

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Geografi

UPTD Puskesmas Banjarangkan II merupakan Puskesmas yang terletak di tengah-tengah dari Kabupaten Klungkung, berlokasi di Desa Takmung, Kecamatan Banjarangkan Kabupaten Klungkung.

Dengan Batas-batas wilayah :

- Utara : Kabupaten Bangli
- Barat : Tukad Bubuh
- Timur : Tukad Jinah
- Selatan : Selat Badung

UPTD Puskesmas Banjarangkan II dibangun pada tahun 1985, dan mulai beroperasi pada tahun 1985, dengan luas wilayah 24,18 km² yang terdiri dari 6 desa, 26 dusun dengan jarak tempuh dari desa ke Puskesmas rata-rata 12 km. sedangkan untuk waktu tempuh dari Puskesmas ke Kabupaten ± 10 menit.

- A. Desa Takmung : 9 dusun
- B. Desa Tihingan : 4 dusun
- C. Desa Getakan : 4 dusun

- D. Desa Aan : 4 dusun
- E. Desa Timuhun : 3 dusun
- F. Desa Nyanglan : 2 dusun

Wilayah kerja merupakan daerah perbukitan dengan curah hujan tinggi tiap tahunnya. Tiap desa dapat dijangkau dengan kendaraan roda 2 atau roda 4, jalan beraspal tetapi masih ada dusun yang sulit dijangkau dengan kendaraan bermotor karena kondisi jalannya yang belum beraspal, sempit dan licin. Dan mata pecaharian penduduk Sebagian besar petani, pedagang dan wiraswasta.

Pada akhir tahun 2020 tepatnya 1 Desember 2020 UPTD Puskesmas Banjarangkan II sudah terelokasi di lokasi yang baru yaitu di Dusun Losan Desa Takmung Kecamatan Banjarangkan, dengan luas lahan 14 are, sehingga diharapkan dengan lokasi dan gedung Puskesmas yang baru kinerja dan kualitas pelayanan di UPTD Puskesmas Banjarangkan II lebih baik.

Tabel 9
Sepuluh Penyakit Terbanyak di UPTD Puskesmas Banjarangkan II Tahun 2022

No	Nama Penyakit	Jumlah
1	Hipertensi	942
2	Diabetes Mellitus	356
3	Jantung	404
4	Vulnus Morsum	352
5	Gastritis	116
6	Observasi Febris	100
7	Dispepsia	77
8	Paronikia	46
9	GEA	38
10	ISPA	35

b. Demografi

Jumlah penduduk pada tahun 2021 di wilayah UPTD Puskesmas Banjarangkan II adalah 16.910 jiwa, terdiri dari 8.431 jiwa laki-laki, dan 8.479 jiwa perempuan. Jumlah KK adalah 4.895 KK

2. Karakteristik Sampel

Pengamatan ini dilaksanakan di UPTD Puskesmas Banjarangkan II dengan jumlah sebanyak 35 sampel dengan karakteristik jensi kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dapat dilihat pada tabel 10

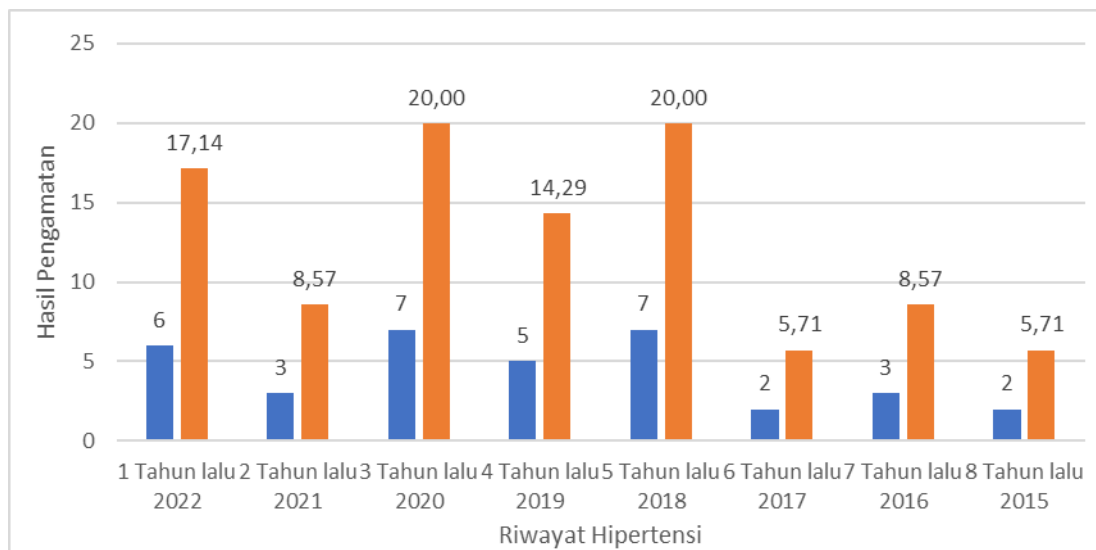
Tabel 10
Sebaran Sampel Berdasarkan Karakteristik

Karakteristik Sampel	Kategori	Hasil Pengamatan	
		F	%
Jenis Kelamin	a. Laki-laki	16	45,71
	b. Perempuan	19	54,29
Total		35	100
Umur	31-40	3	8,57
	41-50	9	25,71
	51-60	11	31,43
	>60	12	34,29
Total		35	100
Tingkat Pendidikan	SD	10	28,57
	SMP	3	8,57
	SMA	14	40,00
	Perguruan Tinggi	7	20,00
	Tidak Sekolah	1	2,86
Total		35	100
Pekerjaan	Tidak Bekerja	9	25,71
	Swasta	13	37,14
	IRT	4	11,43
	Petani	8	22,86
	PNS	1	2,86
Total		35	100

Dari hasil tabel 10 diatas dapat menunjukkan bahwa sebagian besar sampel berjenis kelamin perempuan dengan hasil presentase 54,29%, dan berdasarkan hasil umur sebagian besar ≥ 60 tahun sebanyak (34,29%), selain itu juga dari hasil tingkat pendidikan sampel sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SMA dengan sebanyak 40,00% serta sebagian besar pekerjaan sampel adalah pegawai swasta sebanyak 37,14% dan tidak bekerja sebanyak 25,71%.

3. Riwayat Hipertensi

Berdasarkan hasil gambar grafik 3 berplotkusi mengalami peningkatan pada tahun 2020 sampai 2018 dan sampai tahun 2015 riwayat hipertensi mengalami penurunan sebesar 5,71%. Sebaran sampel berdasarkan riwayat hipertensi dapat dilihat pada gambar 3.



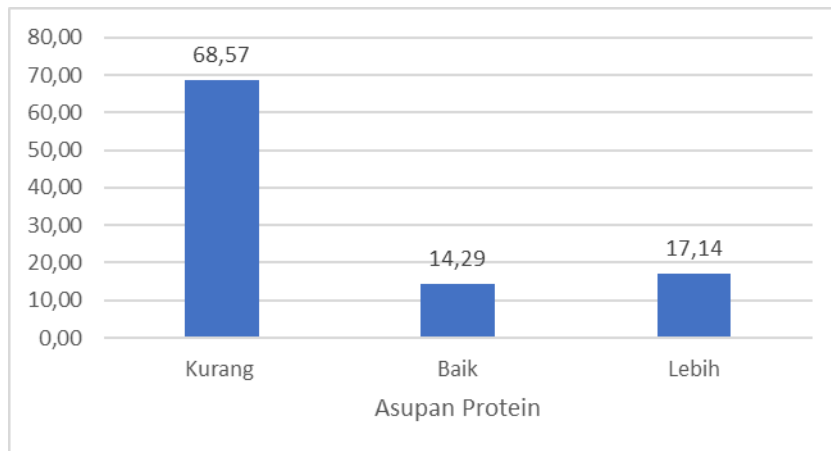
Gambar 3
Sebaran Sampel Berdasarkan Riwayat Hipertensi

4. Tingkat Konsumsi Protein dan Karbohidrat

Berdasarkan data tingkat konsumsi yang dikumpulkan menggunakan form recall 1x24 jam. Jumlah konsumsi zat gizi adalah jumlah yang dikonsumsi sehari:

a. Tingkat Konsumsi Protein

Berdasarkan hasil dari penelitian terhadap 35 sampel diperoleh hasil, tingkat konsumsi protein pada pasien dengan rata-rata adalah 60,73% dengan nilai paling rendah adalah 25,1% dan nilai paling tertinggi adalah 17,14%. Sebaran sampel berdasarkan tingkat konsumsi protein Sebagian besar memiliki kategori kurang sebanyak 35 sampel (68,57%). Sebaran sampel berdasarkan tingkat konsumsi protein dapat dilihat pada gambar 4

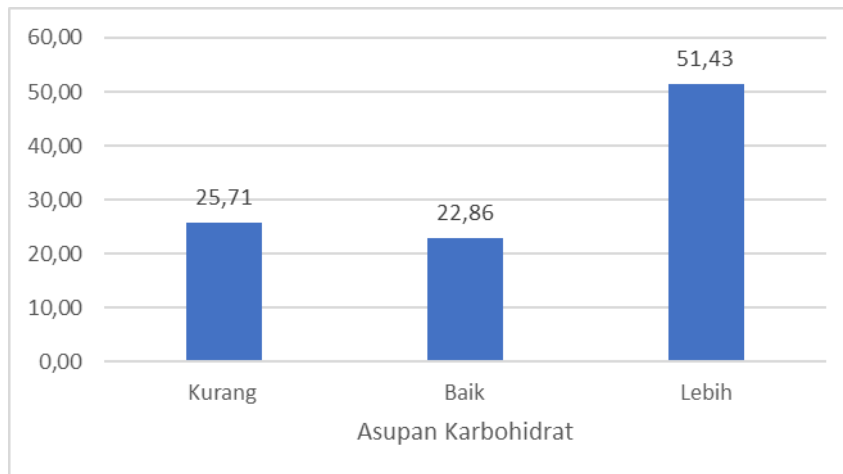


Gambar 4

Sebaran Sampel Berdasarkan Tingkat Konsumsi Protein

b. Tingkat Konsumsi Karbohidrat

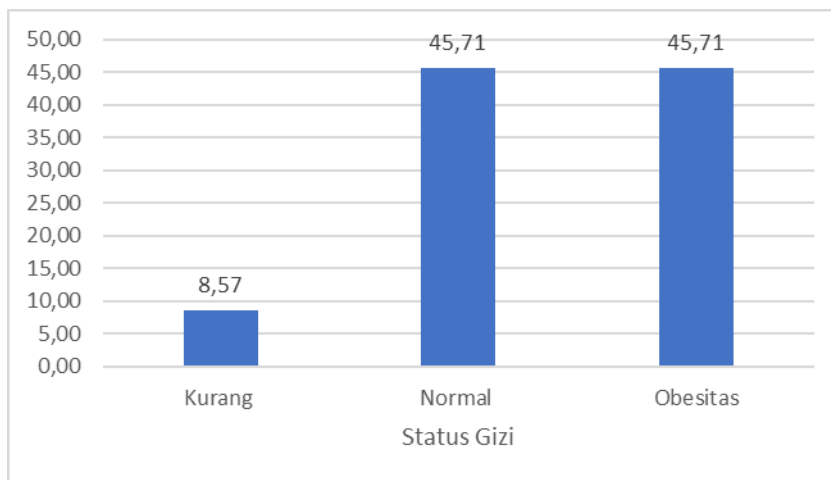
Berdasarkan hasil penelitian terhadap 35 sampel diperoleh hasil, tingkat konsumsi karbohidrat rata-rata 102,16 gram dengan tingkat konsumsi karbohidrat terendah adalah 25,71 gram dan tingkat konsumsi karbohidrat tertinggi adalah 51,43 gram. Dari sebaran sampel berdasarkan tingkat konsumsi karbohidrat diketahui bahwa Sebagian besar 35 sampel (51,43%) tingkat konsumsi karbohidrat dalam kategori lebih. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 5.



Gambar 5
Sebaran Sampel Berdasarkan Tingkat Konsumsi Karbohidrat

5. Status Gizi

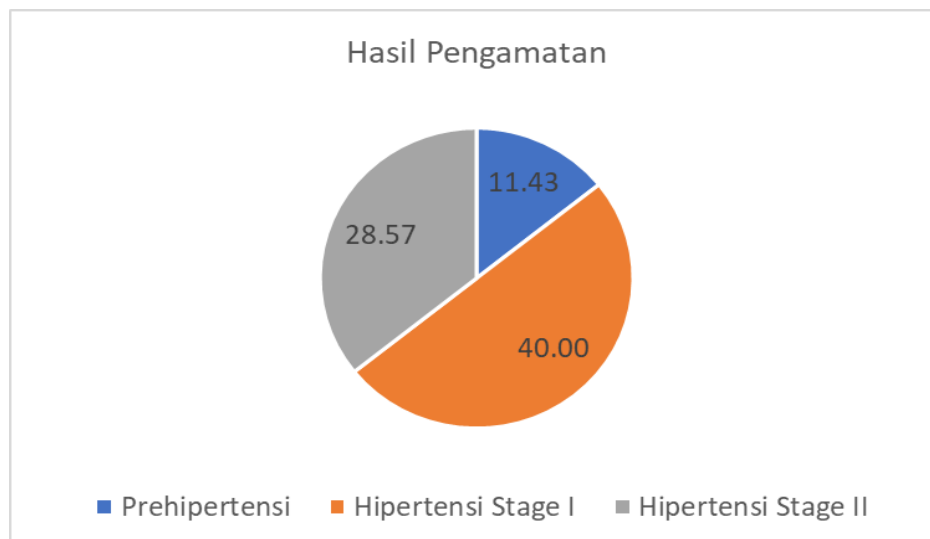
Berdasarkan gambar 6, dapat diketahui Sebagian besar sampel dengan IMT kurang sebanyak 3 sampel (8,57%) dan nilai IMT normal dan dari hasil grafik IMT dengan kategori normal dan obesitas sebanyak 16 sampel (45,71%). Untuk lebih lengkapnya bisa dilihat pada gambar 6.



Gambar 6
Sebaran Sampel Berdasarkan Status Gizi

6. Tekanan Darah

Berdasarkan gambar 7, sebanyak 4 sampel (11,43%) dengan kondisi tekanan darah prehipertensi, sebanyak 14 sampel (40,00%) dengan kondisi tekanan darah hipertensi stage I dan sebanyak 10 (28,57%) dengan kondisi tekanan darah stage II. Untuk lebih lengkapnya bisa dilihat pada gambar grafik dibawah ini.



Gambar 7

Sebaran Sampel Berdasarkan Tekanan Darah

B. Tingkat Konsumsi Berdasarkan Status Gizi

Berdasarkan table 11, tingkat kecendrungan status gizi obesitas semakin tinggi. Sampel dengan asupan protein lebih dengan status gizi obesitas sebanyak 6 orang (100%) namun ada juga tingkat konsumsi protein kurang memiliki status gizi obesitas sebanyak 8 orang (33,3%) untuk lebih jelasnya dilihat pada tabel 11.

Tabel 11
Tingkat Konsumsi Protein Berdasarkan Status Gizi

No	Status Gizi	Tingkat Asupan Protein							
		Kurang		Baik		Lebih		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Kurang	1	4,1	2	40	0	0	3	8,6
2	Baik	15	62,5	1	20	0	0	16	45,7
3	Obesitas	8	33,3	2	40	6	100	16	45,7
Jumlah		24	100,0	5	100,0	6	100,0	35	100,0

Berdasarkan tabel 12, sampel dengan tingkat asupan karbohidrat kurang dengan status gizi baik sebanyak 8 sampel (88,8%) memiliki status gizi baik, sedangkan sampel dengan tingkat asupan karbohidrat dengan status gizi baik sebanyak 5 sampel (62,5%) memiliki status gizi baik dan sampel yang memiliki tingkat asupan karbohidrat dengan status gizi lebih sebanyak 14 sampel (77,7%) memiliki status gizi obesitas. Dari hasil analisis table silang data tingkat konsumsi karbohidrat berdasarkan status gizi dapat dilihat selengkapnya pada tabel 12.

Tabel 12
Tingkat Konsumsi Karbohidrat Berdasarkan Status Gizi

No	Status Gizi	Tingkat Asupan Karbohidrat							
		Kurang		Baik		Lebih		Total	
		n	%	n	%	n	%	N	%
1	Kurang	1	11,1	1	12,5	1	5,5	3	8,6
2	Baik	8	88,8	5	62,5	3	16,6	16	45,7
3	Obesitas	0	0,0	2	25	14	77,7	16	45,7
Jumlah		9	100,0	8	100,0	18	100,0	35	100,0

B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengumpulan data, dilihat bahwa sebagian besar subyek berjenis kelamin perempuan dengan hasil presentase (54,29%). Hal ini dikarenakan penurunan hormon estrogen yang dialami oleh perempuan pada saat menopause yang dapat meningkatkan risiko hipertensi atau tekanan darah tinggi.

Sementara itu berdasarkan hasil umur sebagian besar ≥ 60 tahun sebanyak (34,29%). Pertambahan usia yang bisa menyebabkan tekanan darah meningkat dan dapat berpotensi mengalami hipertensi. Dari sebuah studi epidemiologi oleh *Framingham Heart Prevention* dapat mendata resiko hipertensi lansia diseluruh dunia. Dan hasilnya mengatakan pada individu yang berusia lebih dari 58 tahun hanya 7% yang memiliki tekanan darah normal. Sebagian besar dari mereka merupakan penderita hipertensi atau tekanan darah tinggi dengan nilai 160/100 mmHg (Lingga, 2012). Selain itu juga dari hasil tingkat pendidikan sampel sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SMA dengan sebanyak (40,00%) serta sebagian besar pekerjaan sampel adalah pegawai swasta sebanyak 37,14% dan tidak bekerja sebanyak 25,71%.

Tingkat konsumsi dapat dihasilkan dari tiga jenis zat gizi makro, yaitu karbohidrat, protein dan lemak. Sedangkan dari asupan energi berlebih dapat menyebabkan terjadinya obesitas. Hal ini disebabkan karena kalori yang berlebihan dalam tubuh sebagian besar akan dirubah menjadi cadangan lemak dalam tubuh.

Status gizi yang memiliki hubungan dengan status hipertensi yaitu semakin besar massa tubuh, maka semakin banyak darah yang dibutuhkan untuk mencukupi

kebutuhan oksigen dan nutrisi otot serta jaringan lainnya. Sehingga terjadi peningkatan curah jantung dan menyebabkan tekanan pada dinding arteri lebih besar, yang menimbulkan dapat terjadinya kenaikan tekanan darah (Ramadhini 2019).

Status gizi berkorelasi langsung dengan tekanan darah terutama tekanan darah sistolik pada perempuan menopause, hal ini berkaitan dengan mekanisme biologis hubungan antara tekanan darah dengan kerja pompa jantung, yaitu peningkatan umur menyebabkan penurunan elastisitas dan kemampuan meregang pada arteri besar. Secara hemodinamika, hipertensi sistolik ditandai dengan penurunan kelenturan pembuluh darah arteri besar, resistensi perifer yang tinggi, pengisian diastolic, abnormal dan bertambahnya massa ventrikel kiri. Penurunan volume darah serta output jantung disertai kekakuan arteri besar yang menyebabkan penurunan tekanan diastolik.

Status gizi yang tidak normal seperti obesitas dapat menggambarkan bahwa tingginya komposisi karbohidrat dan lemak yang bisa berakibatkan penumpukan deposit lemak trigliserida secara kontinyu dipembuluh darah. Hal tersebut awal dari terjadinya proses aterosklerosis yang dapat menyebabkan pembuluh darah akan mengakibatkan penurunan elastisitasnya. Deposit yang menumpuk tersebut juga akan bisa menyebabkan meningkatnya tahanan perifer, sehingga kerja jantung semakin berat untuk memompakan darah keseluruh tubuh.

Akbar (2018) pada hasil penelitiannya menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara obesitas dengan kejadian hipertensi pada lanjut usia, serta lanjut usia yang obesitas memiliki risiko mengalami hipertensi 2,941 kali lebih besar

dibandingkan lanjut usia yang tidak mengalami obesitas.

Sirkulasi volume darah penderita hipertensi yang memiliki IMT lebih atau dikatakan kategori obesitas memiliki lebih tinggi dari penderita yang tidak mengalami obesitas. Meskipun demikian belum dapat diketahui pasti hubungan antara hipertensi dan obesitas, namun demikian telah terbukti bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dibandingkan penderita hipertensi dengan berat badan normal.

Berdasarkan hasil pengumpulan data jumlah sampel dengan status tingkat konsumsi protein dengan status gizi, konsumsi protein lebih menunjukkan bahwa sampel dengan status gizi obesitas sebanyak 6 sampel (100%). Namun asupan protein yang berlebih dalam tubuh akan menimbulkan proses deaminasi protein sehingga terjadinya pembentukan lemak dalam tubuh. Proses deaminasi berlangsung ketika nitrogen dikeluarkan dalam tubuh dan sisa-sisa ikatan karbon pada protein akan diubah menjadi lemak. Lemak yang terbentuk akan disimpan didalam tubuh. Hal ini disebabkan obesitas yang menjadi resiko terhadap terjadinya hipertensi pada seseorang.

Berdasarkan hasil pengumpulan data jumlah sampel dengan tingkat konsumsi karbohidrat dengan status gizi obesitas sebanyak 14 sampel (77,78%). Kelebihan karbohidrat dapat berdampak pada status gizi (*overweight*) sehingga dapat berpengaruh pada tekanan darah. Selain itu, dilihat dari konsumsi karbohidrat dari hasil penelitian jumlah sampel dengan status gizi lebih sebanyak 14 sampel (77,78%).

Apabila jumlah karbohidrat yang dimakan itu melebihi kebutuhan tubuh,

sebagian besar mencapai (2/3) akan disimpan di dalam otot dan selebihnya di dalam hati sebagai glikogen. Dari kapasitas pembentukan glikogen ini sangat terbatas (maksimum 350 gram), jika penimbunan dalam bentuk glikogen ini sudah mencapai batasnya maka kelebihan karbohidrat akan diubah menjadi lemak dan disimpan di jaringan lemak. Bila tubuh memerlukan kembali energi tersebut, simpanan glikogen akan dipergunakan terlebih dahulu, lalu akan disusul oleh metabolisme lemak jika dihitung dalam jumlah kalori, simpanan energi dalam bentuk lemak jauh melebihi jumlah simpanan dalam bentuk glikogen.

Hasil pengamatan ini sejalan dengan Derris Sugianty (2018) tentang hubungan asupan karbohidrat dan protein dengan tekanan darah pada lansia yang menyatakan bahwa hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara asupan karbohidrat dengan tekanan darah, karbohidrat sederhana merupakan pencetus terjadinya peningkatan kadar lemak tubuh, hal ini akan menyebabkan seseorang mengalami obesitas dan dislipidemia yang menjadi salah satu faktor resiko terjadinya hipertensi (Sugianty, 2018).