

MODEL INTERVENSI HIPERTENSI DI KABUPATEN LEBAK PROVINSI BANTEN

Julianty Pradono,¹ Tin Afifah,¹ dan Sintawati Supomo²

ABSTRACT

Background: Increasing blood pressure often has no symptoms, people are not aware the incidence of hypertension. Various studies have shown the prevalence of hypertension continues to rise and tend at younger age groups, thus causing hypertension is public health problems. The purpose of this study is to determine risk factors related to hypertension and develop intervention model for hypertension. **Methods:** The study was conducted in Lebak district, Banten Province. It design was analyses of secondary data from the Baseline Health Research (Riskesdas) 2007 and qualitative study. **Results:** The analysis shows, the intervention model for Lebak districts needs to focus on healthy behavior and environmental pollution. Health behavior is reflected in the emotional disorders, abdominal circumference at risk. Although the factors of age and marital status were contribute to increased blood pressure. Statistic model is $-3.025 + 0.993^* \text{Age } 35\text{--}60 \text{ year} + 0.663^* \text{Marrital status} + 0.881^* \text{mental disorder} + 0.679^* \text{obese central} + 0.429^* \text{environmental exposure}$. Qualitative results showed a lack of knowledge about the causes, symptoms, prevention, and how to detect or treat of hypertension that require long and continuous. This is supported from the implementing recognition programs, the placement of non-communicable diseases program which is a huge umbrella of prevention of hypertension remains unclear. So in the implementation of prevention is still passive. Availability for drugs at health facilities for treatment of non-communicable diseases is not enough; this is a problem in the program to reduce the prevalence of hypertension diseases. So it needs the support of decree of the issue of hypertension by Ministry of Health on inter-sector coordination.

Key words: hypertension, risk factors, Lebak District

ABSTRAK

Meningkatnya tekanan darah sering tidak menunjukkan gejala, sehingga penderita tidak menyadari atas kejadian hipertensi. Berbagai penelitian menunjukkan prevalensi hipertensi terus meningkat dan cenderung mengenai kelompok umur muda, sehingga menyebabkan hipertensi merupakan masalah kesehatan masyarakat. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi dan mendapatkan model intervensi terjadinya hipertensi. Penelitian dilakukan di Kabupaten Lebak Provinsi Banten. Metode penelitian merupakan analisis lanjut data Riskesdas 2007 dan penelitian kualitatif. Sedangkan disain penelitian potong lintang. Hasil analisis menunjukkan, model intervensi untuk kabupaten Lebak perlu difokuskan pada perilaku hidup sehat dan pencemaran lingkungan. Perilaku hidup sehat yang tercermin dalam gangguan mental emosional dan lingkaran perut berisiko. Walaupun faktor umur dan status kawin turut berkontribusi dalam meningkatkan tekanan darah. Secara statistik, model intervensi Kabupaten Lebak yaitu $-3.025 + 0.993^* \text{Umur } 35\text{--}60 \text{ tahun} + 0.663^* \text{st. kawin atau cerai} + 0.881^* \text{gangguan mental} + 0.679^* \text{lingkaran perut berisiko} + 0.429^* \text{lingkungan tercemar}$. Hasil kualitatif menunjukkan kurangnya pengetahuan informan tentang penyebab terjadinya hipertensi, gejala hipertensi, upaya pencegahan, cara mendeteksi atau pengobatan hipertensi yang membutuhkan waktu lama dan berkesinambungan. Hal ini didukung dari pengakuan pelaksana program, bahwa penempatan program penyakit tidak menular yang merupakan payung besar dari pencegahan hipertensi masih belum jelas. Sehingga dalam pelaksanaan pencegahan masih bersifat pasif. Ketersediaan obat di fasilitas kesehatan untuk pengobatan penyakit tidak menular masih jauh dari cukup, hal ini merupakan kendala dalam program menurunkan prevalensi penyakit tidak menular. Sehingga

¹ Pusat Teknologi dan Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jl Percetakan Negara 29 Jakarta

² Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik
Alamat korespondensi: J_pradono@yahoo.com

perlu adanya dukungan Surat Keputusan Kemenkes dengan bekerja sama lintas sektor dalam menangani permasalahan tersebut.

Kata kunci: hipertensi, faktor risiko, Provinsi Lebak

Naskah Masuk: 2 Februari 2012, Review 1: 9 Februari 2012, Review 2: 9 Februari 2012, Naskah layak terbit: 16 Februari 2012

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko penting dalam peningkatan risiko terjadinya penyakit pembuluh darah seperti stroke, infark miokard, dan semua penyebab kematian yang berhubungan dengan kelainan pembuluh darah. Walaupun demikian kesadaran dari masyarakat untuk melakukan kontrol tekanan darah masih jauh dari yang diharapkan. Hal ini disebabkan karena meningkatnya tekanan darah seringkali tidak menunjukkan gejala klinis, sehingga masyarakat tidak sadar akan hal ini.

Adanya peningkatan umur harapan hidup, urbanisasi dan perubahan sosial ekonomi di negara berkembang telah mengakibatkan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular khususnya hipertensi. Hal ini juga disebabkan karena adanya perubahan gaya hidup di mana timbulnya hipertensi tidak dapat dipisahkan. (Kisjanto *et al.*, 2005). Kriteria hipertensi merujuk pada The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, detection, evaluation, and treatment of High Blood Pressure, 2003 (U.S. NIH, 2004). Hipertensi diklasifikasi sebagai berikut (Tabel 1).

Tabel 1. Klasifikasi hipertensi berdasarkan JNC-7

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normotensi	< 130	< 85
Hipertensi perbatasan	130–139	85–89
Hipertensi ringan	140–159	90–99
Hipertensi sedang	160–179	100–109
Hipertensi berat	≥ 180	≥ 110

Sumber: World Health Organization (2001)

Batasan ini diberikan sesuai dengan sifat dinding pembuluh darah yang mulai kehilangan elastisitasnya. Di Indonesia, melalui Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992, 1995, dan 2001 menunjukkan, hipertensi selalu menduduki peringkat pertama dengan prevalensi

terus meningkat yaitu 16,0%, 18,9%, dan 26,4% sebagai penyebab kematian (S. Soemantri, 2002). 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%.

Hal ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang akan memengaruhi kualitas hidup penduduk sebagai sumber daya manusia (SDM), Sumber daya manusia merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan kemajuan suatu bangsa. Keadaan ini akan memburuk apabila penduduk hidup dalam keadaan miskin. Keadaan seperti ini menunjukkan betapa seriusnya permasalahan peningkatan tekanan darah/hipertensi yang akan terjadi di Indonesia yang sebenarnya dapat diantisipasi dengan melakukan intervensi agar tidak berkembang menjadi lebih buruk. Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti menganggap perlu melakukan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi sehingga dapat dikembangkan model intervensi untuk mendukung kebijakan penanganan terjadinya hipertensi di masyarakat khususnya Kabupaten Lebak.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan disain potong lintang. Sampel kuantitatif berasal dari data Riskesdas 2007, yang dikumpulkan oleh Balitbangkes. Data diambil di wilayah Kabupaten Lebak Provinsi Banten. Kabupaten Lebak dengan prevalensi hipertensi sebesar 24,3%, sedikit lebih rendah dari prevalensi hipertensi nasional adalah 27,1%. Sedangkan penelitian kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD). Wawancara menggunakan pedoman wawancara yang dilengkapi daftar pertanyaan yang berhubungan dengan program penanggulangan terjadinya hipertensi. 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.

Analisis kuantitatif dengan total sampel responden kelompok umur 15–60 tahun. Dengan alasan bahwa kelompok ini masih merupakan kelompok umur produktif yang masih membutuhkan intervensi agar tidak terjadi hipertensi. Data hipertensi didapat dengan metode wawancara dan pengukuran tekanan darah dengan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (sphygmomanometer air raksa manual). Setiap responden diukur tensi 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 tensi. Sedangkan kriteria hipertensi apabila tekanan darah sistolik sebesar 140 mmHg atau lebih, atau tekanan darah diastolik sebesar 90 mmHg atau lebih. Dalam kerangka konsep dibagi menjadi dua tingkatan yang diduga mempunyai hubungan terhadap terjadinya hipertensi. Kedua tingkatan adalah tingkat individu dan tingkat rumah tangga. Pada tingkat individu akan dianalisis menurut karakteristik yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kepemilikan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK); faktor perilaku berupa kebiasaan merokok, aktivitas fisik, konsumsi buah-sayur, makan makanan berisiko seperti makanan asin, makanan berlemak, dan makanan gorengan; dan faktor risiko yaitu berat badan lebih-obesitas dengan batasan indeks massa tubuh $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, lingkar perut berisiko dengan batasan $> 90 \text{ cm}$ pada laki-laki atau $> 80 \text{ cm}$ pada perempuan, dan stres. Sedangkan pada tingkat rumah tangga 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. Jumlah informan wawancara mendalam untuk masing-masing desa berjumlah 3 orang, yang ditujukan pada pejabat Dinas Kesehatan kabupaten,

Kepala Puskesmas, dan pelaksana program PTM di puskesmas terpilih. Diskusi kelompok terarah (DKT) 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 logistic. Dalam analisis semua variabel yang akan dianalisis dilakukan kategorisasi sesuai dengan definisi operasional secara komputerisasi. Sedangkan data kualitatif yang dikumpulkan dalam FGD maupun wawancara mendalam, dibuatkan transkrip untuk dilakukan analisis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Lebak Provinsi Banten

Kabupaten Lebak terdiri dari 14 desa. Setiap desa memiliki satu Puskesmas Pembantu, dan Posyandu untuk Kesehatan Ibu dan Anak. Selama ini pelayanan PTM masih tergabung dalam program Posyandu Lansia.

Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel karakteristik latar belakang yang berhubungan bermakna ($p < 0,05$) dengan kejadian hipertensi di Kabupaten Lebak adalah kelompok umur, pekerjaan, dan status kawin (Tabel 2).

Tabel 2. Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak menurut Karakteristik, Riskesdas 2007

Karakteristik latar belakang		Hipertensi		p
		Tidak	Ya	
Klmpk. umur	15–34 tahun	89,6	10,4	,000
	35–60 tahun	70,7	29,3	
Pekerjaan	Tidak kerja	83,6	16,4	,018
	Kerja	78,3	21,7	
St.kawin	Blm kawin	92,8	7,2	,000
	kawin-cerai	77,5	22,5	

Di level individu, variabel perilaku dan faktor risiko yang mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian hipertensi adalah aktivitas fisik, lama merokok, konsumsi buah dan sayur, pola makan, adanya gangguan mental, lingkar perut berisiko, dan kelebihan berat badan (Tabel 3).

Tabel 3. Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak menurut perilaku dan faktor berisiko di level individu, Riskesdas 2007

Perilaku dan faktor risiko	Hipertensi		p	
	Tidak	Ya		
aktivitas fisik	cukup	78,3	21,7	,032
	kurang	83,2	16,8	
Lama merokok	< 30 th	81,5	18,5	,001
	≥30 th	59,0	41,0	
Konsumsi BS	≥3 porsi/hari	69,6	30,4	,000
	< 3 porsi/hari	82,4	17,6	
Pola makan	tidak risiko	72,2	27,8	,000
	Risiko	82,7	17,3	
Gangguan mental	Tidak	82,0	18,0	,000
	Ya	61,1	38,9	
Ling. perut	Tdk risiko	83,1	16,9	,000
	Risiko	68,2	31,8	
IMT	Kurus-normal	82,1	17,9	,001
	BB lebih-obese	69,0	31,0	

Sedangkan di level rumah tangga, variabel yang mempunyai hubungan bermakna adalah pengeluaran per kapita (Tabel 4)

Tabel 4. Prevalensi hipertensi di Kabupaten Lebak pada level rumah tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik Rumah tangga	Hipertensi		p	
	Tidak	Ya		
Pengeluaran per kapita	Miskin	82,6	17,4	,046
	Kaya	77,9	22,1	

Menurut ketersediaan fasilitas, variabel yang mempunyai hubungan bermakna ($p < 0,05$) terhadap kejadian hipertensi adalah adanya fasilitas komunikasi, pencemaran lingkungan, dan klasifikasi desa (Tabel 5).

Tabel 5. Prevalensi hipertensi penduduk di Kabupaten Lebak menurut ketersediaan fasilitas, Riskesdas 2007

Ketersediaan fasilitas	Hipertensi		p	
	Tidak	Ya		
Fasilitas komunikasi	Ada	76,5	23,5	,011
	Tidak ada	82,8	17,2	
lingk_cemar	Tidak cemar	84,4	15,6	,012
	Cemar	49,2	13,3	
Klasifikasi desa	Kota	74,0	26,0	,044
	Desa	81,6	18,4	

Dengan melakukan analisis multivariat, telah dilakukan uji interaksi yang menunjukkan tidak adanya interaksi antar variabel independen. Kemudian dilakukan uji counfounding dengan hasil tidak ada variabel yang merupakan konfonder, sehingga didapatkan model yang dianggap cukup dapat mewakili secara tepat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (hipertensi). Model tersebut memiliki persentasi klasifikasi benar sebesar 81,2 persen.

Adapun variabel dalam model yang ada hubungan dengan kejadian hipertensi dari urutan yang terbesar adalah kelompok umur, gangguan mental emosional, lingkaran perut berisiko, status kawin, dan pencemaran lingkungan (Tabel 6).

Secara statistik model dapat dituliskan sebagai berikut:

$$Y = -3,025 + 0,993 * \text{Umur}35-60\text{tahun} + 0,663 * \text{st. kawin atau cerai} + 0,881 * \text{gangguan mental} + 0,679 * \text{lingkaran perut berisiko} + 0,429 * \text{lingkungan tercemar}.$$

Dalam hal ini faktor risiko yang dapat dilakukan intervensi di Kabupaten Lebak adalah gangguan mental emosional, lingkaran perut berisiko dan pencemaran

Tabel 6. Model Kabupaten Lebak, Riskesdas 2007

	B	Sig.	Exp (B)	95% CI		P model	R2	% klasifikasi benar
				Bawah	Atas			
Klpk. umur	,993	,000	2,700	1,907	3,821	0,000	0,085	81,2
kawin	,663	,016	1,940	1,129	3,336			
mental	,881	,001	2,413	1,411	4,125			
perut	,679	,000	1,973	1,371	2,839			
lingk_cemar	,429	,007	1,535	1,121	2,102			
Constant	-3,025	,000	,018					

lingkungan. Sementara penyebab kejadian hipertensi, selain dikarenakan adanya faktor keturunan, juga erat kaitannya dengan perilaku dan adanya perubahan gaya hidup yang kompleks dari individu bersangkutan, sehingga dalam upaya mencegah atau menghambat memburuknya hipertensi, perlu memperhatikan faktor perilaku yang tidak kondusif terhadap kesehatan dan lingkungan, demikian juga pada faktor risiko yang telah ada, agar tidak berkembang ke arah penyakit jantung dan pembuluh darah yang biasanya akan berakibat fatal. Dilihat dari faktor demografi, persentase hipertensi meningkat pada kelompok umur 35–60 tahun sebanyak 2,7 (95% CI: 1,91–3,82) kali dibandingkan kelompok umur 15–34 tahun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di India Selatan yang menunjukkan prevalensi hipertensi juga meningkat pada kelompok umur (Yadlapalli SK, *et al.*, 2004). Hasil ini juga sejalan dengan temuan dari Survei Kesehatan Rumah Tangga pada tahun 2004, di mana hipertensi bertambah buruk seiring dengan bertambahnya umur. (Balitbangkes, Survei Kesehatan Rumah Tangga 2004).

Responden dengan gangguan mental emosional di Kabupaten Lebak berpeluang 2,4 (95% CI: 1,41–4,13) kali menderita hipertensi dibandingkan yang tidak dengan gangguan mental emosional. Hasil ini sesuai dengan temuan dari Hamer, dkk., di mana risiko kematian jantung pembuluh darah, tinggi pada responden hipertensi baik yang terkontrol (RH = 2,32, 95% CI: 1,70–3,17) maupun yang tidak terkontrol (RH = 1,90, 95% CI: 1,18–3,05) dan gangguan mental emosional. Dalam penelitian ini dikemukakan bahwa, antara hipertensi dengan gangguan mental tidak dapat dipisahkan sebagai penyebab kematian khususnya pada penyakit jantung dan pembuluh darah (Hamer, Mark, *et al.*, 2010). Responden dengan lingkaran perut berisiko mempunyai peluang menderita hipertensi sebanyak 1,97 (95% CI: 1,37–2,84) kali dibandingkan dengan responden dengan lingkaran perut tidak berisiko. Hal ini didukung dengan berbagai penelitian yang menunjukkan bahwa tekanan darah secara langsung berkorelasi dengan berat badan, persen lemak tubuh, dan resistensi insulin (Ashish Aneja, *et al.*, 2004).

Berkaitan dengan tempat tinggal di lingkungan tercemar berpeluang 1,5 kali lebih besar menderita hipertensi dibandingkan yang tinggal di lingkungan tidak tercemar. Seperti yang dilaporkan dalam penelitian Amsterdam Health Survey 2004 tentang

hubungan stres lingkungan terhadap tekanan darah. Hasil menunjukkan, kepadatan perumahan yang tinggi, gangguan penyalahgunaan obat, meningkatnya kejahatan dan gangguan lalu lintas dapat meningkatkan peluang hipertensi, sedangkan peningkatan penghijauan dapat menurunkan tekanan darah (Niakara A, *et al.*, 2007).

Hasil wawancara mendalam pelaksana program Penyakit Tidak Menular (PTM) di Kabupaten Lebak menunjukkan bahwa program tersebut masih terbatas di tingkat Provinsi. Belum dilaksanakan di tingkat Kabupaten. Program ini sudah disosialisasi pada tahun 2009 di Empat puluh Puskesmas yang diikuti dengan pelatihan pencatatan dan pelaporan. Dalam pelatihan sebagai narasumber adalah dokter penyakit dalam dari Rumah Sakit, tetapi sampai saat ini belum ada kelanjutannya, dan belum jelas mau di tempatkan dalam surveilans atau di kesehatan lingkungan. Sementara dalam pelaksanaannya, pemeriksaan diabetes dan hipertensi masih terbatas pada pemeriksaan haji, dan pensiunan melalui Yankes (Pelayanan Kesehatan). Juga belum adanya SOP penanganan hipertensi di pelayanan pengobatan. Hal ini membutuhkan ketegasan dari Pusat, agar dapat dimasukkan dalam perencanaan anggaran di tingkat kabupaten, sehingga dapat dimasukkan dalam program prioritas. Keterbatasan sarana seperti sumber daya manusia di puskesmas dan keterbatasan jumlah obat PTM juga merupakan salah satu hambatan terlaksananya program ini.

Kendala yang ditemui adalah: 1) Kesadaran masyarakat kurang, kalau diberi obat, gejala kurang, obat tidak diteruskan. 2–3 bulan kemudian kalau ada gejala baru datang lagi. Ini menyebabkan program sulit berjalan; 2) Prioritas biaya lebih pada program PONEB. Selanjutnya adalah PKPR, klinik gizi (pendamping ASI); 3) Pengawasan minum obat untuk hipertensi belum dilakukan; 4) Peran dan potensi masyarakat masih dirasakan kurang; 5) Kader belum dibekali pengetahuan atau alat untuk mengukur tekanan darah untuk warganya; 6) Kegiatan Posbindu hanya terbatas melakukan penyuluhan, tidak dilengkapi dengan pengobatan; 7) Sistem rujuk kembali dari Rumah Sakit ke Puskesmas tidak berjalan.

Harapan dari pelaksana dan rencana program adalah: 1) Ada Subdit PTM yang berdiri sendiri. Lebih tepat berada di bawah surveillance agar dapat terjangkau semua. Kalau perlu ada seksi tersendiri

yang diperkuat dengan peraturan daerah; 2) Ada jejaring antarprogram, sehingga membentuk satu sistem dan pelaporan yang sama, dan mudah dikoordinasikan; 3) Sumber daya manusia terutama tenaga perawat harus ditambah agar dapat menangani PTM; 4) Indikator harus jelas, agar dapat ditekankan mana yang menjadi prioritas.

Hasil DKT menunjukkan bahwa informan (tokoh masyarakat, kader kesehatan dan penyandang hipertensi) pada umumnya pernah mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan lingkungan yang berkaitan dengan demam berdarah, dan lainnya, tetapi tentang PTM atau hipertensi belum pernah didiskusikan secara khusus. Untuk informan kader kesehatan ada pelatihan ibu hamil yang dilaksanakan setiap 6 bulan, dalam latihan ini topik hipertensi pernah disampaikan. Sebagian besar informan mengetahui tentang hipertensi pada saat berobat di Puskesmas, terutama informan penyandang hipertensi. Bahkan sebagian informan mengatakan: "di sini tidak ada yang kena hipertensi, tapi mereka kena stroke".

Ketika ditanyakan sebab terjadinya hipertensi, informan menyampaikan:

"Orang kena hipertensi akibat cara makan yang sembarangan dan banyak pikiran/stres. Terlalu banyak makan ikan asin, pete, jengkol, daging kambing, tape ketan hitam. Apalagi itu jadi kesukaan orang di sini dan makan emping. Kalau kita gak mau kena stroke, lebih baik kurangi merokok, kegemukan, dan kurangi makan ikan asin dan emping. Selain itu kita perlu rajin olahraga".

Mengenai gejala hipertensi, pada umumnya mengatakan gejala hipertensi adalah pusing, pegal di leher atau pundak, suka marah-marah, lemas dan kurang semangat. Sedangkan batasan hipertensi, masih terjadi kesimpang-siuran antarinforman kader kesehatan.

"Seperti saat Pak Sukri ditensi ibu bidan dengan hasil 170, ibu bidan bilang ini tinggi tapi krn usia bapak sudah 70 tahun, masih dianggap normal. Jadi batasnya tidak sama, tergantung usia".

Mengenai pengobatan, umumnya informan berpendapat untuk berobat ke dokter kalau ada gejala (pusing, sakit kepala, dan sebagainya), karena tidak punya uang. Di puskesmas informan mendapatkan obat antihipertensi sebanyak 3–5 butir, tergantung persediaan obat. Selebihnya obat diresepkan. Tetapi sebagian besar informan mengatasi atau

menghilangkan gejala seperti di atas dengan minum juice bawang putih, mentimun, air daun seledri, atau juice mengkudu/pace.

"saya sudah 3 bulan terakhir ini tidak pernah kontrol lagi, tapi masih tetap minum obat disamping minum obat kampung, seperti daun sukun, maupun daun cereme. karena sibuk dan gak punya uang".

"Sudah hampir 2 tahun tidak periksa lagi dan sekarang malah menyerang mata. Penglihatan agak bayang-bayang kalau melihat jauh,".

Semua informan sepakat bahwa hipertensi bisa dicegah dengan pengobatan secara rutin, menghindari makanan berisiko, pola hidup yang sehat, hindari pikiran yang berat, olahraga minimal 1 kali dalam seminggu, hindari rokok, dan istirahat cukup.

Ketika diskusi mengenai posbindu (wadah untuk aktivitas posyandu lansia) di wilayah tempat tinggal, sebagian informan belum mengenal adanya kegiatan Posbindu, tetapi ada yang mengatakan ada posbindu di daerah tempat tinggal yang diadakan sebulan sekali dengan agenda kegiatan pengukuran tekanan darah, pemeriksaan kadar gula darah, dan penyuluhan kesehatan. Salah satu informan kader kesehatan mengatakan bahwa.

"Kegiatan posbindu ada jika ada program penilaian (desa binaan) dari pemerintahan daerah setempat, tetapi jika program itu sudah selesai maka kegiatan itu juga hilang".

"Jadi kegiatan posbindu dilakukan bukan karena kesadaran, melainkan karena ada penilaian. Semua informan sependapat, "Masyarakat merasa jika penilaian (desa binaan) selesai, ya sudah selesai".

"Kegiatan yang tetap biasanya pengajian, kemudian dalam pengajian disisipkan penyuluhan mengenai kesehatan, senam lansia. Tetapi sulit mengumpulkan lansia".

Kegiatan di masyarakat juga sangat tergantung dari pemerintah setempat.

"Pada saat camatnya Bpk TB, istrinya Ibu Arep, kegiatan olahraga cukup sering dilakukan. Karena program dari pak camat secara langsung, masyarakat sempat antusias untuk olahraga secara rutin".

Kendala yang dirasakan adalah: 1) Kurang kerja sama antara kader-tenaga kesehatan-masyarakat; 2) Kurangnya sosialisasi dari tenaga kesehatan ke masyarakat. Kalau sosialisasi yang dilakukan hanya oleh kader, biasanya kurang dipercaya oleh masyarakat.

Harapan dari masyarakat adalah: 1) Penyuluhan kesehatan dapat lebih sering diadakan. Antara lain tentang hipertensi dan bagaimana pencegahannya, jangan sampai terkena stroke; 2) Posbindu diaktifkan, sehingga kegiatan penyuluhan kesehatan dan pemeriksaan dapat dilakukan secara teratur; 3) Ada kegiatan rutin olahraga; 4) Ada rumah sakit di wilayah tempat tinggal, karena puskesmas rawat inap yang ada kurang dapat menampung warga yang sakit.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Temuan dari kajian ini menunjukkan bahwa belum ada program pencegahan atau penanggulangan hipertensi secara khusus. Program penanganan Penyakit Tidak Menular secara umum masih terbatas sampai tingkat Provinsi. Sedangkan tingkat Kabupaten/Kota belum merupakan prioritas utama. Hal ini menyebabkan pelayanan medis untuk PTM atau hipertensi khususnya masih pasif baik di dalam gedung maupun di luar gedung. Hal ini juga tercermin dengan skala prioritas dalam penyusunan Rencana Anggaran Belanja tahunan di Dinas Kesehatan Kabupaten. Keterbatasan sarana dan prasarana yang tersedia seperti alat tensimeter, sumber daya manusia untuk melakukan penyuluhan maupun obat-obatan merupakan kendala dalam mendukung pelaksanaan program promotif, preventif, kuratif 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. Juga ketidakmampuan responden dalam membeli obat antihipertensi dengan biaya sendiri, memberikan sumbangan dalam meningkatkan prevalensi hipertensi.

Memodifikasi gaya hidup dengan mengurangi risiko meningkatnya stres dan lingkaran perut berisiko, memegang peranan penting dalam mencegah orang dewasa dari hipertensi di Kabupaten Lebak. Sehingga gaya hidup berpikiran positif untuk mengurangi stres dapat merupakan target orang dewasa dengan upaya promosi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya faktor risiko terjadinya hipertensi.

Selain faktor demografi seperti umur yang tidak dapat dikoreksi, status kawin juga merupakan

salah satu faktor pendukung terjadinya hipertensi di Kabupaten Lebak.

Model intervensi di Kabupaten Lebak mempunyai hubungan dengan meningkatnya kelompok umur, status kawin, lingkaran perut berisiko, gangguan mental emosional dan lingkungan tercemar.

Saran

1. Pemerintah wajib memberikan perhatian lebih pada program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan membuat peraturan-peraturan agar dapat dilaksanakan dengan konsisten.
2. Mengembangkan model Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang sudah ada sesuai dengan kondisi wilayah dan budaya setempat.
3. Memasukkan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam kurikulum sekolah, yang diberikan sejak pendidikan dasar.
4. Meningkatkan edukasi dan promosi dalam upaya untuk mengurangi asupan kalori berlebih dengan upaya meningkatkan pengeluaran energi untuk mencegah terjadinya penyakit tidak menular khususnya hipertensi.
5. Melakukan edukasi persiapan membina rumah tangga/keluarga harmonis, termasuk di dalamnya manajemen rumah tangga dapat dipertimbangkan menjadi paket dalam penyuluhan pencegahan dan penanganan hipertensi.
6. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat baik di sekolah maupun di masyarakat, sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi maupun penyakit degeneratif.
7. Mengaktifkan peran masyarakat dalam Posbindu atau wadah lain yang terintegrasi untuk dapat melakukan upaya preventif dan menjangkau atau mendeteksi penderita hipertensi lebih dini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini merupakan wujud kerja sama antara Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (PTIKM), Badan Litbangkes, Kemenkes RI dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak. Kegiatan ini melibatkan kerja keras dari tim inti PTIKM dan tim di kabupaten Lebak mulai dari penyusunan kuesioner, persiapan lapangan, pengumpulan data di lapangan dan penyusunan laporan penelitian. Dan pada akhirnya penelitian sudah dapat diselesaikan dengan sebaik-

baiknya dan tepat waktu. Untuk itu rasa syukur dan penghargaan kami sampaikan kepada seluruh tim dan ucapan terima kasih yang tidak terhingga 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 Lebak dalam melakukan intervensi terhadap faktor risiko terjadinya hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ashish Aneja, Fadi El-Atat, Samy I. McFarlane and James R. Sowers. Hypertension and Obesity. Recent Progress in Hormone Research 2004 (59): 169–205.
- Balitbangkes. Depkes RI. Survei Kesehatan Rumah tangga Studi Morbiditas dan Disabilitas Tahun 2004. Desember 2005, Jakarta. pp. 21–31.
- Balitbangkes. Depkes RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun 2007. Desember 2008, Jakarta. pp. 110–121.
- Barry M. Popkin. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World Journal of Nutrition. 2001; 131: 871S–873S.
- Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001.
- Bonita R, de Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R. Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Factors. Geneva: World Health Organization, 2002.
- Departemen Kesehatan R.I. Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu. Tahun 2002
- Elisabete Pinto. Blood pressure and ageing. Postgrad Med J 2007; 83: 109–114.
- Kementerian Kesehatan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. pp. 65–67.
- Kementerian Kesehatan. Visi Misi dan Strategi Renstra Kementerian Kesehatan 2010–2014.
- Lameshow S, David WH Jr., Janelle Klar, Stephen KL, Besar sampel dalam penelitian kesehatan. Gajah Mada University Press.
- Leon Gordis. Epidemiology. Third edition. John Hopkin Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland. Elsevier Saunders, 2004. p.159–176.
- Niakara A, Fournet F, Gary J, Harang M, Nébié LV, Salem G. Hypertension, urbanization, social and spatial disparities: a cross-sectional population-based survey in a West African urban environment (Ouagadougou, Burkina Faso). Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007 Nov; 101(11): 1136–42.
- 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.
- The World Health Report 2002. Reducing Risk, Promoting Health Life, World Health Organization, Geneva, 2002.
- Tim Surkesnas. Laporan SKRT 2001: Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Studi Morbiditas dan Disabilitas. Balitbangkes, Depkes RI. 2002. p. 18–19.
- U.S. 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
- World Health Organization. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure dalam The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Factors, Geneva 2001.
- World Health Organization (WHO) Expert Committee on High Blood Pressure Control. Hypertension Control: Report of a WHO Expert Committee. WHO, 1996: 862.
- 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.