

PERMASALAHAN DAN FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN TERJADINYA HIPERTENSI DI KABUPATEN BOGOR PROV. JAWA BARAT

Julianty Pradono*, Lely Indrawati dan Tony Murnawan

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes
E-mail : jpradono@yahoo.com

Abstract.

Background: At this time hypertension has been showed a sustained, consistent and independent of heart disease in the leading cause of death. This study aimed to identify the problems and risk factors associated with hypertension in Bogor regency, West Java Province.

Methods: The study was a secondary data analysis Riskesdas 2007 with a cross-sectional design and qualitative study. The respondents of this study were 15-60 years age group a total of 2.785 person. The multivariate logistic regression and qualitative analysis were used for analysis.

Results: Statistical models showed that risk factors associated with the occurrence of hypertension in Bogor district needs to focus on health behavior e.g enough physical activity, not smoking, reducing fat diet, maintaining ideal body weight and central obesity. Qualitative results showed a lack of knowledge about the causes of hypertension, symptom of hypertension, how to detect hypertension and the treatment of hypertension that needs to takes a long time and continuously. This time the program of non-communicable diseases has not been a priority, so the activities and the availability of antihypertensive drugs in health facilities inadequate.

Conclusion: Modifying lifestyle to reduce the risk of increased body weight and abdominal circumference, is an important role in preventing the occurrence of hypertension in Bogor district. Healthy Behaviors promotion have to raise awareness of risk factors for hypertension.

Keyword : Hypertension, Risk Factors, Intervention, Bogor district

Abstrak.

Latar belakang : Hipertensi memperlihatkan hubungan yang berkelanjutan, konsisten dan independen terhadap penyakit jantung yang merupakan penyebab kematian utama saat ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui permasalahan dan faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi di Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat.

Metode: Penelitian ini merupakan analisis data sekunder Riskesdas 2007 dengan desain penelitian potong lintang dan penelitian kualitatif. Sampel dalam penelitian ini adalah penduduk kelompok umur 15-60 tahun sebanyak 2,785 orang. Analisis menggunakan metode multivariate regresi logistik dan analisis kualitatif.

Submit : 01-05-2012 Review : 28-05-2012 Review : 12-06-2012 revisi : 26-07-2012

Hasil: Model statistik menunjukkan faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi di kabupaten Bogor perlu difokuskan pada perilaku hidup sehat. Perilaku yang mempunyai hubungan dengan terjadinya hipertensi adalah cukup aktivitas fisik, tidak merokok, kurangi makanan berlemak, mempertahankan berat badan ideal dan tidak obesitas sentral. Hasil kualitatif menunjukkan kurangnya pengetahuan informan tentang penyebab terjadinya hipertensi, gejala hipertensi, cara mendeteksi hipertensi, dan penggunaan obat antihipertensi yang membutuhkan waktu lama dan berkesinambungan. Hal ini terjadi karena program PTM belum merupakan prioritas, sehingga kegiatan penyuluhan dan ketersediaan obat antihipertensi belum mencukupi di fasilitas kesehatan.

Kesimpulan: Melakukan modifikasi gaya hidup dengan mengurangi risiko meningkatnya berat badan dan lingkaran perut, memegang peranan penting dalam mencegah terjadinya hipertensi di kabupaten Bogor, sehingga perlu menargetkan upaya promosi Perilaku Hidup Sehat untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya faktor risiko terjadinya hipertensi.

Keyword: Hypertension, Risk Factors, Intervention, Bogor district

PENDAHULUAN

Tekanan darah tinggi atau hipertensi, didefinisikan berdasarkan ambang batas untuk tekanan darah sistolik dan diastolik yang diukur dalam mmHg. Secara umum, tekanan darah dinyatakan tinggi, apabila dalam keadaan istirahat tekanan diastolik terus-menerus di atas 90 mm Hg dan atau nilai tekanan darah sistolik 140 mm Hg atau lebih¹ setelah pengukuran berulang. Berbagai studi epidemiologis menunjukkan bahwa tekanan darah sistolik dan diastolik memperlihatkan hubungan yang berkelanjutan, konsisten dan independen terhadap terjadinya penyakit jantung. Kematian dari penyakit jantung meningkat dan menunjukkan hubungan yang linier dengan meningkatnya tekanan darah sistolik di atas 115 mmHg dan diastolik 75 mmHg². Dengan menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik dapat terjadi penurunan risiko penyakit terutama yang berhubungan dengan pembuluh darah³. Jadi distribusi normal tekanan darah dalam populasi memiliki implikasi besar untuk pencegahan dan pengendalian terjadinya hipertensi dalam populasi.

Di Indonesia, penderita hipertensi jumlahnya terus meningkat. Hasil Survei

Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001 menunjukkan proporsi hipertensi penduduk 25 tahun keatas, pada laki-laki 27 % dan perempuan 29 %⁴. Demikian juga laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 menyebutkan bahwa prevalensi nasional hipertensi pada penduduk kelompok umur 18 tahun keatas adalah sebesar 31,7 %⁵. Prevalensi hipertensi tertinggi di Kalimantan Selatan (39,6%), dan provinsi dengan prevalensi terendah adalah Provinsi Papua Barat (20,1%). Sementara hasil studi penyebab kematian Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992, 1995, dan 2001 menunjukkan, penyakit hipertensi selalu menduduki peringkat pertama dengan prevalensi terus meningkat yaitu 16,0 %, 18,9 %, dan 26,4 % sebagai penyebab kematian⁶. Sedangkan dalam Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 dilaporkan penyebab kematian pada semua kelompok umur yang tertinggi adalah Stroke sebanyak 26,9 %, hipertensi sebanyak 12,3 % (nomor 2), penyakit jantung iskemik sebanyak 9,3 %⁷.

Beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi antara lain konsumsi natrium berlebihan, kelebihan berat badan dan obese, kurang aktivitas fisik

dan merokok. Pada Riskesdas 2007 dilaporkan penduduk kelompok umur 15 tahun dengan berat badan lebih dan obese sebanyak 19,1 %, sedangkan pada kelompok umur 10 tahun atau lebih dengan kurang aktivitas fisik sebanyak 48,2 %, perokok saat ini sebanyak 29,2 %, dan kurang konsumsi buah dan atau sayur 5 porsi setiap hari sebanyak 93,6 %. Penduduk yang mengalami gangguan mental emosional pada kelompok umur 15 tahun atau lebih sebanyak 11,6 %. Juga dilaporkan penderita diabetes di 15 % daerah Kotamadya yang meliputi 14.502 responden laki-laki dan perempuan, pada kelompok umur 15 tahun keatas sebanyak 5,7 %⁸.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui permasalahan dan faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi. Informasi diharapkan dapat memberikan masukan dalam menentukan kebijakan penanganan hipertensi dengan memperhitungkan faktor risiko tersebut. Dipilihnya Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat sebagai tempat penelitian, disebabkan karena prevalensi hipertensi yang tinggi (30,7 %) pada kelompok umur 15 tahun atau lebih. Hal ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang akan mempengaruhi kualitas hidup penduduk sebagai sumber daya manusia (SDM) yang merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan kemajuan suatu daerah.

BAHAN DAN METODA

Penelitian ini merupakan analisis lanjut data sekunder Riskesdas 2007 yang dilengkapi dengan penelitian kualitatif di Puskesmas Cigombong Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat. Data Riskesdas 2007 dengan desain penelitian potong lintang. Kerangka pengambilan sampel menggunakan daftar sampel rumah tangga berbasis blok sensus (BS) dan Badan Pusat Statistik (BPS). Cara pengambilan sampel adalah kluster sampling dengan menggunakan BS.

Rancangan sampel dua tahap, tahap pertama dari kerangka sampel BS dipilih sejumlah BS secara *probability proportional to size*. Pada tahap kedua, dari sejumlah rumah tangga hasil listing di setiap BS terpilih, dipilih 25 rumah tangga secara *linear systematic sampling* Oleh BPS⁹. Sedangkan penelitian kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD). Wawancara menggunakan pedoman wawancara yang dilengkapi daftar pertanyaan yang berhubungan dengan program intervensi dan penanganan kasus hipertensi.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk kelompok umur 15-60 tahun di Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat. Sedangkan sampel responden kelompok umur 15-60 tahun di Kabupaten Bogor dari data Riskesdas 2007, sebanyak 2.785 orang, laki-laki dan perempuan. Sebagai informan wawancara mendalam adalah pelaksana program Penyakit Tidak Menular (PTM), dokter pelaksana di Balai Pengobatan, dan pelaksana program PTM di Puskesmas. Sedangkan informan FGD adalah tokoh masyarakat (TOMA), kader kesehatan, dan penderita hipertensi laki-laki dan perempuan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan.

Hipertensi didefinisikan apabila hasil pengukuran tekanan darah sistolik sebesar 140 mmHg atau lebih, atau tekanan darah diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih.¹⁰ Juga responden yang tidak menderita penyakit jantung, stroke, kencing manis yang pernah didiagnosis hipertensi oleh tenaga kesehatan atau sedang makan obat antihipertensi. Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan tensimeter digital. Tensimeter digital telah divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (sphygmomanometer air raksa manual). Setiap responden diukur tekanan darah sebanyak 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda

lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tekanan darah responden.¹¹ Cukup aktivitas fisik¹² berarti melakukan kegiatan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu. Juga diperhitungkan jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, di mana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas 'berat' 8 kali, aktivitas 'sedang' 4 kali terhadap aktivitas 'ringan' atau jalan santai. Lama merokok diperhitungkan apabila responden merokok < 30 tahun, dan 30 tahun atau lebih.¹³ Tanpa mempertimbangkan dosis batang rokok yang dihisap. Dalam penelitian ini, cukup makan buah dan sayur didefinisikan, apabila setiap hari makan buah dan atau sayur 2 porsi, 5 hari dalam 1 minggu¹⁴. Lingkar perut > 90 cm pada laki-laki dan > 80 cm pada perempuan diklasifikasikan menjadi berisiko¹⁵. Sedangkan Indeks Massa Tubuh (IMT) $\leq 18,5$ - 24,9 kg/m² berarti kurus-normal; IMT ≥ 25 kg/m² dikelompokkan BB lebih-obese¹⁶. Selain karakteristik dan faktor risiko PTM juga dilaku-

kan analisis dengan ketersediaan fasilitas meliputi kemudahan akses ke fasilitas kesehatan, kepadatan hunian, pencemaran lingkungan, dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Penelitian kualitatif dilakukan di wilayah binaan Puskesmas. Penentuan Puskesmas secara acak sederhana yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan kabupaten. Untuk Kabupaten Bogor, terpilih Puskesmas Cigombong sebagai daerah penelitian kualitatif. Jumlah informan wawancara mendalam berjumlah 3 orang, yang ditujukan pada pejabat Dinas Kesehatan kabupaten, Kepala Puskesmas, dan pelaksana program PTM di Puskesmas Cigombong. Diskusi kelompok terarah (FGD) pada tokoh masyarakat, kader kesehatan, dan penyandang hipertensi masing-masing sebanyak 6-8 orang. Penyandang hipertensi dengan karakteristik umur 15-60 tahun baik laki-laki maupun perempuan.

Untuk menjawab tujuan analisis kuantitatif, digunakan analisis *multivariat regresi logistik* dengan menggunakan program SPSS.¹⁷ Sedangkan data kualitatif yang dikumpulkan dalam FGD maupun wawancara mendalam, dibuatkan transkrip untuk selanjutnya dilakukan analisis.

Tabel 1 Prevalensi Penduduk 15-60 tahun dengan Hipertensi di Kabupaten Bogor menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

Karakteristik latar belakang		Hipertensi (%)		p
		Tidak	Ya	
Kelompok umur	15-34 th	83,8	16,2	,000
	35-60 th	59,9	40,1	
Jenis kelamin	Laki-laki	75,7	24,3	,000
	Perempuan	70,2	29,8	
Pendidikan	<SLTP	68,1	31,9	,000
	$\geq$ SLTP	79,0	21,0	
Kerja	Tidak kerja	72,7	27,3	,782
	Kerja	73,1	26,9	
Status kawin	Blm kawin	88,9	11,1	,000
	kawin-cerai	67,3	32,7	
Asuransi	Tidak ada	73,3	26,7	,822
	ada	72,8	27,2	

HASIL

Analisis Kuantitatif

Analisis dilakukan secara bertahap, analisis bivariat menunjukkan bahwa berdasarkan karakteristik latar belakang, variabel yang bermakna terhadap kejadian hipertensi dengan $p < 0,25$ adalah kelompok umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status kawin (Tabel 1)

Beberapa variabel perilaku dan faktor risiko yang bermakna ($p < 0,25$) terhadap terjadinya hipertensi adalah aktivitas fisik, lama merokok, konsumsi buah dan sayur, makan dan minum manis, makan makanan asin, makan makanan berlemak, minuman bercafein, bumbu penyedap, pola makan, gangguan mental emosional, lingkaran perut dan indeks massa tubuh (Tabel 2).

Tabel 2. Prevalensi Penduduk 15-60 Tahun dengan Hipertensi di Kabupaten Bogor menurut Perilaku dan Faktor Risiko, Riskesdas 2007

Perilaku dan faktor risiko		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
Aktivitas fisik	cukup	73,9	26,1	,128
	kurang	71,8	28,2	
Lama merokok	< 30 tahun	73,7	26,3	,000
	≥ 30 tahun	57,9	42,1	
Konsumsi BS	< 2 porsi/hari	73,5	26,5	,030
	≥ 2 porsi/hari	68,8	31,2	
Makan/minum manis	<1x/hr	74,4	25,6	,051
	≥ 1 x/hr	71,7	28,3	
Makanan asin	<1x/hr	75,5	24,5	,004
	≥ 1 x/hr	71,4	28,6	
Makanan berlemak	<1x/hr	73,7	26,3	,015
	≥ 1 x/hr	68,9	31,1	
Jeroan	<1x/hr	72,9	27,1	,562
	≥ 1 x/hr	76,7	23,3	
Minuman bercafein	<1x/hr	74,0	26,0	,076
	≥ 1 x/hr	71,5	28,5	
Bumbu penyedap	<1x/hr	67,4	32,6	,104
	≥ 1 x/hr	73,2	26,8	
Makanan berisiko	Tdk berisiko	71,9	28,1	,512
	Berisiko	73,1	26,9	
Pola makan	tdk risiko	71,1	28,9	,130
	Risiko	73,5	26,5	
Gangguan mental	Tidak	73,4	26,6	,063
	Ya	69,6	30,4	
Lingkar perut	Tdk risiko	76,8	23,2	,000
	Risiko	56,9	43,1	
IMT	Kurus-normal	77,6	22,4	,000
	BB lebih-obese	52,5	47,5	

Tabel 3. Prevalensi Penduduk 15-60 Tahun dengan Hipertensi di Kabupaten Bogor menurut Kondisi Rumahtangga dan Ketersediaan Fasilitas, Riskesdas 2007.

Karakteristik rumah tangga		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
Pengeluaran percapita	Miskin	72,2	27,8	,194
	kaya	74,0	26,0	
Kepadatan hunian	>= 9m2/org	73,8	26,2	,741
	< 9m2/org	72,9	27,1	
Fasilitas komunikasi	Ada	73,3	26,7	,090
	Tidak ada	69,5	30,5	
Waktu tempuh ke faskes	<=30menit	72,9	27,1	,850
	>30menit	72,4	27,6	
Jarak ke Faskes	< 5km	73,0	27,0	,794
	>=5 km	72,3	27,7	
Lingkungan cemar	Tidak cemar	73,8	26,2	,405
	Cemar	72,5	27,5	
Klasifikasi desa	Kota	72,7	27,3	,696
	Desa	73,3	26,7	
Total		72,9	27,1	

Tabel 4. Model Akhir Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Hipertensi pada Penduduk 15-60 Tahun di Kabupaten Bogor, Riskesdas 2007

	B	Sig.	Exp(B)	95% CI		P model	% klasifikasi benar
				Bawah	Atas		
Klpk.umur	.692	.000	1.998	1.658	2.409	0.000	75,3
St. kawin	.564	.000	1.758	1.382	2.235		
Pendidikan	-.365	.000	.694	.594	.811		
Aktivitas fisik	.170	.025	1.185	1.021	1.376		
Lama merokok	.372	.018	1.451	1.066	1.973		
Makanan berlemak	.222	.036	1.248	1.015	1.536		
IMT	.681	.000	1.976	1.627	2.400		
Umur*lingk perut	.549	.000	1.732	1.361	2.204		
Constant	-2.022	.000	.132				

Model statistik:

$Y = -2.022 + 0,692 * \text{kelompok umur} + 0,564 * \text{st. kawin} - 0,365 * \text{tk.pendidikan} + 0,170 * \text{aktivitas fisik} + 0,372 * \text{lama merokok} + 0,222 * \text{makanan lemak} + 0,681 * \text{IMT} + 0,549 * \text{umur-lingkar perut}.$

Analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik. Dalam proses analisis multivariat, semua variabel yang ter-seleksi dengan $p < 0,25$ diikuti dalam uji

model. Untuk mendapatkan model parsimoni dilakukan uji interaksi dan uji *confounder* antar variabel, sehingga didapatkan model akhir dengan persentasi klasifikasi benar sebesar 75,3 persen dianggap sudah dapat mewakili asumsi hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. (Tabel 4).

Analisis Kualitatif

Puskesmas Cigombong mempunyai 5 Desa binaan, memiliki 10 posyandu (beberapa desa memiliki lebih dari satu posyandu), dan tujuh Posbindu.

Hasil wawancara mendalam dengan pelaksana program Balai Pengobatan Puskesmas Cigombong yang sudah bertugas selama 5 tahun menyatakan bahwa, sampai saat ini belum ada kebijakan untuk penanganan hipertensi, sehingga belum ada kegiatan perencanaan program penanganan penyakit tidak menular, khususnya hipertensi. Untuk daerah binaan Puskesmas Cigombong pengukuran tekanan darah masih terbatas pada lansia, yang dilaksanakan bersamaan pada saat pengajian. Penyuluhan tentang kesehatan belum dilakukan secara rutin, baik dalam maupun luar gedung. Penyuluhan hanya terbatas pada responden penderita hipertensi pada saat melakukan pemeriksaan atau berobat.

Kasus hipertensi banyak, termasuk sepuluh penyakit utama di daerah binaan Puskesmas Cigombong. Di Puskesmas pemeriksaan tekanan darah dilakukan secara rutin pada pengunjung berumur 30 tahun ke atas. Tensimeter yang digunakan di Instalasi Gawat Darurat adalah tensimeter air raksa dan tidak pernah dilakukan validasi. Sedangkan poliklinik pengobatan di Puskesmas menggunakan Tensimeter jarum. Di Puskesmas tersedia alat Elektro Kardiogram (EKG) dan alat untuk pemeriksaan gula darah, tetapi belum tersedia biaya pelatihan pengguna EKG tersebut. Demikian juga dengan sarana

pendukung lainnya seperti kertas untuk merekam, jelly sebagai mediator dan stik untuk pemeriksaan gula darah. Sehingga untuk pemeriksaan gula darah dan rekaman EKG, biaya masih swadaya.

Pelayanan kuratif sangat tergantung pada ketersediaan obat yang ada di Puskesmas. Obat-obat yang diberikan pada lansia terbatas hanya tersedia Captopril dan diuretik seperti HCT. Belum ada jenis obat antihipertensi lainnya. Sedangkan Captopril sering menyebabkan batuk-batuk, dan untuk orang tua tidak cocok karena fungsi ginjalnya sudah berkurang. Demikian juga dengan pelayanan rehabilitatif tidak dilakukan secara khusus, kunjungan rumah dilakukan atas dasar permintaan.

Koordinasi lintas program dan lintas sektor telah berjalan dengan baik, masih terfokus pada program gizi buruk, kesehatan ibu dan anak. Untuk pencegahan penyakit tidak menular belum ada.

Peran dan potensi masyarakat untuk promotif dan preventif hipertensi cukup aktif, kader Lansia dan Posbindu di wilayah binaan Puskesmas ada, tetapi belum merata, tergantung aktivitas dari kader kesehatan tersebut.

Harapan dari pelaksana program adalah adanya program khusus untuk menurunkan hipertensi atau penyakit degeneratif pada umumnya, sehingga dapat diajukan anggaran untuk perencanaan program tersebut; Juga dirasakan perlu adanya kesinambungan program (adanya MONEV), serta ketersediaan sarana dan Prasarana dilengkapi.

Hasil Diskusi Kelompok Terarah (FGD) mengenai hipertensi pada Tokoh masyarakat dan kader kesehatan:

Tokoh masyarakat (Toma) dalam FGD sebanyak 6 orang dengan rentangan umur 35-54 tahun. Sedangkan kader kesehatan berasal dari 3 desa, 2 dari desa

Ciburuy, 2 dari desa Wates Jaya dan 2 kader dari desa Cigombong.

Tokoh masyarakat dan kader kesehatan di daerah binaan Puskesmas Cigombong pada umumnya belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang hipertensi. Untuk Kader kesehatan ada pelatihan pengukuran tekanan darah yang dilakukan oleh bidan puskesmas di setiap desa yang memiliki Posbindu atau Posyandu lansia secara bergiliran.

Pengetahuan tentang hipertensi bagi tokoh masyarakat umumnya didapatkan dari media elektronik seperti TV atau pada saat mengantar teman atau tetangga berobat. Sedangkan untuk kader kesehatan diperoleh dari bidan puskesmas. Mengenai faktor penyebab umumnya mengatakan karena pola makan terutama makan asin, karena emosi, pikiran, karena usia atau karena kehamilan.

Gejala hipertensi yang dikenal oleh Toma dan kader kesehatan adalah suka marah, pusing, rasa nyeri di tengkuk. Ketika ditanyakan mengenai cara mengatasi hipertensi, pada umumnya informan mengatakan dengan mengurangi makan ikan asin, pete, jengkol, daging, banyak makan buah – sayur. Minum obat tradisional termasuk salah satu pilihan untuk mengatasi masalah hipertensi, walaupun beberapa informan meragukan mengenai dosis dari obat tradisional tersebut.

Istilah Posbindu PTM belum populer di masyarakat Cigombong. Masyarakat lebih mengenal dengan istilah Posyandu lansia. Karena baru terbentuk masing-masing di 1 RW dari setiap desa. Aktivitas Posbindu tersebut juga sangat tergantung dari partisipasi warga. Peran kader adalah melakukan penyuluhan ke masyarakat, tapi akan lebih mantap apabila penyuluhan dilakukan oleh bidan.

Harapan dari Toma dan Kader kesehatan adalah kegiatan yang berkesinambungan, dan diadakan Lokakarya mini agar

dapat meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan. Selain itu kegiatan Posbindu agar dapat disatukan dengan kegiatan Posyandu kesehatan ibu dan anak (KIA). Kegiatan juga dapat melibatkan kalangan remaja, dan pada saat pemeriksaan dapat diberikan obat.

Hasil Diskusi Kelompok Terarah (FGD) mengenai hipertensi pada penderita hipertensi:

Informan laki-laki sebanyak 6 orang dengan rentangan umur 43-60 tahun. Sedangkan informan perempuan sebanyak 7 orang dengan rentang umur 49-60 tahun.

Informan mengaku menderita hipertensi antara 4-10 tahun. Pada umumnya mengatakan tidak ada riwayat keturunan yang menderita hipertensi. Hanya 3 dari 7 informan perempuan yang menyatakan ada orangtua dan kakek atau neneknya menderita hipertensi.

Pertama kali didiagnosis hipertensi karena adanya pusing, muter/ migrain, lemas, ingin tidur terus. Bahkan satu dari enam informan laki-laki baru mengetahui menderita hipertensi setelah kejadian stroke.

Dalam upaya pengobatan dan mencegah kambuhnya hipertensi, pada umumnya informan melakukan dengan mengurangi makan asin, pete, jengkol, kopi, dan susu. Pada umumnya mereka mengobati dengan makan parut bangkoang, belimbing, godokan daun salam, daun alpokat, sayur gamas, atau ketimun. Informan perempuan mengaku melakukan kontrol tekanan darah dan berobat apabila tekanan darah naik.

Pelayanan puskesmas saat ini dirasakan “puas”. Setiap bulan ada petugas puskesmas ke desa secara bergiliran untuk melakukan kontrol tekanan darah. Sedangkan informan perempuan lebih banyak yang berkunjung ke posyandu untuk melakukan kontrol tekanan darah dan berobat dengan biaya sukarela. Harapan dari informan adanya jadwal kunjungan tetap ke desa untuk

melakukan pemeriksaan kesehatan secara gratis.

PEMBAHASAN

Kelompok umur mempunyai prediksi yang paling kuat terhadap terjadinya hipertensi, responden dengan kelompok umur 35-60 tahun diprediksi mempunyai risiko 1,99 (95% CI: 1,7-2,4) kali lebih besar menderita hipertensi dibandingkan kelompok umur 15-34 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian di India Selatan yang menunjukkan prevalensi hipertensi juga meningkat pada kelompok umur¹⁸. Juga pada temuan dari Survei Kesehatan Rumah Tangga pada tahun 2004, dimana hipertensi bertambah buruk seiring dengan bertambahnya umur.¹⁹ Kelebihan berat badan atau obese diprediksi mempunyai risiko 1,98 (95% CI: 1,6-2,4) kali dibandingkan yang tidak kelebihan berat badan. Temuan ini lebih kecil apabila dibandingkan dengan penelitian Liu di China yang menunjukkan bahwa responden obesitas mempunyai risiko 3,9 kali lebih tinggi menjadi hipertensi dengan nilai Risiko Relatif sebesar 4,9 (95% CI: 3,4 -7,3) dibandingkan dengan responden yang memiliki indeks massa tubuh kurang dari 25 kg /m²²⁰. Responden dengan status kawin atau cerai diprediksi mempunyai risiko 1,8 (95% CI: 1,4-2,2) kali dibandingkan yang belum kawin. Demikian juga responden dengan kelompok umur 35-60 tahun dengan lingkar perut berisiko diprediksi mempunyai risiko menderita hipertensi 1,7 (95% CI: 1,4-2,2) kali lebih besar dibandingkan dengan responden dengan kelompok umur 15-34 tahun dan lingkar perut tidak berisiko. Dalam penelitian Rose pada penduduk Amerika, responden kelompok umur 20-39 tahun dengan berat badan lebih, mempunyai peluang dua kali lipat dibandingkan dengan berat badan normal, dan berpeluang tiga kali mendapatkan hipertensi apabila dibandingkan dengan orang kurus. Sedangkan pada kelompok

umur 40-64 tahun, responden dengan berat badan lebih mempunyai peluang 50 persen menderita hipertensi dibandingkan dengan berat badan normal²¹. Lama merokok 30 tahun atau lebih diprediksi mempunyai risiko 1,5 (95% CI: 1,1-1,9) kali dibandingkan responden yang lama merokok kurang dari 30 tahun. Temuan ini sesuai dengan temuan Thuy²² bahwa, risiko hipertensi bagi mereka yang telah merokok selama 30 tahun atau lebih adalah 1,52 (95% CI 0,95-2,44) dibandingkan dengan perokok kurang dari 30 tahun, tanpa memperhitungkan apakah mereka sebagai perokok saat ini atau sebagai mantan perokok.

Responden dengan makan makanan berlemak satu kali atau lebih per hari diprediksi mempunyai risiko 1,3 (95% CI: 1,0-1,5) kali dibandingkan yang makan makanan berlemak kurang dari satu kali per hari. Demikian juga dengan responden yang kurang melakukan aktivitas fisik diprediksi mempunyai risiko 1,2 (95% CI: 1,0-1,4) kali dibandingkan cukup aktivitas fisik. Sedangkan responden dengan pendidikan tidak lulus SLTP diprediksi lebih berisiko dibandingkan yang lulus SLTP atau lebih.

Selama ini program PTM belum merupakan prioritas. Sementara prioritas program masih terfokus pada Kesehatan Ibu dan Anak. Posbindu sudah terbentuk sejak tahun 2006 tetapi masih belum merata, tergantung aktivitas dari kader kesehatan dan anggaran untuk pelaksanaan program tersebut. Harapan dari masyarakat ada kegiatan yang berkesinambungan dengan jadwal yang tetap untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan.

KESIMPULAN

Temuan dari penelitian ini menunjukkan bahwa belum ada program pencegahan atau penanggulangan hipertensi secara khusus. Program penanganan PTM secara

umum belum ada di tingkat Kabupaten/Kota, Program penanggulangan PTM belum merupakan prioritas utama. Hal ini menyebabkan pelayanan medis untuk PTM atau hipertensi khususnya masih bersifat pasif yaitu hanya memberikan pengobatan pada penderita yang datang berobat, baik kegiatan di dalam maupun di luar gedung. Keadaan ini berdampak pada skala prioritas dalam penyusunan Rencana Anggaran Belanja Tahunan. Keterbatasan sarana dan prasarana yang tersedia seperti alat tensimeter, jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas untuk melakukan penyuluhan maupun ketersediaan obat antihipertensi yang kurang merupakan kendala dalam mendukung pelaksanaan program promotif, preventif dengan melakukan kontrol tekanan darah secara rutin, kuratif dalam memberikan obat dalam jumlah cukup dan rehabilitatif hipertensi tersebut.

Kurangnya pengetahuan tentang faktor risiko terjadinya hipertensi serta akibat yang ditimbulkan menyebabkan tingkat kepedulian untuk melakukan pengobatan dan kontrol tekanan darah menjadi rendah, hal ini memberi sumbangan dalam meningkatkan prevalensi hipertensi. Dari segi ekonomi, ketidakmampuan masih merupakan penghalang untuk responden melakukan kontrol kesehatan maupun pengobatan.

Secara statistik, model regresi penduduk 15-60 tahun di Kabupaten Bogor yang mempunyai hubungan terjadinya hipertensi adalah kelompok umur, berat badan berlebih-obese, status kawin, lama merokok, lingkar perut berisiko, makanan berlemak, kurang aktivitas fisik, dan pendidikan rendah.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian Permasalahan dan Faktor Risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi di Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat merupakan wujud kerja sama antara PTIKM, Badan Litbangkes, Kemenkes RI

dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor mulai dari penyusunan kuesioner, persiapan lapangan, pengumpulan data di lapangan dan penyusunan laporan penelitian. Pada akhirnya penelitian dapat diselesaikan dengan sebaik-baiknya dan tepat waktu. Untuk itu rasa syukur dan penghargaan kami sampaikan kepada seluruh tim dan ucapan terimakasih kami sampaikan kepada Kepala Badan Litbangkes/Dr.dr, Trihono, MSc., kepala PTIKM/D. Anwar Musadad, SKM, M.Kes., beserta jajarannya atas bimbingannya selama kegiatan penelitian ini berlangsung dan atas dukungan dana untuk penelitian ini. Harapan kami semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi Kabupaten Bogor khususnya dalam melakukan intervensi terhadap faktor risiko terjadinya hipertensi.

DAFTAR RUJUKAN

1. US National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 04-5230 August 2004
2. J Mufunda, P Nyarango, A Kosia, A Obgamariam, G Mebrahtu, A Usman, J Ghebrat, S Gebresillosie, S Goitom, A Kifle, A Tesfay and A Gebremichael. Noncommunicable diseases in Africa : a silent hypertension epidemic in Eritrea. *Journal of Human Hypertension* (2005) 19, 255–256.
3. Ashish Aneja, Fadi El-Atat, Samy I. McFarlane and James R. Sowers. Hypertension and Obesity. *Recent Progress in Hormone Research* 2004 (59): 169-205.
4. Tim Surkesnas. Laporan SKRT 2001: Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Studi Morbiditas dan Disabilitas. Balitbangkes, Depkes RI. 2002. p.18-19.
5. Balitbangkes. Depkes RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun 2007. Desember 2008, Jakarta. pp.110-121.

6. S. Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001. Balitbangkes, Depkes RI. 2002. p.1-5.
7. Balitbangkes. Laporan Riskesdas Biomedis. 2009.
8. Balitbangkes. Depkes RI. Pedoman Pengisian Kuesioner Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. Jakarta 2007. pp.5-6.
9. Ministry of Health. Republic of Indonesia. Indonesia Health Profile 2006. Centre for Health Data.
10. Balitbangkes. Depkes RI. Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. Jakarta 2007. pp.15-18..
11. The World Health Report 2002. Reducing Risk, Promoting Health Life, World Health Organization, Geneva, 2002.
12. Wang Z, Wu Y, Zhao L, Li Y, Yang J, Zhou B;Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the middle-aged population of China, 1992-1998. *Hypertens Res.* 2004 Oct; 27(10): 703-9.
13. Tim Surkesnas. Laporan SKRT 2001: Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Studi Morbiditas dan Disabilitas. Balitbangkes, Depkes RI. 2002. p.18-19.
14. Departemen Kesehatan R.I. Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu. Tahun 2002
15. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary.Geneva World Health Organization, 2001.
16. Leon Gordis. *Epidemiology*. Third edition. John Hopkin Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland. Elsevier Saunders, 2004.p.159-176.
17. Yadlapalli S. Kusuma, PhD; Bontha V. Babu, PhD; Jammigumpula M. Naidu, PhD. Prevalence of hypertension in some cross-cultural populations of Visakhapatnam district. South India. *Ethn Dis.* 2004;14:250–259.
18. Elisabete Pinto. Blood pressure and ageing. *Postgrad Med J* 2007;83:109-1 14.
19. Monda KL, Gordon-Larsen P, Stevens J, Popkin BM. China's transition: the effect of rapid urbanization on adult occupational physical activity. *Soc Sci Med.* 2007 Feb;64(4):858-70. Epub 2006 Nov 27.
20. R Gupta. Trends in hypertension epidemiology in India. *Journal of Human Hypertension* 2004. 18, 73–78.
21. Whelton PK, He J, Muntner P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. *J Hum Hypertens.* 2004 Aug;18(8):545-51.
22. Rajeev Gupta, Anoop Misra, Naval K Vikram, Dimple Kondal, Shaon Sen Gupta, Aachu Agrawal, and RM Pandey. Younger age of escalation of cardiovascular risk factors in Asian Indian subjects. *Bio-Medical Central Cardiovascular Disorder.* 2009; 9: 28.