

BASELINE CHARACTERISTICS OF TREATED AND UNTREATED PEOPLE WITH HYPERTENSION

Nailiy Huzaimah¹, Iva Gamar Dian Pratiwi²

^{1,2}Universitas Wiraraja; Jalan Raya Sumenep Pamekasan KM 05 Patean,
¹nailiy.huzaimah@wiraraja.ac.id, ²ivagamar@wiraraja.ac.id

Abstract

Hypertension is a worldwide health problem with high mortality and morbidity rates. However, untreated people with hypertension (health-seeking behavior) are still high. This study aims to provide an overview of hypertension sufferers who seek treatment without seeking treatment at health facilities in Sumenep Regency. This research is a descriptive study. The research subjects were people with hypertension or individuals who had high blood pressure and met the inclusion criteria. From the total sample (n = 59), it was found 62.71% including individuals who took medication to health facilities. Criteria for hypertensive patients sought treatment were from the level of basic education, having a mean afternoon systolic blood pressure (ASBP), night systolic blood pressure (NSBP), afternoon diastolic blood pressure (ADBP), and night diastolic blood pressure (NDBP) respectively 150.27 mmHg, 152.35 mmHg, 87.18 mmHg, and 86.59 mmHg, and use pharmacological therapy regularly. Criteria for hypertension patients didn't seek treatment for high school education level and equivalent, have a mean ASBP, NSBP, ADBP, and NDBP respectively 140.09 mmHg, 137.14 mmHg, 80.55 mmHg, and 80.95 mmHg, and didn't use pharmacological and non-pharmacological therapy. Patients with hypertension who are treated or not treated are female, are in the early years of age, are married, hypertension stage II, do not have complaints of headaches and neck stiffness, have a family history of hypertension, do not use alternative therapies, eat rice portions two tablespoons of rice, daily meal frequency of 3 times, no meaningful burden of thoughts. There are differences in hypertensive patients who seek and do not seek health in children related to education, mean blood pressure, and the use of pharmacological or non-pharmacological therapy.

Kata kunci: *hypertension, characteristic, treatment, pharmacological therapy, health-seeking behavior*

Abstrak

Hipertensi masih merupakan masalah kesehatan dunia yang angka mortalitas dan morbiditasnya masih tinggi, akan tetapi angka penderita hipertensi yang tidak berobat ke fasilitas kesehatan masih tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran karakteristik penderita hipertensi yang berobat dengan yang tidak berobat di fasilitas kesehatan Wilayah Kabupaten Sumenep. Penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif. Subjek penelitian adalah penderita hipertensi atau individu yang memiliki tekanan darah tinggi dan memenuhi kriteria inklusi. Dari total sampel (n=59) didapatkan 62,71% termasuk individu yang melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan. Karakteristik penderita hipertensi yang berobat mayoritas tingkat pendidikan sekolah dasar, memiliki rerata TDSS, TDSM, TDDS, dan TDDM secara berturut-turut 150,27 mmHg, 152,35 mmHg, 87,18 mmHg, dan 86,59 mmHg, dan menggunakan terapi farmakologis secara teratur. Karakteristik penderita hipertensi yang tidak berobat mayoritas tingkat

pendidikan SMA/ sederajat, memiliki rerata TDSS, TDSM, TDDS, dan TDDM secara berturut-turut 140,09 mmHg, 137,14 mmHg, 80,55 mmHg, dan 80,95 mmHg, dan tidak menggunakan terapi farmakologi maupun nonfarmakologi. Penderita hipertensi yang berobat maupun tidak berobat mayoritas berjenis kelamin perempuan, berada pada masa lansia awal, berstatus kawin, stadium hipertensi derajat II, tidak memiliki keluhan nyeri kepala dan rasa kaku di leher, memiliki riwayat keluarga hipertensi, tidak menggunakan terapi alternatif, porsi makan nasi dua sendok nasi, frekuensi makan harian sebanyak 3 kali, tidak ada beban pikiran yang berarti. Terdapat perbedaan antara penderita hipertensi yang berobat dan tidak berobat pada karakteristik pendidikan, rerata tekanan darah, dan penggunaan terapi farmakologi atau non-farmakologi.

Kata kunci: hipertensi, karakteristik, pengobatan, terapi farmakologi, perilaku mencari pertolongan kesehatan

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling banyak terjadi di masyarakat dan menjadi pintu masuk penyakit kronik lain seperti gagal jantung, gagal ginjal, diabetes, dan stroke. Tingkat pengendalian hipertensi di seluruh dunia dinilai rendah, dan keterlambatan dalam mencari perawatan dikaitkan dengan peningkatan mortalitas [1]. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 didapatkan data diagnosis hipertensi menurut diagnosis dokter, diagnosis dokter atau minum obat, dan dari hasil pengukuran tekanan darah penduduk usia 18 tahun berturut-turut yaitu mencapai 8,4%, 8,8%, dan 34,1%, artinya sekitar 1 dari 3 orang di Indonesia mengalami hipertensi [2]. Di Kabupaten Sumenep dengan topografi wilayah pesisir dan lahan kering, angka hipertensi menjadi penyakit tidak menular nomor satu yang angkanya meningkat setiap tahun. Diagnosis hipertensi mengalami peningkatan yaitu sebanyak 18.581 pada tahun 2017 dan sebanyak 18.674 pada tahun 2018 [2].

Survey awal penelitian menunjukkan masih banyak masyarakat yang belum sadar bahaya hipertensi, tercermin dari angka penderita hipertensi yang tidak berobat masih tinggi. Salah satu desa yang termasuk Wilayah Kerja Puskesmas Pamolokan Kabupaten Sumenep, dari hasil program Keluarga Sehat per Februari 2020 didapatkan sebanyak lima Rukun Warga ada 102 orang memiliki tekanan darah tinggi dan belum pernah berobat atau kontrol ke Puskesmas. Data tersebut menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat akan kesehatan khususnya bahaya hipertensi masih kurang. Saat dilakukan survey awal, individu yang memiliki tekanan darah di atas normal namun tidak memiliki keluhan, 10 orang (83,33%) mengatakan bahwa dirinya tidak sakit sehingga tidak perlu berobat ke pelayanan kesehatan.

Banyak faktor yang mempengaruhi perilaku individu untuk mencari pertolongan kesehatan (*health seeking behaviour*), dalam hal ini adalah berobat [3], [4]. Beberapa penelitian telah menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang mencari pertolongan kesehatan atau memanfaatkan layanan kesehatan. Faktor tersebut antara lain adalah faktor sosio-demografis (dukungan keluarga dan lingkungan sosial, jarak fasilitas kesehatan dari rumah), tingkat pendidikan, struktur sosial, kepercayaan dan praktek kebudayaan (keyakinan terhadap terapi bio-medik, kesadaran pentingnya ketersediaan layanan kesehatan), sistem ekonomi, pola penyakit (jenis gejala, jumlah hari sakit, jenis penyakit, tingkat keparahan), sistem perawatan kesehatan (keberadaan tenaga kesehatan, kepuasan terhadap pelayanan kesehatan), dan faktor internal pasien (kesadaran, keparahan yang dirasakan, persepsi efektivitas terapi, efek samping, dan ketakutan yang dirasakan akan ketergantungan seumur hidup pada obat-obatan) [1], [3]–[5].

Hambatan dalam pencarian perawatan dan manajemen untuk hipertensi di fasilitas kesehatan antara lain adalah masalah finansial, transportasi umum yang tidak memadai, pemahaman yang kurang memadai tentang pentingnya pemeriksaan rutin, tidak puas dengan antrian panjang dan waktu tunggu di fasilitas kesehatan, tidak tersedianya obat dari Fasilitas

Kesehatan Pemerintah, mahalnnya harga obat hipertensi di apotek swasta, jarak rumah ke fasilitas kesehatan, tidak ada yang menemani ke fasilitas kesehatan [4].

Perilaku mencari perawatan kesehatan dikenal buruk untuk penyakit kronis dan penyakit asimtomatik seperti hipertensi. Sering kali pasien didiagnosis hipertensi pada saat skrining penyakit penyerta di fasilitas kesehatan dengan alasan yang tidak terkait hipertensi atau pada saat merasakan gejala non akut yang berhubungan dengan satu atau lebih komplikasi hipertensi. Pada umumnya pasien asimtomatik tidak merasa perlu untuk pengobatan karena tidak ada manfaat nyata yang dirasakan. Sifat hipertensi yang asimtomatik mungkin menyebabkan beberapa individu tidak mencari perawatan kesehatan kecuali jika kondisinya telah mengganggu aktivitas kehidupan sehari-hari dan peran sosialnya seperti bekerja dan fungsi pemeliharaan rumah tangga. Kompleksitas perilaku berobat penderita hipertensi tercermin dalam pengambilan keputusan untuk berobat, penggunaan obat tanpa resep dokter, menunda terapi farmakologi, dan ketidakpatuhan dalam pengobatan [3], sering kali pasien mengabaikan, mentolerir atau memilih pengobatan sendiri di rumah [4].

Kesadaran masyarakat akan pentingnya mengendalikan hipertensi bahkan mengontrol hipertensi sejak dini masih rendah. Permasalahannya adalah penggunaan terapi farmakologi yang sering menimbulkan efek samping dan upaya melakukan perubahan pola hidup bukan yang mudah, sehingga banyak hambatan untuk berobat baik hambatan internal maupun eksternal penderita hipertensi. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran karakteristik penderita hipertensi yang berobat dengan yang tidak berobat di fasilitas kesehatan Wilayah Kabupaten Sumenep.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif. Subjek penelitian adalah penderita hipertensi atau individu yang memiliki tekanan darah tinggi dengan kriteria inklusi: 1) individu dengan tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik ≥ 120 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 80 mmHg) atau riwayat tekanan darah tinggi, 2) memiliki rentang usia 17 – 70 tahun, dan 3) tidak sedang mengalami sakit yang parah baik akut maupun kronik. Penelitian dilakukan sejak bulan Juni hingga Agustus 2020 di Wilayah Kabupaten Sumenep.

Subjek penelitian didapatkan secara acak dari dua sumber yaitu data rekam medik Puskesmas dan melalui pemeriksaan tekanan darah secara langsung pada subjek. Subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia mengikuti prosedur penelitian diberi lembar *inform consent* untuk ditandatangani. Subjek penelitian berjumlah 59 orang. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuisioner karakteristik umum dan beberapa faktor yang berkaitan dengan hipertensi. Pengumpulan data dilakukan secara langsung dengan mewawancarai subjek sesuai dengan pertanyaan kuisioner. Data diolah menggunakan analisis deskriptif dengan SPSS. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga (No: 2070-KEPK).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Distribusi karakteristik penderita hipertensi yang berobat dan tidak berobat disajikan pada tabel berikut:

Tabel 1. Distribusi demografi dan karakteristik penderita hipertensi

Variabel		HSB (n=37)	Non HSB (n=22)
Demografi			
Jenis kelamin	Laki-laki	9 (24)	8 (36,4)
	Perempuan	28 (75,7)	14 (63,6)
Usia	Mean \pm SD	52,19 \pm 8,209	47,59 \pm 9,970

	17-25	0 (0)	2 (9,1)
	26-35 tahun	2 (5,4)	1 (4,5)
	36-45 tahun	10 (27)	6 (27,3)
	46-55 tahun	21 (56,8)	13 (59,1)
	56-65 tahun	4 (10,8)	0 (0)
Pekerjaan	PNS	3 (8,1)	5 (22,7)
	Petani	5 (13,5)	2 (9,1)
	Wiraswasta	7 (18,9)	5 (22,7)
	Guru	1 (2,7)	0 (0)
	Pemulung	1 (2,7)	0 (0)
	Buruh	0 (0)	1 (4,5)
	Tidak bekerja	20 (54,1)	9 (40,9)
Pendidikan	SD	10 (27)	5 (22,7)
	SMP/Sederajat	5 (13,5)	1 (4,5)
	SMA/Sederajat	8 (21,6)	9 (40,9)
	Sarjana	9 (24,3)	6 (4,5)
	Tidak sekolah	5 (13,5)	1 (4,5)
	Status Perkawinan	Belum kawin	0 (0)
	Kawin	33 (89,2)	20 (90,9)
	Cerai mati	4 (10,8)	1 (4,5)
Data kesehatan			
Tekanan darah sistolik	Sistolik Siang (Mean ± SD)	150,27 ± 20,915	140,09 ± 13,904
	Sistolik Malam (Mean ± SD)	152,35 ± 24,592	137,14 ± 15,025
Tekanan darah diastolik	Diastolik Siang (Mean ± SD)	87,18 ± 15,844	80,55 ± 8,645
	Diastolik Malam (Mean ± SD)	86,59 ± 17,589	80,95 ± 9,074
Stadium hipertensi	Peningkatan tekanan darah	2 (5,4)	3 (13,6)
	HT derajat I	8 (21,6)	8 (36,4)
	HT derajat II	27 (73)	11 (50)
Nyeri kepala	Tidak ada	30 (81,1)	13 (59,1)
	Ringan (1-3)	0 (0)	1 (4,5)
	Sedang (4-6)	7 (18,9)	4 (18,1)
	Berat (7-10)	0 (0)	4 (18,1)
Rasa kaku atau berat di leher	Tidak ada	30 (81,1)	16 (72,7)
	Ringan	1 (2,7)	1 (4,5)
	Sedang	6 (16,2)	3 (13,6)
	Berat	0 (0)	2 (9,1)
Riwayat keluarga HT	Ada	22 (59,5)	15 (68,2)
	Tidak ada	15 (40,5)	7 (31,8)
Terapi farmakologi atau herbal	Terapi farma teratur	20 (54,1)	1 (4,5)
	terapi farma tidak teratur	5 (13,5)	6 (27,3)
	tidak terapi farma dan non farma	12 (32,4)	15 (68,2)
Terapi alternatif	Ya	16 (43,2)	6 (27,3)
	Tidak	21 (56,8)	16 (72,7)

Porsi nasi sekali makan	1 sendok nasi (uk standar)	8 (21,6)	6 (27,3)
	2 sendok nasi (uk standar)	19 (51,4)	11 (50)
	3 sendok nasi (uk standar)	10 (27)	4 (18,2)
	7 sendok nasi (uk standar)	0,00	1 (4,5)
Frekuensi makan harian	2 kali	12 (32,4)	8 (36,4)
	3 kali	24 (64,9)	14 (63,6)
	4 kali	1 (2,7)	0 (0)
Beban pikiran	Tidak ada	15 (40,5)	9 (40,9)
	Ringan	8 (21,6)	4 (18,2)
	Sedang	7 (18,9)	3 (13,6)
	Berat	7 (18,9)	6 (27,3)

* HSB : *health seeking behaviour* (kelompok HT yang melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan)

* Non HSB : *non health seeking behaviour* (kelompok HT yang tidak melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan)

Subjek penelitian yang didapatkan secara non random sampling (*consecutive sampling*) dikategorikan menjadi dua kelompok yaitu penderita tekanan darah tinggi yang melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan atau kelompok HSB (n=37) dan kelompok penderita tekanan darah tinggi yang tidak melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan atau kelompok non-HSB (n=22). Subjek penelitian didapatkan dari posyandu, kelompok masyarakat, pemeriksaan fisik yang diadakan untuk masyarakat umum, dan rekam medik puskesmas. Dari total sampel (n=59) didapatkan 62,71% termasuk individu yang melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan.

Data demografi menunjukkan jenis kelamin perempuan memiliki persentase yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki (HSB 75,7% ; Non-HSB 63,6%). Data usia, masa lansia awal memiliki persentase tertinggi dibanding kategori usia lainnya pada kedua kelompok (HSB 56,8% ; Non-HSB 59,1%) dengan rerata usia yang hampir sama (HSB 52,19 tahun; Non-HSB 47,59 tahun). Data tingkat pendidikan pada kelompok HSB 27% adalah tamat Sekolah Dasar (SD) sedangkan pada kelompok Non-HSB 40,9% adalah tamat Sekolah Menengah Atas (SMA) / sederajat. Status kawin memiliki persentase lebih tinggi dibanding status belum kawin maupun cerai mati (HSB 89,2% ; Non-HSB 90,9%).

Data rerata tekanan darah secara berturut-turut tekanan darah sistolik siang (TDSS), tekanan darah sistolik malam (TDSM), tekanan darah diastolik siang (TDDS), dan tekanan darah diastolik malam (TDSM) pada kelompok HSB adalah 150,27 mmHg, 152,35 mmHg, 87,18 mmHg, dan 86,59 mmHg, sedangkan pada kelompok non-HSB adalah 140,09 mmHg, 137,14 mmHg, 80,55 mmHg, dan 80,95 mmHg. Data stadium hipertensi, hipertensi derajat II memiliki persentase paling tinggi. Mayoritas subjek tidak ada keluhan nyeri kepala, begitu pula keluhan rasa kaku atau berat di leher. Pada data riwayat hipertensi keluarga, kedua kelompok memiliki persentase tertinggi di kategori ada riwayat keluarga dengan hipertensi (HSB 59,5% ; Non-HSB 68,2%). Pada kelompok HSB penggunaan terapi farmakologi secara teratur memiliki persentase tertinggi yaitu sebanyak 54%, sedangkan pada kelompok Non-HSB persentase tertinggi ada pada kategori tidak menggunakan terapi farmakologi maupun non farmakologi (tanaman obat alami atau herbal) yaitu sebanyak 68,2%. Baik kelompok HSB dan Non-HSB lebih banyak yang tidak menggunakan terapi alternatif (HSB 56,8% ; Non-HSB 72,7%).

Data porsi nasi harian dan frekuensi makan harian secara berurutan pada kedua kelompok persentase tertinggi adalah di kategori 2 sendok nasi dalam sekali makan (HSB 51,4% ; Non-HSB 50%) dan frekuensi makan harian sebanyak 3 kali (HSB 64,9% ; Non-

HSB 63,6%). Pada variabel beban pikiran, kedua kelompok memperlihatkan dominasi kategori tidak ada beban pikiran yang berarti (HSB 40,5% ; Non HSB 40,9%).

Hasil penelitian menunjukkan individu hipertensi atau yang mengalami peningkatan tekanan darah, lebih banyak yang melakukan pengobatan ke Puskesmas atau fasilitas kesehatan (62,71%), dalam artian bahwa individu hipertensi yang mencari pertolongan kesehatan ke fasilitas kesehatan pada sampel penelitian ini lebih banyak dari pada individu yang tidak mencari pertolongan kesehatan ke fasilitas kesehatan. Sebanyak 37,29% subjek penelitian yang mengalami hipertensi termasuk individu yang tidak melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan. Karena hipertensi sering kali tidak bergejala, banyak orang yang tidak menyadarinya dan bahkan jika dijelaskan bahwa tekanan darah mereka meningkat, banyak yang berhenti minum obat dan tidak melanjutkan perawatan [6]. Separuh orang dengan hipertensi tidak menyadari penyakitnya. Di antara mereka yang didiagnosis, hanya separuh yang menjalani pengobatan, dan di antara mereka yang diobati, hanya separuh dari mereka yang memiliki kontrol tekanan darah yang baik [7]. Merupakan hal penting untuk memeriksa tekanan darah setiap orang dewasa secara berkala meskipun terlihat sehat [6].

Secara keseluruhan penderita hipertensi pada penelitian ini didominasi oleh jenis kelamin perempuan (71,2%). Hasil ini tidak sama dengan beberapa penelitian lain, seperti di Korea (n=848) didapatkan insiden hipertensi pada laki-laki memiliki persentase lebih tinggi dibandingkan perempuan [8], di India dilaporkan persentase perempuan yang mengalami hipertensi lebih rendah dibandingkan laki-laki dengan rentang usia 15 – 54 tahun [9], di Amerika Serikat menyebutkan karakteristik orang dengan hipertensi stadium I mayoritas adalah laki-laki dan mengalami obesitas [6], dan di Ethiopia Barat Laut dan Ethiopia selatan dimana laki-laki adalah berisiko hipertensi lebih tinggi dibandingkan perempuan [10]. Prevalensi hipertensi lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan (24,5% ; 21,9%) [11]. Sebanyak 52,5% laki-laki dan 74,3% perempuan dengan hipertensi menyadari kondisi hipertensinya, 36,1% laki-laki dan 62,1% perempuan mengkonsumsi obat yang diresepkan untuk mengurangi TD, namun hanya 21,1% dari semua mencapai tujuan target dalam survei *cross-sectional* dari Ujung Selatan Amerika Latin [12].

Penelitian lainnya hasilnya serupa dengan penelitian ini, yaitu salah satu penelitian di Ethiopia menyebutkan bahwa berjenis kelamin perempuan merupakan salah satu faktor hipertensi yang bermakna [13]. Kemungkinan hipertensi berkembang di antara perempuan empat kali lebih besar dibandingkan dengan laki-laki, hal ini dapat terjadi karena perempuan lebih rentan terhadap akumulasi jaringan lemak dibandingkan laki-laki dimana perempuan memiliki lebih banyak massa lemak daripada massa bukan lemak [14], [15]. Hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan bahwa penderita hipertensi di Kabupaten Sumenep mayoritas adalah wanita, sebab beberapa subjek penelitian didapatkan dari pemeriksaan tekanan darah secara langsung pada kelompok masyarakat yang anggotanya para wanita (kelompok pengajian Rukun Warga).

Pada subjek penelitian ini, masa lansia awal memiliki persentase tertinggi (57,6%) dengan rentang usia 25 – 70 tahun. Usia yang lebih tua dikaitkan dengan adanya hipertensi [16], [17]. Kemungkinan mengalami hipertensi pada usia yang lebih tua (usia lebih dari 50 tahun) adalah tiga kali lebih mungkin menjadi hipertensi [13], [15], [18]–[20]. Prevalensi tinggi hipertensi pada pasien usia lanjut dapat dijelaskan oleh peningkatan kekakuan aorta dan arteri lainnya sebagai akibat dari proses penuaan. Tekanan darah tinggi lebih mudah dikendalikan di usia muda. Perawatan non-farmakologis melalui perubahan gaya hidup, seperti pengendalian berat badan dan aktivitas fisik di waktu senggang lebih mungkin berhasil pada kaum muda. Hipertensi pada orang dewasa yang lebih tua lebih sulit dikendalikan, sehingga membutuhkan lebih dari satu obat antihipertensi, dimana hal ini sering memunculkan masalah efek samping obat dan kepatuhan pengobatan [6]. Sehubungan dengan onset hipertensi yang masih berkaitan dengan usia, didapatkan hasil penelitian bahwa

sekitar 59,5% individu dengan onset hipertensi pada usia <35 tahun mengalami kerusakan target organ (*target end-organ damage*) dan 24,5% mengalami kerusakan multi organ (*damage in multiple organs*), dimana hipertensi onset dini sangat terkait dengan kerusakan target organ setidaknya 2 organ [21]

Data tingkat pendidikan subjek penelitian didominasi oleh tamat SD dan SMA/Sederajat (masing-masing 25,4%), sedangkan status perkawinan hampir seluruh subjek dalam penelitian ini termasuk kategori kawin (89,8%). Dalam penelitian lain juga disebutkan tidak ada hubungan yang signifikan pada tingkat pendidikan, status perkawinan dengan faktor hipertensi [16], [17]. Tingkat pendidikan mungkin tidak terlalu mempengaruhi seseorang berobat atau tidak berobat. Akan tetapi tidak dapat dipungkiri bahwa informasi didapatkan lebih banyak, lebih beragam, dan lebih berbobot oleh seseorang berpendidikan tinggi dibandingkan berpendidikan rendah atau tidak sekolah. Paradigma dan pola pikir seseorang yang menempuh pendidikan lebih tinggi juga akan lebih berkembang sehingga lebih mampu memecahkan masalah. Akan tetapi menghadapi era 4.0 seperti saat ini, individu di seluruh lapisan masyarakat hampir tidak ada batasan untuk mengakses informasi dan mencari tahu lebih dalam tentang sesuatu termasuk informasi kesehatan.

Pada kelompok HSB rerata TDSS adalah 150,27 mmHg dan TDSSM adalah 152,35 mmHg, sedangkan pada kelompok non-HSB rerata TDSS adalah 140,09 mmHg dan TDSSM adalah 137,14 mmHg. Rerata TDDS kelompok HSB adalah 87,18 mmHg dan TDDM 86,59 mmHg, sedangkan pada kelompok non-HSB rerata TDDS adalah 80,55 mmHg dan TDDM adalah 80,95 mmHg. Tekanan darah berfluktuasi selama 24 jam mengikuti irama sirkadian [22], dimana pada penderita hipertensi, titik puncak tertinggi TDS dan TDD secara berurutan adalah berada di waktu sore sekitar pukul 16.00 dan 15.00. TDS maupun TDD mulai menurun kembali di waktu malam sekitar pukul 19.00 – 21.00, dan mencapai titik terendah sekitar pukul 03.00 hingga 04.00 dini hari [23]. Beberapa data penelitian memperlihatkan hal yang bertentangan, yaitu tekanan darah siang lebih rendah dari tekanan darah malam. Hal ini dapat dipengaruhi oleh kondisi masing-masing individu.

Mayoritas subjek penelitian ini tergolong pada klasifikasi hipertensi derajat II. Data dari Korea Selatan, 25) serta Amerika Serikat, 26) menunjukkan bahwa prehipertensi, atau yang sekarang dikenal sebagai hipertensi stadium 1, pada orang dewasa muda sudah dikaitkan dengan peningkatan risiko kardiovaskular dan kematian [6], [24], [25]. Salah satu faktor risiko hipertensi adalah faktor genetik. Mayoritas subjek pada penelitian ini memiliki riwayat keluarga hipertensi (62,7%). Salah satu penelitian di Ethiopia menyebutkan bahwa riwayat keluarga Hipertensi merupakan faktor hipertensi yang bermakna, dimana lima kali lebih besar berisiko dibandingkan yang tidak memiliki riwayat keluarga hipertensi [13].

Gejala nyeri kepala dan rasa kaku atau berat di leher (*feeling neck stiffness*) sering muncul pada penderita hipertensi yang sedang mengalami kenaikan tekanan darah. Mayoritas penderita tekanan darah tinggi pada penelitian ini tidak memiliki keluhan nyeri kepala atau rasa berat di leher. Empat orang subjek penelitian yang mengalami nyeri kepala berat (skala 7 – 10) memiliki tekanan darah yang tidak terlalu tinggi (130, 140, dan 150 mmHg), bahkan satu subjek penelitian pada saat mengatakan skala nyeri kepala di angka 7, TDS pada saat itu adalah 110 mmHg, namun TDD pada angka 90 mmHg. Hampir sama seperti data nyeri kepala, rasa berat atau kaku di leher tidak banyak dialami oleh subjek penelitian. Dua orang subjek penelitian yang mengalami kaku leher katagori berat, memiliki TDS 130 dan 150 mmHg dan TDD 80 dan 90 mmHg. Nyeri kepala dan kaku leher pada penderita hipertensi dapat muncul saat tekanan darah meningkat sebagai tanda terjadi vasokonstriksi pembuluh darah, sehingga suplai oksigen ke jaringan menurun dan menimbulkan rasa nyeri di kepala maupun rasa tidak nyaman atau berat di bagian leher.

Kelompok HSB mayoritas menggunakan terapi farmakologi secara teratur, sedangkan kelompok non-HSB mayoritas tidak menggunakan terapi farmakologi maupun non

farmakologi. Hipertensi memerlukan pengobatan dengan kepatuhan yang tinggi untuk menekan peningkatan tekanan darah ke arah yang lebih progresif. Kelompok non-HSB menggambarkan penderita hipertensi yang belum merasakan gejala atau merasakan gejala hipertensi namun masih minimal dan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga belum mengambil keputusan untuk berobat atau kontrol ke fasilitas kesehatan. Beberapa orang menggunakan terapi non-farmakologi dalam hal ini adalah tanaman obat alami dan obat herbal tanpa resep dokter. Lansia di Kota Bandar Lampung selain menggunakan obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan, juga menggunakan obat tradisional yang dibuat sendiri yang pengetahuannya diperoleh secara turun temurun [26].

Mayoritas subjek penelitian tidak menggunakan terapi alternatif. Beberapa yang menggunakan terapi alternatif berhubungan dengan kepercayaan terhadap kebudayaan yang ada di masyarakat dan informasi dari orang lain tentang keberadaan terapi alternatif yang membuahkan hasil pada keluhan kesehatan. Pengguna terapi alternatif paling banyak adalah subjek yang mengalami nyeri kepala ringan hingga sedang, dengan jenis pijat dan mengkonsumsi tanaman obat. Hal tersebut menggambarkan bahwa individu yang menggunakan terapi alternatif adalah individu yang mengalami atau merasakan gejala yang cukup mengganggu aktivitas sehari-hari.

Obesitas juga berkaitan dengan kejadian hipertensi. Obesitas dapat terjadi saat seseorang mengkonsumsi karbohidrat, lemak, dan protein secara berlebihan. Kebiasaan masyarakat Indonesia khususnya daerah Sumenep masih menjadikan nasi sebagai bahan makanan pokok. Banyak penduduk desa masih memiliki kebiasaan mengkonsumsi nasi putih dalam takaran yang cukup banyak. Subjek dalam penelitian ini mayoritas makan dengan porsi nasi putih sebanyak dua sendok nasi penuh dalam sekali makan dan frekuensi makan sebanyak 3 kali dalam sehari. Beberapa individu makan nasi hingga 7 takar sendok nasi. Di banyak bagian Asia, nasi adalah bagian dari makanan pokok. Meskipun secara inheren rendah lemak, ketika direbus nasi memiliki indeks glikemik tinggi [27], oleh karena itu profil glukosa darah setelah makan semangkuk nasi seperti tes glukosa oral [28]. Di zaman modern seperti saat ini, kelebihan kalori disimpan sebagai lemak karena aktivitas fisik manusia telah banyak menurun, tidak seperti zaman sebelumnya saat kegiatan sehari-hari manusia banyak mengeluarkan energi karena aktivitas fisik. Hipertensi adalah bagian dari sindrom metabolik dan pada sebagian besar penderita hipertensi, obesitas merupakan penyebab yang mendasari. Penurunan berat badan adalah cara nonfarmakologis yang paling efektif untuk mengurangi tekanan darah [29]. Salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk mengurangi asupan kalori untuk menurunkan berat badan adalah mengurangi porsi nasi harian.

Beban pikiran merupakan salah satu faktor pemicu kenaikan tekanan darah. Pada penelitian ini mayoritas individu mengatakan tidak memiliki beban pikiran. Beban pikiran berat banyak dialami subjek kategori usia dewasa akhir dan lansia awal. Stres tinggi secara signifikan dikaitkan dengan hipertensi dan sebagai faktor risiko independen hipertensi [30], [31][30]. Stres psikososial dikaitkan dengan peningkatan risiko hipertensi, pasien hipertensi memiliki kejadian yang lebih tinggi stres psikososial dibandingkan dengan pasien normotensi [31].

SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

Penderita hipertensi yang berobat (mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan) lebih banyak dibandingkan yang tidak berobat. Karakteristik penderita hipertensi yang berobat mayoritas tingkat pendidikan sekolah dasar, memiliki rerata TDSS, TDSM, TDDS, dan TDDM secara berturut-turut 150,27 mmHg, 152,35 mmHg, 87,18 mmHg, dan 86,59 mmHg, dan menggunakan terapi farmakologis secara teratur. Karakteristik penderita hipertensi yang tidak berobat mayoritas tingkat pendidikan SMA/ sederajat, memiliki rerata TDSS, TDSM,

TDDS, dan TDDM secara berturut-turut 140,09 mmHg, 137,14 mmHg, 80,55 mmHg, dan 80,95 mmHg, dan tidak menggunakan terapi farmakologi maupun nonfarmakologi. Penderita hipertensi yang berobat maupun tidak berobat mayoritas berjenis kelamin perempuan, berada pada masa lansia awal, bersatus kawin, stadium hipertensi derajat II, tidak memiliki keluhan nyeri kepala dan rasa kaku di leher, memiliki riwayat keluarga hipertensi, tidak menggunakan terapi alternatif, porsi makan nasi dua sendok nasi, frekuensi makan harian sebanyak 3 kali, tidak ada beban pikiran yang berarti.

SARAN

Memperhatikan perkembangan prevalensi hipertensi ke arah usia yang lebih muda, perubahan gaya hidup terutama seja era pandemi Covid-19 bersamaan dengan era 4.0, dan individu yang beresiko ada pada seluruh lapisan masyarakat, maka tenaga kesehatan sangat dituntut untuk dapat merumuskan strategi yang inovatif sebagai pemecahan masalah kasus hipertensi dengan tetap menjalin kerjasama lintas sektoral. Penelitian ini memiliki keterbatasan yaitu sampel tidak besar sehingga belum cukup merepresentasikan gambaran individu yang menderita hipertensi di Kabupaten Sumenep. Perlu dilakukan penelitian dengan *cluster sampling* pada banyak lini, lembaga, dan tingkat usia untuk mendeteksi dini resiko hipertensi, sebab penanganan resiko hipertensi sejak usia dini akan lebih mudah dan tidak terlalu kompleks seperti menyelesaikan masalah hipertensi pada usia tua.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada **Lembaga Layanan Pendidikan Tinggi Wilayah VII, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan** yang telah memberi dukungan moral dan dana terhadap pelaksanaan kegiatan ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] G. Musinguzi, S. Anthierens, F. Nuwaha, J. Van Geertruyden, R. K. Wanyenze, and H. Bastiaens, "Factors Influencing Compliance and Health Seeking Behaviour for Hypertension in Mukono and Buikwe in Uganda: A Qualitative Study," vol. 2018, 2018.
- [2] Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Sumenep, *Profil Kesehatan Tahun 2018 Kabupaten Sumenep*. Sumenep, 2019.
- [3] B. T. Shaikh and J. Hatcher, "Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan : challenging the policy makers," no. 1, pp. 49–54, 2005.
- [4] S. Gupta, A. Virk, A. Mittal, and B. K. Agarwal, "Patterns and determinants of healthcare seeking behavior among hypertensive patients in a rural population of north India : A mixed method study," 2020.
- [5] A. K. Roy, "Determinants of Health-seeking Behaviour in Northeast India," 2019.
- [6] B. M. Y. Cheung, B. Or, Y. Fei, and M. Tsoi, "A 2020 Vision of Hypertension," vol. 50, no. 6, pp. 469–475, 2020.
- [7] W. JA, "Barrow JG. Hypertension-a community problem," *Am J Med*, vol. 52, pp. 653–663, 1972.
- [8] S. W. Lee *et al.*, "Age-differential association between serum uric acid and incident hypertension," *Hypertens. Res.*, vol. 42, no. 3, pp. 428–437, 2019.
- [9] R. Gupta, K. Gaur, and C. V. S. Ram, "Emerging trends in hypertension epidemiology in India," *J. Hum. Hypertens.*, pp. 575–587, 2019.
- [10] H. Sabour *et al.*, "The correlation between dietary fat intake and blood pressure among people with spinal cord injury," *Iran. J. Neurol.*, vol. 15, no. 3, p. 121, 2016.
- [11] J. Song, Z. Ma, J. Wang, L. Chen, and J. Zhong, "Gender Differences in Hypertension

- American College of Cardiology,” 2019.
- [12] A. L. Rubinstein *et al.*, “Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the Southern Cone of Latin America,” *Am. J. Hypertens.*, vol. 29, no. 12, pp. 1343–1352, 2016.
- [13] M. Kiber, M. Wube, H. Temesgen, W. Woyraw, and Y. A. Belay, “Prevalence of hypertension and its associated factors among adults in Debre Markos Town , Northwest Ethiopia : community based cross sectional study,” *BMC Res. Notes*, pp. 10–15, 2019.
- [14] A. G. Demisse *et al.*, “High burden of hypertension across the age groups among residents of Gondar city in Ethiopia: a population based cross sectional study,” *BMC Public Health*, vol. 17, no. 1, p. 647, 2017.
- [15] T. P. Helelo, Y. A. Gelaw, and A. A. Adane, “Prevalence and associated factors of hypertension among adults in Durame Town, Southern Ethiopia,” *PLoS One*, vol. 9, no. 11, p. e112790, 2014.
- [16] S. M. Omar, I. R. Musa, O. E. Osman, and I. Adam, “Prevalence and associated factors of hypertension among adults in Gadarif in eastern Sudan : a community-based study,” pp. 4–9, 2020.
- [17] S. O. Bushara, S. K. Noor, H. I. Abd Alaziz, W. M. Elmadhoun, and M. H. Ahmed, “Prevalence of and risk factors for hypertension among urban communities of North Sudan: Detecting a silent killer,” *J. Fam. Med. Prim. care*, vol. 5, no. 3, p. 605, 2016.
- [18] Z. A. Anteneh, W. A. Yalew, and D. B. Abitew, “Prevalence and correlation of hypertension among adult population in Bahir Dar city, northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study,” *Int. J. Gen. Med.*, vol. 8, p. 175, 2015.
- [19] S. M. Abebe, Y. Berhane, A. Worku, and A. Getachew, “Prevalence and associated factors of hypertension: a cross-sectional community based study in Northwest Ethiopia,” *PLoS One*, vol. 10, no. 4, p. e0125210, 2015.
- [20] K. Angaw, A. F. Dadi, and K. A. Alene, “Prevalence of hypertension among federal ministry civil servants in Addis Ababa, Ethiopia: a call for a workplace-screening program,” *BMC Cardiovasc. Disord.*, vol. 15, no. 1, p. 76, 2015.
- [21] K. Suvila *et al.*, “End Organ Damage and Early Onset Hypertension Early Onset Hypertension Is Associated With Hypertensive End-Organ Damage Already by MidLife,” pp. 305–312, 2019.
- [22] J. Redon, H. Clinico, and H. Clinico, “The normal circadian pattern of blood pressure : implications for treatment,” vol. 58, no. December, pp. 3–8, 2004.
- [23] F. Portaluppi *et al.*, “Circadian rhythms of atrial natriuretic peptide, renin, aldosterone, cortisol, blood pressure and heart rate in normal and hypertensive subjects.,” *J. Hypertens.*, vol. 8, no. 1, pp. 85–95, 1990.
- [24] Y. Yano *et al.*, “Association of blood pressure classification in young adults using the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association blood pressure guideline with cardiovascular events later in life,” *Jama*, vol. 320, no. 17, pp. 1774–1782, 2018.
- [25] J. S. Son *et al.*, “Association of blood pressure classification in Korean young adults according to the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association guidelines with subsequent cardiovascular disease events,” *Jama*, vol. 320, no. 17, pp. 1783–1792, 2018.
- [26] S. Fathonah and H. Hernawilly, “Perilaku pemilihan obat tradisional untuk menurunkan tekanan darah pada lansia di Kota Bandar Lampung,” *J. Ilm. Keperawatan Sai Betik*, vol. 8, no. 1, pp. 1–9, 2016.
- [27] D. S. Ludwig, “The glycemc index: physiological mechanisms relating to obesity, diabetes, and cardiovascular disease,” *Jama*, vol. 287, no. 18, pp. 2414–2423, 2002.

- [28] H. M. S. Chan, J. C. Brand-Miller, S. H. A. Holt, D. Wilson, M. Rozman, and P. Petocz, "The glycaemic index values of Vietnamese foods," *Eur. J. Clin. Nutr.*, vol. 55, no. 12, pp. 1076–1083, 2001.
- [29] B. M. Y. Cheung, "The cardiovascular continuum in Asia-a new paradigm for the metabolic syndrome." LWW, 2005.
- [30] S. Bhelkar, S. Deshpande, S. Mankar, and P. Hiwarkar, "Association between Stress and Hypertension among Adults More Than 30 Years: A Case-Control Study," *Natl. J. Community Med.*, vol. 9, no. 6, pp. 430–433, 2018.
- [31] M.-Y. Liu, N. Li, W. A. Li, and H. Khan, "Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis," *Neurol. Res.*, vol. 39, no. 6, pp. 573–580, 2017.