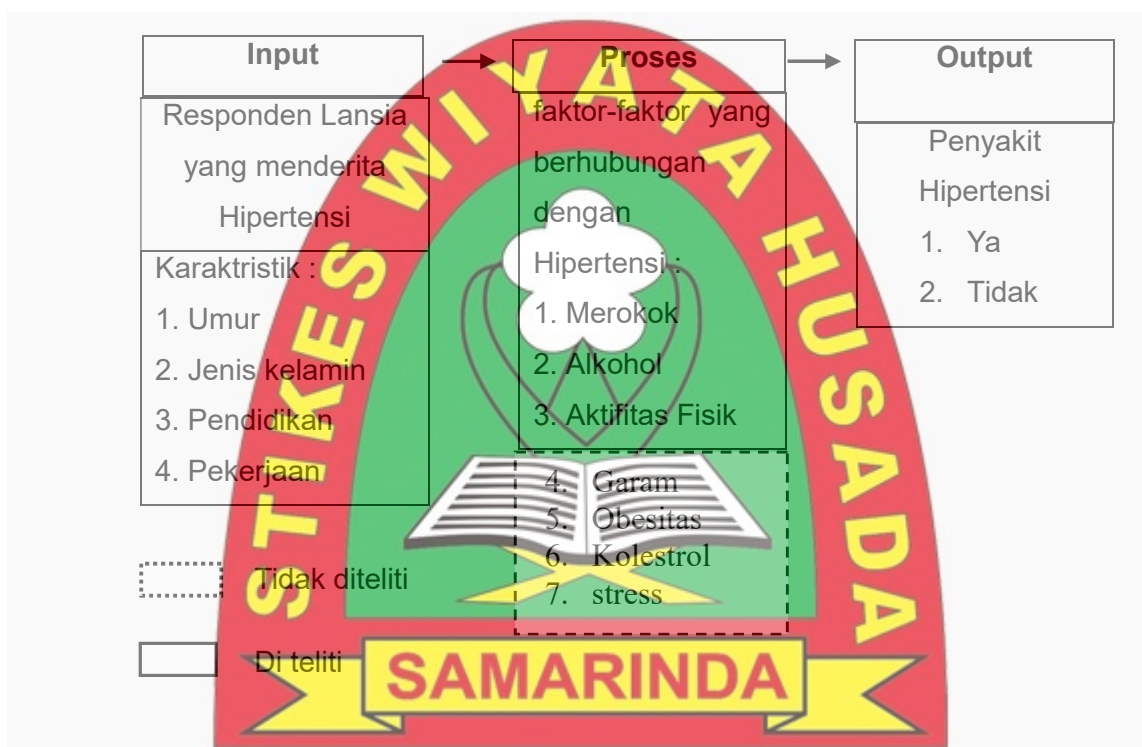
D. Kerangka Konsep

kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Variabel bebas

Skema 3.1

Kerangka konsep penelitian



E. Hipotesa

Hipotesa adalah suatu pernyataan tentang sesuatu yang diduga atau hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris (Notoatmodjo, 2010)

Hipotesa dalam penelitian ini adalah :

Hipotesa Alternative

1. Ada hubungan merokok dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja

2. Ada hubungan alkohol dengan kejadian hipertensi pada lansia dipuskesmas remaja
3. Ada hubungan aktifitas fisik dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja

Hipotesa Nol

1. Tidak ada hubungan merokok dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja
2. Tidak ada hubungan alkohol dengan kejadian hipertensi pada lansia dipuskesmas remaja
3. Tidak ada hubungan aktifitas fisik dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja



BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Rancangan penelitian merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau menjawab pertanyaan peneliti dan sebagai alat ukur untuk mengontrol atau mengendalikan berbagai variabel yang berpengaruh dalam penelitian (Nursalam, 2011).

Penelitian ini menggunakan *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional* dimana variabel independen dan variabel dependen yang terjadi pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan atau dalam waktu yang bersamaan. (Notoatmodjo, 2010).

B. Tempat dan lokasi penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di puskesmas remaja samarinda tahun 2015. Alasan melakukan peneliti di puskesmas remaja samarinda yaitu karena jumlah lansia yang berumur 60-75 ke atas di puskesmas tersebut cukup banyak

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan 1 - 15 Agustus tahun 2015

C. Populasi dan Sampel


1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Arikunto, 2010). Populasi adalah sejumlah individu yang setidaknya mempunyai satu ciri atau sifat yang sama, dari populasi tersebut akan diambil sampel yang diharapkan akan mewakili populasi.

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang berusia 60-75 tahun keatas yang datang ke poli lansia di puskesmas remaja samarinda. Berdasarkan jumlah data tiga bulan terakhir, terdapat 339 lansia yang berkunjung ke puskesmas remaja samarinda.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Arikunto, 2002). Sampel dalam penelitian ini diambil dari puskesmas remaja samarinda. Agar sampel yang diambil mewakili data penelitian maka perlu adanya perhitungan besar kecilnya populasi. Menurut Arikunto 2002, menentukan jumlah sampel dapat dirumuskan sebagai berikut :


$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$
$$n = \frac{339}{1 + 339(0,1)^2}$$
$$n = \frac{339}{4,39}$$
$$n = 77,2 = 77 \text{ responden}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel
N = jumlah populasi
d = presisi yang ditetapkan 10%

a. Kriteria sampel

Dalam pemilihan sampel, peneliti membuat kriteria bagi sampel yang diambil berdasarkan pada kriteria inklusi, yaitu: karakteristik sampel yang dapat dimasukan atau layak untuk diteliti.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah syarat-syarat seseorang bisa masuk dalam penelitian (Dahlan, 2009)

- a. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :
- a) Lansia yang tercatat dipuskesmas remaja samarinda
 - b) Bersedia menjadi responden
 - c) Lansia yang hipertensi
 - d) Responden dalam keadaan sadar dan mampu berkomunikasi
 - e) Responden tidak mengalami gangguan mental/gangguan jiwa
 - f) Responden bisa membaca dan menulis

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eklusi adalah kriteria adalah dimana subyek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian yang penyebabnya antara lain adanya hambatan etis menolak menjadi responden atau berada pada suatu keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian. (Hidayat, 2007).

- a) Lansia yang mengalami gangguan pendengaran dan penglihatan
- b) Tidak bersedia menjadi responden

3. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam,2011). Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel accidental sampling dengan pemilihan sampel sesuai dengan pertimbangan kemudahan peneliti dalam memilih sampel.

D. Definisi Operasional

Untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel diamati/diteliti, perlu sekali variabel-variabel tersebut diberi batasan atau “definisi oprasional”. Definisi oprasional juga bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (alat ukur) (Notoatmodjo, 2010).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

| variabel | Definisi oprasional | Cara Ukur | Kriteria objek | Skala |
|---------------|--|-------------|--|---------|
| Umur | Usia biologis seseorang yang di hitung sejak dilahirkan hingga dilakukannya penelitian | kuisisioner | 1. Usia Pertengahan 2. Lansia 3. Lansia Tua 4. Usia Sangat tua (WHO,2004) | Ordinal |
| Jenis kelamin | Gender yang membedakan antara laki-laki & perempuan | Kuisisioner | 1. Laki-laki 2. Perempuan (Hasan, 2013) | Ordinal |
| Pendidikan | Jenjang pendidikan formal yang pernah ditempuh | Kuisisioner | 1. Tidak sekolah 2. SD/ sederajat 3. SLTP 4. SLTA 5. Diploma 6. Sarjana | Ordinal |

| | | | | |
|-----------|--|-------------|---|---------|
| Pekerjaan | Aktivitas yang dilakukan sehari-hari untuk menghasilkan sesuatu. | Kuisisioner | 1. IRT 2. PNS/Polri 3. Pegawai swasta 4. Wiraswasta/Pedagang 5. Nelayan/Petani (Hasan, 2013) | Ordinal |
|-----------|--|-------------|---|---------|

Variabel Dependen

| | | | | |
|------------|---|------------------------------|--|---------|
| Hipertensi | Hipertensi adalah Kondisi Tekanan Darah Tinggi yang dialami responden berdasarkan diagnosa medis (dokter) yang bukan disebabkan oleh hipertensi sekunder (karena penyakit ginjal, hipertiroidesme, diabetes mellitus, hiperaldosteronisme, dll) | Rekam medis status responden | 1. Jika menderita hipertensi berdasarkan diagnosa medis \geq 140/90 mmHg 2. Tidak menderita hipertensi esensial $<$ 140/90 mmHg | Ordinal |
|------------|---|------------------------------|--|---------|

Variabel Independen

| | | | | |
|---------|--|---|---|---------|
| Merokok | Kebiasaan meroko dan tidak merokok | kuisisioner Yang berisi 6 pertanyaan dengan nilai 1 untuk jawaban perokok Dan nilai 0 untuk tidak perokok | 1. Ya, jika hasil Merokok 2. Tidak, Jika hasil Merokok | Ordinal |
| Alkohol | Peminum Alkohol adalah kebiasaan individu yang | kuisisioner yang menggunakan 4 pertanyaan | 1. Ya, jika minum | Ordinal |

| | | | | |
|-----------------|---|---|---|---------|
| | mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol (Bir, Wiski, dll), lebih dari 3 gelas/hari | dengan nilai 1 untuk jawaban Ya dan nilai 0 untuk jawaban Tidak | alkohol 2. Tidak, Jika hasil minum alkohol | |
| Aktivitas fisik | Olah raga adalah melakukan gerak badan untuk menguatkan dan menyehatkan. Olah raga Isotonik seperti jalan kaki, lakukan sekitar 30 menit sehari dan 3 kali seminggu | Angket yaitu kuisisioner yang berisi 6 pertanyaan dengan nilai 1 untuk jawaban Ya dan nilai 0 untuk jawaban Tidak | Menggunakan <i>Cut Of Point</i> 1. Ya, jika hasil \geq median (2) 2. Tidak, Jika hasil $<$ median (2) | Ordinal |

E. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data merupakan suatu kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data. sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan instrumen yaitu berupa kuisisioner. Kuisisioner merupakan alat ukur berupa angket atau kuisisioner dengan beberapa pertanyaan, alat ukur ini digunakan bila responden tidak buta huruf (Hidayat, 2007). Berdasarkan

skala *guttman* untuk instrumen variabel independen yang meliputi penyakit hipertensi, yang menggunakan skala *guttman* dengan option jawaban “ya” dan “tidak”. Untuk pertanyaan positif, skor jawaban Ya = 2 dan tidak = 1. Untuk instrumen variabel dependen yaitu hubungan meroko, alkohol, dan olahraga menggunakan skala *guttman* dengan option jawaban ya dan tidak, skor jawaban ya = 2 dan tidak = 1.

Kuisisioner hipertensi pada lansia menggunakan kuisisioner yang telah di gunakan oleh peneliti terdahulu (Hasan,2013) dengan jumlah 24 pertanyaan dan di dapatkan 6 soal tidak valid, karena r hitungannya $<$ dari 0,3. pertanyaan yang tidak valid di dikeluarkan dari daftar pertanyaan. Kemudian

kuisisioner hipertensi pada lansia berjumlah 16 pertanyaan yang di ambil dari peneliti terdahulu (Hasan,2013)

F. Pengolahan data

1. Pengolahan data

Menurut Hidayat (2007) dalam melakukan analisis data terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan terutama dalam pengkajian hipotesis. Proses pengolahan data terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut :

a. *Editing*

Memeriksa lembar kuesioner yang telah diisi oleh responden untuk menghindari kesalahan data atau adanya kusioner yang belum terisi meliputi : kelengkapan isian, kejelasan jawaban, relevansi jawaban dengan pertanyaan isian, dan kekonsistensi jawaban.

b. *Coding*

Pemberian coda dalam setiap jawaban responden yang terkumpul untuk mempermudah dalam proses pengolahan data

c. *Tabulasi*

Data hasil pengkodean dan scoring yang telah dikelompokan sesuai dengan tujuan penelitian selanjutnya dimasukan dalam tabel yang telah disiapkan

d. *Cleaning*

Pengecekan kembali data yang sudah dimasukan untuk menentukan ada atau tidaknya kesalahan.

G. Analisa Data

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan mengunkan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis. Penelitian ini mengunkan dua tahap analisis data yaitu Univariat dan Bivariat.

a. Analisis Univariat

Menurut Notoatmodjo (2002), analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya

dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini untuk mengetahui presentase dari pencapaian dari tiap responden sebelum dan sesudah perlakuan. Rumus yang digunakan adalah :

$$P = \frac{X}{N} \times 100\%$$

Dimana :

P = presentase

N = skor total

X = skor item yang dilaksanakan

b. Analisis Bivariat

Pengolahan dan analisis data dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu pengumpul data, dan pengitungan nilai statistik dengan bantuan komputersasi. Analisa dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkolerasi (Notoatmodjo, 2002). Data yang diperoleh melalui kuesioner diproses dan diolah sehingga dapat memberi makna guna menyimpulkan masalah penelitian. Teknik analisis data yang digunakan untuk menguji hubungan kejadian hipertensi pada lansia dengan menggunakan Uji Kuadrat (Chi Square).



$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$DF = (k-1) (b-1)$$

Keterangan :

O = nilai observasi

E = nilai ekspektasi (harapan)

k = jumlah kolom

b = jumlah baris

Apabila ada nilai ekspektasi < 5 maka uji yang digunakan adalah Fisher Exact

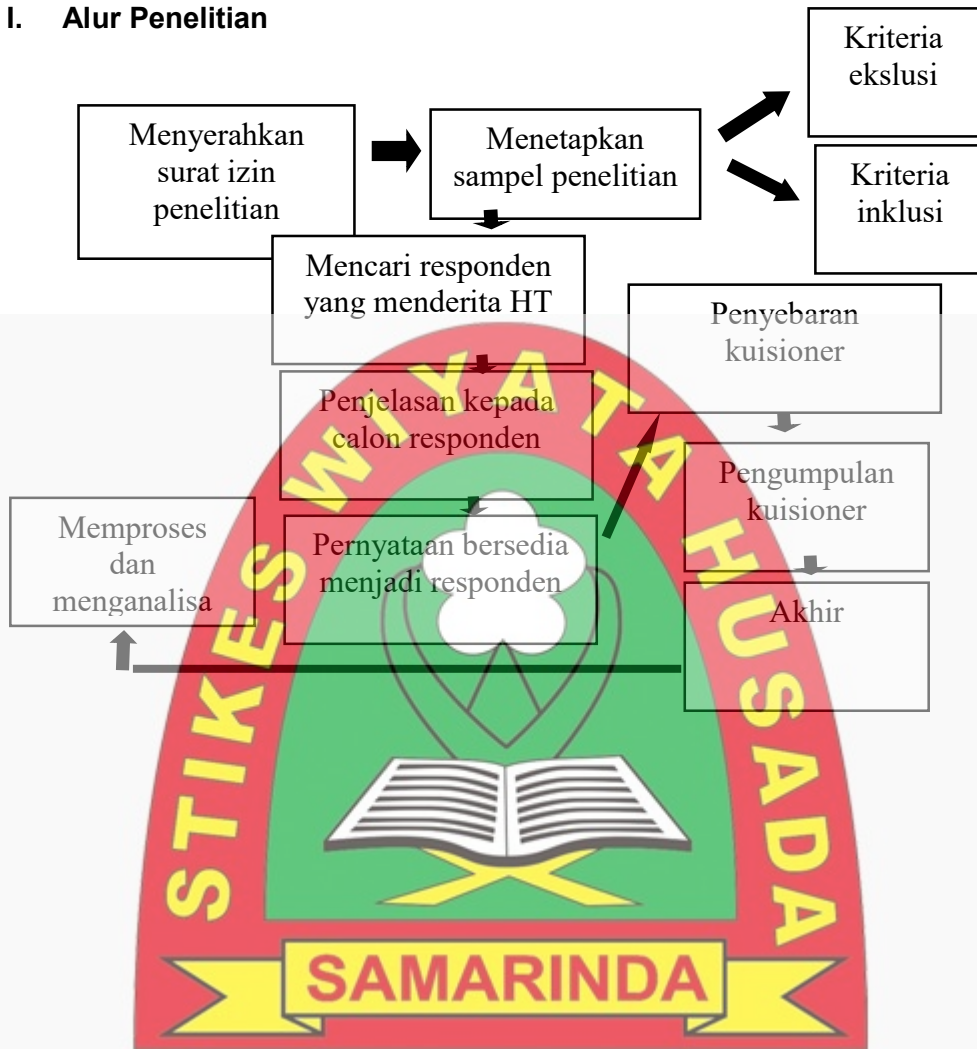
H. Etika penelitian

Sebagai pertimbangan etika penelitian meyakini bahwa responden dilindungi dengan memperhatikan aspek-aspek: *informed consent*, *autonomy*, *non maleficence*, *veracity*, *justice*, dan *confidentiality* (Joel, 2004)

1. **Informed Consent** : adalah lembar persetujuan diberikan pada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset dilakukan. Jika sunyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati.
2. **Autonomy** : adalah responden berhak untuk membuat keputusan atas dirinya, apakah bersedia menjadi responden atau tidak secara sukarela dengan bersedia menandatangani lembar persetujuan lembar sebagai subyek peneliti dan sewaktu-waktu boleh berhenti dari proses penelitian.
3. **Nonmaleficence** : yaitu dalam melakukan penelitian ini peneliti akan berusaha tidak menimbulkan kerugian atau cedera bagi responden dan keputusan yang diambil tidak akan merugikan responden dan keluarga.
4. **Beneficence** : yaitu dalam penelitian ini peneliti akan melakukan yang terbaik, tetapi dalam hal ini peneliti pun menekankan pada responden atau keluarga untuk mencapaikan pada peneliti apabila merasa tidak aman dan tidak nyaman selama proses tindakan atau penelitian sehingga menimbulkan rasa kelelahan kepala pusing saat berlangsung, maka penelitian akan dihentikan dan mengobsevasi keadaan responden.
5. **Veracity** : yaitu dalam hal ini peneliti harus menjelaskan pada responden tentang proses dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan.
6. **Justice** : adalah dimana seorang peneliti harus berlaku adil pada semua subyek penelitian dan dalam hal ini keputusan yang diambil tidak berdampak buruk lagi responden.
7. **Confidentiality**: yang berkaitan dengan kerahasiaan responden yaitu dengan cara merahasiakan informasi-informasi yang telah didapat dari

responden termasuk identitas dan sebagai gantinya peneliti menggunakan nomor responden.

I. Alur Penelitian



BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHSAN

Dalam BAB ini akan dijelaskan hasil penelitian yang dilakukan pada Agustus 2015 dengan jumlah sampel sebanyak 77 responden sesuai dengan kriteria inklusi pengambilan sampel. Data yang digunakan merupakan data primer yang diperoleh melalui kuesioner. Selanjutnya data yang sudah diperoleh dan terkumpul ditabulasi, kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan di analisis.

A. Hasil Penelitian

1. Uji Normalitas Data

Uji normalitas data bertujuan untuk melihat sebaran data dengan asumsi H_0 = Distribusi berbentuk normal dan H_a = distribusi berbentuk tidak normal. Hasil uji normalitas data pada variabel di penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1 **Distribusi Statistik Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Remaja Samarinda Tahun 2015**

| No | Variabel | Mean | Median | SD | Min-mak | 95%CI | Kolmogrov Smirnov |
|----|-----------------|------|--------|-------|---------|-----------|-------------------|
| 1. | Merokok | 1,82 | 2 | 1,753 | 0-4 | 1,42-2,22 | 0,000 |
| 2. | Aktifitas Fisik | 2,31 | 2 | 1,830 | 0-5 | 1,90-2,73 | 0,000 |
| 3. | Minum Alkohol | 0,64 | 0 | 0,758 | 0-3 | 0,41-0,87 | 0,000 |

Hasil analisis normalitas data didapatkan rata-rata hasil dari variable merokok adalah 1,82, median 2 dengan standar deviasi 1,753. Nilai terendah diperoleh 0 dan nilai tertinggi 4. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai yang diperoleh adalah antara 1,42 sampai dengan 2,22. Dari data di atas

dapat diketahui pula hasil uji kolmogrov smirnov dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), berarti distribusi variabel merokok berbentuk tidak normal (Ho Diterima). Maka diputuskan untuk menggunakan median dalam pembentukan katagori pada variabel Merokok.

Analisis normalitas data didapatkan rata-rata hasil dari variable Aktifitas Fisik adalah 2,31, median 2 dengan standar deviasi 1,830. Nilai terendah diperoleh 0 dan nilai tertinggi 5. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai yang diperoleh adalah antara 1,90 sampai dengan 2,73. Dari data di atas dapat diketahui pula hasil uji kolmogrov smirnov dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), berarti distribusi variabel aktifitas fisik berbentuk tidak normal (Ho Diterima). Maka diputuskan untuk menggunakan median dalam pembentukan katagori pada variabel Aktifitas Fisik.

Hasil analisis normalitas data didapatkan rata-rata hasil dari variable Minum Alkohol adalah 0,64, median 0 dengan standar deviasi 0,758. Nilai terendah diperoleh 0 dan nilai tertinggi 3. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai yang diperoleh adalah antara 0,41 sampai dengan 0,87. Dari data di atas dapat diketahui pula hasil uji kolmogrov smirnov dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), berarti distribusi variabel Minum Alkohol berbentuk tidak normal (Ho Diterima). Maka diputuskan untuk menggunakan median dalam pembentukan katagori pada variabel Minum Alkohol.

2. Analisa Univariat

Analisa univariat digunakan untuk melihat kelayakan data, gambar dari data yang dikumpulkan, apakah data dalam keadaan layak untuk dianalisa selanjutnya. Pada analisa univariat ini ditampilkan gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti, baik

variabel independen maupun Variabel Dependen. Berdasarkan hasil pengumpulan data didapatkan hasil sebagai berikut

a. Karakteristik Responden

1) Usia

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Usia di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| Usia | Frekuensi (N) | Persentase (%) |
|------------------|---------------|----------------|
| Usia Pertengahan | 27 | 35,1 |
| Lansia | 42 | 54,5 |
| Lansia Tua | 8 | 10,4 |
| Sangat Tua | 0 | 0 |
| Total | 77 | 100,0 |

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa responden yang berada pada kelompok lansia berjumlah 42 orang (54,5%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berada kelompok usia usia pertengahan dengan jumlah 27 (35,1%) orang maupun kelompok lansia tua dengan jumlah 8 (10,4%) orang. Tidak terdapat responden yang berusia sangat tua.

2) Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| Jenis Kelamin | Frekuensi (N) | Persentase (%) |
|---------------|---------------|----------------|
| Laki-laki | 51 | 66,2 |
| Perempuan | 26 | 33,8 |
| Total | 77 | 100,0 |

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 51 orang (66,2%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 26 (33,8%).

3) Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Responden Menurut Pendidikan di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| Pendidikan | Frekuensi (N) | Persentase (%) |
|---------------|---------------|----------------|
| Tidak Sekolah | 0 | 0 |
| SD | 19 | 24,7 |
| SLTP | 22 | 28,6 |
| SLTA | 19 | 24,7 |
| Diploma | 8 | 10,4 |
| S1 | 9 | 11,7 |
| Total | 77 | 100,0 |

Berdasarkan hasil penelitian yang di sajikan tabel diatas diketahui bahwa responden yang memiliki pendidikan SLTP berjumlah 22 orang (28,6%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berpendidikan SD dan SLTA dengan jumlah masing-masing 19 orang (24,7%). Data menunjukkan pula responden yang memiliki pendidikan lebih tinggi pada jenjang diploma dengan jumlah 8 (10,4%) orang dan S1 berjumlah 9 orang (11,7%). Semua responden memiliki pendidikan. Peneliti tidak mendapatkan responden yang tidak sekolah.

4) Pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| Pekerjaan | Frekuensi (N) | Persentase (%) |
|----------------|---------------|----------------|
| IRT | 5 | 6,5 |
| PNS/POLRI | 8 | 10,4 |
| Pegawai Swasta | 32 | 41,6 |
| Wiraswasta | 32 | 41,6 |
| Nelayan/petani | 0 | 0 |

| | | |
|-------|----|-------|
| Total | 77 | 100,0 |
|-------|----|-------|

Berdasarkan hasil penelitian yang di sajikan tabel diatas diketahui bahwa responden yang memiliki pekerjaan sebagai pegawai swasta berjumlah 32 orang (41,6%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berprofesi sebagai Wiraswasta dengan jumlah 32 orang (41,6%). Data menunjukkan pula responden yang memiliki pekerjaan sebagai PNS dengan jumlah 8 (10,4%) orang dan Ibu Rumah Tangga berjumlah 5 orang (6,5%). Responden tidak ada yang berprofesi sebagai nelayan/petani.

b. Kebiasaan Merokok

Tabel 5.5 Distribusi Responden Menurut Merokok di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| Kebiasaan Merokok | Frekuensi (N) | % |
|-------------------|---------------|-------|
| Ya | 41 | 52,2 |
| Tidak | 36 | 46,8 |
| Total | 77 | 100,0 |

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa responden yang merokok berjumlah 41 orang (52,2%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang tidak merokok dengan jumlah 36 (46.8%) orang.

c. Kebiasaan Minum Alkohol

Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut Minum Alkohol di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| Kebiasaan Minum Alkohol | Frekuensi (N) | % |
|-------------------------|---------------|--------------|
| Ya | 24 | 31,2 |
| Tidak | 53 | 68,8 |
| Total | 77 | 100,0 |

Berdasarkan data pada tabel diatas dapat diketahui bahwa

responden yang tidak minum alkohol lebih banyak jumlahnya yaitu 53 orang (68,8%) di banding dengan peminum alkohol 24 orang (31,2%).

d. Aktifitas Fisik

Tabel 5.7 Distribusi Responden Menurut Aktifitas Fisik di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| Aktifitas Fisik | Frekuensi (N) | % |
|-----------------|---------------|--------------|
| Ya | 42 | 54,5 |
| Tidak | 35 | 45,5 |
| Total | 77 | 100,0 |

Berdasarkan data dari tabel diatas dapat diketahui bahwa responden mayoritas aktifitas fisik teratur yaitu sebanyak 42 Orang (54,5%) dan responden aktifitas fisik tidak teratur sebanyak 35 orang (45,5%)

e. Kejadian Hipertensi

Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| Kejadian Hipertensi | Frekuensi | % |
|---------------------|-----------|--------------|
| Hipertensi | 44 | 57,1 |
| Tidak Hipertensi | 33 | 42,9 |
| Total | 77 | 100,0 |

Berdasarkan data dari tabel diatas dapat diketahui bahwa responden yang menderita hipertensi sebanyak 44 orang (57,1%) dan responden yang tidak menderita hipertensi sebanyak 33 orang (42,9%).

3. Analisis Bivariat

Merupakan analisis yang digunakan untuk mengetahui dan membuktikan ada atau tidaknya hubungan yang bermakna secara statistic antara variabel bebas (independen) dengan variabel terikat

(dependen)

a. Hubungan Antara Merokok dengan Kejadian Hipertensi

Tabel 5.9 Hasil Analisis Tabel Silang Kebiasaan merokok dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| S | Kebiasaan Merokok | Hipertensi | | | | Total | | P (value) |
|---|-------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|---------------|
| | | Ya | | Tidak | | n | % | |
| | | n | % | N | % | | | |
| * | Ya | 29 | 37,7 | 12 | 15,6 | 41 | 53,2 | 0,010* |
| A | Tidak | 15 | 19,5 | 21 | 27,3 | 36 | 46,8 | |
| n | Total | 44 | 57,1 | 33 | 42,9 | 77 | 100 | |

alisis uji chi square $p < \alpha$, $\alpha = 0.05$

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa responden yang memiliki kebiasaan merokok menderita hipertensi sebanyak 29 orang (37,7%) dan merokok tidak menderita hipertensi 12 orang (15,6%). Responden yang tidak merokok dan menderita hipertensi sebanyak 15 orang (19,5%). Responden yang tidak merokok dan tidak menderita hipertensi sebesar 21 orang (27,3%) lebih banyak dibandingkan dengan responden merokok dan tidak menderita hipertensi

Berdasarkan hasil uji *pearson chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,010. Nilai $p < \alpha$ (0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa **Ada hubungan Kebiasaan merokok dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja.**

b. Hubungan Antara Kebiasaan Minum Alkohol dengan Kejadian Hipertensi

Tabel 5.10 Hasil Analisis Tabel Silang Kebiasaan Minum Alkohol dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja Tahun 2015

| S | Minum Alkohol | Hipertensi | | Total | P (value) |
|---|---------------|------------|-------|-------|-----------|
| | | Ya | Tidak | | |


| | | n | % | n | % | n | % | |
|---|--------------|----|------|----|------|----|------|---------------|
| * | Ya | 13 | 16,9 | 11 | 14,3 | 24 | 31,2 | 0,722* |
| A | Tidak | 31 | 40,3 | 22 | 28,6 | 53 | 68,8 | |
| n | Total | 44 | 57,1 | 33 | 42,9 | 77 | 100 | |

lisis uji chi square $p > \alpha$, $\alpha = 0.05$

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa dari 13 responden yang memiliki kebiasaan minum alkohol atau peminum alkohol dan menderita hipertensi sebanyak 13 orang (16,9%). Sedangkan, Responden yang minum alkohol dan tidak menderita hipertensi sebesar 11 orang (14,3%). Responden yang tidak minum alkohol dan menderita hipertensi sebanyak 31 orang (40,3%) lebih banyak dibandingkan dengan responden tidak minum alkohol dan tidak tidak hipertensi sebanyak 22 orang (28,6%).

Berdasarkan hasil uji *pearson chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,722 Nilai $p > \alpha$ (0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa **Tidak ada hubungan Kebiasaan minum alkohol dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja.**

c. Hubungan Antara Aktifitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi
Tabel 5.11 Hasil Analisis Tabel Silang Aktifitas Fisik dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja



| Aktifitas Fisik | Hipertensi | | | | Total | | P (value) | |
|-----------------|--------------|----|-------|----|-------|----|-----------|---------------|
| | Ya | | Tidak | | n | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| * | Ya | 29 | 37,7 | 13 | 16,9 | 42 | 54,5 | 0,021* |
| A | Tidak | 15 | 19,5 | 20 | 26 | 35 | 45,5 | |
| n | Total | 44 | 57,1 | 33 | 42,9 | 77 | 100 | |

alisis uji chi square $p < \alpha$, $\alpha = 0.05$

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa dari 77 responden yang memiliki Aktifitas fisik mayoritas teratur sebanyak 29 (37,7%)

menderita hipertensi.

Berdasarkan hasil uji *chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,021.

Nilai $p < \alpha$ (0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa ***Ada hubungan Kebiasaan Olahraga dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja.***

B. Analisis Univariat

1. Gambaran Karakteristik Responden

a) Usia

Hasil penelitian diperoleh bahwa responden yang berada pada kelompok lansia berjumlah 42 orang (54,5%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berada kelompok usia pertengahan dengan jumlah 27 (35,1%) orang maupun kelompok lansia tua dengan jumlah 8 (10,4%) orang. Kejadian hipertensi cenderung meningkat seiring dengan penambahan usia. Hipertensi tidak selalu hadir seiring dengan proses penuaan. (Yunita. 2014).

Kepekaan terhadap hipertensi akan meningkat seiring dengan bertambahnya umur seseorang. Individu yang berumur diatas 60 tahun, 50-60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal itu merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya. Hipertensi disebabkan multifaktorial bukan hanya karena usia, diantaranya karena pola makan tidak sehat, merokok. Obesitas, dan stress. Pada saat stress, dapat merangsang saraf simpatis yang menimbulkan vasokonstriksi perifer sehingga terjadi peningkatan tekanan darah (Guyton & Hall, 1997). Pada usia dewasa madya lebih mudah terjadi stress daripada yang berusia lebih dari lansia, karena pada usia muda lebih produktif dan sehingga mudah mengalami stress karena masalah ataupun rutinitas. Saat lansia cenderung sudah tidak produktif, seperti pension, jadi kemungkinan stress bisa berkurang. Pembuluh darah pada usia lanjut cenderung mengalami aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah, yang akan menurunkan distensi dan daya renggang pembuluh darah

(Brunner & Suddart, 2001).

b) Jenis Kelamin

Hasil penelitian diperoleh bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 51 orang (66,2%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 26 (33,8%). Laki-laki atau perempuan memiliki kemungkinan yang sama untuk mengalami hipertensi selama kehidupannya. Namun, laki-laki lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan

perempuan saat berusia sebelum 45 tahun. Sebaliknya saat usia 65 tahun keatas, perempuan lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan laki-laki. Kondisi ini dipengaruhi oleh hormon. Wanita yang memasuki masa menopause, lebih berisiko untuk mengalami obesitas yang akan meningkatkan resiko terjadinya hipertensi. (Yunita, 2014)

Menurut Cortas K prevalensi terjadinya hipertensi antara pria dan wanita sama, namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause. Karena sebelum menopause wanita dilindungi oleh hormone estrogen yang berperan dalam meningkatkan HDL, dimana HDL berperan penting dalam pencegahan aterosklerosis (Sylvia & Price, 2007). Sedangkan menurut Julianty P (2001) didapatkan responden wanita mempunyai risiko 1,53 kali terkena hipertensi dibandingkan dengan pria.

c) Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden yang memiliki pendidikan SLTP berjumlah 22 orang (28,6%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berpendidikan SD dan SLTA dengan jumlah masing-masing 19 orang (24,7%). Data menunjukkan pula responden yang memiliki pendidikan lebih tinggi pada jenjang diploma dengan jumlah 8 (10,4%) orang dan S1 berjumlah 9 orang (11,7%).

Hasil penelitian Yusida (2001) yang menemukan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian hipertensi dengan nilai

$p = 0,023$ dan $OR = 1,721$. Hal ini juga sejalan dengan hasil Riskesdas (2007) yang menyatakan bahwa penyakit hipertensi cenderung tinggi pada pendidikan rendah dan menurun sesuai dengan peningkatan pendidikan. Hubungan ini tidak semata-mata diakibatkan perbedaan tingkat pendidikan, tetapi tingkat pendidikan berpengaruh terhadap gaya hidup sehat dengan tidak merokok, tidak minum alkohol, dan lebih sering berolahraga (Kivimaki,2004 dalam Yuliarti,2007). Tingginya risiko terkena hipertensi pada pendidikan yang rendah, kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan pada pasien yang berpendidikan rendah terhadap kesehatan dan sulit atau lambat menerima informasi (penyuluhan) yang diberikan oleh petugas sehingga berdampak pada perilaku/pola hidup sehat

d) Pekerjaan

Hasil penelitian diketahui bahwa responden yang memiliki pekerjaan sebagai pegawai swasta berjumlah 32 orang (41,6%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berprofesi sebagai Wiraswasta dengan jumlah 32 orang (41,6%). Data menunjukkan pula responden yang memiliki pekerjaan sebagai PNS dengan jumlah 8 (10,4%) orang dan Ibu Rumah Tangga berjumlah 5 orang (6,5%). Penelitian Rahajeng (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan hipertensi. Walaupun demikian hasil yang berbeda ditunjukkan oleh Purniawaty (2010) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan hipertensi. Pekerjaan berpengaruh kepada aktifitas fisik seseorang. Orang yang tidak bekerja aktifitasnya tidak banyak sehingga dapat meningkatkan kejadian hipertensi (Kristansti et, al).

2. Merokok

Hasil penelitian diperoleh bahwa responden yang merokok berjumlah 41 orang (52,2%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang tidak merokok dengan jumlah 36 (46.8%) orang. Rokok menimbulkan aterosklerosis atau terjadi pengerasan pada pembuluh darah. Kondisi ini

merupakan penumpukan zat lemak di arteri, lemak dan plak memblok aliran darah dan membuat penyempitan pembuluh darah. Hal ini menyebabkan penyakit jantung. Jantung harus bekerja lebih keras dan tekanan ekstra dapat menyebabkan angina atau nyeri dada. Jika satu arteri atau lebih menjadi benar-benar terblokir, serangan jantung bisa terjadi. Semakin banyak rokok yang dihisap dan semakin lama seseorang merokok, semakin besar kesempatannya mengembangkan penyakit jantung atau menderita serangan jantung atau stroke.



Nikotin yang terkandung di dalam rokok selain meningkatkan kebutuhan oksigen, juga mengganggu suplai oksigen ke otot jantung (miokard) sehingga merugikan kerja miokard. Nikotin mengganggu system saraf simpatis dengan akibat meningkatnya kebutuhan oksigen miokard. Selain menyebabkan ketagihan merokok, nikotin pada rokok juga merangsang pelepasan adrenalin, meningkatkan frekuensi denyut jantung, tekanan darah, kebutuhan oksigen jantung, serta mengakibatkan gangguan irama jantung. Nikotin juga mengganggu kerja saraf otak dan banyak bagian tubuh lainnya. Nikotin mengaktifkan trombosit dengan akibat timbulnya adhesi trombosit (penggumpalan) ke dinding pembuluh darah. Karbon monoksida menimbulkan desaturasi hemoglobin, menurunkan langsung persediaan oksigen untuk jaringan seluruh tubuh termasuk miokard. CO menggantikan tempat oksigen di hemoglobin, mengganggu pelepasan oksigen, dan mempercepat aterosklerosis (pengapuran/penebalan dinding pembuluh darah). Dengan demikian, CO menurunkan kapasitas latihan fisik, meningkatkan viskositas darah, sehingga mempermudah penggumpalan darah. Nikotin, CO, dan bahan-bahan lain dalam asap rokok terbukti merusak endotel (dinding dalam pembuluh darah) dan mempermudah timbulnya penggumpalan darah (Julica,2009)

3. Minum Alkohol

Hasil penelitian diperoleh bahwa responden yang tidak minum alkohol lebih banyak jumlahnya yaitu 53 orang (68,8%) di banding dengan peminum alkohol 24 orang (31,2%). Penggunaan alkohol secara berlebihan juga akan memicu tekanan darah seseorang. Selain tidak

bagus bagi tekan darah, alkohol juga membuat kecanduan yang akan menyakitkan untuk lepas. Menghentikan kebiasaan konsumsi alkohol sangatlah baik, tidak hanya dari hipertensi kita tetapi juga kesehatan kita secara keseluruhan (Yekti & Ari, 2011).

Konsumsi minuman beralkohol juga dapat meningkatkan tekanan darah. Penelitian menunjukkan bahwa resiko hipertensi meningkat dua kali lipat jika mengkonsumsi minuman beralkohol lebih dari tiga gelas sehari. (Yunita, 2014).



Alkohol mempengaruhi memberikan efek sajangka pendek dan jangka panjang. Efek jangka pendek akan mempengaruhi sistem saraf dengan menghambat distribusi sinyal antara saraf tulang belakang dengan otak. Alkohol diserap oleh darah yang pada akhirnya mempengaruhi saraf sehingga memicu mati rasa. Terdapat dua sistem tubuh manusia yaitu sistem sadar dan sistem tidak sadar. Sistem sadar mengontrol pergerakan otot, sedangkan sistem tidak sadar mengontrol fungsi lain seperti denyut jantung dan sinyal-sinyal listrik yang melintas dari otak melalui neuron. Sistem tubuh tidak sadar akan terpengaruh terutama jika seseorang mengkonsumsi alkohol secara berlebih. Alkohol merupakan depresan yang menekan kinerja sistem saraf pusat. Alkohol juga dikenal meningkatkan aktivitas 'asam gamma aminobutyric' (GABA) dan melemahkan 'glutamin'. Akibatnya, koordinasi tubuh seseorang menjadi tumpul. Kurangnya koordinasi dan perilaku yang tidak terkontrol merupakan efek paling terlihat ketika seseorang mabuk.

Sementara efek jangka panjang konsumsi jangka panjang alkohol bisa mengakibatkan efek yang berbahaya. Sel-sel menjadi semipermeabel atau berubah lebih tebak akibat konsumsi alkohol akan mengganggu struktur tulang, darah, hati, lambung, pankreas, jantung, jaringan perifer, dan mulut.

4. Aktifitas Fisik

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden responden mayoritas aktifitas fisik teratur yaitu sebanyak 42 Orang (54,5%) dan responden

aktifitas fisik tidak teratur sebanyak 35 orang (45,5%)

Aktivitas fisik merupakan pergerakan otot anggota tubuh yang membutuhkan tubuh energi atau pergerakan yang bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan. Contohnya berkebun, berenang, menari, bersepeda, atau yoga. Aktivitas fisik sangat bermanfaat bagi kesehatan tubuh, khususnya organ jantung dan paru-paru. Aktivitas fisik juga menekan pembuluh darah dan mencegah hipertensi. Usaha pencegahan hipertensi akan optimal jika aktif beraktivitas fisik dibarengi dengan menjalankan diet sehat dan berhenti merokok. (Yunita, 2014).



Olahraga adalah aktivitas untuk melatih tubuh seseorang, tidak hanya secara jasmani tetapi juga secara rohani. Olahraga sangat bermanfaat bagi kesehatan tubuh. Dengan berolahraga metabolisme tubuh menjadi lancar sehingga distribusi dan penyerapan nutrisi dalam tubuh menjadi lebih efektif dan efisien. Seseorang yang menjaga kesehatan tubuhnya dengan berolahraga akan menjadi lebih sehat dan terhindar dari berbagai penyakit, semakin sedikitnya masyarakat yang berolahraga disebabkan karena kesibukan kerja atau aktivitas lainnya, tetapi saat ini juga digalakkan kegiatan-kegiatan olahraga yang dilakukan pada hari-hari libur untuk menjadikan olahraga sebagai suatu kebiasaan dalam masyarakat karena dalam tubuh yang sehat terdapat jiwa yang kuat.

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 aktifitas fisik meningkatkan risiko menderita DM dan hipertensi karena meningkatkan risiko kelebihan berat badan. Orang yang tidak aktif juga cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung harus memompa, makin besar

tekanan yang dibebankan pada arteri.

C. Analisis Bivariat

1. Hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi

Analisis data dengan *Chi-square* di peroleh nilai $p = 0,010$ lebih kecil dari nilai α (0,05), dari analisis tersebut dapat diartikan bahwa H_0 ditolak atau ada hubungan antara merokok dengan kejadian hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dari 44 responden yang menderita hipertensi sekitar 37,7% yang merokok, hal ini merupakan angka cukup besar sebagai faktor resiko untuk menderita hipertensi hasil penelitian menunjukkan pula masih ada responden sebanyak 12 orang yang merokok tetapi tidak menderita hipertensi, hal ini menunjukkan bahwa merokok bukan penyebab utama hipertensi. Asumsi peneliti kebiasaan responden merokok dapat menyebabkan penyakit lain selain hipertensi, seperti penyakit paru, jantung koroner serta penyakit pembuluh darah lain dan 15 orang tidak merokok dan menderita hipertensi, dari data tersebut asumsi peneliti faktor lain sebagai penunjang kejadian hipertensi selain merokok dapat terjadi pada responden tersebut. Asumsi peneliti dari data tersebut merokok bukan satu-satunya faktor penyebab terjadinya hipertensi pada responden di Puskesmas Remaja.

Dari hasil penelitian yang dilakukan sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Aditama (1997), bahwa rokok menjadi faktor resiko untuk menimbulkan penyakit hipertensi disebabkan karena Nikotin sebagai bahan utama sigaretek menyebabkan peningkatan tekanan darah. Merokok dengan nikotin tinggi lebih meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung bila dibandingkan dengan kandungan sedikit nikotin atau tanpa nikotin, keadaan ini disebabkan oleh karena nikotin meningkatkan pelepasan katekolamin medula adrenal dan jaringan kromafin jantung, disamping itu nikotin juga bekerja pada kemoreseptor badan-badan karotis meningkatkan peningkatan kadar karboksihemoglobin yang dapat mengurangi kebutuhan oksigen yang

dibutuhkan *miokard*.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggara & Prayitno (2012) dan Siburain (2004). Akan tetapi hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Retnowati (2010) didapatkan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi.

Hubungan merokok dengan hipertensi memang belum jelas. Menurut literatur, nikotin dan karbondioksida yang terkandung dalam rokok akan merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri, elastisitas pembuluh darah berkurang sehingga menyebabkan tekanan darah meningkat (Depkes, 2007).

Asumsi peneliti Mekanisme yang terjadi akibat banyaknya kandungan nikotin di pembuluh darah ini menjelaskan mengapa responden yang merokok setiap hari memiliki risiko untuk menderita hipertensi.

2. Hubungan minum alkohol dengan kejadian hipertensi

Pada analisis data dengan *Chi-square* di peroleh nilai $p = 0,722$ lebih besar dari nilai $\alpha (0,05)$, artinya H_0 diterima atau tidak ada hubungan kebiasaan minum alkohol dengan kejadian Hipertensi. Dari 44 responden yang menderita hipertensi menunjukkan jumlah antara yang peminum dan bukan peminum sangat berbeda dimana jumlah yang minum alkohol sebanyak 13 responden (16,9%) dan selebihnya adalah yang bukan minum alkohol sebanyak 31 orang.

Data menunjukkan 31 responden tidak minum alkohol tetapi menderita hipertensi. Asumsi peneliti alkohol hanya faktor pencetus terjadinya hipertensi, responden yang memiliki riwayat hipertensi sebelumnya walaupun tidak minum alkohol juga dapat mengalami hipertensi kemungkinan karena konsumsi garam dan makanan berlemak. Data juga menunjukkan 11 responden minum alkohol tetapi tidak mengalami hipertensi, asumsi peneliti responden yang memiliki kebiasaan minum

alkohol dapat terjerangkit penyakit lain seperti diabetes mellitus dan gagal ginjal.

Berdasarkan Teori Yang dikemukakan oleh Bangun, A.P (2002), mengatakan bahwa Alkohol juga dihubungkan dengan hipertensi, Peminum alkohol yang berat, risiko terkena hipertensinya relatif tinggi. Dalam hal ini alkohol akan bersifat sebagai penenang, yakni menekan system saraf dan memperlancar pembuluh darah, sehingga orang tersebut selain merasakan lebih rileks juga tekanan darahnya menurun. Namun, jika yang bersangkutan segera berhenti minum, pengaruh itu akan segera hilang dan tekanan darah akan naik kembali, bahkan kemungkinan akan melebihi tekanan darah sebelumnya dan orang yang minum - minuman keras atau alkohol sampai dengan lima kali per hari, kemungkinan akan menderita hipertensi sangat tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak minum sama sekali. Selain itu teori lain yang disampaikan oleh Depkes RI (2006) adalah tekanan darah akibat alkohol belum jelas. Namun, diduga peningkatan kadar kortisol dan peningkatan volume sel darah merah serta kekentalan darah berperan dalam menaikkan tekanan darah. Beberapa studi menunjukkan hubungan langsung antara tekanan darah dan asupan alkohol serta diantaranya melaporkan bahwa efek terhadap tekanan darah baru nampak bila mengkonsumsi alkohol sekitar 2-3 gelas ukuran standar setiap harinya

Pada penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Anggara & Prayitno (2012) yang diperoleh hasil uji statistik menyatakan ada hubungan yang bermakna ($p= 0,43$) serta penelitian Purniawaty (2010) bahwa mengkonsumsi alkohol ada hubungan yang bermakna terhadap hipertensi.

Penelitian ini terdapat perbedaan yang signifikan antara teori yang ada dengan hasil penelitian yang telah dilakukan, dimana pada penelitian ini tidak ada hubungan yang bermakna antara alkohol dengan kejadian Hipertensi ini dikarenakan dari 77 responden yang menjadi sampel penelitian hanya sedikit yang minum atau pernah minum alkohol, dimana

jumlah yang minum alkohol yaitu sebanyak 24 responden, asumsi peneliti konsumsi alkohol dapat berasal dari minuman keras dan makanan lain serta selebihnya tidak minum alkohol sebanyak 53 responden, sehingga rasio antara yang minum dan yang tidak minum cukup jauh, hal ini terjadi karena responden pada saat dilakukan penelitian rata-rata mengungkapkan tidak minum atau tidak pernah minum alkohol sehingga alkohol tidak menjadi faktor resiko untuk menimbulkan hipertensi di Puskesmas Remaja.

3. Hubungan aktifitas fisik dengan kejadian hipertensi

Pada analisis data dengan *Chi-square* di peroleh nilai $p = 0,021$ lebih kecil dari nilai α (0,05), artinya H_0 ditolak atau ada hubungan olahraga dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Remaja.

Sebanyak 15 orang tidak melakukan aktifitas fisik tetapi menderita hipertensi, asumsi peneliti aktifitas fisik bukan satu-satunya faktor penyebab terjadinya hipertensi. Sebanyak 13 orang melakukan aktifitas fisik tetapi menderita hipertensi. Asumsi peneliti aktifitas fisik yang tidak efektif tentunya akan memberikan pengaruh kepada penderita hipertensi karena kalori yang terbakar akibat aktifitas fisik itu tidak optimal.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hernelahti M, Kujala UM, Kaprio J, et.al dalam Aris 2007). Mereka menyatakan bahwa tidak teratur melakukan olahraga akan meningkatkan risiko terkena hipertensi sebesar 2,33 kali dibanding dengan yang teratur berolahraga.

Olahraga banyak dihubungkan dengan pengelolaan hipertensi, karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah. Olahraga juga dikaitkan dengan peran obesitas pada hipertensi. Kurang melakukan olahraga akan meningkatkan kemungkinan timbulnya obesitas dan jika asupan garam juga bertambah akan memudahkan timbulnya hipertensi.(suyono, 2001)

Kurangnya aktifitas fisik meningkatkan risiko menderita hipertensi karena meningkatkan risiko kelebihan berat badan.Orang yang tidak aktif juga

cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi sehingga otot jantungnya harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras dan sering otot jantung harus memompa, makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri (Sheps, 2005, dalam Aris 2007)

Menurut Soeharto (2002), bahwa olahraga yang tidak teratur berhubungan dengan hipertensi esensial, dimana olahraga isotonik (seperti bersepeda, jogging, aerobik) yang teratur dapat memperlancar peredaran darah sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Jenis olahraga-olahraga itu masuk kategori olahraga aerobik yang memacu kerja jantung secara bertahap untuk mengambil oksigen sebanyak-banyaknya, guna memenuhi kebutuhan oksigen ke seluruh tubuh. Memang terdapat bukti yang menunjukkan bahwa latihan secara teratur dapat menyebabkan penurunan tekanan darah yang cukup berarti.

Penelitian Duncan (1999), membuktikan, latihan atau olahraga seperti jalan kaki atau jogging, yang dilakukan selama 16 minggu akan mengurangi kadar hormon norepinephrin (noradrenalin) dalam tubuh, yakni zat yang dikeluarkan sistem saraf yang dapat menaikkan tekanan darah. Dan Latihan atau olahraga sebaiknya dilakukan secara teratur, sehingga tingkat kebugaran dapat dipertahankan dengan mudah.

Menurut Sadoso (1999), aerobik juga membuat seseorang mengeluarkan banyak cairan, mirip dengan khasiat obat hipertensi yang bersifat diuretik. Dengan berolahraga, jumlah hormon noradrenalin serta hormon-hormon lain penyebab stress (pembuluh darah menciut dan menaikkan tekanan darah) juga bisa diturunkan. Namun, Olahraga isotonik seperti jalan kaki, berenang, dll. lebih dianjurkan, dan hendaknya dilakukan sekitar 30 menit sehari dan tiga kali seminggu.

D. Keterbatasan Penelitian

1. Jumlah responden

Terbatasnya jumlah responden memungkinkan keakuratan pengambilan

kesimpulan hasil penelitian ini relatif lebih rendah.

2. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini hanya mengukur pada tingkat hubungan antara dua variabel. Analisis data yang digunakan belum dapat digunakan untuk mengetahui kekuatan hubungan antara kedua variabel penelitian. Untuk mengetahui kekuatan hubungan dan melihat variable yang lebih dominan dapat dilakukan dengan analisis multivariat regresi linier.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan tentang kesimpulan hasil penelitian dan saran yang perlu ditindak lanjuti dari hasil penelitian ini.

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa responden mayoritas berada pada kelompok lansia berjumlah 42 orang (54,5%). Mayoritas responden yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 51 orang (66,2%). Tingkat pendidikan responden lebih banyak pada jenjang SLTP berjumlah 22 orang (28,6%). Mayoritas pekerjaan sebagai pegawai swasta berjumlah 32 orang (41,6%) Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa responden yang merokok berjumlah 41 orang (52,2%) lebih banyak dibandingkan dengan responden yang tidak merokok dengan jumlah 36 (46.8%) orang.
2. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa responden yang tidak minum alkohol lebih banyak jumlahnya yaitu 53 orang (68,8%) di banding dengan peminum alkohol 24 orang (31,2%).
3. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa responden mayoritas aktifitas fisik teratur yaitu sebanyak 42 Orang (54,5%) dan responden aktifitas fisik tidak teratur sebanyak 35 orang (45,5%).
4. Berdasarkan hasil uji *pearson chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,010. Nilai $p < \alpha$ (0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa **Ada hubungan Kebiasaan merokok dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja.**
5. Berdasarkan hasil uji *pearson chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,722. Nilai $p > \alpha$ (0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa **Tidak ada hubungan Kebiasaan minum alkohol dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja.**

6. Berdasarkan hasil uji *chi square* diperoleh nilai p sebesar 0,021. Nilai $p < \alpha$ (0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa ***Ada hubungan Kebiasaan Olahraga dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Remaja***

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat diberikan beberapa saran kepada pihak yang terkait:

1. Masyarakat menerapkan gaya hidup sehat dengan melakukan aktifitas fisik sederhana seperti berjalan kaki, menghindari rokok dan minum minuman keras serta mengurangi konsumsi makanan dengan kandungan garam dan lemak yang tinggi.
2. Saran Bagi Intitusi
Bagi Puskesmas Remaja meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien selain terapi farmakologi juga menganjurkan kepada pasien untuk perubahan gaya hidup yang baik dengan memberikan penyuluhan melalui poster yang di tempel di puskesmas.
3. Saran Bagi Peneliti Berikutnya
Diharapkan kepada peneliti berikutnya yang ingin meneliti mengenai Hipertensi dapat meneliti seluruh faktor-faktor yang berhubungan dengan hipertensi. Peneliti selanjutnya dapat menggunakan analisis lebih lanjut untuk mengetahui faktor mana yang paling berhubungan dengan kejadian hipertensi.



DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, Suharsimi.(2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik edisi Revisi*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Bustam, 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta

Bruner , Suddarth, 2002, *Keperawatan Medkal-Bedah, edisi 8, Vol.2*, Penerbit buku kedokteran ECG, Jakarta

Bruner , Suddarth, 2002, *Keperawatan Medkal-Bedah, edisi 8, Vol.1*, Penerbit buku kedokteran ECG, Jakarta

Depkes RI, 2008. *Kendali Stres dan Hipertensi, Raih Produktivitas*. Intimedia. Jakarta.

Depkes RI, 2013, *program umum keperawatan dasar di rumah sakit dan puskesmas*, jakarta : Depkes

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.

Depkes RI. 2014, *Profil Kesehatan Indonesia* : Jakarta

Ekowati, 2014, *prevalensi hipertensi dan determinannya indonesia*, : pusat penelitian biomedis dan farmasi badan penelitian kesehatan departemen kesehatan RI : Jakarta,

Gunawan, L., 2013, *Hipertensi Tekanan Darah Tinggi*, Yogyakarta, Penerbit kamsius.

Hidayat, Aziz,A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*.

Jaya, M, 2009, *pembunuh berbahaya itu barnama rokok*, penerbit Riz'ma, Sleman.

Kuswardhani, Tuty. 2006. *Penatalaksanaan Hipertensi Pada Usia Lanjut*. Diunduh pada tanggal 12 desember 2014 dari <http://www.google.co.id/perkembangan>

Lauralee, S, 2001. *Fisiologi Manusia : dari sel ke sistem, edisi 2*. Penerbit EGC, Jakarta

Maryam, R. Siti, dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika

Notoatmodjo, 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.

Notoatmodjo, 2005. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Edisi revisi. Rineka Cipta. Jakarta.

Nursalam, (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Notoatmodjo, S. 2010, *metodologi penelitian kesehatan,,* Rineka Cipta. Jakarta

Nugroho. 2000. *Keperawatan gerontik*. Jakarta. EGC

Potter dan Perry. 2005, *Fundamental keperawatan. Volume 2*. Edisi 4. Jakarta. EGC

Russel, D,M, 2011, *bebas dari 6 penyakit paling mematikan*, MedPress, Jogjakarta

Riskesdas, 2014, *laporan hasil riset kesehatan dasar, provinsi kaliamtan timur*, di akses pada tanggal 14 januari 2015,

Riskesdas, 2013, *laporan hasil riset kesehatan dasar, provinsi kaliamtan timur*, di akses pada tanggal 14 januari 2015,

Sheps,S.A.G. 2005, *Mayo Klinik Hipertensi*, Jakarta

Supariasa, I,D,M, dkk, 2002, *penilaian status gizi*, penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

Stanley, Mickey dan Patricia Gauntlett Beare. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, Edisi 2, Jakarta : EGC

Underwood, J, C, E. 2000. *Patologi Umum*, Penerbit Buku Kedokteran ECG, jakarta

Wiwik, 2014, *pendahuluan : latar belakang hipertensi*, (online), available, [http://wiwik21.wordpress.com/2014/06/27\(28 desember 2015\)](http://wiwik21.wordpress.com/2014/06/27(28%20desember%202015))

WHO, 2014, *definisi stroke*, (online), available : <http://irh4mgokilz.wordpress.com/2014/05/20/stroke/> (25 mei 2014).

Yunita, S. Gz. 2014. *hipertensi bukan untuk ditakuti*. Penerbit, FMedia (imprint

Agromedia Pustaka) jakarta selatan.

Yohana, Hamisah. (2014). *Hubungan faktor usia, jenis kelamin, keturunan dan obesitas terhadap kejadian penyakit hipertensi dipuskesmas linggong bigung kabupaten kutai barat*. Tesis. Tidak di publikasikan

Yekti & Ari. 2011. *Cara jitu mengatasi hipertensi*, penerbit ANDI, Yokyakarta



Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Samarinda, April 2014

Kepada

Yth. Calon Responden

Di - Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sultiana

NIM : 11.0492.294.01

Saya adalah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada yang sedang melakukan penelitian yang berjudul **“faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja samarinda”**

untuk itu saya mengharapkan partisipasi dari bapak/ibu dari pasien agar bersedia mengisi lembar pertanyaan atau menjawab pertanyaan-pertanyaan yang di ajukan oleh peneliti. Apapun jawaban yang diberikan akan dirahasiakan dan digunakan oleh peneliti untuk peneliti. Dalam kesempatan ini saya memohon bapak/ibu untuk menjawab dengan sebenar-benarnya karena jawaban bapak/ibu sangat mempengaruhi hasil penelitian saya.

Atas partisipasi dan bersedia bapak/ibu dalam kerjasamanya saya ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti

Sultiana

Lampiran 2

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul **“faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja samarinda”** yang di lakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada.

Saya memahami hasil penelitian ini tidak akan berakibat negatif atau merugikan saya dan keluarga serta segala informasi yang saya berikan dijamin kerahasiannya. Saya memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan informasi / masukan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu jawaban yang saya berikan adalah jawaban yang sebenarnya.

Saya telah memberikan kesempatan untuk bertanya mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian dan telah mendapatkan jawaban yang memuaskan. Berdasarkan semua penjelasan yang saya terima, saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Responden

.....

Lampiran 3

LEMBAR KUESIONER

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di puskesmas remaja samarinda

A. Identitas Responden

Petunjuk :

Istilah pada titik-titik sesuai dengan jawaban anda atau berilah tanda check () pada kotak yang di sediakan sesuai kondisi yang anda alami.

1. Kode Responden :
2. Umur Responden tahun
3. Jenis Kelamin
 laki-laki
 perempuan
4. Pendidikan
 tidak sekolah
 SD



- SMP/SLTA
- SMA/SLTA
- DIPLOMA
- S1
- S2
- S3
5. Pekerjaan
 Tidak Bekerja
 Petani/Nelayan

Pedagang/wiraswasta

Pegawai negeri sipil

TNI/Polri

Pegawai honor

Pegawai swasta

Pensiunan

6. Pada usia berapa Bapak/Ibu menderita hipertensi ?.....
7. Sudah berapa lama Bapak/Ibu terkena hipertensi ?.....
8. Apakah Bapak/Ibu pernah dirawat di rumah sakit akibat hipertensi ?....

B. Kebiasaan Merokok

| No | Pertanyaan | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Apakah Bapak/Ibu merokok ? | | |
| 2 | Jika ya, apakah bapak/ibu masih merokok minimal 6 bulan terakhir sampai saat ini ? | | |
| 3 | Apakah bapak/ibu merokok setiap hari ? | | |
| 4 | Apakah bapak/ibu merokok 1-10 batang perhari ? | | |
| 5 | Apakah bapak/ibu 11-20 batang perhari ? | | |
| 6 | Apakah bapak/ibu merokok > 20 batang perhari ? | | |

(Hasan, 2013)

C. Aktivitas Fisik

| No | Pertanyaan | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Apakah bapak/ibu berolah raga ? | | |
| 2 | Jika ya, apakah bapak/ibu berolah raga kurang dari | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | 3x perminggu ? | | |
| 3 | Apakah bapak/ibu berolah raga antara 3-4x perminggu | | |
| 4 | Apakah bapak/ibu berolah raga > 4x perminggu | | |
| 5 | Setiap berolah raga, apakah aktivitas yang bapak/ibu lakukan lebih dari 30 menit ? | | |
| 6 | Apakah bapak/ibu melakukan aktivitas yang ringan seperti jalan kaki ? | | |

(Hasan, 2013)

D. Mengonsumsi Alkohol

| No | Pertanyaan | Ya | Tidak |
|----|---|----|-------|
| 1 | Apakah bapak/ibu mengonsumsi alkohol | | |
| 2 | Jika ya, apakah sampai saat ini bapak/ibu masih mengonsumsi alkohol | | |
| 3 | Apakah bapak/ibu mengonsumsi alkohol setiap hari ? | | |
| 4 | Apakah bapak/ibu mengonsumsi alkohol 2-3x dalam seminggu ? | | |

(Hasan, 2013)



Crosstabs

Notes

| | | |
|------------------------|--------------------------------|---|
| Output Created | | 13-Aug-2015 01:28:15 |
| Comments | | |
| Input | Data | E:\9. KERJAAN |
| | Active Dataset | SKRIPS\sultiana\DATA\SPSS.sav |
| | Filter | DataSet1 |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 77 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table. |
| Syntax | | CROSSTABS /TABLES=rokok Aktif alkoholkat BY HT /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ CORR RISK /CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL /COUNT ROUND CELL. |
| Resources | Processor Time | 0:00:00.000 |
| | Elapsed Time | 0:00:00.015 |
| | Dimensions Requested | 2 |

Notes

| | | |
|------------------------|--------------------------------|---|
| Output Created | | 13-Aug-2015 01:28:15 |
| Comments | | |
| Input | Data | E:\9. KERJAAN SKRIPSI\sultiana\DATA\SPSS.sav |
| | Active Dataset | DataSet1 |
| | Filter | <none> |
| | Weight | <none> |
| | Split File | <none> |
| | N of Rows in Working Data File | 77 |
| Missing Value Handling | Definition of Missing | User-defined missing values are treated as missing. |
| | Cases Used | Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table. |
| Syntax | | CROSSTABS /TABLES=rokok Aktif alkoholkat BY HT /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ CORR RISK /CELLS=COUNT EXPECTED ROW COLUMN TOTAL /COUNT ROUND CELL. |
| Resources | Processor Time | 0:00:00.000 |
| | Elapsed Time | 0:00:00.015 |
| | Dimensions Requested | 2 |
| | Cells Available | 174762 |



Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| MEROKOK * HIPERTENSI | 77 | 100.0% | 0 | .0% | 77 | 100.0% |
| AKTIFITAS * HIPERTENSI | 77 | 100.0% | 0 | .0% | 77 | 100.0% |
| MINUM ALKOHOL * HIPERTENSI | 77 | 100.0% | 0 | .0% | 77 | 100.0% |

MEROKOK * HIPERTENSI

Crosstab

| | | HIPERTENSI | | Total | |
|---------|---------------------|---------------------|--------|--------|--------|
| | | Ya | Tidak | | |
| MEROKOK | Ya | Count | 29 | 12 | 41 |
| | | Expected Count | 23.4 | 17.6 | 41.0 |
| | | % within MEROKOK | 70.7% | 29.3% | 100.0% |
| | | % within HIPERTENSI | 65.9% | 36.4% | 53.2% |
| | | % of Total | 37.7% | 15.6% | 53.2% |
| Tidak | Count | 15 | 21 | 36 | |
| | Expected Count | 20.6 | 15.4 | 36.0 | |
| | % within MEROKOK | 41.7% | 58.3% | 100.0% | |
| | % within HIPERTENSI | 34.1% | 63.6% | 46.8% | |
| | % of Total | 19.5% | 27.3% | 46.8% | |
| Total | Count | 44 | 33 | 77 | |
| | Expected Count | 44.0 | 33.0 | 77.0 | |
| | % within MEROKOK | 57.1% | 42.9% | 100.0% | |
| | % within HIPERTENSI | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | % of Total | 57.1% | 42.9% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6.612 ^a | 1 | .010 | | |
| Continuity Correction ^b | 5.479 | 1 | .019 | | |
| Likelihood Ratio | 6.694 | 1 | .010 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .012 | .009 |
| Linear-by-Linear Association | 6.526 | 1 | .011 | | |
| N of Valid Cases | 77 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,43.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

| | | Value | Asymp. Std. Error ^a | Approx. T ^b | Approx. Sig. |
|----------------------|----------------------|-------|--------------------------------|------------------------|-------------------|
| Interval by Interval | Pearson's R | .293 | .109 | 2.654 | .010 ^c |
| Ordinal by Ordinal | Spearman Correlation | .293 | .109 | 2.654 | .010 ^c |
| N of Valid Cases | | 77 | | | |

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|-------------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for MEROKOK (Ya / Tidak) | 3.383 | 1.316 | 8.698 |
| For cohort HIPERTENSI = Ya | 1.698 | 1.100 | 2.619 |

| | | | |
|-------------------------|------|------|------|
| For cohort HIPERTENSI = | .502 | .289 | .870 |
| Tidak | | | |
| N of Valid Cases | 77 | | |

AKTIFITAS * HIPERTENSI

Crosstab

| | | HIPERTENSI | | Total | |
|-----------|----|---------------------|--------|--------|--------|
| | | Ya | Tidak | | |
| AKTIFITAS | Ya | Count | 29 | 13 | 42 |
| | | Expected Count | 24.0 | 18.0 | 42.0 |
| | | % within AKTIFITAS | 69.0% | 31.0% | 100.0% |
| | | % within HIPERTENSI | 65.9% | 39.4% | 54.5% |
| | | % of Total | 37.7% | 16.9% | 54.5% |
| Tidak | | Count | 15 | 20 | 35 |
| | | Expected Count | 20.0 | 15.0 | 35.0 |
| | | % within AKTIFITAS | 42.9% | 57.1% | 100.0% |
| | | % within HIPERTENSI | 34.1% | 60.6% | 45.5% |
| | | % of Total | 19.5% | 26.0% | 45.5% |
| Total | | Count | 44 | 33 | 77 |
| | | Expected Count | 44.0 | 33.0 | 77.0 |
| | | % within AKTIFITAS | 57.1% | 42.9% | 100.0% |
| | | % within HIPERTENSI | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | | % of Total | 57.1% | 42.9% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|--------------------|--------------------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 5.347 ^a | 1 | .021 | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|-------|---|------|------|------|
| Continuity Correction ^b | 4.331 | 1 | .037 | | |
| Likelihood Ratio | 5.392 | 1 | .020 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .037 | .018 |
| Linear-by-Linear Association | 5.278 | 1 | .022 | | |
| N of Valid Cases | 77 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,00.

b. Computed only for a 2x2 table

| | | Symmetric Measures | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------|
| | | Value | Asymp. Std. Error ^a | Approx. T ^b | Approx. Sig. |
| Interval by Interval | Pearson's R | .264 | .110 | 2.366 | .021 ^c |
| Ordinal by Ordinal | Spearman Correlation | .264 | .110 | 2.366 | .021 ^c |
| N of Valid Cases | | 77 | | | |

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

| Risk Estimate | | | |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|
| 95% Confidence Interval | | | |
| | Value | Lower | Upper |
| Odds Ratio for AKTIFITAS (Ya / Tidak) | 2.974 | 1.167 | 7.584 |
| For cohort HIPERTENSI = Ya | 1.611 | 1.045 | 2.484 |
| For cohort HIPERTENSI = Tidak | .542 | .317 | .925 |
| N of Valid Cases | 77 | | |

Crosstabs

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| MINUM ALKOHOL * HIPERTENSI | 77 | 100.0% | 0 | .0% | 77 | 100.0% |

MINUM ALKOHOL * HIPERTENSI Crosstabulation

| | | HIPERTENSI | | | |
|---------------|----|------------------------|--------|--------|--------|
| | | Ya | Tidak | Total | |
| MINUM ALKOHOL | Ya | Count | 13 | 11 | 24 |
| | | Expected Count | 13.7 | 10.3 | 24.0 |
| | | % within MINUM ALKOHOL | 54.2% | 45.8% | 100.0% |
| | | % within HIPERTENSI | 29.5% | 33.3% | 31.2% |
| | | % of Total | 16.9% | 14.3% | 31.2% |
| | | Tidak | Count | 31 | 22 |
| | | Expected Count | 30.3 | 22.7 | 53.0 |
| | | % within MINUM ALKOHOL | 58.5% | 41.5% | 100.0% |
| | | % within HIPERTENSI | 70.5% | 66.7% | 68.8% |
| | | % of Total | 40.3% | 28.6% | 68.8% |
| Total | | Count | 44 | 33 | 77 |
| | | Expected Count | 44.0 | 33.0 | 77.0 |
| | | % within MINUM ALKOHOL | 57.1% | 42.9% | 100.0% |
| | | % within HIPERTENSI | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | | % of Total | 57.1% | 42.9% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .126 ^a | 1 | .722 | | |
| Continuity Correction ^b | .011 | 1 | .915 | | |
| Likelihood Ratio | .126 | 1 | .723 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .806 | .456 |
| Linear-by-Linear Association | .124 | 1 | .724 | | |
| N of Valid Cases | 77 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,29.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

| | | Value | Asymp. Std. Error ^a | Approx. T ^b | Approx. Sig. |
|----------------------|----------------------|-------|--------------------------------|------------------------|-------------------|
| Interval by Interval | Pearson's R | -.040 | .114 | -.351 | .727 ^c |
| Ordinal by Ordinal | Spearman Correlation | -.040 | .114 | -.351 | .727 ^c |
| N of Valid Cases | | 77 | | | |

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|-------|-------------------------|-------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for MINUM ALKOHOL (Ya / Tidak) | .839 | .318 | 2.215 |
| For cohort HIPERTENSI = Ya | .926 | .601 | 1.427 |

| | | | |
|-------------------------|-------|------|-------|
| For cohort HIPERTENSI = | 1.104 | .644 | 1.894 |
| Tidak | | | |
| N of Valid Cases | 77 | | |



Frequencies

Statistics

| | | HIPERTE | JK | Pendidikan | Pekerjaan | MEROKOK | AKTIFITAS | MINUM ALKOHO L | Usia |
|---|----------------|---------|------|------------|-----------|---------|-----------|----------------------|------|
| | | NSI | | | | | | | |
| N | Valid | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 73 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | Mean | 1.43 | 1.34 | 3.56 | 3.39 | 1.47 | 1.45 | 1.49 | 1.71 |
| | Median | 1.00 | 1.00 | 3.00 | 3.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 2.00 |
| | Mode | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| | Std. Deviation | .498 | .476 | 1.293 | 1.126 | .502 | .501 | .503 | .612 |
| | Minimum | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Maximum | 2 | 2 | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| | Sum | 110 | 103 | 274 | 261 | 113 | 112 | 115 | 125 |

| | | JK | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|----|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | Laki-Laki | | 51 | 66.2 | 66.2 | 66.2 |
| | Perempuan | | 26 | 33.8 | 33.8 | 100.0 |
| | Total | | 77 | 100.0 | 100.0 | |

Pendidikan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | SD/ sederajat | 19 | 24.7 | 24.7 | 24.7 |
| | SLTP | 22 | 28.6 | 28.6 | 53.2 |
| | SLTA | 19 | 24.7 | 24.7 | 77.9 |
| | Diploma | 8 | 10.4 | 10.4 | 88.3 |
| | S1 | 9 | 11.7 | 11.7 | 100.0 |

Pendidikan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SD/ sederajat | 19 | 24.7 | 24.7 | 24.7 |
| | SLTP | 22 | 28.6 | 28.6 | 53.2 |
| | SLTA | 19 | 24.7 | 24.7 | 77.9 |
| | Diploma | 8 | 10.4 | 10.4 | 88.3 |
| | S1 | 9 | 11.7 | 11.7 | 100.0 |
| Total | | 77 | 100.0 | 100.0 | |

Pekerjaan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | IRT | 5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 |
| | PNS/POLRI | 8 | 10.4 | 10.4 | 16.9 |
| | Pegawai Swasta | 32 | 41.6 | 41.6 | 58.4 |
| | Wiraswasta/pedagang | 32 | 41.6 | 41.6 | 100.0 |
| Total | | 77 | 100.0 | 100.0 | |

MEROKOK

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ya | 41 | 53.2 | 53.2 | 53.2 |
| | Tidak | 36 | 46.8 | 46.8 | 100.0 |
| Total | | 77 | 100.0 | 100.0 | |

AKTIFITAS

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ya | 42 | 54.5 | 54.5 | 54.5 |
| | Tidak | 35 | 45.5 | 45.5 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

MINUM ALKOHOL

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ya | 39 | 50.6 | 50.6 | 50.6 |
| | Tidak | 38 | 49.4 | 49.4 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

Usia

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Usia PERTengahan | 27 | 35.1 | 35.1 | 35.1 |
| | Lansia | 42 | 54.5 | 54.5 | 89.6 |
| | Lansia Tua | 8 | 10.4 | 10.4 | 100.0 |
| | Total | 77 | 100.0 | 100.0 | |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error |
|---------|---|-----------|------------|
| alkohol | Mean | .64 | .115 |
| | 95% Confidence Interval for Lower Bound | .41 | |
| | Mean Upper Bound | .87 | |
| | 5% Trimmed Mean | .54 | |
| | Median | .00 | |
| | Variance | 1.024 | |
| | Std. Deviation | 1.012 | |
| | Minimum | 0 | |
| | Maximum | 3 | |
| | Range | 3 | |
| | Interquartile Range | 2 | |
| | Skewness | 1.181 | .274 |
| | Kurtosis | -.179 | .541 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|---------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| alkohol | .424 | 77 | .000 | .641 | 77 | .000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Uji Normalitas Data

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-----------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| perokok | 77 | 100.0% | 0 | .0% | 77 | 100.0% |
| aktifitas | 77 | 100.0% | 0 | .0% | 77 | 100.0% |
| alkohol | 77 | 100.0% | 0 | .0% | 77 | 100.0% |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error |
|-----------------|----------------------------------|-----------|------------|
| perokok | Mean | 1.82 | .200 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | | |
| | Lower Bound | 1.42 | |
| | Upper Bound | 2.22 | |
| | 5% Trimmed Mean | 1.80 | |
| | Median | 2.00 | |
| | Variance | 3.072 | |
| | Std. Deviation | 1.753 | |
| | Minimum | 0 | |
| | Maximum | 4 | |
| | Range | 4 | |
| | Interquartile Range | 4 | |
| | Skewness | .045 | .274 |
| Kurtosis | -1.839 | .541 | |
| aktifitas | Mean | 2.31 | .209 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | | |
| | Lower Bound | 1.90 | |
| | Upper Bound | 2.73 | |
| 5% Trimmed Mean | 2.29 | | |

| | | | |
|---------|---|--------|------|
| | Median | 2.00 | |
| | Variance | 3.349 | |
| | Std. Deviation | 1.830 | |
| | Minimum | 0 | |
| | Maximum | 5 | |
| | Range | 5 | |
| | Interquartile Range | 3 | |
| | Skewness | .039 | .274 |
| | Kurtosis | -1.590 | .541 |
| alkohol | Mean | .64 | .115 |
| | 95% Confidence Interval for Lower Bound | .41 | |
| | Mean Upper Bound | .87 | |
| | 5% Trimmed Mean | .54 | |
| | Median | .00 | |
| | Variance | 1.024 | |
| | Std. Deviation | 1.012 | |
| | Minimum | 0 | |
| | Maximum | 3 | |
| | Range | 3 | |
| | Interquartile Range | 2 | |
| | Skewness | 1.181 | .274 |
| | Kurtosis | -.179 | .541 |

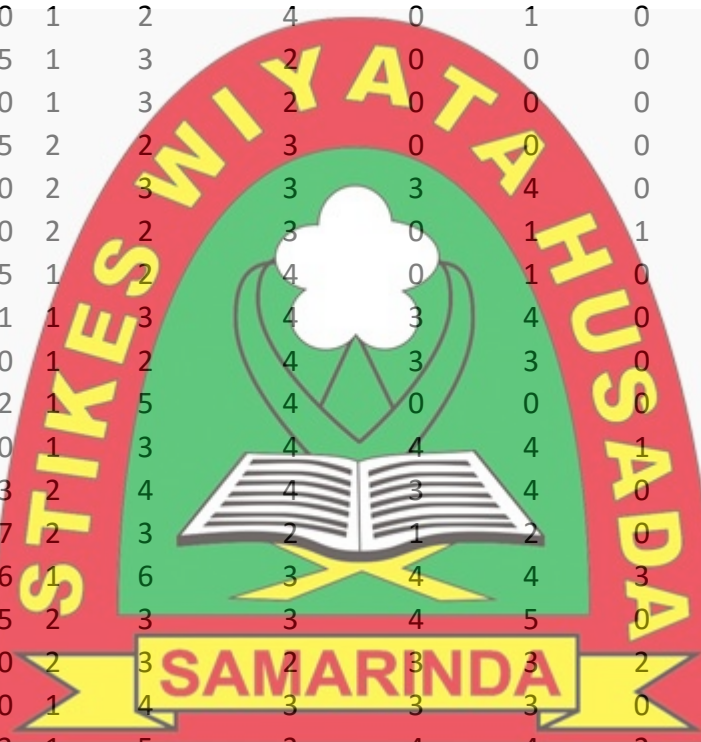
Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| perokok | .305 | 77 | .000 | .750 | 77 | .000 |
| aktifitas | .218 | 77 | .000 | .855 | 77 | .000 |
| alkohol | .424 | 77 | .000 | .641 | 77 | .000 |

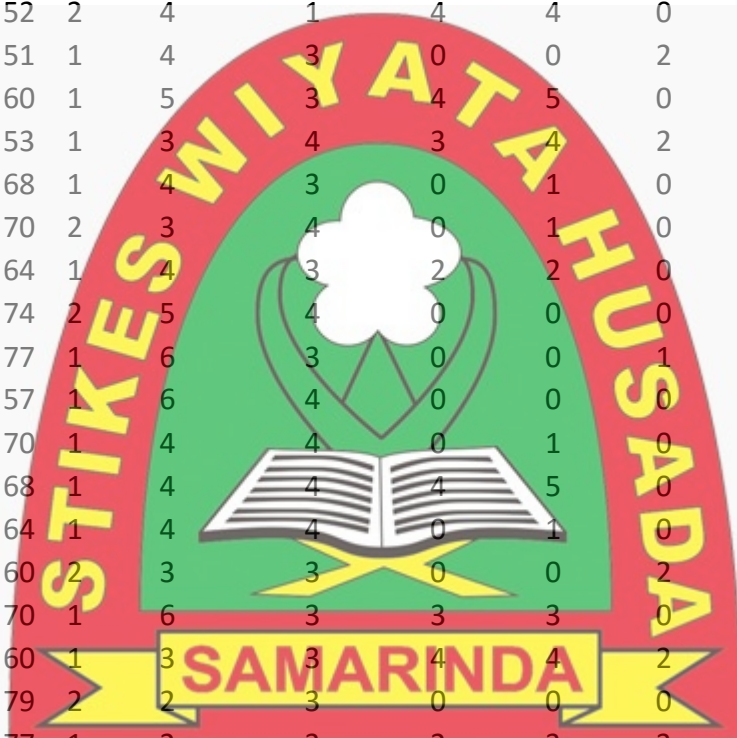
a. Lilliefors Significance Correction

Noresp Umur JK Pendidikan Pekerjaan Perokok Aktifitas Alkohol Rokok

| | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 66 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 0 | 1 |
| 2 | 61 | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 0 | 1 |
| 3 | 54 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| 4 | 65 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | 2 |
| 5 | 78 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 0 | 1 |
| 6 | 53 | 2 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 |
| 7 | 58 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 8 | 60 | 1 | 2 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 9 | 54 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 |
| 10 | 70 | 1 | 2 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 11 | 75 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 12 | 60 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 13 | 75 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 14 | 50 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| 15 | 60 | 2 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 16 | 75 | 1 | 2 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 17 | 51 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| 18 | 50 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 0 | 1 |
| 19 | 52 | 1 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 20 | 70 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| 21 | 63 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| 22 | 47 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| 23 | 46 | 1 | 6 | 3 | 4 | 4 | 3 | 1 |
| 24 | 45 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 0 | 1 |
| 25 | 50 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| 26 | 60 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 0 | 1 |
| 27 | 53 | 1 | 5 | 3 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| 28 | 62 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| 29 | 72 | 1 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 30 | 61 | 1 | 2 | 4 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| 31 | 59 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| 32 | 68 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| 33 | 50 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 34 | 60 | 2 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 35 | 70 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| 36 | 60 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| 37 | 79 | 2 | 4 | 3 | 0 | 0 | 3 | 2 |
| 38 | 52 | 2 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 |



| | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 39 | 60 | 1 | 6 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 40 | 67 | 2 | 5 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| 41 | 61 | 1 | 5 | 3 | 4 | 5 | 0 | 1 |
| 42 | 61 | 1 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 43 | 46 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| 44 | 51 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| 45 | 46 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 46 | 64 | 1 | 6 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 47 | 62 | 1 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 48 | 59 | 1 | 4 | 3 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| 49 | 52 | 2 | 4 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| 50 | 51 | 1 | 4 | 3 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 51 | 60 | 1 | 5 | 3 | 4 | 5 | 0 | 1 |
| 52 | 53 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| 53 | 68 | 1 | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 54 | 70 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 55 | 64 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 0 | 1 |
| 56 | 74 | 2 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 57 | 77 | 1 | 6 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 58 | 57 | 1 | 6 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 59 | 70 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 60 | 68 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 0 | 1 |
| 61 | 64 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 62 | 60 | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 63 | 70 | 1 | 6 | 3 | 3 | 3 | 0 | 1 |
| 64 | 60 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| 65 | 79 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 66 | 77 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 |
| 67 | 57 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| 68 | 70 | 1 | 6 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 69 | 68 | 1 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| 70 | 60 | 2 | 6 | 4 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| 71 | 53 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| 72 | 62 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 0 | 1 |
| 73 | 72 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| 74 | 61 | 1 | 2 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 75 | 59 | 1 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 76 | 60 | 2 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 77 | 60 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 1 |

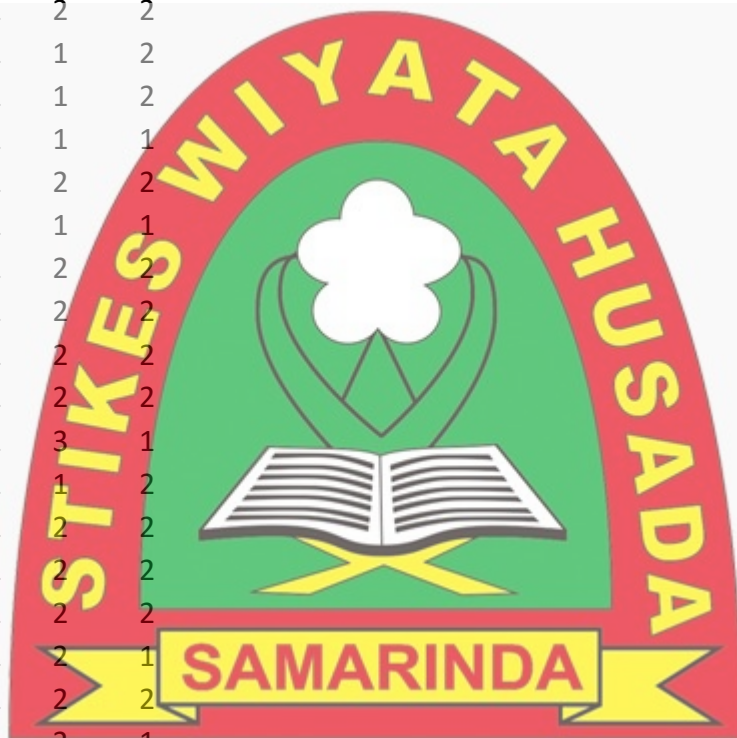


Aktif HT Usia Alcohol

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 1 |
| 1 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 2 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 1 |
| 2 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 1 | 2 |
| 1 | 2 | 2 | 1 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | 2 | 1 | 1 |
| 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 1 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 1 | 2 | 1 |
| 1 | 2 | 1 | 1 |
| 1 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |



| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 2 | 3 | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 2 | 2 | 1 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 1 | 1 | 1 | 2 |
| 2 | 2 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 2 |
| 2 | 2 | 1 | 1 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 3 | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 1 | 2 | 1 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 1 | 2 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 1 | 2 |



2 1 2 2
1 1 2 2

Keterangan:

JK : Jenis Kelamin HT : 1. Ya
1. Laki-laki 2. Tidak
2.
Perempuan



Rokok : 1. Ya
2. Tidak

Aktif : 1. Ya
2. Tidak



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
(STIKES)
WIYATA HUSADA SAMARINDA

IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008

TERAKREDITASI BAN-PT NO:

038 / BAN - PT / Ak - XIV / S1 / XI / 2011 (S-1 Keperawatan)

027 / BAN- PT / Ak - XI / Dpl - III / XII / 2011 (D-III Analisis Kesehatan)

028 / BAN - PT / Ak- XI / Dpl - III/ XII /2011 (D-III Kebidanan)

Jl. Kadrie Oening Gg. Monalisa No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp. (0541) 7272431

Nomor : 1733 /STIKES-WHS/VIII/2015
Lampiran : -
Hal : Permohonan Uji Validitas

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Wonorejo
Di-
Samarinda

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan uji validitas di Instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

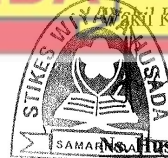
Adapun mahasiswa yang melakukan uji validitas tersebut adalah :

Nama : Sultiana
NIM : 11 0492 294 01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di Puskesmas Remaja Samarinda

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas kesediaan dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Samarinda, 10 Agustus 2015

Wakil Ketua I,



N. Husin, S.Kep, MPH

NIK 113072.78.14.062



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
UPTD PUSKESMAS REMAJA

DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA

Jl. Mayjen Sutoyo RT 44 No. 29 Telp. (0541) 7772541, Kec Sungai Pinang
SAMARINDA KALIMANTAN TIMUR KODE POS 75117

Samarinda, 5 Juni 2015

Nomor : 102/PKM-RMJ/I-1-J/R-XII/2015
Lampiran :-
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Ketua STIKES Wiyata Husada
Samarinda
Di -
Samarinda

Menindak lanjuti surat ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda Nomor : 2187/STIKES-WHS/XII/2015 perihal permohonan ijin penelitian atas nama :

Nama : Sultiana
NIM : 11.0492.294.01
Judul KTI : Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada Lansia di Puskesmas Remaja Samarinda

Bersama ini kami sampaikan bahwa kegiatan mahasiswa tersebut telah dilaksanakan pada tanggal -13 Juni 2015

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala UPTD Puskesmas Remaja
Samarinda

dr. Tiori Karo Karo
Pembina (IV/a)
NIP 18620713 199509 1 001





PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN

JALAN MILONO NO.1 TELP. (0541) 735660, 743822 Fax. (0541) 737606
SAMARINDA KALIMANTAN TIMUR KODE POS 75121

LEMBAR DISPOSISI

| | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|--------------------|
| Sifat : | Kode : | No. Urut : | Diterima : Tgl. |
| Perihal : Isi Ringkas : | | <i>121</i> <i>perintah</i> | |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------|-------|
| Asal Surat : | Tgl. : | No. : |
| Diajukan/Diteruskan Kepada : | Instruksi/Informasi : | |

*kepada ytd
kepada puster waworaja*

Diproc

7/10/2015

