

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Gambaran Umum UPTD Puskesmas Kediri I

UPTD Puskesmas Kediri I salah satu pelayanan kesehatan yang terletak di JL. Teuku Umar No.10, Kediri, Kecamatan Kediri, Kabupaten Tabanan, Provinsi Bali. Secara geografis daerah wilayah UPTD Puskemas Kediri I merupakan sebagian dari wilayah Kecamatan Kediri yang terletak timur Kabupaten Tabanan, sedangkan luas wilayah 44.31 Km² , dengan ketinggian 115 m dari permukaan laut. Sebagian besar wilayah ini merupakan daerah pertanian / persawahan dengan curah hujan rata-rata sebesar 229 mm, suhu udara berkisar 28^oC – 34^oC. UPTD Puskemas Kediri I mempunyai wilayah kerja meliputi desa dan 53 banjar / dusun terdiri dari :

- a. Desa Abian Tuwung terdiri dari 13 banjar
- b. Desa Banyar Anyar terdiri dari 13 banjar
- c. Desa Kediri terdiri dari 7 banjar
- d. Desa Pandak Bandung terdiri dari 4 banjar
- e. Desa Nyitdah terdiri dari 8 banjar
- f. Desa Pejaten terdiri dari 8 banjar

Batas Wilayah UPTD Puskesmas Kediri I terdiri dari :

Utara : Kecamatan Marga

Timur : Wilayah Kerja Puskesmas Kediri II

Selatan : Wilayah Kerja Puskesmas Kediri II

Barat : Kecamatan Tabanan

UPTD Puskesmas Kediri I terletak di Desa Kediri, berjarak 3 Km dari pusat pemerintah Kabupaten Tabanan dengan waktu tempuh kira-kira 10 menit. Upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh UPTD Puskesmas Kediri I adalah : Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, KIA dan KB, Gizi, Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) Dan Tidak Menular.

Jaringan dan Jejaring di UPTD Puskesmas Kediri I yaitu terdapat Pustu (2 buah), Pusling (1 unit), Dokter (23 orang), Dokter Hewan (3 orang), Dokter Gigi (16 orang), Dokter Spesialis (19 orang), Bidan (28 orang), Perawat (3 orang), Klinik (2 buah), Toko Obat (1 buah), Apotik (14 buah), Rumah Sakit (2 buah). Jumlah Total penduduk per 2021 di Wilayah UPTD Puskesmas Kediri I yaitu Laki-Laki 24.652 Jiwa dan Perempuan 23.951 Jiwa, dengan total 48.603 jiwa. Sebagian besar penduduk di wilayah kerja UPTD Puskesmas Kediri I beragama Hindu dan sebagian kecil beragama Islam dan Kristen. Melihat kondisi wilayah kerja UPTD Puskesmas Kediri I yang terletak di daerah pariwisata dan daerah industri, sebagian penduduk bekerja sebagai karyawan hotel, juga ada yang bekerja di rumah sebagai karyawan "*home industry*" dan sebagian lagi bekerja sebagai karyawan swasta dan PNS/POLRI.

2. Karakteristik Sampel

Tabel 4
Distribusi Karakteristik Sampel

Karakteristik Sampel	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
a. Laki Laki	17	34,0
b. Perempuan	33	66,0
Jumlah	50	100,0
Umur		
a. 22-29	1	2,0
b. 30-49	17	34,0
c. 50-60	32	64,0
Jumlah	50	100,0
Agama		
a. Hindu	39	78,0
b. Islam	10	20,0
c. Katolik	1	2,0
Jumlah	50	100,0
Pendidikan Terakhir		
a. SD	21	42,0
b. SMP	9	18,0
c. SMA	12	24,0
d. Diploma	4	8,0
e. Sarjana	4	8,0
Jumlah	50	100,0
Pekerjaan		
a. PNS	8	16,0
b. Swasta	10	20,0
c. Wiraswasta	6	12,0
d. Buruh	7	14,0

e. IRT	18	36,0
f. Tidak Bekerja	1	2,0
Jumlah	50	100,0

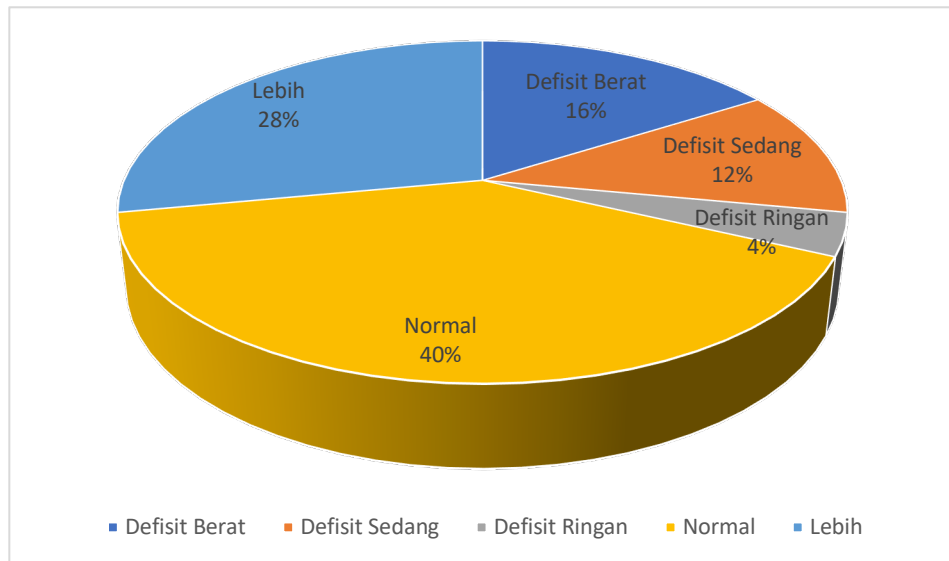
Berdasarkan hasil penelitian 50 sampel yang diwawancarai, menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin sampel yaitu perempuan sebanyak 33 sampel (66%). Pada karakteristik umur sebagian besar sampel termasuk dalam rentangan umur 50-64 tahun sebanyak 32 sampel (64%) dan yang paling sedikit termasuk dalam rentang umur 19-29 tahun yaitu sebanyak 1 sampel (2%). Sebagian besar sampel menganut agama hindu yaitu 39 sampel (78%). Tingkat pendidikan Sekolah Dasar (SD) merupakan yang paling banyak pada sampel, sebanyak 21 sampel (42%), dan pendidikan yang paling sedikit yaitu ada 2, Diploma dan Sarjana dengan jumlah yang sama yaitu masing-masing 4 sampel (8%). Pada karakteristik pekerjaan, sebagian besar sampel adalah sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 18 sampel (36%) dan yang paling sedikit yaitu sudah Tidak Bekerja sebanyak 1 sampel (2%).

3. Data Variabel

1. Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Tingkat konsumsi karbohidrat merupakan jumlah asupan karbohidrat yang telah dikonsumsi dalam sehari dibagi dengan kebutuhan karbohidrat per individu dikalikan 100%. Data tingkat konsumsi karbohidrat diperoleh dari hasil wawancara menggunakan formulir *Recall* 2x24 Jam. Adapun distribusi

sampel menurut tingkat konsumsi karbohidrat dapat dilihat pada Gambar 2 di bawah ini :

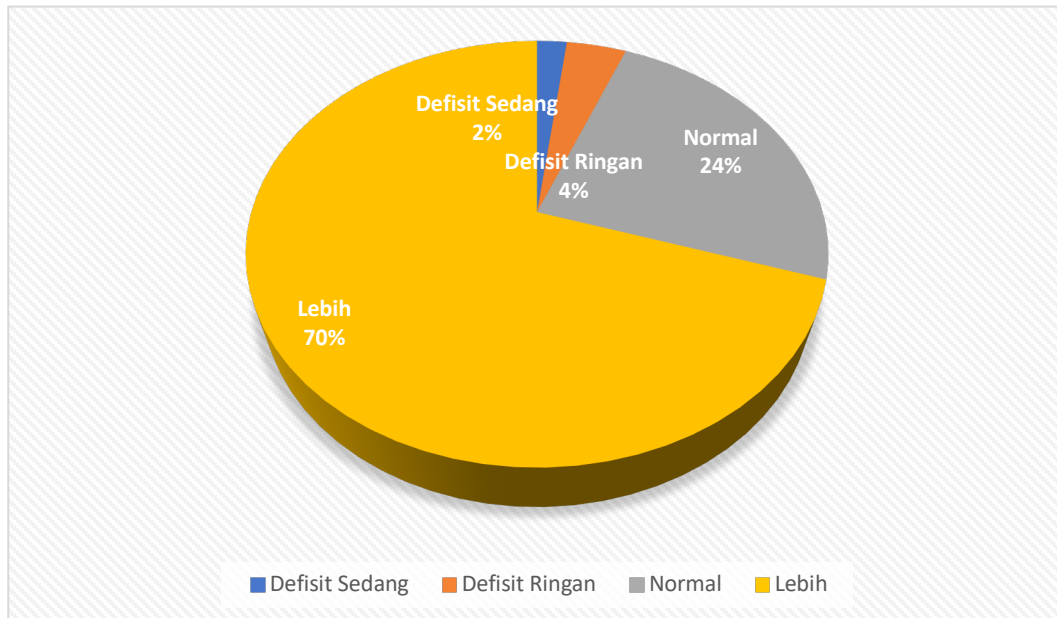


Gambar 2. Distribusi Sampel Menurut Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Berdasarkan Gambar 2 di atas, tingkat konsumsi karbohidrat yang paling banyak didapatkan pada sampel yaitu dengan katagori normal sebanyak 20 sampel (40%) dan tingkat konsumsi karbohidrat yang paling sedikit didapatkan pada sampel yaitu dengan katagori difisit ringan yaitu sebanyak 2 sampel (4%) dengan rata-rata tingkat konsumsi karbohidrat yaitu 286,4 gram.

2. Tingkat Konsumsi Lemak

Tingkat konsumsi lemak merupakan jumlah asupan lemak yang telah dikonsumsi dalam sehari, dibagi dengan kebutuhan lemak per individu dikalikan 100%. Data tingkat konsumsi lemak diperoleh dari hasil wawancara menggunakan formulir *Recall* 2x24 Jam Adapun distribusi sampel menurut tingkat konsumsi karbohidrat dapat dilihat pada Gambar 3 di bawah ini:

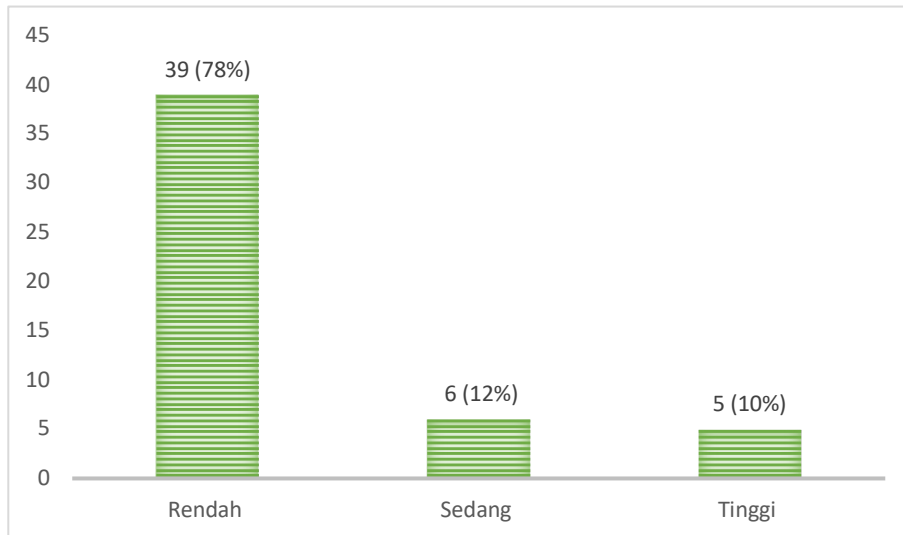


Gambar 3. Distribusi Sampel menurut Tingkat Konsumsi Lemak

Berdasarkan Gambar 3 di atas, tingkat konsumsi lemak yang paling banyak didapatkan pada sampel yaitu dengan katagori lebih sebanyak 35 sampel (70%) dan tingkat konsumsi lemak yang paling sedikit didapatkan pada sampel yaitu dengan katagori difisit sedang yaitu sebanyak 1 sampel (2%), dengan rata-rata tingkat konsumsi lemak yaitu 77,39 gram.

3. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik ialah gerakan fisik yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Data aktifitas fisik diperoleh dari hasil wawancara menggunakan kuisioner GPAQ (*Global Physical Activity Questionnaire*). Adapun distribusi sampel menurut aktifitas fisik dapat dilihat pada Gambar 4 dibawah ini :

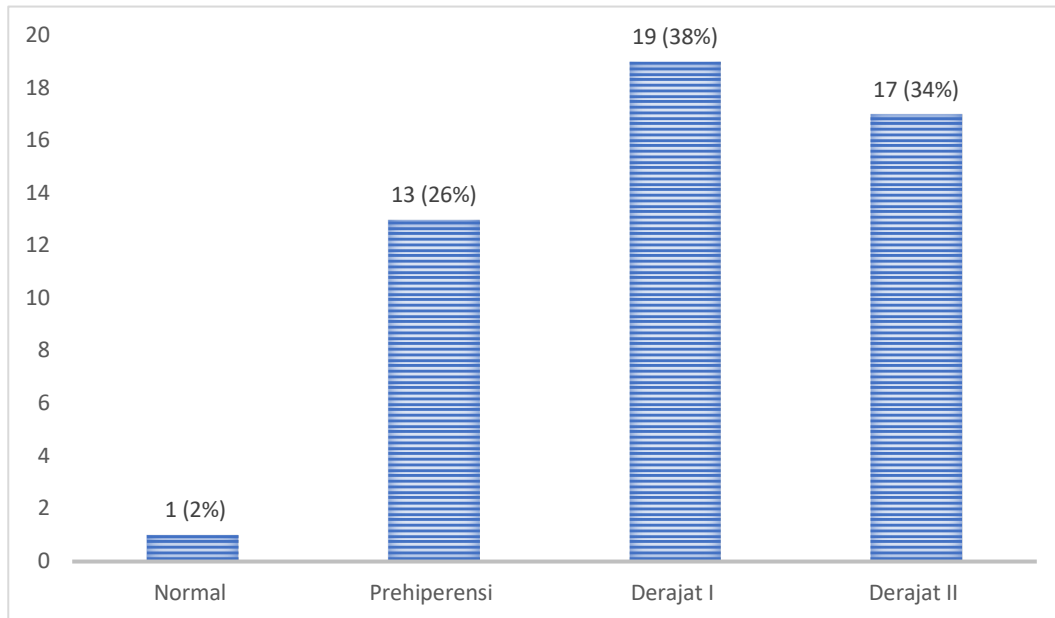


Gambar 4. Distribusi Sampel menurut Aktivitas Fisik

Berdasarkan Gambar 4 di atas, aktivitas fisik yang paling banyak dilakukan sampel yaitu aktivitas fisik yang tergolong rendah yaitu sebanyak 39 sampel (78%) dan aktivitas fisik yang paling sedikit dilakukan sampel yaitu aktivitas fisik yang tergolong tinggi yaitu sebanyak 5 sampel (10%).

4. Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan puncak terjadi saat ventrikel berkontraksi dan disebut tekanan sistolik. Tekanan diastolik adalah tekanan terendah yang terjadi saat jantung beristirahat. Adapun distribusi sampel menurut tekanan darah dapat dilihat pada Gambar 5 di bawah ini :



Gambar 5. Distribusi Sampel menurut Tekanan Darah

Berdasarkan Gambar 5 di atas, tekanan darah sampel yang paling banyak didapatkan setelah pengukuran adalah tekanan darah dalam katagori hipertensi derajat I yaitu sebanyak 19 sampel (38%) dan yang paling sedikit adalah dalam katagori normal yaitu sebanyak 1 sampel (2%).

5. Analisis Hubungan Antar Variabel

a. Hubungan Tingkat Konsumsi Karbohidrat Dengan Tekanan Darah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, sampel yang tergolong tingkat konsumsi karbohidratnya defisit berat memiliki tekanan darah prehipertensi dan hipertensi derajat I yaitu masing-masing 3 orang (6%). Sampel yang konsumsinya karbohidratnya defisitt sedang lebih banyak mempunyai tekanan darah tergolong hipertensi derajat II yaitu 5 orang (10%). Sampel yang tingkat konsumsi karbohidratnya defisit ringan sebagian besar tergolong prehipertensi dan hipertensi derajat I, masing masing 1 orang (2%). Sampel yang tingkat konsumsi karbohidratnya normal, sebagian besar memiliki tekanan darah tergolong

hipertensi derajat I yaitu 9 orang (18%) dan Sampel yang tingkat konsumsi karbohidratnya lebih, sebagian besar memiliki tekanan darah tergolong hipertensi derajat I, yaitu 6 orang (12%). Rincian tabel silang antara tingkat konsumsi karbohidrat dengan tekanan darah ditampilkan pada Tabel 5.

Tabel 5
Distribusi Tekanan Darah Berdasarkan Tingkat Konsumsi Karbohidrat

Tingkat Konsumsi KH	Tekanan Darah								Jumlah	<i>p</i>	<i>r</i>	
	Normal		Pre		Derajat I		Derajat II					
	f	%	f	%	f	%	f	%				
Difisit Berat	0	0,0%	3	6,0%	3	6,0%	2	4,0%	8	16,0%	0,126	0,219
Difisit Sedang	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%	5	10,0%	6	12,0%		
Difisit Ringan	0	0,0%	1	2,0%	1	2,0%	0	0,0%	2	4,0%		
Normal	0	0,0%	3	6,0%	9	18,0%	8	16,0%	20	40,0%		
Lebih	1	2,0%	5	10,0%	6	12,0%	2	4,0%	14	28,0%		
Jumlah	1	2,0%	13	26,0%	19	36,0%	17	34,0%	50	100,0%		

Berdasarkan skala data ordinal dan ordinal maka digunakan uji korelasi Rank Spearman sehingga diperoleh nilai signifikan sebesar 0,126 ($p > 0,05$) dan $r = -0,219$ maka dikatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi karbohidrat dengan tekanan darah.

b. Hubungan Tingkat Konsumsi Lemak Dengan Tekanan Darah

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa, sampel yang mempunyai tingkat konsumsi lemak tergolong defisit sedang memiliki tekanan darah tergolong hipertensi derajat I, yaitu 1 orang (2%). Sampel yang mempunyai tingkat konsumsi lemak tergolong defisit ringan, memiliki tekanan darah tergolong hipertensi derajat I, yaitu sebanyak 2 orang (4%). Sampel yang mempunyai tingkat konsumsi lemak tergolong normal, sebagian besar memiliki tekanan darah prehipertensi, yaitu sebanyak 7 orang (14%). Sampel yang mempunyai tingkat konsumsi lemak tergolong lebih, sebagian besar memiliki

tekanan darah tergolong hipertensi derajat II, yaitu 17 orang (34%). Rincian tabel silang antara tingkat konsumsi lemak dengan tekanan darah ditampilkan pada Tabel 6.

Tabel 6
Distribusi Tekanan Darah Berdasarkan Tingkat Konsumsi Lemak

Tingkat Konsumsi Lemak	Tekanan Darah								Jumlah	<i>p</i>	<i>r</i>	
	Normal		Pre		Derajat I		Derajat II					
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Difisit Berat	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,003	0,406
Difisit Sedang	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%	1	2,0%		
Difisit Ringan	0	0,0%	0	0,0%	2	4,0%	0	0,0%	2	4,0%		
Normal	0	0,0%	7	14,0%	5	10,0%	0	0,0%	12	24,0%		
Lebih	1	2,0%	6	12,0%	11	22,0%	17	34,0%	35	70,0%		
Jumlah	1	2,0%	13	26,0%	19	36,0%	17	34,0%	50	100,0%		

Berdasarkan skala data hubungan tingkat konsumsi lemak dengan tekanan darah, maka digunakan uji korelasi *Rank Spearman* sehingga diperoleh nilai signifikan sebesar 0,003 ($p < 0,05$) maka dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi lemak dengan tekanan darah. Kekuatan hubungan ditunjukkan dengan nilai *r* atau koefisien korelasi sebesar 0,406.

c. Hubungan Tingkat Aktivitas Fisik Dengan Tekanan Darah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, sampel yang memiliki aktivitas fisik rendah, sebagian besar mempunyai tekanan darah tergolong hipertensi derajat I, yaitu sebanyak 18 orang (36%). Sampel yang memiliki aktivitas fisik yang sedang, sebagian besar memiliki tekanan darah tergolong prehipertensi, yaitu sebanyak 6 orang (12%). Sampel yang memiliki aktivitas fisik yang tinggi, sebagian besar memiliki tekanan darah yang tergolong prehipertensi, yaitu sebanyak 3 orang (6%). Rincian tabel silang antara tingkat aktivitas fisik dengan tekanan darah ditampilkan pada Tabel 7.

Tabel 7
Distribusi Tekanan Darah Berdasarkan Aktivitas Fisik

Aktivitas Fisik	Tekanan Darah								Jumlah		<i>p</i>	<i>r</i>
	Normal		Pre		Derajat I		Derajat II		f	%		
	f	%	f	%	f	%	f	%				
Rendah	0	0,0%	4	8,0%	18	36,0%	17	34,0%	39	78,0%	0,001	0,643
Sedang	0	0,0%	6	12,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	12,0%		
Tinggi	1	2,0%	3	6,0%	1	2,0%	0	0,0%	5	10,0%		
Jumlah	1	2,0%	13	26,0%	19	38,0%	17	34,0%	50	100,0%		

Berdasarkan skala data hubungan tingkat aktivitas fisik dengan tekanan darah, maka digunakan uji korelasi *Rank Spearman* sehingga diperoleh nilai signifikan sebesar 0,001 ($p < 0,05$) maka dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat aktivitas fisik dengan tekanan darah. Kekuatan hubungan ditunjukkan dengan nilai *r* atau koefisien korelasi sebesar 0,643.

B. PEMBAHASAN

Tekanan darah adalah kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan dari jantung. Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan puncak terjadi saat ventrikel berkontraksi dan disebut tekanan sistolik. Tekanan diastolik adalah tekanan terendah yang terjadi saat jantung beristirahat (Hirdayanti, 2017).

Didapatkan 50 sampel pada penelitian ini dengan hasil penelitian diperoleh bahwa dari segi karakteristik jenis kelamin sampel, mayoritas sampel dengan jenis kelamin perempuan yang mengalami peningkatan tekanan darah, yaitu sebanyak 33 sampel (66%) daripada laki-laki. Hal ini sejalan dengan penelitian (Kusumawaty, dkk., 2016) yang dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Lakbok Kabupaten Ciamis bahwa jumlah penderita hipertensi lebih banyak pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini juga sejalan dengan (Wahyuni & Eksanoto, 2013), bahwa wanita akan mengalami peningkatan risiko hipertensi setelah menopause yaitu usia diatas 45 tahun. Wanita yang telah mengalami menopause memiliki kadar esterogen yang rendah. Padahal esterogen ini berfungsi meningkatkan kadar HDL yang sangat berperan dalam menjaga kesehatan pembuluh darah. Sehingga pada wanita menopause, kadar esterogen yang menurun juga akan diikuti dengan penurunan kadar HDL jika tidak diikuti dengan gaya hidup yang baik pula. Responden pada penelitian ini dimungkinkan juga mengalami dampak penurunan esterogen yang diikuti dengan penurunan kadar HDL. Karena HDL yang rendah dan LDL yang tinggi akan mempengaruhi terjadinya atherosclerosis sehingga tekanan darah akan tinggi.

Melihat dari karakteristik lainnya, yaitu dilihat dari usia sampel yang sebagian besar dalam rentang 50 – 64 tahun sebanyak 32 sampel (64%). Sejalan dengan penelitian (Akbar, dkk., 2020) yang dilakukan di desa Banua didapatkan bahwa hasil penelitian yang dilakukan terhadap 24 orang diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada usia lanjut yaitu usia 60-74 tahun sebanyak (70,8%). Semakin bertambahnya usia seseorang maka arteri akan kehilangan elastisitasnya, yang menyebabkan kemampuan memompa darah berkurang sehingga tekanan darah menjadi meningkat. Sebenarnya, wajar apabila tekanan darah meningkat dengan bertambahnya usia karena hal tersebut disebabkan oleh perubahan alami pada jantung, pembuluh darah, dan hormone.

Dilihat dari pendidikan sampel, sebagian besar pendidikan terakhir sampel adalah dalam jenjang Sekolah Dasar yaitu sebanyak 21 sampel (42%), menurut Mubarak (2007) di dalam Wahyuni dan Eksanoto, (2013) semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Selain itu pendidikan dapat berpengaruh pada kesadaran dan perilaku seseorang akan pola makan yang baik dan pola hidup sehat (Notoatmodjo, 2011).

Melihat dari karakteristik pekerjaan sampel, sebagian besar sampel adalah sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT), yaitu sebanyak 18 sampel (36%). Pada penelitian (Akbar, dkk., 2020), menunjukkan bahwa didapatkan karakteristik responden menurut pekerjaan mayoritas adalah sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT)

(75%), Pekerjaan sebagai IRT cenderung menyebabkan hipertensi berat karena timbulnya stres. Sumber stres bias meliputi beban kerja, fasilitas kerja yang tidak memadai, peran dalam pekerjaan yang tidak jelas, tanggung jawab yang tidak jelas, masalah dalam hubungan dengan orang lain, tuntutan kerja dan tuntutan keluarga (Handayani dan Rusli, 2015). Sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) juga berhubungan dengan aktivitas fisik yang cenderung ringan, sehingga dapat mempengaruhi tekanan darah, aktifitas fisik juga mengurangi kontribusi terhadap risiko kardiovaskular, memperbaiki profil lipid dan menurunkan risiko diabetes tipe 2, olahraga dihubungkan dengan pengelolaan tekanan darah. Olahraga yang teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah. Kurang olahraga akan meningkatkan kemungkinan obesitas dan asupan garam dalam tubuh. Kurang olahraga memiliki risiko 30-50% lebih besar mengalami hipertensi (Fatmawati, dkk., 2017).

Adanya peningkatan tekanan darah pada penderita hipertensi, secara teori tidak terlepas dari faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi, sehingga di perlukan upaya analisis lebih lanjut terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi. Menurut Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular faktor risiko hipertensi yang tidak ditangani dengan baik di bagi menjadi dua kelompok. Yaitu faktor risiko yang dapat diubah yaitu obesitas, merokok, kurang aktivitas fisik, konsumsi energi yang berlebih, dislipidemia, konsumsi alkohol berlebih, stres dan faktor risiko yang tidak dapat diubah yaitu umur, jenis kelamin dan keturunan (Depkes.RI, 2013). Sumber energi yang utama adalah bersumber dari karbohidrat, sebagai salah satu jenis zat gizi, fungsi utama karbohidrat adalah penghasil energi didalam tubuh. Setiap 1

gram karbohidrat yang dikonsumsi menghasilkan energi sebesar 4 kkal dan energi hasil proses oksidasi (pembakaran) karbohidrat ini kemudian akan digunakan oleh tubuh untuk menjalankan berbagai fungsi-fungsinya seperti bernapas, kontraksi jantung dan otot, serta menjalankan berbagai aktivitas fisik seperti berolahraga atau bekerja. Berdasarkan pada 50 sampel yang diteliti, sebanyak 20 sampel (40%) memiliki tingkat konsumsi karbohidrat yang normal. Hal ini dikarenakan sampel sudah terlebih dahulu membatasi makan setelah mengetahui menderita hipertensi, sehingga berdampak pada asupan karbohidrat responden.

Berdasarkan hasil analisis hubungan menggunakan uji statistik non parametrik *rank spearman* didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi karbohidrat dengan tekanan darah pada usia dewasa di wilayah kerja Puskesmas Kediri I. Hal ini didukung oleh penelitian Manawan, dkk., (2016) dengan hasil uji statistik menunjukkan bahwa $p=0,392$, yang berarti tidak ada hubungan antara konsumsi karbohidrat dengan tekanan darah.

Karbohidrat bertanggung jawab atas sebagian asupan makanan sehari-hari, dan sebagian besar karbohidrat akan diubah menjadi lemak. Fungsi karbohidrat dalam metabolisme adalah untuk bahan bakar oksidasi dan menyediakan energi untuk proses metabolisme lainnya. Tidak adanya hubungan antara tingkat konsumsi karbohidrat dengan tekanan darah sampel, dikarenakan dipengaruhi oleh sampel yang sudah mengetahui bahwa mempunyai tekanan darah tinggi, sehingga mengatur pola makan dengan mengurangi konsumsi nasi sebagai bahan pokok utama, dan juga mengganti dengan bahan pokok yang lain. Mengonsumsi karbohidrat tidak menjadi faktor langsung yang mempengaruhi tekanan darah, dikarenakan pada metabolisme karbohidrat, jika dikonsumsi berlebihan maka

sebagian besar akan disimpan didalam otot dan selebihnya didalam hati sebagai glikogen. Kapasitas pembentukan glikogen ini sangat terbatas (maksimal 350 gram), dan jika penimbunan dalam bentuk glikogen telah mencapai batasnya, kelebihan karbohidrat akan diubah menjadi lemak dan disimpan di jaringan lemak (Hutagalung, 2014).

Mengonsumsi karbohidrat berlebih dapat menyebabkan kadar trigliserida dalam darah meningkat sehingga menyebabkan karbohidrat diubah menjadi lemak (Cinintya, 2017). Asupan lemak yang berlebihan akan menimbulkan peningkatan asam lemak bebas di dalam tubuh. Peningkatan asam lemak bebas tersebut dapat meningkatkan kadar *Low Density Lipoprotein* (LDL) darah, sehingga dapat memicu aterosklerosis yang dapat mengakibatkan sumbatan pada pembuluh darah dan menimbulkan hipertensi. Kemenkes RI (2012) menyatakan bahwa mengonsumsi bahan makanan sumber lemak yang berlebihan dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit hipertensi, hal ini menunjukkan bahwa konsumsi lemak yang tidak berlebihan dapat membantu menurunkan risiko hipertensi (Mafaza, 2018). Berdasarkan pada 50 sampel yang diteliti, sebanyak 70 sampel (70%) memiliki tingkat konsumsi karbohidrat yang tergolong lebih, dikarenakan sebagian sampel memiliki kebiasaan mengolah makanan sehari-hari dengan cara digoreng serta menambahkan bahan tambahan seperti santan pada olahan makanan yang disajikan.

Berdasarkan hasil analisis hubungan menggunakan uji statistik non parametrik *rank spearman* didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi lemak dengan tekanan darah pada usia dewasa di wilayah kerja Puskesmas Kediri I. Hal ini sejalan dengan penelitian (Yuriah, dkk., 2019) yang

dilakukan di Puskesmas Gondokusuma I Yogyakarta, dengan hasil uji statistik yang didapatkan adalah $p=0,01$, sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat konsumsi lemak dengan tekanan darah.

Selain dari konsumsi makanan, tekanan darah juga dipengaruhi oleh aktivitas fisik. Aktivitas fisik ialah gerakan fisik yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya. Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko penyakit kronis (Herawati, 2020). Faktor individu seperti pengetahuan dan persepsi tentang hidup sehat, motivasi, kesukaan berolahraga, harapan tentang keuntungan melakukan aktifitas fisik akan mempengaruhi seseorang untuk melakukan aktifitas fisik (Wilda, 2013). Berdasarkan dari 50 sampel yang diteliti, sebanyak 39 sampel (78%) memiliki aktivitas fisik yang tergolong rendah, dikarenakan sebagian besar sampel sebagai Ibu Rumah Tangga sehingga aktivitas yang mereka lakukan cenderung sedikit. Menurut Giam (2020) di dalam Hasanudin, dkk., (2018), aktivitas fisik yang teratur membantu meningkatkan efisiensi jantung secara keseluruhan. Mereka yang secara fisik aktif umumnya mempunyai tekanan darah yang lebih rendah dan lebih jarang terkena tekanan darah tinggi. Mereka yang secara fisik aktif cenderung untuk mempunyai fungsi otot dan sendi yang lebih baik, karena organ-organ demikian lebih kuat dan lebih lentur.

Berdasarkan hasil analisis hubungan menggunakan uji statistik non parametrik *rank spearman* didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat aktivitas fisik dengan tekanan darah pada usia dewasa di wilayah kerja Puskesmas Kediri I. Hal ini sejalan dengan penelitian Hasanudin, dkk., (2018),

yang dilakukan di di Wilayah Tlogosuryo Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Kota Malang, dengan hasil uji statistic $p=0,005$, sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara aktivitas fisik dengan tekanan darah.

World Health Organization (WHO) mendefinisikan aktifitas fisik sebagai pergerakan yang dihasilkan oleh otot skeletal yang membutuhkan pengeluaran energi. Bekerja, bermain, menyelesaikan pekerjaan rumah, melakukan perjalanan, dan berekreasi serta berolahraga merupakan aktifitas fisik. Melakukan aktifitas yang moderat sampai berat bermanfaat bagi kesehatan dan dapat menghindari diri dari berbagai penyakit. Sebaliknya kurang aktifitas fisik dapat menyebabkan penyakit tidak menular, diantaranya hipertensi.

Diseluruh dunia masih banyak orang dewasa yang kurang aktif. Kebanyakan terjadi oleh karena gaya hidup sedentari dan memilih untuk tidak melakukan apa-apa diwaktu santai. WHO menyarankan orang dewasa usia diatas 18 tahun untuk melakukan aktifitas fisik moderat selama 150-300 jam/minggu untuk mendapatkan manfaat kesehatan. Aktifitas fisik yang dilakukan secara teratur meningkatkan kesehatan jantung dan pembuluh darah, menguatkan tulang dan otot, mengontrol berat badan dan menghindari stress (Sihotang & Elon, 2020).