



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA  
**FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN**

Jl.Limau II, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan 12130

Telp./Fax. (021) 7256157, <http://fikes.uhamka.ac.id>, <http://uhamka.ac.id>

**KEPUTUSAN**

**DEKAN FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA**

Nomor : 357 /A.32.03/2025

**TENTANG**

**PENGANGKATAN PENGUJI SIDANG PROPOSAL SKRIPSI DAN SIDANG SKRIPSI  
PROGRAM STUDI GIZI  
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA  
SEMESTER GASAL TAHUN AKADEMIK 2024/2025**

*Bismillahirrahmanirrahim,*

**DEKAN FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
PROF. DR. HAMKA :**

- Menimbang : a. bahwa Mahasiswa Program Studi Gizi yang telah menyusun proposal skripsi dan skripsi sesuai kurikulum operasional, maka dipandang perlu melaksanakan sidang proposal skripsi dan sidang skripsi.  
b. bahwa untuk kelancaran kegiatan sidang proposal skripsi dan sidang skripsi sebagaimana dimaksud konsideran a, maka dianggap perlu mengangkat penguji sidang proposal skripsi dan sidang skripsi dengan surat Keputusan Dekan.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 20 tahun 2003 tanggal 8 Juli 2003, tentang sistem Pendidikan Nasional;  
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2012 tanggal 10 Agustus 2012, tentang Pendidikan Tinggi;  
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tanggal 30 Januari 2014, Tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;  
4. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomer 3 Tahun 2020 tanggal 24 Januari 2020, tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi;  
5. Keputusan Dirjen Dikti Depdikbud Republik Indonesia Nomor 138/DIKTI/Kep/1997 tanggal 30 Mei 1997, tentang perubahan bentuk Institut Keguruan dan Ilmu Pendidikan Muhammadiyah Jakarta (IKIP) menjadi Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA;  
6. Pedoman Pimpinan Pusat Muhammadiyah Nomor 02/PED/1.0/B/2012 tanggal 16 April 2012, tentang Perguruan Tinggi Muhammadiyah;  
7. Keputusan Rektor Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Nomor 1077/A.01.01/2021 tanggal 14 Rabi'ul Awwal 1443 H./21 Oktober 2021 M. tentang Pengangkatan Dekan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Masa Jabatan 2021 - 2025;  
8. Satuta Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Tahun 2013;




- Memperhatikan : 1. Kurikulum Operasional Program Studi Gizi  
2. Hasil Rapat Pimpinan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan tanggal 16 Januari 2025

## MEMUTUSKAN

**Menetapkan :**

- PERTAMA** : Mengangkat penguji sidang proposal dan sidang skripsi Program Studi Gizi Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA semester Gasal Tahun Akademik 2024/2025 sebagaimana tercantum dalam lampiran 1 keputusan ini.
- KEDUA** : Ketua Program Studi sebagai ketua panitia mempersiapkan segala sesuatu mengenai pelaksanaan sidang proposal dan sidang Skripsi dan Wakil Dekan II mengatur masalah keuangan sebagaimana tercantum dalam lampiran 1 surat Keputusan ini.
- KETIGA** : Ketua Program studi mengajukan nama-nama yang akan mengikuti sidang proposal dan sidang skripsi paling lambat seminggu atau 7 (tujuh) hari sebelum sidang skripsi dilaksanakan.

Ditetapkan di: Jakarta  
Pada tanggal: 20 Rajab 1446 H  
20 Januari 2024 M

Dekan,  
  
**Ony Linda, M.Kes**  
NIDN: 0330107403

***SALINAN Keputusan ini disampaikan kepada yth.:***

1. Para Wakil Dekan
  2. Kaprodi Gizi
  3. Para Dosen
  4. Ka.TU. Up. Kasubag Akademik
- FIKES Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA

DAFTAR UJIAN SIDANG SKRIPSI PERIODE BULAN MEI 2025  
 PRODI GII FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN  
 UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA  
 SEMESTER GENAP TAHUN AKADEMIK 2024/2025

Room 1	Rabu, 14 Mei 2025					
Waktu	Nim	Nama Mahasiswa	Pembimbing 1	Pembimbing 2	Penguji 1	Penguji 2
08.00 - 09.00	2005025056	Daffa Aisyah Andina	Sri Iwaningsih, S.Km., Mars	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Dr. Ahmad Faridi, Sp., M.Km.	
09.10 - 10.10	1905025044	Titha Revina Ndariyanti	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Dr. Ahmad Faridi, Sp., M.Km.	Fitria, S.Km., M.Km.
10.20 - 11.20	2305029014	Eka Ariyanti Widodo	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Dr. Ahmad Faridi, Sp., M.Km.	Mohammad Furqan, S.Km., M.Km.
11.30 - 12.30	2305029003	Iynas Tayibah	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Mohammad Furqan, S.Km., M.Km.	Dr. Ahmad Faridi, Sp., M.Km.
13.30 - 14.30	2005025182	Anes Syafrita	Leni Sri Rahayu, S.Km., M.P.H.	Leni Sri Rahayu, S.Km., M.P.H.	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Widya Asih Lestari, Mkm
14.40- 15.40	2005025011	Alya Muna Yusmaniar	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Luthfiana, S.Gz., M.Gizi.	Leni Sri Rahayu, S.Km., M.P.H.	Gunarti Yahya, Dcn, Mm, Rd

**SKRIPSI**



**HUBUNGAN POLA KONSUMSI *ULTRA PROCESSED FOOD*,  
AKTIVITAS FISIK, DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN  
HIPERTENSI PADA LANSIA DI KELURAHAN CIPETE,  
JAKARTA SELATAN**

**Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Sarjana Gizi**

**OLEH**

**ALYA MUNA YUSMANIAR**

**NIM 2005025011**

**PROGRAM STUDI GIZI**

**FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR.HAMKA**

**JAKARTA**

**2025**

## PERNYATAAN KEASLIAN

### PERNYATAAN KEASLIAN

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Proposal Skripsi dengan judul "Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga Terhadap Hipertensi Pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan" merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan dan keyakinan bukan plagiat dari karya ilmiah yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis orang lain. Semua sumber, baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya tulis dengan benar sesuai pedoman dan tatacara pengutipan yang berlaku. Apabila ternyata dikemudian hari proposal skripsi ini, baik sebagian maupun keseluruhan merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus menerima sanksi berdasarkan perundang-undangan dan aturan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA.

Jakarta, 16 Maret 2024



Alya Muna Yusmaniar

2005025011

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Alya Muna Yusmaniar  
NIM : 2005025011  
Program Studi : Gizi  
Fakultas : Ilmu-ilmu Kesehatan  
Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas skripsi saya yang berjudul

**“Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga terhadap Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan”**

beserta perangkat yang ada. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta, 25 April 2025

Yang menyatakan,



Alya Muna Yusmaniar

## PERSETUJUAN PROPOSAL

### PERSETUJUAN PROPOSAL

Nama : Alya Muna Yusmaniar  
NIM : 2005025011  
Program Studi : Gizi  
Judul Proposal : Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga Terhadap Hipertensi Pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan

Proposal ini mahasiswa tersebut di atas telah diperiksa dan disetujui untuk disidangkan di hadapan Tim Penguji Proposal Program Studi Gizi Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA.

Jakarta, 16 Maret 2024

Pembimbing



Luthfiana Nurkusuma Ningtyas, S.Gz., M.Gizi.

## PENGESAHAN TIM PENGUJI

### PENGESAHAN TIM PENGUJI

Nama : Alya Muna Yusmanair  
NIM : 2005025011  
Program Studi : Gizi  
Judul Proposal : Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga terhadap Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan

Proposal dari mahasiswa tersebut di atas telah diujikan dan disetujui di hadapan Tim Penguji Proposal Program Studi Kesehatan Masyarakat/Gizi Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA

Jakarta, 28 Agustus 2024

Pembimbing



Luthfiana Nurkusuma Ningtyas, S.Gz., M.Gizi.

Penguji I



Dr. Ahmad Faridi, SP., M.KM.

Penguji II



Mohammad Furqan, S.KM., M.KM.



## PERSETUJUAN SKRIPSI

### PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama : Alya Muna Yusmaniar

Nim : 2005025011

Program Studi : Gizi

Judul Skripsi : Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga terhadap Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan

Skripsi dari mahasiswa tersebut diatas telah diperiksa dan disetujui untuk disidangkan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi Gizi, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA.

Jakarta, 22 April 2025

Pembimbing



Luthfiana Nurkusuma Ningtyas, S.Gz., M.Gizi.

## RIWAYAT HIDUP

### Data Pribadi

Nama : Alya Muna Yusmaniar

NIM : 2005025011

Tempat Tanggal Lahir : Bogor, 21 Oktober 2001

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat Rumah : Perum. Villa Asri 1 Blok E25 Rt03/Rw17 Cicadas,

Kec. Gunung Putri, Kab. Bogor

Email : alyamunay21@gmail.com

No. Handphone : 083811877085

Instansi : Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA

Alamat Instansi : Jl. Limau II, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan

Fakultas/Program Studi : Ilmu-Ilmu Kesehatan/Gizi

Angkatan : 2020



### Riwayat Pendidikan

1. SDN 2 Cicadas (Tahun 2008-2014)
2. SMPN 1 Gunung Putri (Tahun 2014-2017)
3. SMAN 1 Gunung Putri (Tahun 2017-2020)
4. Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA (Tahun 2020-sekarang)

## HALAMAN PERSEMBAHAN

- Skripsi ini saya persembahkan kepada orang tua saya yang sudah menjadi salah satu motivasi terbesar untuk menyelesaikan penulisan skripsi sebagai syarat untuk mendapat gelar sarjana, selain itu menjadi sedikit tanda terima kasih saya atas semuanya. Hal ini karena mereka berdua selalu mendukung saya selama proses perkuliahan baik secara lahir maupun batin.
- Skripsi ini saya persembahkan pula untuk diri saya sendiri, terima kasih sudah bertahan, meskipun sering ingin menyerah. Terima kasih sudah terus bangkit dan berjalan sejauh ini, walaupun merasa masih sangat jauh dari nilai ataupun ekspektasi yang saya harapkan tapi saya bangga dan berterima kasih karena telah berusaha menyelesaikan apa yang saya mulai.
- Untuk dosen pembimbing dan semua dosen, terima kasih atas ilmu, bimbingan, dan arahan yang sangat berarti dalam proses belajar untuk menyelesaikan skripsi ini.
- Selanjutnya untuk teman-teman kuliah saya Hani, Aisyah, dan Nada, kalian adalah bagian penting dari perjalanan ini. Terima kasih udah jadi teman diskusi, tempat curhat, teman nugas, sampai teman ngeluh bareng.
- Untuk sahabat-sahabatku, Geng Ijo Sage. Main bareng kalian jadi pelarian paling menyenangkan dari dunia skripsi. Terima kasih sudah selalu jadi pengingat bahwa hidup nggak melulu soal tugas. Khususnya untuk Qhoi, terima kasih sudah tulus menemani ke perpustakaan, mendengarkan segala keluh kesah, dan menjadi *support system* yang hadir tanpa diminta. Dukungan kalian semua sangat berarti dalam proses ini. Aku bersyukur dikelilingi oleh sahabat sebaik kalian.

## KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia – Nya lah, kami dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Skripsi berjudul “Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga terhadap Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan” diajukan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Gizi.

Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga, sahabat dan para pengikutnya. Selama proses penyusunan skripsi ini banyak sekali hal yang penulis alami, penulis mendapatkan banyak sekali saran, bantuan, bimbingan, masukan, serta kritikan dari berbagai pihak. Pada kesempatan kali ini ingin menyampaikan rasa terima kasih yang mendalam kepada:

1. Kepada Allah SWT terima kasih atas segala berkah, rahmat dan perlindungannya selama ini sampai detik ini dengan segala kebaikan-Nya lah saya bisa sampai pada titik ini.
2. Ibu Ony Linda, SKM., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan UHAMKA
3. Ibu Imas Arumsari, S.Gz., M. Sc. selaku Kepala Program Studi Ilmu-ilmu Kesehatan UHAMKA sekaligus Dosen pembimbing I yang telah membimbing saya dengan responsif dari awal pengerjaan proposal hingga saat ini serta memberikan solusi ketika terdapat masalah dalam pengerjaan.
4. Ibu Luthfiana Nurkusuma Ningtyas S.Gz., M. Gizi selaku Dosen pembimbing yang telah mengajari penggunaan FFQ serta memberikan bimbingan secara responsif dan solutif.
5. Bapak Ahmad Faridi, SP., M.KM. selaku Dosen Penguji I saya saat sidang proposal yang telah menguji saya dan memberi masukan untuk perbaikan kedepannya.
6. Bapak Mohammad Furqan, S.KM., M.KM. selaku Dosen Penguji II saya saat sidang proposal yang telah menguji kemampuan saya dalam menguasai proposal dengan sangat kritis dan memberikan masukan dalam merevisi.



7. Ibu Leni Sri Rahayu, S.KM., M.P.H selaku Dosen Penguji I saya saat sidang skripsi yang telah menguji kemampuan saya dalam menguasai skripsi dengan sangat kritis dan memberikan masukan dalam merevisi.
8. Ibu Gunarti Yahya, DCN., MM., RD. selaku Dosen Penguji II saya saat sidang skripsi yang telah menguji kemampuan saya dalam menguasai skripsi dengan sangat kritis dan memberikan masukan dalam merevisi.
9. Kepada seluruh Dosen di Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan UHAMKA terima kasih atas arahan dan ilmunya selama ini.
10. Kepada kedua orang tua serta keluarga saya yang telah mendukung dan memberikan saya motivasi selama ini terutama semasa kuliah.
11. Kepada teman-teman kuliah saya yaitu Hanifah, Aisyah, dan Nada.

Saya menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kata sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu diharapkan. Akhir kata penulis ucapkan terima kasih, semoga Allah SWT selalu meridhai usaha kita. Wassalamualaikum warahmatullah wabarakatuh.

Jakarta, 25 April 2025

Penulis

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. Dr. HAMKA  
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN  
PROGRAM STUDI GIZI**

Skripsi, April 2025

Alya Muna Yusmaniar,

**“Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga dengan Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan”**

**xviii + 85 halaman, 18 tabel, 3 gambar, 6 lampiran**

**ABSTRAK**

Hipertensi adalah kondisi tanpa gejala dengan tekanan darah tinggi yang meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular seperti stroke, gagal jantung, serangan jantung, dan kerusakan ginjal. Faktor risikonya meliputi usia, jenis kelamin, riwayat hipertensi, pola makan (konsumsi lemak, natrium, kalium), serta gaya hidup (merokok, alkohol, stres, kopi, aktivitas fisik). Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan konsumsi *Ultra Processed Food* (UPF), aktivitas fisik, dan dukungan keluarga dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan. Desain penelitian adalah kuantitatif *cross-sectional* dengan 112 responden lansia hipertensi dari populasi 704 orang, menggunakan *accidental sampling*. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan uji *chi-square*. Hasil menunjukkan mayoritas responden berusia 45–59 tahun (57,1%), perempuan (75%), berpendidikan rendah (58%), tidak bekerja (62,5%), memiliki riwayat hipertensi (44,6%), dan hanya 31,3% yang rutin mengonsumsi obat. Sebagian besar jarang mengonsumsi UPF (62,5%), memiliki aktivitas fisik sedang (38,4%), dan dukungan keluarga cukup (45,5%). Uji bivariat menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara konsumsi UPF ( $p=0,120$ ), aktivitas fisik ( $p=0,216$ ), dan dukungan keluarga ( $p=0,612$ ) dengan tekanan darah. Kesimpulannya, ketiga faktor tersebut tidak signifikan terhadap tekanan darah lansia, namun edukasi gizi, gaya hidup sehat, dan dukungan keluarga tetap menjadi hal penting dalam pencegahan hipertensi.

**Kata Kunci:** Aktivitas Fisik, Dukungan Keluarga, Hipertensi, Lansia, Ultra Processed Food

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. Dr. HAMKA  
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN  
PROGRAM STUDI GIZI**

Skripsi, April 2025

Alya Muna Yusmaniar,

**"The Relationship Between Ultra Processed Food Consumption Patterns,  
Physical Activity, and Family Support with Hypertension in the Elderly in  
Cipete Subdistrict, South Jakarta"**

**xviii + 85 pages, 18 tables, 3 pictures, 6 attachments**

**ABSTRACT**

Hypertension is an asymptomatic condition characterized by high blood pressure that increases the risk of cardiovascular diseases such as stroke, heart failure, heart attack, and kidney damage. Its risk factors include age, gender, history of hypertension, dietary patterns (intake of fat, sodium, potassium), and lifestyle factors (smoking, alcohol consumption, stress, coffee intake, physical activity). This study aims to analyze the relationship between Ultra-Processed Food (UPF) consumption, physical activity, and family support with hypertension among the elderly in Cipete Subdistrict, South Jakarta. The research design is a quantitative cross-sectional study involving 112 elderly respondents with hypertension from a population of 704, using accidental sampling. Data were analyzed using univariate and bivariate methods with the chi-square test. The results showed that the majority of respondents were aged 45–59 years (57.1%), female (75%), had low educational attainment (58%), were unemployed (62.5%), had a history of hypertension (44.6%), and only 31.3% regularly took medication. Most respondents rarely consumed UPF (62.5%), engaged in moderate physical activity (38.4%), and had moderate family support (45.5%). Bivariate analysis showed no significant relationship between UPF consumption ( $p=0.120$ ), physical activity ( $p=0.216$ ), and family support ( $p=0.612$ ) with blood pressure. In conclusion, these three factors were not significantly associated with blood pressure among the elderly; however, nutrition education, healthy lifestyle practices, and family support remain important in preventing hypertension.

Keywords: Elderly, Family Support, Hypertension, Physical Activity, Ultra Processed Food

## DAFTAR ISI

<b>PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	i
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR</b> .....	ii
<b>PERSETUJUAN PROPOSAL</b> .....	iii
<b>PENGESAHAN TIM PENGUJI</b> .....	iv
<b>PERSETUJUAN SKRIPSI</b> .....	v
<b>PENGESAHAN TIM PENGUJI</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	vi
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	vii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	viii
<b>ABSTRAK</b> .....	x
<b>ABSTRACT</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>BAB I</b> .....	1
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang</b> .....	1
<b>B. Rumusan Masalah</b> .....	3
<b>C. Tujuan Penelitian</b> .....	4
<b>1. Tujuan Umum</b> .....	4
<b>2. Tujuan Khusus</b> .....	4
<b>D. Manfaat Penelitian</b> .....	5
<b>E. Ruang Lingkup Penelitian</b> .....	5
<b>BAB II</b> .....	7
<b>TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI</b> .....	7
<b>A. Lansia</b> .....	7
<b>1. Definisi Lansia</b> .....	7
<b>2. Klasifikasi Lansia</b> .....	7
<b>B. Hipertensi</b> .....	8
<b>1. Definisi Hipertensi</b> .....	8



2. Klasifikasi Hipertensi .....	9
3. Etiologi Hipertensi .....	10
4. Faktor Risiko.....	10
5. Tanda dan Gejala.....	19
6. Pengobatan .....	20
C. Kerangka Teori.....	21
<b>BAB III.....</b>	<b>22</b>
<b>KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, HIPOTESIS .....</b>	<b>22</b>
A. Kerangka Konsep .....	22
B. Definisi Operasional .....	23
C. Hipotesis .....	25
<b>BAB IV .....</b>	<b>26</b>
<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>26</b>
A. Desain Penelitian.....	26
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	26
1. Lokasi Penelitian.....	26
2. Waktu Penelitian.....	26
C. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling.....	26
1. Populasi.....	26
2. Sampel.....	27
D. Instrumen Penelitian .....	29
E. Pengumpulan Data .....	30
1. Jenis Data.....	30
2. Metode Pengumpulan Data.....	31
F. Pengolahan Data .....	32
1. <i>Editing</i> .....	32
2. <i>Coding</i> .....	33
3. <i>Entry Data</i> .....	33
4. <i>Cleaning Data</i> .....	33
G. Penyajian Data.....	34
H. Analisis Data .....	34
1. Analisis Univariat .....	34
2. Analisis Bivariat.....	34
<b>BAB V.....</b>	<b>35</b>

<b>HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>35</b>
<b>A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....</b>	<b>35</b>
<b>B. Analisis Univariat .....</b>	<b>35</b>
<b>1. Gambaran Karakteristik .....</b>	<b>35</b>
<b>2. Analisis Univariat .....</b>	<b>39</b>
<b>C. Analisis Bivariat.....</b>	<b>41</b>
<b>1. Hubungan Hipertensi dengan Pola Konsumsi UPF .....</b>	<b>41</b>
<b>2. Hubungan Hipertensi dengan Aktivitas Fisik.....</b>	<b>42</b>
<b>3. Hubungan Hipertensi dengan Dukungan Keluarga.....</b>	<b>42</b>
<b>BAB VI.....</b>	<b>44</b>
<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>44</b>
<b>A. Karakteristik Responden .....</b>	<b>44</b>
<b>B. Hubungan <i>Ultra Processed Food</i> Dengan Hipertensi Pada Lansia .....</b>	<b>46</b>
<b>C. Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Hipertensi Pada Lansia.....</b>	<b>49</b>
<b>D. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Hipertensi Pada Lansia.....</b>	<b>51</b>
<b>E. Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>55</b>
<b>BAB VII.....</b>	<b>56</b>
<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>56</b>
<b>A. Kesimpulan.....</b>	<b>56</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>57</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>59</b>

**DAFTAR TABEL**

<b>Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi.....</b>	<b>9</b>
<b>Tabel 3. 1 Definisi Operasional.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabel 3. 1 Definisi Operasional.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabel 4. 1 Coding.....</b>	<b>33</b>
<b>Tabel 5. 1 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabel 5. 2 Distribusi Responden berdasarkan Usia.....</b>	<b>35</b>
<b>Tabel 5. 3 Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabel 5. 4 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabel 5. 5 Distribusi Responden berdasarkan Riwayat Hipertensi.....</b>	<b>37</b>
<b>Tabel 5. 6 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan.....</b>	<b>37</b>
<b>Tabel 5. 7 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Hipertensi.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabel 5. 8 Pola Konsumsi Ultra Processed Food.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabel 5. 9 Frekuensi Konsumsi Ultra Processed Food.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabel 5. 10 Distribusi responden berdasarkan kategori aktivitas fisik.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabel 5. 11 Distribusi dukungan keluarga berdasarkan kategori.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabel 5. 12 Hubungan Hipertensi dengan Pola Konsumsi UPF.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabel 5. 13 Hubungan Hipertensi dengan Aktivitas Fisik.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabel 5. 14 Hubungan Hipertensi dengan Dukungan Keluarga.....</b>	<b>42</b>

**DAFTAR GAMBAR**

<b>Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian.....</b>	<b>21</b>
<b>Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian .....</b>	<b>22</b>
<b>Gambar 4. 1 Alur Penelitian .....</b>	<b>32</b>



**DAFTAR LAMPIRAN**

<b>Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian untuk Responden .....</b>	<b>65</b>
<b>Lampiran 2 Lembar Kesediaan Menjadi Responden.....</b>	<b>66</b>
<b>Lampiran 3 Lembar Kuesioner Penelitian .....</b>	<b>67</b>
<b>Lampiran 4 Surat Izin Etik Penelitian.....</b>	<b>77</b>
<b>Lampiran 5 Dokumentasi Penelitian.....</b>	<b>78</b>
<b>Lampiran 6 Hasil Analisis .....</b>	<b>79</b>

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan global yang serius dan dikenal sebagai “silent killer” karena sering berlangsung tanpa gejala, namun dapat menimbulkan komplikasi fatal seperti stroke, gagal ginjal, gagal jantung, hingga kematian mendadak. Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) melaporkan bahwa pada tahun 2023 terdapat sekitar 1,28 miliar orang berusia 30–79 tahun yang hidup dengan hipertensi, dengan dua pertiga kasus terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah (WHO, 2023). Sebagai upaya global, WHO menetapkan target untuk menurunkan angka kejadian hipertensi sebesar 33% pada tahun 2030 dibandingkan tahun 2010.

Di Indonesia, hipertensi merupakan penyebab utama kematian akibat penyakit tidak menular. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi hipertensi pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun meningkat tajam dari 25,8% pada 2013 menjadi 34,1% pada 2018. DKI Jakarta menempati peringkat kesembilan dengan prevalensi 33,43%, sedangkan di Jakarta Selatan tercatat 575.558 kasus hipertensi pada tahun 2020 yang terdiri atas 284.779 pria dan 290.779 wanita (Dinkes DKI Jakarta, 2020). Data ini menunjukkan beban penyakit hipertensi yang semakin meningkat, terutama di wilayah perkotaan seperti Jakarta Selatan, yang dipengaruhi oleh gaya hidup modern, konsumsi makanan cepat saji, stres, dan kurangnya aktivitas fisik.

Kelompok lansia merupakan populasi yang sangat rentan terhadap hipertensi. Seiring bertambahnya usia, terjadi perubahan fisiologis seperti kekakuan pembuluh darah, penurunan elastisitas arteri, dan resistensi perifer yang meningkat, sehingga risiko hipertensi pun ikut meningkat (Setiati *et al.*, 2020). Riskesdas 2018 melaporkan bahwa prevalensi hipertensi pada lansia usia 60–64 tahun adalah 45,9%, usia 65–74 tahun sebesar 57,6%, dan pada usia  $\geq 75$  tahun mencapai 63,8% (Kemenkes RI, 2018). Studi oleh Herawati (2023) di Kelurahan Cipete Utara juga menemukan bahwa terdapat 704 lansia

penderita hipertensi, dengan sebagian besar mengalami kesulitan dalam mengendalikan tekanan darah karena kurangnya dukungan keluarga. Lansia yang tinggal di perkotaan cenderung memiliki risiko lebih tinggi akibat pola hidup sedentari, stres psikososial, dan akses yang terbatas terhadap layanan kesehatan yang ramah lansia.

Faktor risiko hipertensi terbagi menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga, serta faktor yang dapat diubah seperti pola makan, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, stres, kurang aktivitas fisik, serta konsumsi makanan tinggi natrium seperti *Ultra Processed Food* (UPF) (Widianto *et al.*, 2019). UPF merupakan produk makanan hasil industri yang melalui berbagai tahap pengolahan dengan tambahan bahan aditif seperti garam, gula, minyak, dan pengawet. Penelitian Bestari *et al.* (2023) di Jakarta menunjukkan bahwa konsumsi UPF menyumbang sekitar 18% dari asupan natrium harian masyarakat, sedangkan 68,9% sisanya berasal dari garam rumah tangga dan penyedap rasa. Tingginya kandungan natrium pada UPF dapat memicu peningkatan tekanan darah jika dikonsumsi berlebihan. Freitas & Pérez (2019) juga melaporkan bahwa sekitar 33% asupan natrium pasien kardiovaskular berasal dari UPF, sementara studi Claro, Monteiro, & da Silva (2021) dalam ELSA Brasil menunjukkan konsumsi UPF tinggi meningkatkan risiko hipertensi hingga 30%.

Selain pola makan, aktivitas fisik rendah juga menjadi salah satu penyebab meningkatnya angka hipertensi pada lansia. Kurangnya aktivitas fisik menyebabkan penurunan kapasitas jantung dan pembuluh darah dalam mengatur aliran darah, yang pada akhirnya meningkatkan tekanan darah (Nuraini, 2015). Penelitian Xu *et al.* (2020) dalam meta-analisisnya menunjukkan bahwa lansia dengan aktivitas fisik sedang hingga tinggi memiliki risiko hipertensi 28% lebih rendah dibandingkan lansia yang tidak aktif. Namun, studi lokal oleh Herawati (2023) menunjukkan sebagian besar lansia di Cipete hanya melakukan aktivitas ringan seperti berjalan santai, sehingga kurang efektif dalam menjaga tekanan darah tetap stabil.

Dukungan keluarga juga berperan penting dalam pengendalian hipertensi pada lansia. Keluarga yang aktif mendampingi lansia, seperti mengingatkan minum obat, menemani kontrol ke fasilitas kesehatan, dan memberikan dukungan emosional, terbukti meningkatkan kepatuhan lansia terhadap terapi (Kusumawardana *et al.*, 2017). Penelitian tersebut menemukan hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kontrol tekanan darah pada lansia ( $p=0,046$ ). Sebaliknya, kurangnya dukungan keluarga dapat membuat lansia merasa kesepian dan tidak termotivasi untuk menjaga kesehatan (Niman *et al.*, 2017). Herawati (2023) juga melaporkan bahwa 62,9% lansia di Cipete Utara kurang mendapatkan dukungan keluarga dalam mengelola hipertensi yang diderita.

Untuk mendukung pengelolaan kesehatan lansia, Kementerian Kesehatan menjalankan program untuk meningkatkan derajat kesehatan para lansia melalui penerapan konsep Puskesmas Santun Lanjut Usia. Hingga saat ini, tercatat baru sebanyak 437 Puskesmas Ramah Lansia dalam data Kementerian Kesehatan (Kemenkes, 2017). Oleh karena itu, pemahaman tentang faktor-faktor seperti pola konsumsi UPF, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga sangat diperlukan dalam upaya pengendalian hipertensi pada lansia. Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga dengan Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan”.

## **B. Rumusan Masalah**

Tingginya angka kejadian hipertensi pada lansia di wilayah perkotaan, khususnya di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan, diduga berkaitan dengan beberapa faktor risiko, seperti pola konsumsi *ultra processed food*, aktivitas fisik yang rendah, dan kurangnya dukungan keluarga. Konsumsi makanan olahan tinggi natrium tanpa disertai aktivitas fisik yang memadai dapat memperburuk kondisi tekanan darah pada lansia. Selain itu, minimnya keterlibatan keluarga dalam pengelolaan kesehatan lansia, seperti mengingatkan minum obat, menemani ke fasilitas kesehatan, atau memberi dukungan emosional, turut menjadi kendala dalam pengendalian hipertensi. Oleh karena itu, penelitian ini dirancang untuk mengetahui hubungan antara

pola konsumsi *ultra processed food*, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga dengan Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.

#### **2. Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, diagnosa hipertensi dan konsumsi obat) pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.
2. Mengidentifikasi hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan
3. Mengidentifikasi pola konsumsi *Ultra Processed Food* pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.
4. Mengidentifikasi aktivitas fisik pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.
5. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.
6. Menganalisis hubungan pola konsumsi *Ultra Processed Food* dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.
7. Menganalisis hubungan aktivitas fisik dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.
8. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Bagi Masyarakat**

Diharapkan memberikan kontribusi dalam meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai hubungan pola konsumsi *Ultra Processed Food*, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.

### **2. Manfaat Bagi Peneliti**

Tujuan penelitian ini adalah memberikan kesempatan untuk menerapkan pengetahuan yang diperoleh melalui pendidikan di bangku kuliah dalam praktik. Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, memperluas wawasan, dan memperluas pengalaman.

### **3. Manfaat Bagi Institusi Kesehatan**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan mengenai hipertensi pada lansia dan variabel yang mungkin mempengaruhinya, sehingga dapat membantu dalam penyusunan strategi pencegahan dan pengobatan.

## **E. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan pada Tahun 2024. Tingginya prevalensi hipertensi pada lansia Kelurahan Cipete Jakarta Selatan yaitu sebanyak 704 (12,85%) kejadian sehingga peneliti akan melakukan penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan pola konsumsi *Ultra Processed Food*, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan. Variabel pada penelitian ini terdiri dari variabel independen dan dependen. Variabel dependennya yaitu hipertensi pada lansia. Variabel independennya yaitu pola konsumsi *Ultra Processed Food*, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga. Penelitian ini hanya berfokus pada penelitian kuantitatif. Penelitian ini menggunakan teknik *cross-sectional*. Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan sekunder untuk pengumpulan data. Istilah “data primer” mengacu pada materi yang dikumpulkan langsung oleh peneliti, sedangkan “data

sekunder” merujuk pada informasi yang diperoleh dari sumber yang telah diterbitkan sebelumnya. Penelitian ini mencakup analisis univariat dan bivariat dengan uji *chi-square*. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan November 2024 – Desember 2024 dengan melibatkan lansia di Kelurahan Cipete Jakarta Selatan. Pemilihan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI**

#### **A. Lansia**

##### **1. Definisi Lansia**

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan “lansia” sebagai siapa pun yang berusia 60 tahun atau lebih. Tahap terakhir dari siklus kehidupan manusia diperkirakan telah dicapai oleh kelompok usia ini. Orang-orang akan melalui tahap alami yang disebut proses penuaan selama fase ini (WHO, 2023).

Sebaliknya, Kementerian Kesehatan Indonesia mengklasifikasikan populasi lansia ke dalam banyak kategori unik. Rentang usia 45 hingga 54 tahun disebut sebagai periode vitalitas, karena dianggap sebagai fase transisi menuju usia lanjut. Seseorang berusia 55 hingga 64 tahun dianggap berada dalam fase presenium, fase pertama usia lanjut. Sebaliknya, mereka yang berusia di atas 65 tahun diklasifikasikan sebagai berada dalam fase senium, yang mewakili tahap usia lanjut yang sepenuhnya. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa seseorang dianggap lansia ketika mencapai usia 60 tahun atau lebih.

Seseorang akan menghadapi beberapa masalah seiring bertambahnya usia, khususnya setelah usia 65 tahun. Masalah utama yang dihadapi adalah penurunan kemampuan fisik yang mengakibatkan berkurangnya kekuatan, berkurangnya aktivitas, serta seringnya gangguan kesehatan yang membuat mereka kehilangan semangat (Murwati & Priyantari, 2017).

##### **2. Klasifikasi Lansia**

Adapun pengelompokan lansia menurut Kementerian Kesehatan (2021):

- a. Pralansia (usia 45–59 tahun).
- b. Lansia (usia di atas 60 tahun).
- c. Individu berisiko tinggi meliputi mereka yang berusia 70 tahun ke atas, atau mereka yang berusia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.



Maryam (2017), menggolongkan lansia menjadi:

- a. Pasien berusia 45 hingga 59 tahun yang menderita pralansia (demensia pra-senil).
- b. Lansia diklasifikasikan sebagai mereka yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Populasi lansia berisiko tinggi meliputi mereka yang berusia 70 tahun atau lebih, serta mereka yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- d. Individu yang mampu bekerja dan/atau terlibat dalam aktivitas yang berkontribusi pada produksi barang atau jasa dianggap sebagai lansia potensial.
- e. Pada usia ketika seseorang tidak lagi mampu menghidupi diri sendiri dan harus bergantung pada bantuan orang lain, mereka dianggap sebagai lansia non-potensial.

WHO (2013) menyatakan bahwa lansia dikategorikan sebagai berikut:

- a. Usia pertengahan (45-54 tahun).
- b. Lansia (55-65 tahun).
- c. Lansia muda (66-74 tahun).
- d. Lansia tua (75-90 tahun).
- e. Lansia (>90 tahun).

## **B. Hipertensi**

### **1. Definisi Hipertensi**

Asosiasi Jantung Amerika (2014) mendefinisikan hipertensi sebagai kondisi yang ditandai dengan tekanan darah sistolik 140 mmHg atau lebih tinggi dan tekanan darah diastolik 90 mmHg atau lebih tinggi. Penyakit ini tidak menunjukkan gejala spesifik; namun, jika tidak diobati, dapat menimbulkan komplikasi kesehatan serius hingga kematian. Tekanan darah sistolik seharusnya berkisar antara 120 hingga 140 mmHg, sedangkan tekanan darah diastolik seharusnya berkisar antara 80 hingga 90 mmHg. Seseorang yang berusia di atas 18 tahun diklasifikasikan sebagai hipertensi jika tekanan darahnya melebihi 140/90 mmHg, sedangkan mereka yang

berusia di atas 60 tahun dianggap hipertensi jika tekanan darahnya melebihi 150/90 mmHg.

Hipertensi, kondisi yang tidak menunjukkan gejala, ditandai dengan tekanan darah arteri yang tinggi. Sindrom ini meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, termasuk stroke, gagal jantung, serangan jantung, dan gangguan ginjal. Hipertensi dapat dianggap sebagai faktor risiko tambahan untuk beberapa penyakit. Pasien kadang-kadang mengabaikan gejala-gejala ringan yang tidak segera terlihat, meskipun penyakit ini dianggap tidak menunjukkan gejala pada tahap awal (Yanita, 2023).

Di Indonesia, prevalensi hipertensi mencapai 26,5%, dengan 63,2% kasus belum terdiagnosis. Hipertensi lebih sering terjadi pada wanita (28,8%) dibandingkan pria (22,8%). Berikut adalah analisis prevalensi hipertensi berdasarkan kelompok usia: 8,7% pada usia 15-24 tahun, 14,7% pada usia 25 hingga 34 tahun, 24,8% pada usia 35 hingga 44 tahun, 35,6% pada usia 45 hingga 54 tahun, 45,9% pada usia 55 hingga 64 tahun, 57,6% pada usia 65 hingga 74 tahun, dan 63,8% pada usia 75 tahun ke atas (Kemenkes RI, 2013).

## 2. Klasifikasi Hipertensi

Skala ancaman yang ditimbulkan hipertensi terhadap penyakit kardiovaskular digunakan untuk mengklasifikasikan penyakit ini dalam bidang medis. Klasifikasi ini tidak tetap dan dapat bervariasi tergantung pada kriteria klinis yang digunakan (Triyanto, 2017) :

**Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi**

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Normal	< 130 mmHg	< 85 mmHg
Normal Tinggi	130-139 mmHg	85-89 mmHg
Stadium 1 (Hipertensi Ringan)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Stadium 2 (Hipertensi Sedang)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Stadium 3 (Hipertensi Berat)	180-209 mmHg	110-119 mmHg
Stadium 4 (Hipertensi Maligna)	≥ 210 mmHg	≥ 120 mmHg

*Sumber : Triyanto, Endang. (2017) Pelayanan Keperawatan Bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu.*

### **3. Etiologi Hipertensi**

#### **a. Hipertensi Primer (Esensial)**

Baik penyebab sekunder maupun etiologi yang tepat dari hipertensi esensial belum diidentifikasi. Tidak terdapat kelainan seperti penyakit renivaskuler, gagal ginjal, atau penyakit lainnya pada hipertensi esensial. Selain stres, penggunaan alkohol sedang, merokok, faktor lingkungan, dan pilihan gaya hidup semuanya berperan dalam perkembangan hipertensi esensial. Karakteristik genetik dan ras juga merupakan faktor yang berkontribusi (Sita, 2014).

#### **b. Hipertensi Sekunder**

Hipertensi sekunder adalah gangguan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah yang dipicu oleh penyebab mendasar yang berbeda. Contohnya termasuk penyempitan arteri ginjal, kehamilan, penggunaan obat-obatan tertentu, dan kondisi lain yang signifikan. Hipertensi sekunder kadang-kadang dapat muncul secara akut, menandakan adanya kelainan dalam aliran darah jantung (Ignatavicius *et al.*, 2017).

### **4. Faktor Risiko**

#### **1). Faktor yang tidak dapat diubah**

##### **a. Jenis Kelamin**

Jenis kelamin berdampak pada prevalensi hipertensi. Karena pria biasanya memiliki perilaku yang dapat meningkatkan tekanan darah, mereka 2,3 kali lebih mungkin daripada wanita untuk mengalami tekanan darah tinggi. Pria di bawah 45 tahun lebih mungkin terkena hipertensi, sedangkan wanita lebih mungkin terkena hipertensi sekitar 65 tahun. Pertimbangan hormonal akan menyebabkan prevalensi hipertensi meningkat pada wanita setelah menopause (Prasetyaningrum, 2014).

## **b. Usia**

Meskipun hipertensi dapat mulai menunjukkan gejala sekitar usia 40 atau bahkan lebih awal, seseorang biasanya berisiko mengalaminya setelah usia 45 tahun. Akumulasi kolagen di lapisan otot menyebabkan dinding arteri menebal, salah satu perubahan fisiologis yang terjadi seiring bertambahnya usia. Sebagai akibatnya arteri darah dapat secara bertahap menyempit dan mengeras (Sari *et al.*, 2017).

Kelompok usia yang paling umum didiagnosis dengan hipertensi adalah 31 hingga 44 tahun (31,6%), 45 hingga 54 tahun (45,3%), dan 55 hingga 64 tahun (55,2%). 8,8% dari 34,1% individu dengan hipertensi telah didiagnosis, 13,3% dari mereka yang didiagnosis tidak mematuhi pengobatan, dan 32,3% dari mereka yang didiagnosis tidak secara konsisten mengonsumsi obat yang diresepkan. Situasi ini mencerminkan bahwa mayoritas pasien hipertensi belum menerima terapi yang tepat karena kondisi mereka belum terdiagnosis (Riskesdas, 2018).

## **c. Genetik**

Faktor genetik berkontribusi terhadap hipertensi. Sekitar 70 hingga 80 persen individu dengan hipertensi esensial memiliki riwayat keluarga dengan kondisi tersebut. Jika kedua orang tua seseorang memiliki riwayat hipertensi, probabilitas individu tersebut mengembangkan hipertensi esensial akan meningkat secara signifikan. Selain itu, hipertensi sering ditemukan pada kembar monozigot, artinya jika salah satu dari mereka mengidap penyakit tersebut, yang lain juga akan mengidapnya. Temuan ini mendukung anggapan bahwa faktor genetik mempunyai peranan penting terhadap terjadinya hipertensi (Sari *et al.*, 2017).

## 2). Faktor yang dapat diubah

### a. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan akan berdampak pada pemilihan makanan dan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Individu dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih menjaga gaya hidup sehat, berbanding dengan mereka yang memiliki tingkat pemahaman rendah. Hal ini termasuk mengontrol berat badan, rutin berolahraga, dan menerapkan pola makan seimbang. Semua perlakuan ini dapat membantu mencegah hipertensi. Terdapat hubungan antara pendidikan formal dan penguasaan pengetahuan. Sangat erat kaitannya dengan pendidikan, diyakini bahwa seseorang akan memperoleh ilmu yang lebih luas jika menempuh pendidikan yang lebih tinggi. Namun penting untuk dicatat bahwa memiliki pendidikan yang rendah tidak berarti memiliki pengetahuan yang sangat rendah. Ada dua komponen untuk pemahaman individu tentang suatu objek: fitur positif dan negatif. Sikap yang lebih positif terhadap objek tertentu akan dihasilkan dari dua faktor ini, yang juga akan menentukan sikap objek positif dan dikenal (Wawan & Dewi, 2019)

Menurut Notoatmodjo (2003, dalam Wawan dan Dewi, 2019), terdapat enam jenjang dalam domain pengetahuan, yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Merupakan kemampuan individu untuk mengingat atau mengenali kembali informasi yang sudah didapatkan sebelumnya.

2) Memahami (*Comprehension*)

Mengacu pada kapasitas individu untuk menjelaskan dan menginterpretasikan suatu informasi secara tepat.

3) Aplikasi (*Application*)

Kemampuan ini mencerminkan penerapan pengetahuan yang telah dipelajari dalam konteks nyata atau situasi praktis.

4) Analisis (*Analysis*)

Merupakan keahlian dalam menguraikan suatu informasi menjadi bagian-bagian kecil untuk memahami struktur serta keterkaitan antara komponen tersebut.

5) Sintesa (*Synthesis*)

Menunjukkan keterampilan menyusun berbagai elemen informasi menjadi suatu bentuk baru yang utuh dan bermakna.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan keterampilan menilai atau mengevaluasi suatu objek atau informasi secara logis dan sistematis.

**b. Obesitas**

Hingga 70% kejadian baru hipertensi diperkirakan terjadi pada orang dewasa yang mengalami kenaikan berat badan. Diasumsikan bahwa seiring bertambahnya berat badan seseorang, volume darahnya juga akan meningkat, sehingga meningkatkan tekanan pada jantungnya untuk memompa darah. Sebab jantung perlu meningkatkan kerjanya guna mengalirkan darah ke seluruh bagian tubuh ketika bebannya lebih tinggi, hal ini menyebabkan volume darah dan beban tubuh meningkat. Faktor lain yang mungkin berpengaruh adalah produksi insulin, yaitu hormon yang diproduksi oleh pankreas berperan dalam menjaga keseimbangan kadar gula darah. Produksi insulin cenderung meningkat sebagai respons terhadap peningkatan berat badan. Kemampuan ginjal dalam menyerap natrium akan menurun seiring dengan meningkatnya kadar insulin. Peningkatan kadar natrium dalam tubuh akan menyebabkan peningkatan volume cairan tubuh. Semakin besar jumlah cairan, termasuk darah, yang tertahan di dalam tubuh, maka tekanan darah pun akan meningkat (Situmorang, 2015).

### c. Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko utama dalam perkembangan hipertensi. Nikotin dalam rokok dapat menstimulasi sistem saraf simpatis, yang mengakibatkan pelepasan hormon norepinefrin. Hormon ini meningkatkan denyut jantung, menyempitkan pembuluh darah, dan akhirnya menyebabkan peningkatan tekanan darah. Proses ini terjadi sangat cepat, bahkan setelah hisapan pertama, nikotin langsung diserap melalui pembuluh darah di paru-paru dan didistribusikan ke otak. Respons sistem saraf pusat kemudian merangsang kelenjar adrenal untuk melepaskan epinefrin (adrenalin), yang mempersempit pembuluh darah dan meningkatkan tekanan darah secara sistemik (Mamile, Hidayati, & Tabri, 2022).

Selain itu, jumlah konsumsi rokok harian terbukti lebih berpengaruh terhadap risiko hipertensi dibandingkan dengan durasi kebiasaan merokok. Seseorang yang merokok lebih dari satu bungkus per hari berisiko dua kali lipat mengalami tekanan darah tinggi dibandingkan dengan non-perokok (Raissa, Sembodo, & Subagyo, 2021). Hal ini diperkuat oleh penelitian Setyanda, Sulastri, dan Lestari (2015) yang menemukan hubungan signifikan antara jumlah batang rokok per hari dan kejadian hipertensi pada laki-laki usia 35–65 tahun. Penelitian lain di Puskesmas Kampus Palembang juga menunjukkan bahwa jenis dan kebiasaan merokok berhubungan signifikan terhadap kejadian hipertensi (Erman, Damanik, & Sya'diyah, 2020). Dengan demikian, merokok tidak hanya berdampak pada sistem pernapasan, tetapi juga berperan besar dalam memperburuk kesehatan kardiovaskular, terutama dalam hal peningkatan tekanan darah secara kronis.

#### **d. Aktivitas fisik**

Aktivitas fisik adalah gerakan tubuh yang terjadi akibat aktivasi otot rangka yang meningkatkan pengeluaran kalori. Istilah 'aktivitas fisik' meliputi beragam jenis kegiatan, termasuk latihan di gym, liburan, aktivitas rumah tangga, dan kegiatan rekreasi (Quarino, 2014).

Kekurangan aktivitas fisik dapat memicu risiko hipertensi karena seseorang lebih rentan mengalami obesitas, hal ini dapat meningkatkan risiko hipertensi tinggi. Detak jantung yang cepat sering terjadi pada orang yang jarang berolahraga. Otot jantung bekerja lebih keras dengan setiap kontraksi. Tekanan pada arteri meningkat seiring dengan frekuensi dan intensitas pompa darah jantung (Nuraini, 2015).

#### **e. Asupan Natrium**

Ginjal akan menyesuaikan diri saat asupan natrium meningkat, meningkatkan jumlah garam yang diekskresikan dalam urin. Ginjal akan menahan oksigen, meningkatkan volume intravaskular, jika upaya untuk menghilangkan garam melebihi ambang batas. Natrium dapat ditemukan dalam kecap, garam biasa, makanan yang disiapkan dengan garam dapur, dan mono natrium glutamat (MSG). Di antara makanan yang tidak diolah, buah dan sayuran mengandung garam paling sedikit (Zainuddin & Yunawati, 2019).

Asupan garam (natrium) secara langsung memengaruhi tingkat tekanan darah. Orang yang tekanan darahnya meningkat seiring bertambahnya usia adalah mereka yang banyak mengonsumsi garam. Sebaliknya, mereka yang mengonsumsi lebih sedikit garam, tekanan darahnya meningkat secara perlahan seiring dengan pertambahan usia (Zainuddin & Yunawati, 2019).



**f. *Ultra Processed Food***

Dalam beberapa tahun terakhir, sistem klasifikasi makanan NOVA telah mendapatkan perhatian dalam literatur akademik untuk tujuan mengkategorikan makanan berdasarkan tingkat pengolahannya dan alasan di balik klasifikasi tersebut. Metode ini mengelompokkan makanan dan minuman ke dalam empat kategori unik: makanan yang minim pengolahan (MPF), bahan kuliner yang diolah (PCI), makanan yang diolah (PF), dan makanan ultra-olahan (UPF) (J Louise *et al.*, 2019).

Sistem klasifikasi makanan NOVA mendefinisikan makanan ultra-olahan sebagai formulasi industri yang dibuat dari bahan-bahan turunan makanan (seperti pati yang dimodifikasi, maltodekstrin, minyak terhidrogenasi, dan isolat protein) dengan tambahan rasa, warna, dan bahan tambahan lainnya. Makanan ini memiliki ketidakseimbangan nutrisi bawaan, sangat lezat, dan memiliki kecenderungan membentuk kebiasaan karena komposisi nutrisi yang kurang (tingkat garam atau gula tambahan yang tinggi, lemak tidak sehat, dan serat diet, mikronutrien, dan fitokimia yang rendah) serta metode pengolahan (modifikasi atribut fisik dan struktural, dehidrasi, dan penambahan rasa, penguat rasa, warna, dan bahan tambahan lainnya). Selain itu, makanan ini memiliki tingkat kepuasan rasa yang tinggi (Machado *et al.*, 2020).

Pola asupan makanan ultra-olahan (UPF) memiliki kaitan besar dengan peningkatan risiko hipertensi pada lansia. Makanan ultra-proses umumnya memiliki sedikit serat, tinggi gula, lemak jenuh, dan kandungan natrium, yang dapat meningkatkan tekanan darah. Beberapa contoh produk UPF antara lain roti kemasan, keripik, es krim, makanan ringan gurih, biskuit, kue, kerupuk manis, mie instan, minuman manis, permen, coklat, dan masakan siap santap atau siap saji. Lansia yang memiliki kondisi kesehatan yang rentan, menjadi lebih berisiko mengalami hipertensi jika sering mengonsumsi

makanan *ultra processed food*. Seseorang dapat mengalami penambahan berat badan lebih banyak dengan mengonsumsi jumlah berlebihan makanan ultra-olahan (UPF) dibandingkan dengan makanan tidak diolah, meskipun asupan kalori sama. Paparan berlebihan terhadap sinar ultraviolet PPF, di antara faktor lain, dapat memicu berbagai kondisi kesehatan, termasuk obesitas, diabetes tipe 2, kanker, peradangan usus, dan penyakit jantung koroner, yang berkontribusi pada tingkat kematian dewasa (AIMI, 2021).

Dalam studi lanjutan selama 10 tahun terhadap 15.054 orang dewasa berusia  $\geq 20$  tahun, konsumsi UPF berhubungan dengan dosis responsif terhadap kejadian hipertensi dan mereka yang mengonsumsi  $\geq 100$  g/hari memiliki peningkatan risiko hipertensi sebesar 15%. Hubungan yang diamati antara konsumsi UPF dan risiko hipertensi dapat dijelaskan oleh total asupan garam, lemak jenuh, dan gula yang lebih tinggi serta asupan serat dan mikronutrien yang tidak memadai. Konsumsi garam yang berlebihan dalam makanan dikaitkan dengan risiko hipertensi dan kematian akibat penyakit kardiovaskular yang lebih tinggi. Kebanyakan UPF memiliki kandungan natrium yang tinggi, terutama condiment (bumbu dan saus lengkap), kaldu, bubuk sup, dan daging olahan. Pola makan dan gaya hidup secara keseluruhan memiliki pengaruh yang lebih besar dibandingkan asupan makanan individu. Individu dengan konsumsi UPF berlebihan memiliki ciri-ciri lain berupa pola hidup yang tidak sehat, seperti rendahnya tingkat aktivitas fisik, lebih banyak menonton televisi, dan merokok (Mendonca *et al.*, 2017).

Tingkat konsumsi UPF yang tinggi tercermin dalam *survey Mondelēz International* berjudul *The State of Snacking 2020*, yang menunjukkan bahwa konsumsi UPF rata-rata masyarakat Indonesia mencapai 2,7 poin, sedangkan konsumsi makanan berat hanya 2,5 poin. Padahal, konsumsi UPF seharusnya lebih rendah dibandingkan makanan berat. Berdasarkan data dari PT. Indofood CBP Makmur, jenis UPF yang paling banyak dikonsumsi masyarakat adalah mie

instan (65,2%), diikuti oleh biskuit (42,1%) dan wafer (34,1%) (Databoks, 2021).

#### **g. Alkohol**

Meskipun mekanisme pasti bagaimana alkohol meningkatkan tekanan darah masih belum jelas, telah terbukti bahwa alkohol memang memiliki efek ini. Peningkatan kadar kortisol, volume sel darah merah yang meningkat, dan viskositas darah yang lebih tinggi dianggap sebagai faktor yang menyebabkan peningkatan tekanan darah. Individu dengan hipertensi yang secara teratur mengonsumsi alkohol akan mengalami penurunan tekanan darah sistolik sekitar 3,8 mmHg setelah mengurangi konsumsi alkohol (Kemenkes RI, 2019).

#### **h. Stres**

Stres adalah fenomena yang dihasilkan dari interaksi antara manusia dan lingkungannya. Hal ini menyebabkan orang merasa seolah-olah sumber daya biologis, psikologis, dan sosial mereka tidak sesuai dengan tuntutan keadaan. Individu yang rentan mengalami stres emosional yang signifikan lebih berisiko mengalami tekanan darah tinggi yang persisten (Kemenkes RI, 2019).

Sebuah studi Framingham menemukan bahwa wanita berusia antara 45 dan 64 tahun lebih mungkin merasakan stres karena sejumlah faktor psikososial, termasuk ketegangan, masalah rumah tangga, stres ekonomi, stres sehari-hari, mobilitas kerja, kecemasan, dan kemarahan yang terpendam. Karena stres menghasilkan lonjakan produksi hormon adrenalin, yang merangsang jantung untuk memompa darah lebih cepat, stres dapat meningkatkan tekanan darah sesaat (Prabangesti, 2021).

### **i. Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga memegang peran penting dalam pengelolaan hipertensi pada lansia. Lansia sering mengalami kesulitan dalam mematuhi pengobatan, baik karena keterbatasan fisik, penurunan daya ingat, maupun kurangnya motivasi. Dalam hal ini, keluarga berperan membantu mengingatkan jadwal minum obat, memberi dorongan emosional, serta menyediakan bantuan logistik. Bentuk dukungan ini dapat meningkatkan kepatuhan lansia terhadap pengobatan dan berdampak pada pengendalian tekanan darah. Penelitian menunjukkan bahwa lansia yang mendapat dukungan keluarga cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan lebih patuh dalam menjalani terapi (Widyaningrum *et al.*, 2019; Mamile *et al.*, 2022).

## **5. Tanda dan Gejala**

Individu dengan hipertensi dapat menunjukkan berbagai gejala, termasuk tetapi tidak terbatas pada pusing, mudah marah, tinitus, insomnia, sesak napas, rasa berat di leher, kelelahan cepat, gangguan penglihatan, mimisan jarang, pucat, dan hipotermia. Gejala-gejala khusus ini biasanya muncul selama aktivitas atau kondisi tertentu yang terkait dengan sedikit perubahan atau gangguan dalam sistem metabolisme tubuh.

Hipertensi berat terkadang dapat menyebabkan pembengkakan otak dan penurunan kesadaran. Ensefalopati hipertensi adalah sebutan untuk penyakit ini yang perlu segera diobati karena dapat memburuk bahkan menyebabkan kematian jika tidak ditangani. Menjaga kesehatan secara umum dengan menjalani pola hidup sehat serta pola makan yang teratur dan bergizi sama pentingnya dengan mendeteksi hipertensi sejak dini, yang dapat dicegah dan diantisipasi dengan rutin melakukan pemeriksaan tekanan darah (Susilo & Westriningsih, 2018).

## **6. Pengobatan**

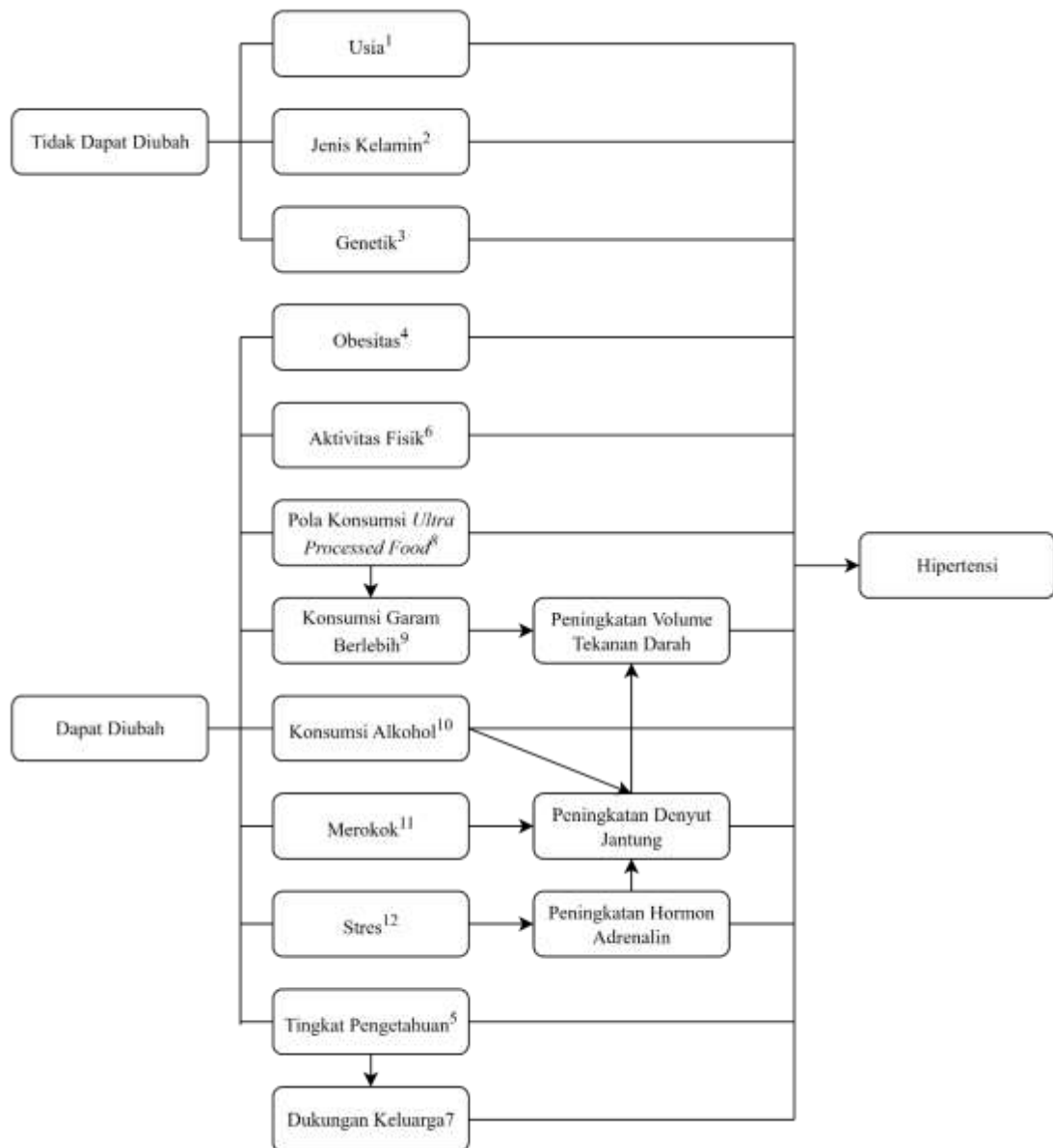
### **a. Farmakologis**

Pengelolaan farmakologis pada penderita hipertensi dilakukan dengan menggunakan obat sesuai dengan resep dokter. Karena ada banyak jenis obat antihipertensi, memilih yang terbaik untuk pengobatan awal memerlukan pendekatan terapeutik yang mungkin melibatkan penggabungan berbagai jenis obat antihipertensi.

### **b. Komplenter**

Bahan herbal mentah (daun, bunga, biji, batang, kayu, kulit kayu, akar, rimpang, atau bagian tumbuhan lainnya), bahan herbal (jus segar, minyak esensial, dan bubuk herbal kering), obat herbal (bentuk olahan dari bahan herbal, seperti bubuk, ekstrak, dan minyak herbal), dan produk akhir herbal (obat-obatan yang berasal dari satu jenis herbal atau kombinasi beberapa herbal) merupakan unsur-unsur terapi herbal komplementer yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Istilah “obat herbal” mencakup baik pengobatan tradisional maupun alternatif yang berasal dari tumbuhan, hewan, atau mineral (Laili, 2020).

### C. Kerangka Teori



**Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian**

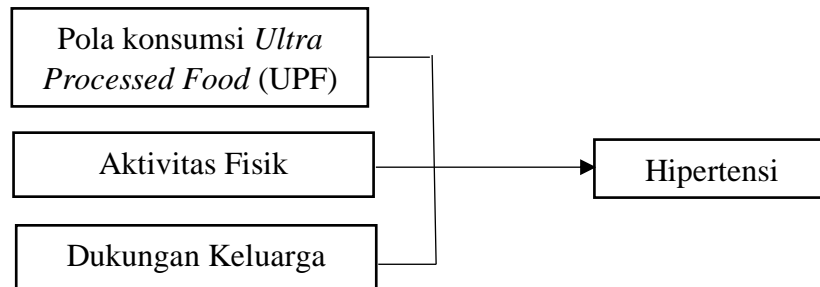
**Sumber:** (Kementerian Kesehatan RI, 2016), (Sari *et al*, 2017)<sup>1,3</sup>, (Prasetyaningrum *et al*, 2014)<sup>2</sup>, (Situmorang, 2015)<sup>4</sup>, (Notoatmodjo, 2003 dalam Wawan dan Dewi, 2019)<sup>5</sup>, (Bianti Nuraini, 2015)<sup>6</sup>, (Niman, 2017)<sup>7</sup>, (Mendonca *et al*, 2017)<sup>8</sup>, (Zainuddin & Yunawati, 2019)<sup>9</sup>, (Ningrum, 2019)<sup>10</sup>, (Setyanda *et al*, 2015)<sup>11</sup>, (Prabangesti, 2021)<sup>12</sup>.

### BAB III

#### KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, HIPOTESIS

##### A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen dan variabel independent. Variabel dependennya yaitu hipertensi pada lansia. Variabel independennya yaitu pola konsumsi *Ultra Processed Food*, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga.



**Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian**

## B. Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Metode Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Skala
1.	Status Hipertensi	Suatu kondisi di mana tekanan darah meningkat melebihi nilai normal ( $\geq 140/90$ mmHg), atau responden memiliki riwayat hipertensi sebelumnya dan/atau sedang mengonsumsi obat hipertensi. Status ini ditentukan melalui pengukuran tekanan darah menggunakan alat digital serta konfirmasi riwayat penyakit melalui wawancara.	Pengukuran dilakukan sebanyak 2x dengan jeda 5 menit pada setiap pengukuran.	<i>Sphygmomanometer</i> (Omron)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimal (<math>&lt;120/&lt;80</math> mmHg)</li> <li>2. Normal (120-129/80-84 mmHg)</li> <li>3. Pre-Hipertensi (130-139/85-95 mmHg)</li> <li>4. Hipertensi Derajat 1 (140-159/90-99 mmHg)</li> <li>5. Hipertensi Derajat 2 (160-179/100-109 mmHg)</li> <li>6. Hipertensi Derajat 3 (<math>\geq 180/\geq 110</math> mmHg)</li> </ol> <p>(Williams <i>et al.</i>, 2018)</p>	Ordinal



2.	Dukungan Keluarga	Tindakan keluarga yang diharapkan mampu memberikan dukungan dan bantuan kepada anggota keluarga yang menderita hipertensi untuk berperan aktif dalam pengobatan dan perawatan anggota keluarga, baik dalam dukungan emosional, intrumental, dan informasi terkait hipertensi.	Kuesioner	Wawancara	Rentang skor dapat dijabarkan sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baik : 62 – 72</li> <li>• Cukup : 40 – 61</li> <li>• Kurang : 18 – 39</li> </ul> <p>Friedman Bowan dan James (2010) dalam Putri (2018)</p>	Ordinal
3.	Pola konsumsi <i>Ultra Processed Food</i>	Frekuensi responden dalam mengonsumsi makanan <i>Ultra Processed Food</i> dalam 1 bulan, diukur menggunakan kuesioner <i>Food Frequency Questionnaire</i> (FFQ).	<i>Food Frequency Questionnaire</i> (FFQ)	Wawancara	Jumlah skor dari FFQ memiliki kategori : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sering : &gt; 129</li> <li>• Jarang : &lt; 129</li> </ul> <p>(Sirajuddin <i>et al.</i>, 2018)</p>	Ordinal
4.	Aktivitas Fisik	Seberapa sering responden melakukan aktivitas fisik dalam seminggu. Aktivitas fisik sehari-hari meliputi berjalan, berlari, olahraga, dan lain-lain. Diukur menggunakan kuesioner GPAQ.	<i>Global Physical Activity Questioner</i> (GPAQ)	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendah 600 &lt; MET</li> <li>2. Sedang &gt;600 - &lt;3000 MET</li> <li>3. Tinggi MET &gt;3000</li> </ol> <p>(Hamrik, 2014)</p>	Ordinal

### **C. Hipotesis**

Berdasarkan judul yang peneliti angkat yaitu “Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga dengan Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan” maka hipotesis pada penelitian ini adalah:

- a. Adanya hubungan pola konsumsi *Ultra Processed Food* (UPF) dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan
- b. Adanya hubungan aktivitas fisik dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.
- c. Adanya hubungan dukungan keluarga dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Penelitian *cross-sectional* adalah jenis penelitian kuantitatif yang menggunakan desain analitis. Penelitian ini diklasifikasikan sebagai penelitian kuantitatif. Pendekatan *cross-sectional* adalah metodologi penelitian yang melibatkan pengumpulan semua data secara bersamaan. Teknik ini digunakan untuk menganalisis hubungan antara faktor risiko atau paparan (variabel independen) dan dampak yang dihasilkan (variabel dependen). Dengan kata lain, semua variabel dependen dan independen dipantau secara bersamaan.

Kelebihan pada desain *cross sectional* adalah sifatnya yang relatif sederhana, biaya yang rendah, serta waktu pelaksanaan yang singkat. Desain ini juga memungkinkan peneliti untuk mengkaji berbagai variabel sekaligus, memiliki risiko drop out yang rendah, dan dapat digunakan sebagai acuan atau dasar untuk penelitian selanjutnya (Masturoh & Anggita, 2018).

#### **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **1. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan

##### **2. Waktu Penelitian**

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2024 – Desember 2024

#### **C. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling**

##### **1. Populasi**

Istilah “populasi” merujuk pada domain generalisasi keseluruhan yang mencakup benda atau orang yang memiliki karakteristik tertentu. Peneliti telah mengidentifikasi karakteristik tersebut untuk diteliti guna mencapai kesimpulan. Elemen-elemen yang diteliti disebut populasi. Jumlah item atau subjek yang dihitung bukanlah satu-satunya kriteria; karakteristik inheren dari objek atau subjek yang diteliti juga diperhitungkan (Masturoh & Anggita,

2018). Penelitian ini melibatkan sukarelawan dewasa berusia di atas 45 tahun yang didiagnosis menderita hipertensi dan tinggal di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan, sesuai dengan tujuan penelitian.

## 2. Sampel

Sampel mencerminkan ukuran dan susunan populasi yang diteliti. Membatasi jenis populasi atau mengidentifikasi populasi sasaran merupakan tahap pertama dalam pemilihan sampel. Sampel pada penelitian ini adalah lansia yang hipertensi dan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan peneliti. Adapun kriteria Inklusi dan Eksklusi dari sampel yang akan diambil yaitu:

### a. Kriteria Sampel

#### Kriteria Inklusi:

1. Tinggal bersama anggota keluarga di rumah yang sama.
2. Mampu berkomunikasi dengan baik secara verbal.
3. Bersedia menjadi responden dalam penelitian dan menandatangani *informed consent*.

#### Kriteria Eksklusi:

1. Lansia yang mengalami gangguan kognitif berat atau disabilitas mental yang menghambat komunikasi.
2. Lansia yang sedang menjalani rawat inap atau dalam kondisi sakit berat saat pengambilan data.
3. Lansia yang memiliki gangguan pendengaran berat dan tidak dapat dibantu dengan alat bantu dengar.

### b. Jumlah Sampel

Perhitungan besar sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rumus uji hipotesis beda dua proporsi menurut rumus *Lemeshow*. Adapun cara perhitungannya sebagai berikut:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Keterangan:

$n$  = Jumlah Sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  = Deviasi normal standar untuk  $\alpha = 95\%$  yaitu 1,96

$Z_{1-\beta}$  = Deviasi normal standar untuk  $\beta = 80\%$  yaitu 0,84

$P_1$  = Proporsi pada kelompok intervensi = 0,6

$P_2$  = Proporsi pada kelompok kontrol = 0,3

$P$  = Proporsi rata-rata = 0,45

Maka, total sampel yang diperlukan dalam studi ini berjumlah:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1-P_2)^2}$$

$$n = \frac{(1,96\sqrt{2(0,45)(1-0,45)} + 0,84\sqrt{0,6(1-0,6) + 0,3(1-0,3)})^2}{(0,6-0,3)^2}$$

$$n = 58$$

Setelah dilakukan perhitungan, jumlah minimal sampel diperoleh sebanyak 58 responden. Jumlah ini kemudian ditambahkan 20% untuk mengantisipasi kehilangan data selama proses pengumpulan:

$$n = 58 + (20\% \text{ dari } 58) = 58 + 12 = 70 \text{ responden.}$$

Namun, untuk meningkatkan validitas data dan memperkuat kekuatan statistik penelitian, peneliti memutuskan untuk meningkatkan jumlah sampel menjadi 112 responden. Jumlah ini dianggap lebih representatif untuk menggambarkan karakteristik populasi yang diteliti.

### c. Teknik Sampling

Metode pengambilan sampel adalah strategi untuk memilih sampel dari populasi guna mewakili populasi tersebut dalam studi (Masturoh & Anggita, 2018). Pendekatan yang digunakan untuk pengambilan sampel dalam eksperimen ini adalah pengambilan sampel tidak sengaja. "Pengambilan sampel tidak sengaja" merujuk pada metode pemilihan sampel yang bergantung pada kebetulan. Hal ini berarti individu yang secara tidak sengaja ditemui oleh peneliti dapat menjadi responden, tergantung pada kesesuaian dan relevansinya sebagai sumber data (Sugiyono, 2016).

## D. Instrumen Penelitian

Alat-alat yang akan dipakai untuk mengumpulkan data disebut instrumen (Nursalam, 2015). Instrumen yang digunakan adalah:

### 1. Lembar Observasi

Lembar ini memuat data hasil pengukuran tekanan darah para responden.

### 2. Kuesioner FFQ

Kuesioner *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) digunakan untuk mengevaluasi asupan gizi dengan cara mengidentifikasi seberapa sering individu mengonsumsi berbagai jenis makanan yang menjadi sumber utama nutrisi tertentu dalam jangka waktu tertentu. Data pola konsumsi upd diperoleh dari pengisian formulir FFQ dan dihitung skor sesuai dengan kolom yang lansia isi. Kategori skor sebagai berikut :

- >1x/hari : 35
- 1x/hari : 25
- 3-6x/minggu : 15
- 1-2x/minggu : 10
- 1-3x/bulan : 5
- Tidak pernah : 0

Setelah data terkumpul, menghitung skor konsumsi pangan dengan menjumlahkan semua skor konsumsi pangan subjek berdasarkan jumlah skor kolom konsumsi untuk setiap pangan yang pernah dikonsumsi. Total skor ditulis pada baris paling bawah. Interpretasi skor ini harus didasarkan pada nilai rerata skor konsumsi pangan pada populasi. Jika nilai ini berada diatas median populasi maka skor konsumsi pangan sering (Sirajuddin *et al.*, 2018).

### 3. Kuesioner GPAQ

Kuesioner Aktivitas Fisik Global (GPAQ) memiliki enam belas komponen. Pertanyaan-pertanyaan tersebut diklasifikasikan dan diukur menggunakan satuan MET (Metabolic Equivalent of Task). Penting untuk mengubah data yang dikumpulkan menjadi MET menit per minggu menggunakan pedoman analitis yang ditetapkan oleh GPAQ versi 2. Pada

kelompok berat, data waktu aktivitas dikalikan dengan koefisien MET 8, sedangkan pada kategori aktivitas rendah, dikalikan dengan koefisien MET 4. Setelah perhitungan selesai, data digunakan untuk menentukan tingkat aktivitas fisik, kemudian dikategorikan ke dalam tiga klasifikasi terpisah: tinggi, sedang, dan rendah. Adapun rumus yang digunakan untuk menghitung total skor aktivitas fisik adalah total MET menit/minggu =  $\{(P2 \times P3 \times 8) + (P5 \times P6 \times 4) + (P8 \times P9 \times 4) + (P11 \times P12 \times 8) + (P14 \times P15 \times 4)\}$ . Setelah nilai total dalam MET menit per minggu diperoleh, data tersebut selanjutnya diklasifikasikan ke dalam kategori tingkat aktivitas fisik, yang menjadi dasar untuk pengelompokan variabel ke dalam beberapa tingkatan:

- Tinggi MET > 3000
- Sedang 3000 > MET > 600
- Rendah 600 < MET

#### 4. Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 18 pertanyaan. Skala Likert dengan empat opsi selalu, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah digunakan untuk mengstrukturkan item kuesioner. Opsi yang tersedia adalah selalu, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah.

- Skor 4 = selalu
- Skor 3 = sering
- Skor 2 = kadang-kadang
- Skor 1 = tidak pernah

Dengan nilai terendah 18 dan nilai tertinggi 72.

## E. Pengumpulan Data

### 1. Jenis Data

Teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data untuk analisis studi disebut prosedur pengumpulan data. Tujuan utama dari operasi pengumpulan data ini adalah untuk mengidentifikasi sumber data yang diperlukan untuk proses penelitian (Masturoh & Anggita, 2018).

### **a. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh langsung oleh peneliti melalui prosedur pengumpulan data di lapangan. Data primer diambil dari hasil pengukuran tekanan darah dan penyebaran kuesioner untuk mendapatkan informasi mengenai hubungan pola konsumsi *ultra processed food*, aktivitas fisik dan dukungan keluarga dengan hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete Jakarta Selatan. Item pertanyaan dari kuesioner, kemudian dihubungkan dengan definisi operasional untuk setiap variabel penelitian.

### **b. Data Sekunder**

Data sekunder mengacu pada informasi yang telah diperoleh dari sumber data yang sudah ada. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang terdiri dari profil kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2020, hasil penilaian risiko yang dilakukan pada tahun 2018, data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), informasi pemantauan dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta, serta referensi tambahan yang relevan, termasuk buku, tesis, dan jurnal penelitian.

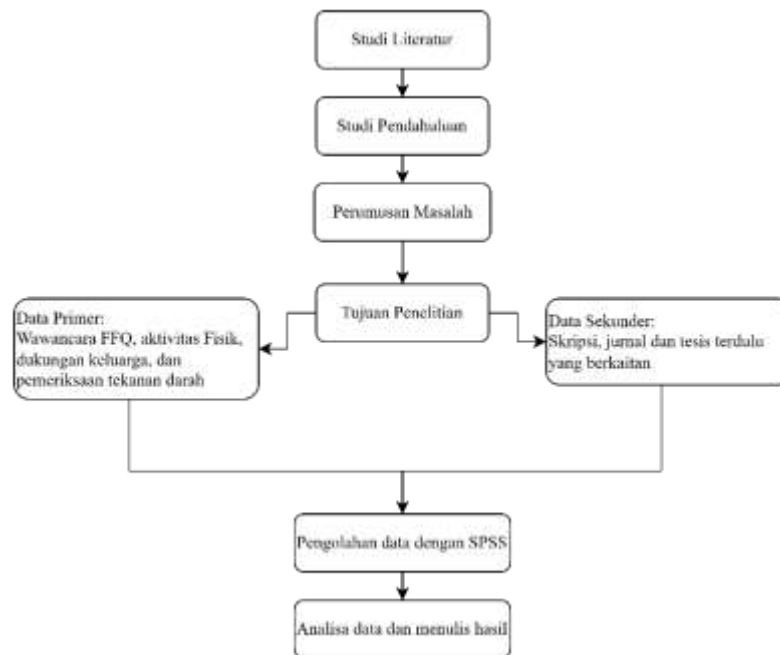
## **2. Metode Pengumpulan Data**

### **a. Enumerator**

Pada penelitian ini peneliti dibantu oleh 7 enumerator yang sudah lulus mata kuliah Penilaian Status Gizi dan Survey Konsumsi akan melakukan pengumpulan data pola konsumsi *ultra processed food*, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga menggunakan kuesioner. Sebelum penelitian dimulai, seluruh enumerator telah menerima pelatihan untuk menyelaraskan pemahaman antara peneliti dan enumerator, sehingga setiap tahap pengumpulan data dapat dilakukan berdasarkan prosedur yang sudah ditentukan sebelumnya.



## b. Alur penelitian



**Gambar 4. 1 Alur Penelitian**

## c. Wawancara Kuesioner

Kegiatan wawancara dilakukan melalui pertemuan langsung antara peneliti dan responden, di mana peneliti menyampaikan beberapa pertanyaan yang dijawab secara lisan oleh responden. Wawancara dilakukan saat jeda istirahat antara pengukuran tekanan darah pertama dan kedua.

## F. Pengolahan Data

Langkah selanjutnya setelah data dikumpulkan adalah melakukan pengolahan data. Tahap ini melibatkan pemrosesan dan analisis data mentah yang dikumpulkan untuk menghasilkan wawasan yang dapat ditindaklanjuti (Ahyar, 2020).

### 1. Editing

Pada tahap pengeditan data, informasi yang dikumpulkan dari pengisian kuesioner diperiksa untuk memastikan tanggapan tersebut komprehensif. Pengumpulan data harus diulang jika respons yang tidak lengkap ditemukan selama proses pengeditan.

## 2. Coding

Proses pembuatan lembar kode dengan tabel yang disusun berdasarkan informasi yang dikumpulkan dari alat ukur dikenal sebagai pengkodean. Kode yang digunakan dalam prosedur ini berasal dari kuesioner.

**Tabel 4. 1 Coding**

No	Variabel	Kode
1	Pola Konsumsi <i>Ultra Processed Food</i>	0 = Jarang 1 = Sering
2	Aktivitas Fisik	3 = Aktivitas fisik tinggi 2 = Aktivitas fisik sedang 1 = Aktivitas fisik rendah
3	Dukungan Keluarga	3 = Dukungan keluarga baik 2 = Dukungan keluarga cukup 1 = Dukungan keluarga kurang
4	Hipertensi	0 = Optimal 1 = Normal 2 = Pre-Hipertensi 3 = Hipertensi Derajat 1 4 = Hipertensi Derajat 2 5 = Hipertensi Derajat 3

## 3. Entry Data

Masukan data mengacu pada prosedur memasukkan kode yang sesuai dengan jawaban setiap pertanyaan ke kolom spreadsheet. Setelah semua survei diselesaikan dengan benar dan lengkap, kode-kode tersebut diberikan kepada jawaban dan kemudian dimasukkan ke dalam perangkat lunak komputer untuk pengolahan lebih lanjut.

## 4. Cleaning Data

Istilah “pembersihan data” mengacu pada proses memeriksa data yang telah dimasukkan sebelumnya untuk memastikan keakuratan dan ketiadaan kesalahan. Data dapat dibersihkan untuk menentukan apakah ada data yang

hilang, untuk mengidentifikasi varians data, dan untuk menentukan konsistensi data.

## **G. Penyajian Data**

Penyajian data merupakan proses menyampaikan hasil temuan penelitian agar mudah dipahami dan dievaluasi sesuai tujuan yang telah ditetapkan. Data dapat disajikan dalam bentuk tabel, grafik, atau narasi, tergantung pada jenis data dan pendekatan penelitian (Kadir, 2023; Putri *et al.*, 2021). Tabel digunakan untuk menampilkan hasil analisis secara terstruktur, sedangkan narasi digunakan untuk menjelaskan isi tabel agar lebih mudah dimaknai oleh pembaca (Widjanarko & Ratnaningsih, 2014).

## **H. Analisis Data**

Metode statistik akan digunakan untuk menganalisis dan menafsirkan data yang diperoleh dalam penelitian ini. Penelitian ini menggunakan analisis univariat dan bivariat sebagai dua metode analisis data.

### **1. Analisis Univariat**

Studi ini mendefinisikan sifat-sifat dari setiap variabel yang diteliti melalui analisis univariat. Variabel independen yang akan diteliti yaitu hubungan pola konsumsi *ultra processed food*, hubungan aktivitas fisik, hubungan dukungan keluarga. Variabel dependent yang diteliti adalah hipertensi pada lansia.

### **2. Analisis Bivariat**

Penelitian ini menggunakan uji *chi square* yang tepat untuk menganalisis pola konsumsi *ultra process food*, tingkat aktivitas fisik, dan dukungan keluarga di kalangan lansia yang tinggal di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan. Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi temuan terkait parameter-parameter tersebut. Penelitian ini menggunakan skala ordinal untuk mengukur variabel-variabel, dengan tingkat signifikansi  $\alpha = 0.05$ , yang menunjukkan tingkat kepercayaan 95%. Hubungan dianggap ada jika nilai P lebih kecil dari  $\alpha = 0.05$ , menunjukkan penolakan terhadap hipotesis nol ( $H_0$ ) dan penerimaan hipotesis alternatif ( $H_a$ ).

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Kelurahan Cipete Utara berada di Kecamatan Kebayoran Baru, Jakarta Selatan, memiliki lingkungan yang padat dan heterogen secara sosial ekonomi. Dengan luas wilayah sekitar 182,5 hektare dan dihuni oleh lebih dari 40.000 jiwa, kelurahan ini terdiri dari 11 RW dan 103 RT.

Secara sosial ekonomi, Cipete Utara termasuk kawasan dengan tingkat kesejahteraan yang beragam. Di satu sisi, terdapat masyarakat dengan ekonomi menengah ke atas yang tinggal di perumahan modern dan apartemen, sementara di sisi lain, masih ada kelompok masyarakat berpenghasilan rendah yang tinggal di pemukiman padat atau semi-permanen. Hal ini menciptakan kondisi sosial yang heterogen, baik dari sisi pendidikan, pekerjaan, maupun akses terhadap layanan publik. Sebagian besar penduduk bekerja di sektor informal seperti perdagangan, jasa, dan transportasi. Namun, terdapat pula warga yang bekerja di sektor formal seperti perkantoran, pendidikan, dan pemerintahan.

#### **B. Analisis Univariat**

Analisis univariat yang dilakukan dalam penelitian ilmiah ini mencakup penilaian terhadap variabel independen dan variabel dependen. Penelitian ini mengidentifikasi pola konsumsi *ultra processed food*, tingkat aktivitas fisik, dan dukungan keluarga sebagai variabel independen. Hipertensi pada populasi lanjut usia berfungsi sebagai variabel dependen dalam penelitian ini.

##### **1. Gambaran Karakteristik**

###### **a. Jenis Kelamin**

Jenis kelamin merupakan karakteristik demografis yang menunjukkan perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan. Data ini digunakan untuk mengetahui distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.

**Tabel 5. 1 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin**

No	Jenis Kelamin	Distribusi Frekuensi	
		n	%
1.	Laki-laki	28	25
2.	Perempuan	84	75
Total		112	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari total sampel 112 responden, 25% adalah laki-laki dan 75% adalah perempuan.

### b. Usia

Usia pada tabel diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu, pra lanjut usia (45-59 tahun) dan lanjut usia ( $\geq 60$  tahun).

**Tabel 5. 2 Distribusi Responden berdasarkan Usia**

No	Usia	Distribusi Frekuensi	
		n	%
1.	45-59 Tahun	64	57,1
2.	$\geq 60$ Tahun	48	42,9
Total		112	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 112 responden yang dievaluasi, 57,1% berusia 45 hingga 59 tahun, sementara 42,9% berusia 60 tahun ke atas.

### c. Pendidikan

Tingkat pendidikan tertinggi yang dicapai responden tercermin dari tingkat pendidikan mereka. Data ini penting untuk mengetahui latar belakang pengetahuan responden yang dapat memengaruhi sikap dan perilaku dalam aspek kesehatan.

**Tabel 5. 3 Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan**

No	Pendidikan	Distribusi Frekuensi	
		n	%
1.	Tidak Sekolah	27	24,1
2.	SD	38	33,9
3.	SMP	14	12,5
4.	SMA/SMK	21	27,7
5.	Perguruan Tinggi	2	1,8
Total		112	100

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa mayoritas responden, 33,9% dari total sampel 112, telah menyelesaikan sekolah dasar, sementara persentase terkecil 1,8%, telah menempuh pendidikan perguruan tinggi.

#### **d. Pekerjaan**

Pekerjaan menggambarkan jenis aktivitas ekonomi yang dilakukan oleh responden untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

**Tabel 5. 4 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan**

No	Pekerjaan	Distribusi Frekuensi	
		n	%
0.	Tidak Bekerja	70	62,5
1.	Wirausaha	21	18,8
2.	Karyawan Swasta	5	4,5
3.	Lainnya	16	14,3
Total		112	100

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa responden yang tidak bekerja sebanyak 62,5%, Wirausaha 18,8%, Karyawan Swasta 4,5%, dan Lainnya 14,3% dari total sampel 112 responden yang di teliti. Mayoritas responden adalah yang tidak bekerja. Responden yang termasuk dalam kategori wirausaha sebagian besar berjualan sayur. Karyawan swasta yang dimaksud merupakan buruh. Sementara itu, pada kategori pekerjaan lainnya, mayoritas merupakan pengumpul barang bekas dan pemulung.

### e. Diagnosa Hipertensi

Berdasarkan wawancara dengan responden, menyatakan bahwa responden pernah atau tidak pernah didiagnosa menderita hipertensi oleh dokter.

**Tabel 5. 5 Distribusi Responden berdasarkan Diagnosa Hipertensi**

No	Diagnosa Hipertensi	Distribusi Frekuensi	
		n	%
1.	Ya	50	44,6
2.	Tidak	62	55,4
Total		112	100

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki diagnosa hipertensi (55,4%), sedangkan 44,6% responden memiliki diagnosa hipertensi.

### f. Konsumsi Obat

Konsumsi obat dikelompokkan berdasarkan pernyataan responden apakah responden mengonsumsi obat secara rutin atau tidak.

**Tabel 5. 6 Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan**

No	Konsumsi Obat	Distribusi Frekuensi	
		n	%
1.	Ya	35	31,3
2.	Tidak	77	68,8
Total		112	100

Tabel 5.6 menunjukkan hanya 31,3% responden yang rutin mengonsumsi obat, sementara 68,8% lainnya tidak mengonsumsi obat secara rutin.

## 2. Analisis Univariat

### a. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkatan Hipertensi

Pada lansia, tekanan darah sistolik lebih diperhatikan karena seiring bertambahnya usia, pembuluh darah menjadi lebih kaku (aterosklerosis), sehingga menyebabkan peningkatan tekanan sistolik.

**Tabel 5. 7 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Hipertensi**

No	Kategori	n	%
1.	Optimal	20	17,9
2.	Normal	23	20,5
3.	Pre-Hipertensi	13	11,6
4.	Hipertensi Derajat 1	34	30,4
5.	Hipertensi Derajat 2	16	14,3
6.	Hipertensi Derajat 3	6	5,4
Total		112	100

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa 17,9% berada pada kategori optimal, 20,5% normal, 11,6% pre-hipertensi, 30,4% hipertensi derajat 1, 14,3% derajat 2, dan 5,4% derajat 3. Sebanyak 60,7% responden memiliki tekanan darah di atas normal, mengindikasikan tingginya prevalensi hipertensi pada populasi lansia di wilayah penelitian.

### b. Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*

Pola konsumsi *Ultra Processed Food* menggambarkan seberapa sering responden mengonsumsi makanan yang diproses secara industri dalam suatu bulan.

**Tabel 5. 8 Pola Konsumsi *Ultra Processed Food***

No	Konsumsi UPF	Distribusi Frekuensi		Mean	Standar Deviasi
		n	%		
1.	Sering	42	37,5	0,046	0,486
2.	Jarang	70	62,5		
Total		112	100		



Berdasarkan tabel 5.8, dapat diketahui bahwa mayoritas responden termasuk dalam kategori jarang mengonsumsi *Ultra Processed Food* (UPF), yaitu sebanyak 62,5%, sedangkan responden yang sering mengonsumsi UPF berjumlah 37,5%.

**Tabel 5. 9 Frekuensi Konsumsi *Ultra Processed Food***

No	Jenis Makanan	Frekuensi/Bulan
1.	Saus dan Bubuk Penyedap	29
2.	Roti	27
3.	Minuman	18
4.	Sereal dan Mie	15
5.	Susu dan olahannya	12
6.	Permen dan Cokelat	11
7.	Daging dan Unggas	9
8.	Makanan Ringan	6
9.	Ikan dan olahannya	1

Pada tabel 5.9, ditampilkan rincian konsumsi UPF berdasarkan jenis makanan dalam satu bulan. Jenis makanan UPF yang paling sering dikonsumsi oleh responden adalah saus dan bubuk penyedap sebanyak 29 kali per bulan, disusul oleh roti sebanyak 27 kali, dan minuman kemasan sebanyak 18 kali. Sementara itu, ikan dan olahannya menempati urutan terendah dengan rata-rata hanya 1 kali per bulan.

### c. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik berdasarkan metode GPAQ (*Global Physical Activity Questionnaire*) diklasifikasikan menjadi tiga kategori utama, yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Kategori ini menggambarkan intensitas dan durasi aktivitas fisik responden dalam berbagai domain seperti pekerjaan, transportasi, dan rekreasi selama satu minggu.

**Tabel 5. 10 Distribusi responden berdasarkan kategori aktivitas fisik**

No	Dukungan Keluarga	Distribusi Frekuensi		Mean	Standar Deviasi
		n	%		
1.	Rendah	41	36,6	0,074	0,780
2.	Sedang	43	38,4		
3.	Tinggi	28	25		
Total		112	100		

Tabel 5.10 menunjukkan mayoritas responden memiliki aktivitas fisik sedang (38,4%), diikuti aktivitas rendah (36,6%) dan tinggi (25%). Temuan ini menunjukkan sebagian besar lansia beraktivitas sedang, namun proporsi dengan aktivitas rendah juga cukup besar.

#### d. Dukungan Keluarga

Studi ini mengkategorikan dukungan keluarga menjadi tiga tingkat terpisah: luar biasa, memadai, dan tidak memadai. Dengan menggunakan kriteria ini, kami dapat menggambarkan tingkat keterlibatan keluarga dalam perawatan lansia.

**Tabel 5. 11 Distribusi dukungan keluarga berdasarkan kategori**

No	Dukungan Keluarga	Distribusi Frekuensi		Mean	Standar Deviasi
		n	%		
1.	Baik	12	10,7	0,063	0,663
2.	Cukup	51	45,5		
3	Kurang	49	43,8		
Total		112	100		

Tabel 5.11 menunjukkan sebagian besar responden menerima dukungan keluarga kategori cukup (45,5%), diikuti kurang (43,8%) dan baik (10,7%). Hal ini menunjukkan mayoritas lansia belum mendapatkan dukungan keluarga yang optimal.

### C. Analisis Bivariat

#### 1. Hubungan Hipertensi dengan Pola Konsumsi UPF

**Tabel 5. 12 Hubungan Hipertensi dengan Pola Konsumsi UPF**

UPF	Tekanan Darah				Total	Pvalue	
	Normal		Hipertensi				
	n	%	n	%			
Jarang	23	32,9	47	67,1	70	100	0,120
Sering	20	47,6	22	52,4	42	100	

Berdasarkan Tabel 5.12, responden yang mengalami hipertensi, sebagian besar berasal dari kelompok yang jarang mengonsumsi *ultra processed food* (UPF), yaitu sebesar 67,7%, sedangkan pada responden yang sering mengonsumsi UPF, persentase hipertensinya lebih rendah, yaitu 52,4%. Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan nilai  $p = 0,120$  ( $p > 0,05$ ), yang

berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara pola konsumsi UPF dengan kejadian hipertensi pada lansia di Kelurahan Cipete.

## 2. Hubungan Hipertensi dengan Aktivitas Fisik

Tabel 5. 13 Hubungan Hipertensi dengan Aktivitas Fisik

Aktivitas Fisik	Tekanan Darah				Total	Pvalue	
	Normal		Hipertensi				
	n	%	n	%			
Rendah	12	29,3	29	70,1	41	100	0,216
Sedang	17	39,5	26	60,5	43	100	
Tinggi	14	50	14	50	28	100	

Berdasarkan Tabel 5.13, terlihat bahwa responden dengan tingkat aktivitas fisik rendah memiliki proporsi hipertensi tertinggi yaitu sebesar 70,1%, diikuti oleh kelompok aktivitas fisik sedang sebesar 60,5%, dan aktivitas fisik tinggi sebesar 50%. Namun demikian, hasil uji *chi square* menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,216 ( $p > 0,05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada lansia.

## 3. Hubungan Hipertensi dengan Dukungan Keluarga

Tabel 5. 14 Hubungan Hipertensi dengan Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga	Hipertensi				Total	Pvalue	
	Normal		Hipertensi				
	n	%	n	%			
Kurang	17	34,7	32	65,3	49	100	0,612
Cukup	20	39,2	31	60,8	51	100	
Baik	6	50	6	50	12	100	

Berdasarkan Tabel 5.14, menunjukkan hubungan antara dukungan keluarga dengan kejadian hipertensi. Responden dengan dukungan keluarga kurang memiliki proporsi hipertensi sebesar 65,3%, sedangkan pada dukungan cukup dan baik, proporsi hipertensi masing-masing sebesar 60,8% dan 50%. Hasil uji *chi square* menunjukkan nilai *p-value* sebesar 0,612 ( $p > 0,05$ ), yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kejadian hipertensi pada lansia. Uji *chi-*

*square* pada tabel ini memenuhi asumsi statistik, karena hanya terdapat 1 sel (16,7%) yang memiliki *expected count*  $< 5$ , dengan nilai minimum *expected count* sebesar 4,61. Hal ini masih berada dalam batas toleransi, yaitu maksimal 20% sel yang boleh memiliki *expected count*  $< 5$ , sehingga uji *chi-square* tetap layak digunakan pada analisis ini.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Karakteristik Responden**

Karakteristik responden dalam penelitian ini, yang mencakup jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, riwayat hipertensi, dan konsumsi obat, menjadi faktor penting dalam memahami distribusi dan determinan hipertensi pada populasi yang diteliti. Berdasarkan distribusi jenis kelamin, mayoritas responden adalah perempuan (75%), sedangkan laki-laki hanya 25%. Meskipun jumlah perempuan lebih banyak, hasil penelitian menunjukkan bahwa laki-laki memiliki proporsi hipertensi derajat 1 dan 3 yang lebih tinggi. Temuan ini mengindikasikan adanya perbedaan risiko berdasarkan gender, yang sejalan dengan penelitian Rosyidah & Wahyuni (2020) yang menyebutkan bahwa pria lebih rentan terhadap hipertensi karena kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, serta tingkat stres pekerjaan yang relatif lebih tinggi. Faktor hormonal juga turut berperan, di mana hormon estrogen pada perempuan usia subur memiliki efek protektif terhadap sistem kardiovaskular, meskipun perlindungan ini akan menurun setelah menopause.

Dari aspek usia, kelompok responden usia 45–59 tahun mendominasi (57,1%), tetapi prevalensi hipertensi lebih tinggi ditemukan pada kelompok usia  $\geq 60$  tahun, khususnya pada derajat 1 dan 2. Fenomena ini memperkuat hipotesis bahwa proses penuaan merupakan faktor risiko yang signifikan terhadap hipertensi. Novitasari *et al.* (2019) menyatakan bahwa peningkatan usia berhubungan dengan perubahan fisiologis, seperti penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan resistensi vaskular perifer, dan perubahan regulasi hormon yang memengaruhi tekanan darah. Dengan demikian, penuaan tidak hanya menjadi faktor non-modifikasi tetapi juga memperkuat pentingnya deteksi dini dan intervensi pada kelompok usia produktif untuk mencegah komplikasi di usia lanjut.

Tingkat pendidikan responden mayoritas tergolong rendah, dengan 58% tidak bersekolah atau hanya tamat SD. Rendahnya tingkat pendidikan dapat berdampak pada keterbatasan pemahaman mengenai pencegahan dan pengelolaan hipertensi. Lestari & Arifin (2018) menunjukkan bahwa individu dengan pendidikan rendah cenderung memiliki akses informasi yang terbatas dan kurang mampu mengadopsi perilaku hidup sehat seperti diet rendah garam, olahraga teratur, dan kepatuhan minum obat. Hal ini juga dapat menjelaskan mengapa prevalensi hipertensi dalam kelompok ini relatif tinggi.

Berdasarkan pekerjaan, sebagian besar responden tidak bekerja (62,5%), dan kelompok ini memperlihatkan kecenderungan lebih tinggi terhadap hipertensi. Aktivitas fisik yang rendah, ketidakpastian ekonomi, serta potensi stres sosial dapat menjadi faktor yang memengaruhi. Hasil ini konsisten dengan penelitian Luthfiyani & Khusna (2019) yang mengemukakan bahwa individu dengan status pekerjaan tidak aktif atau menganggur memiliki risiko hipertensi lebih besar, baik akibat aspek fisiologis maupun psikososial.

Sebanyak 44,6% responden memiliki riwayat hipertensi, baik pribadi maupun keluarga, dengan sebagian besar berada pada derajat hipertensi 1 dan 2. Kondisi ini mendukung teori predisposisi genetik terhadap hipertensi yang disampaikan oleh Fitriyani & Setyorini (2017), di mana faktor herediter dan pola gaya hidup serupa dalam keluarga meningkatkan risiko terjadinya hipertensi berat. Hal ini menekankan pentingnya skrining keluarga untuk deteksi dini.

Kepatuhan konsumsi obat antihipertensi pada responden tergolong rendah, dengan hanya 31,3% yang mengonsumsi obat secara rutin. Rendahnya kepatuhan ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk rendahnya kesadaran, efek samping obat, keterbatasan ekonomi, maupun akses terhadap fasilitas kesehatan. Studi Andini & Rahmawati (2020) menemukan bahwa kepatuhan yang buruk pada pasien hipertensi berkorelasi dengan peningkatan risiko komplikasi akibat ketidakstabilan tekanan darah. Dengan demikian, intervensi edukasi dan pemantauan kepatuhan obat menjadi sangat penting dalam pengelolaan hipertensi.

## **B. Hubungan *Ultra Processed Food* Dengan Hipertensi Pada Lansia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden tergolong jarang mengonsumsi *Ultra Processed Food* (UPF), yaitu sebanyak 70 orang (62,5%), sementara 42 responden (37,5%) dikategorikan sering mengonsumsi UPF. Analisis karakteristik menunjukkan bahwa kelompok usia 45–59 tahun memiliki proporsi lebih tinggi pada kategori sering konsumsi UPF (45,3%) dibandingkan kelompok usia  $\geq 60$  tahun (27,1%). Dari segi jenis kelamin, perempuan sedikit lebih banyak dikategorikan sering mengonsumsi UPF (38,1%) dibandingkan laki-laki (35,7%). Temuan ini sejalan dengan penelitian Juul *et al.* (2019) yang melaporkan bahwa perempuan cenderung lebih sering mengonsumsi UPF, yang mungkin terkait dengan peran mereka dalam pemilihan dan penyajian makanan rumah tangga.

Jenis UPF yang paling sering dikonsumsi oleh responden adalah saus dan bubuk penyedap (29 kali/bulan), roti dan biskuit (27 kali/bulan), serta minuman berpemanis (18 kali/bulan). Sementara itu, kategori yang paling jarang dikonsumsi adalah ikan olahan (1 kali/bulan) dan makanan ringan (6 kali/bulan). Jika dirata-ratakan, frekuensi konsumsi UPF responden mencapai sekitar 5 kali per hari. Namun, mayoritas konsumsi tersebut berasal dari produk dengan porsi kecil dan kandungan natrium yang relatif rendah, seperti permen, biskuit, dan kopi instan, sehingga kontribusi natrium yang masuk ke tubuh tidak terlalu besar.

Secara lebih rinci, jenis makanan UPF yang paling sering dikonsumsi oleh responden dalam masing-masing kategori meliputi kental manis pada kategori susu dan olahannya, permen pada kategori permen dan coklat, mie instan pada kategori sereal dan mie, biskuit pada kategori roti dan biskuit, bakso kemasan pada kategori daging dan unggas, otak-otak pada kategori ikan dan olahannya, kecap pada kategori saus dan bubuk penyedap, kopi pada kategori minuman, serta keripik pada kategori makanan ringan. Sebaliknya, jenis makanan yang paling jarang dikonsumsi antara lain yogurt, coklat, bubur instan, roti gandum, ayam bumbu kemasan, bubuk rasa, minuman coklat, dan makanan ringan ekstrudat. Temuan ini menunjukkan bahwa produk UPF yang

praktis dan berumur simpan panjang lebih sering digunakan dalam kehidupan sehari-hari.

Dari segi kandungan natrium, sebagian besar produk UPF tersebut memiliki kadar yang bervariasi. Kental manis Bendera mengandung sekitar 25–35 mg natrium per 40 g sajian, permen seperti Kopiko mengandung sekitar 32 mg natrium per butir, sedangkan mie instan Indomie memiliki kandungan natrium relatif tinggi, yakni sekitar 720–780 mg per porsi 80–85 g. Pada kategori biskuit, Roma Kelapa mengandung 90 mg natrium per 5 keping (27 g), sementara Malkist Keju sekitar 65 mg per 2 keping (14 g). Produk daging olahan seperti bakso kemasan diperkirakan mengandung natrium hingga 300–600 mg per 100 g, sedangkan otak-otak ikan kemasan tercatat memiliki kandungan natrium sekitar 820–857 mg per 100 g. Pada kategori saus, kecap manis Bango mengandung sekitar 2.840 mg natrium per 100 ml, sedangkan kecap manis ABC sekitar 2.000 mg natrium per 100 ml. Kopi bubuk seperti Kapal Api dan Good Day relatif rendah natrium (<5 mg per sajian). Adapun keripik seperti Qtela dan Citatos memiliki kandungan natrium sekitar 300–600 mg per 30 g porsi.

Meskipun beberapa produk tersebut memiliki kandungan natrium per porsi yang cukup tinggi, frekuensi konsumsi oleh responden dalam penelitian ini tergolong jarang. Sebagian besar responden (62,5%) hanya sesekali mengonsumsi UPF, sehingga estimasi kontribusi natrium dari UPF terhadap asupan harian mereka diperkirakan sekitar 500–1.000 mg/hari. Jumlah ini relatif kecil dibandingkan dengan batas asupan natrium yang direkomendasikan WHO untuk populasi umum, yaitu <2.000 mg/hari atau setara 5 g garam (WHO, 2012). Bahkan, untuk penderita hipertensi, *American Heart Association* (AHA) menetapkan batas yang lebih ketat, yaitu maksimal 1.500 mg natrium/hari (sekitar 3,8 g garam) (AHA, 2021). Dengan demikian, kontribusi natrium dari UPF pada responden dalam penelitian ini kemungkinan belum cukup besar untuk melewati batas aman tersebut.

Analisis bivariat antara konsumsi UPF dan tekanan darah menunjukkan bahwa dari 70 responden yang jarang mengonsumsi UPF, sebanyak 47 orang (67,1%) mengalami hipertensi, sedangkan pada kelompok yang sering



mengonsumsi UPF, proporsi hipertensi sebesar 52,4% (22 orang). Walaupun uji statistik menghasilkan *p-value* 0,120 yang berarti tidak ada hubungan signifikan secara statistik, proporsi hipertensi yang relatif tinggi pada kedua kelompok ini menunjukkan bahwa konsumsi UPF masih perlu diwaspadai sebagai faktor risiko. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh frekuensi konsumsi UPF yang relatif rendah pada responden, sehingga kontribusi natrium dari sumber tersebut tidak cukup besar untuk memengaruhi tekanan darah secara langsung.

Penelitian oleh Khandpur *et al.*, (2020) dalam *Public Health Nutrition*, yang menyatakan bahwa meskipun UPF berkontribusi pada asupan natrium berlebih, bukti hubungan langsung dengan hipertensi belum sepenuhnya konsisten, khususnya dalam populasi lansia yang memiliki faktor risiko lain yang lebih dominan. Studi oleh Martínez Steele *et al.*, (2019) dalam *Nutrients* menemukan bahwa meskipun konsumsi UPF tinggi dihubungkan dengan peningkatan risiko penyakit kardiometabolik secara umum, pengaruh spesifik terhadap tekanan darah sangat tergantung pada konteks sosial dan pola makan secara keseluruhan. Dalam studi tersebut, lansia yang tetap aktif secara fisik dan menjaga asupan nutrisi lain tidak menunjukkan hubungan yang signifikan antara UPF dan tekanan darah.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian oleh (Barbosa *et al.*, 2022), Pada kelompok lansia, tidak ditemukan hubungan yang signifikan secara statistik antara konsumsi UPF dengan tekanan darah sistolik maupun diastolik. Ketidakesesuaian ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk heterogenitas desain studi, metode pengukuran konsumsi yang kurang akurat, serta variabel perancu yang tidak sepenuhnya dikendalikan, seperti aktivitas fisik, status gizi, indeks massa tubuh, serta kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol (Martínez-Pérez *et al.*, 2021).

Studi *cross sectional* yang sering digunakan dalam penelitian ini juga memiliki keterbatasan dalam mengidentifikasi hubungan kausal, karena hanya menangkap data pada satu waktu tertentu. Selain itu, pada kelompok lansia, telah terjadi perubahan gaya hidup sebagai bentuk adaptasi terhadap kondisi kesehatan, seperti pengurangan konsumsi makanan tinggi garam atau lemak,

yang berpotensi menurunkan konsumsi UPF secara keseluruhan (Conceição *et al.*, 2018).

### C. Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Hipertensi Pada Lansia

Berdasarkan hasil analisis univariat, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat aktivitas fisik dalam kategori sedang sebanyak 43 orang (38,4%), diikuti oleh kategori rendah sebanyak 41 orang (36,6%), dan hanya 28 orang (25%) yang memiliki aktivitas fisik tinggi. Jenis aktivitas fisik ringan yang paling sering dilakukan adalah berjalan kaki, baik untuk keperluan sehari-hari seperti pergi ke warung maupun ke tempat bekerja. Aktivitas ini umumnya dilakukan hampir setiap hari dengan durasi rata-rata sekitar 10 menit per hari. Sedangkan untuk aktivitas sedang, juga dilakukan hampir setiap hari dengan rata-rata durasi 10-30 menit, aktivitas yang biasa dilakukan adalah membersihkan rumah. Hanya sedikit lansia yang melakukan aktivitas berat, kegiatan yang dilakukan adalah membawa barang berat seperti cucian dan barang bekas saat bekerja, dilakukan hampir setiap hari dengan durasi 30 menit – 7 jam.

Distribusi aktivitas fisik berdasarkan usia menunjukkan bahwa baik kelompok usia 45–59 tahun maupun  $\geq 60$  tahun memiliki pola yang relatif serupa. Aktivitas fisik kategori sedang merupakan yang paling banyak ditemukan, yaitu 42,2% pada usia 45–59 tahun dan 33,3% pada usia  $\geq 60$  tahun. Aktivitas fisik rendah ditemukan pada 35,9% kelompok usia 45–59 tahun dan 37,5% pada kelompok  $\geq 60$  tahun. Sementara itu, aktivitas fisik tinggi pada kelompok  $\geq 60$  tahun sedikit lebih tinggi (29,2%) dibanding kelompok 45–59 tahun (21,9%).

Jika ditinjau berdasarkan jenis kelamin, perempuan cenderung lebih banyak memiliki aktivitas fisik rendah (36,9%) dibanding laki-laki (24,4%). Sebaliknya, proporsi aktivitas fisik tinggi lebih tinggi pada laki-laki (32,1%) dibanding perempuan (22,6%). Perbedaan ini dapat dipengaruhi oleh faktor kultural, pembagian peran dalam rumah tangga, serta perbedaan persepsi terhadap aktivitas fisik itu sendiri. Penelitian oleh Suprapti *et al.*, (2021) menyebutkan bahwa laki-laki lansia lebih cenderung terlibat dalam aktivitas

fisik ringan hingga sedang karena masih aktif bekerja atau memiliki mobilitas lebih tinggi dibanding perempuan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat aktivitas fisik dengan tekanan darah pada lansia ( $p$ -value = 0,216). Pada kelompok dengan aktivitas fisik rendah, sebanyak 70,1% responden mengalami hipertensi. Pada kelompok aktivitas sedang, 60,5% responden mengalami hipertensi, dan pada aktivitas fisik tinggi, jumlah penderita hipertensi menurun menjadi 50%. Meskipun secara statistik tidak signifikan, terlihat adanya penurunan prevalensi hipertensi seiring meningkatnya aktivitas fisik.

Temuan ini sejalan dengan penelitian oleh Rigia *et al.*, (2024) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara aktivitas fisik dan tekanan darah pada lansia, meskipun kelompok dengan aktivitas lebih tinggi cenderung memiliki tekanan darah yang lebih baik. Demikian pula, Wirakhmi (2023) menyimpulkan bahwa faktor-faktor lain seperti usia, stres kronis, riwayat penyakit, dan kepatuhan terhadap pengobatan memiliki pengaruh lebih besar terhadap hipertensi dibanding aktivitas fisik semata. Penelitian Pefbrianti dan Safitri (2023) juga menguatkan hasil tersebut melalui uji *Spearman rho* dengan  $p$ -value 0,511. Meski demikian, hasil berbeda ditemukan oleh Jasmin, Avianty, dan Prastia (2023) serta Makawekes, Suling, dan Kallo (2020), yang menyatakan adanya hubungan signifikan antara aktivitas fisik dan tekanan darah pada lansia. Perbedaan ini mengindikasikan bahwa pada kelompok usia lanjut, faktor lain seperti pengelolaan stres, kepatuhan minum obat, dan status gizi mungkin lebih dominan memengaruhi tekanan darah dibandingkan aktivitas fisik semata.

Kemenkes (2021) menganjurkan agar lansia, termasuk yang menderita hipertensi, melakukan aktivitas fisik rutin minimal selama lima hari dalam seminggu dengan durasi minimal 30 menit per harinya. Bentuk aktivitas yang dianjurkan meliputi jalan kaki, senam lansia, bersepeda santai, atau aktivitas aerobik ringan lainnya yang sesuai dengan kondisi fisik masing-masing. Aktivitas tersebut sebaiknya dilakukan secara berkesinambungan dan disesuaikan dengan kemampuan individu, dengan tujuan untuk membantu

mengontrol tekanan darah, memperbaiki sirkulasi darah, serta meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

#### **D. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Hipertensi Pada Lansia**

Berdasarkan hasil analisis univariat, mayoritas responden dalam penelitian ini memiliki tingkat dukungan keluarga dalam kategori cukup sebanyak 51 orang (45,5%), diikuti oleh kategori kurang sebanyak 49 orang (43,8%), dan hanya 12 orang (10,7%) yang mendapatkan dukungan keluarga dalam kategori baik. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar lansia belum menerima dukungan optimal dari keluarganya dalam menghadapi hipertensi. Dukungan keluarga sangat penting dalam proses pengelolaan penyakit kronis, termasuk hipertensi, karena keluarga dapat berperan dalam memantau kepatuhan pengobatan, menyediakan makanan sehat, mengingatkan aktivitas fisik, serta memberikan motivasi psikologis (Fitriani & Susilowati, 2022).

Jika ditinjau berdasarkan kelompok usia, baik pada usia 45–59 tahun maupun  $\geq 60$  tahun, distribusi dukungan keluarga yang diterima relatif seimbang. Sebanyak 45,8% responden lansia  $\geq 60$  tahun mendapat dukungan kategori “cukup”, sementara kelompok 45–59 tahun juga didominasi oleh kategori yang sama (45,3%). Dukungan keluarga kategori “baik” hanya sedikit, yaitu 12,5% pada kelompok usia 45–59 tahun dan 8,3% pada kelompok  $\geq 60$  tahun. Hal ini menunjukkan bahwa usia tidak menjadi penentu utama terhadap tinggi rendahnya dukungan keluarga, karena semua kelompok usia tetap memerlukan dukungan emosional maupun fungsional dari keluarga (Iskandar & Fitria, 2021).

Dari segi jenis kelamin, dukungan keluarga kategori “kurang” lebih banyak dialami responden laki-laki (53,6%) dibandingkan perempuan (40,5%), sedangkan dukungan “cukup” dan “baik” lebih banyak diterima oleh perempuan. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa perempuan cenderung lebih terbuka secara emosional dan memiliki relasi sosial yang lebih kuat dalam lingkungan keluarga dibandingkan laki-laki, sehingga lebih mungkin untuk menerima dukungan yang lebih baik (Nugraheni & Purnamasari, 2020).

Terlihat bahwa dukungan keluarga terhadap lansia dengan hipertensi menunjukkan variasi yang cukup luas dalam berbagai bentuk, mulai dari dukungan emosional, informasional, hingga instrumental. Secara umum, dukungan emosional tampak paling dominan diberikan oleh keluarga. Hal ini ditunjukkan dari pernyataan "Saya diberi semangat dan dukungan oleh keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi", yang dijawab "Sangat Setuju" oleh 44,6% responden dan "Setuju" oleh 27,7%. Hal serupa tampak pada pernyataan "Saya diterima oleh keluarga apa adanya dengan segala keterbatasannya", di mana 75% responden memilih "Sangat Setuju", menunjukkan tingginya penerimaan keluarga terhadap kondisi lansia.

Dukungan dalam bentuk keterlibatan sosial juga cukup menonjol, seperti pada pernyataan "Saya dilibatkan dalam musyawarah keluarga" yang mendapat tanggapan "Sangat Setuju" dari 53,6% responden. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden merasa masih dianggap penting dan memiliki peran dalam keluarga, yang bisa berdampak positif terhadap kesejahteraan psikologis lansia.

Namun demikian, bentuk dukungan lainnya seperti mendengarkan atau menanyakan keluhan menunjukkan hasil yang lebih beragam. Sebanyak 33,9% responden sangat setuju bahwa keluarga mendengarkan keluhan mereka, sedangkan hanya 28,6% yang sangat setuju bahwa keluarga menanyakan keluhan secara aktif. Ini menunjukkan bahwa komunikasi dua arah antara lansia dan keluarga masih belum optimal, terutama dalam konteks menggali informasi mengenai kondisi kesehatan mereka.

Pada aspek dukungan instrumental, seperti bantuan untuk keperluan pengobatan dan logistik, hasilnya relatif lebih rendah. Misalnya, hanya 47,3% responden yang menyatakan sangat setuju bahwa mereka diantarkan keluarga untuk berobat atau pemeriksaan kesehatan. Jumlah ini masih signifikan, namun ada sekitar 22,3% responden yang memilih "Kadang-kadang" dan 19,6% yang menjawab "Tidak Pernah", menandakan bahwa sebagian lansia mungkin mengalami hambatan dalam akses pengobatan akibat keterbatasan dukungan fisik dari keluarga.

Bentuk dukungan material juga cenderung rendah. Hanya 14,3% responden yang sangat setuju bahwa keluarga menyediakan dana khusus untuk keperluan pengobatan atau pemeriksaan kesehatan. Ini menjadi perhatian penting karena keterbatasan ekonomi dapat berdampak langsung terhadap kepatuhan dalam pengelolaan hipertensi. Bahkan dalam hal pengaturan pola makan, seperti memasak makanan rendah garam, hanya 12,5% yang menjawab “Sangat Setuju” dan 6,3% “Setuju”, sementara mayoritas 67% menyatakan “Tidak Pernah”.

Sementara itu, dukungan informatif dalam bentuk pengingat atau edukasi tentang gaya hidup sehat dan kepatuhan pengobatan juga menunjukkan hasil yang bervariasi. Responden yang menyatakan sangat setuju bahwa keluarga memberikan informasi tentang perawatan yang baik dan benar hanya sebesar 28,6%. Pengingat untuk tidak mengonsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol juga hanya didukung oleh 22,3% responden “Sangat Setuju”. Dukungan untuk aktivitas sehat seperti olahraga dan istirahat cukup juga tidak menunjukkan angka yang tinggi. Hanya 17,9% responden yang sangat setuju diingatkan untuk berolahraga secara teratur dan 26,8% yang diingatkan untuk istirahat cukup.

Dukungan terhadap kepatuhan pengobatan dan kontrol tekanan darah juga belum optimal. Hanya 18,8% responden yang sangat setuju bahwa mereka diingatkan keluarga untuk minum obat secara teratur, dan jumlah yang sama juga untuk pengingat kontrol tekanan darah. Padahal kedua aspek ini merupakan bagian penting dalam pengendalian hipertensi, terutama pada kelompok lansia yang rentan lupa dan mengalami hambatan mobilitas. Secara keseluruhan, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga paling kuat berada pada aspek emosional dan penerimaan, sedangkan dukungan instrumental dan informatif masih perlu ditingkatkan.

Analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat dukungan keluarga dengan status hipertensi ( $p$ -value = 0,612). Pada kelompok dengan dukungan “kurang”, sebanyak 65,3% responden mengalami hipertensi, sedangkan pada dukungan “cukup” dan “baik”, masing-

masing 60,8% dan 50% responden tetap mengalami hipertensi. Walaupun terlihat adanya kecenderungan bahwa semakin baik dukungan keluarga maka proporsi hipertensi menurun, namun secara statistik hubungan tersebut tidak signifikan. Temuan ini konsisten dengan studi oleh Wirakhmi (2023) dan Rigia *et al.*, (2024) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga tidak selalu berhubungan langsung dengan tekanan darah, karena hipertensi dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti usia, stres, kepatuhan pengobatan, dan gaya hidup.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga tidak selalu berhubungan signifikan dengan pengelolaan hipertensi pada lansia. Hal ini sejalan dengan penelitian Lolo & Nurlaela (2018) Nilai  $p$  untuk penelitian ini adalah 0,443, menunjukkan tidak adanya hubungan antara dukungan keluarga dan insidensi hipertensi pada populasi lansia. Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Relawaati (2012) tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan keteraturan kontrol tekanan dengan nilai  $p$ -value sebesar 0,697. Selain itu, penelitian oleh Fajriansih *et al.*, (2022) Nilai  $p$  untuk penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bontomarannu, Kabupaten Gowa, dihitung sebesar 0,187, menunjukkan tidak adanya korelasi yang bermakna antara dukungan keluarga dan terapi hipertensi pada lansia.

Meskipun demikian, terdapat pula beberapa penelitian yang menunjukkan hasil sebaliknya. Tamu Ina dan Setyoningrum (2021) menemukan adanya hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan pengendalian hipertensi lansia, dengan  $p$ -value sebesar 0,000. Penelitian oleh Hariani dan Arianni (2025) serta Wulandhani *et al.*, (2020) juga menunjukkan hasil serupa, di mana dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan perilaku dan motivasi lansia dalam pengendalian hipertensi, masing-masing dengan  $p$ -value sebesar 0,000. Selain itu, Kusdiana *et al.*, (2023) Kualitas hidup lansia dengan hipertensi sangat terkait dengan dukungan yang mereka terima dari keluarga, seperti yang disebutkan. Hasil ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga tetap menjadi faktor penting yang berpotensi mempengaruhi karakteristik psikologis dan perilaku lansia, meskipun beberapa studi belum menunjukkan korelasi langsung yang kuat. Untuk menurunkan tekanan darah secara efektif, penting

untuk mempertimbangkan faktor lain. Masalah ini meliputi kepatuhan terhadap obat, menjaga kesehatan nutrisi yang optimal, mengendalikan stres, dan mempromosikan gaya hidup sehat.

#### **E. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang dapat memengaruhi hasil dan interpretasi data. Salah satunya adalah situasi saat pengumpulan data, di mana beberapa responden merasa tidak nyaman karena wawancara dilakukan bersamaan dengan responden lain. Kehadiran orang lain, seperti tetangga atau kenalan, diduga menimbulkan rasa malu atau gengsi, sehingga responden mungkin kurang jujur dalam memberikan jawaban. Kondisi ini berpotensi menimbulkan bias pada data yang dikumpulkan.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai “Hubungan Pola Konsumsi *Ultra Processed Food*, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga terhadap Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan” dapat disimpulkan bahwa:

1. Hasil identifikasi karakteristik lansia di Kelurahan Cipete, Jakarta Selatan menunjukkan mayoritas lansia adalah perempuan (75%), berusia 45–59 tahun (57,1%), berpendidikan rendah (58% tidak sekolah dan tamat SD), dan tidak bekerja (62,5%). Sebanyak 44,6% memiliki riwayat hipertensi (terutama derajat 1 dan 2), namun hanya 31,3% yang rutin mengonsumsi obat, mencerminkan rendahnya kepatuhan pengobatan dan kemungkinan keterbatasan akses layanan kesehatan.
2. Hasil Identifikasi hipertensi menunjukkan mayoritas responden (60,7%) berada pada kategori pre-hipertensi hingga hipertensi derajat 1–3. Hal ini menunjukkan tingginya proporsi lansia dengan tekanan darah di atas normal pada wilayah penelitian.
3. Hasil identifikasi pola konsumsi *Ultra Processed Food* menunjukkan bahwa 62,5% responden jarang mengonsumsi UPF, sedangkan 37,5% tergolong sering. Jenis UPF yang paling sering dikonsumsi adalah saus dan bubuk penyedap (29 kali/bulan), roti dan biskuit (27 kali/bulan), serta minuman berpemanis (18 kali/bulan). Sementara itu, kategori yang paling jarang dikonsumsi adalah olahan ikan (1 kali/bulan) dan makanan ringan (6 kali/bulan).
4. Hasil identifikasi menunjukkan mayoritas responden memiliki aktivitas fisik sedang (38,4%), diikuti oleh kategori rendah (36,6%) dan kategori tinggi (25%).
5. Hasil identifikasi menunjukkan 45,5% responden memperoleh dukungan keluarga kategori cukup, 43,8% dalam kategori kurang, dan

hanya 10,7% yang menerima dukungan kategori baik. Dukungan yang paling dominan adalah dukungan emosional (75% responden menyatakan diterima keluarga apa adanya), sedangkan dukungan instrumental dan material masih rendah.

6. Hasil bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pola konsumsi *ultra processed food* dengan hipertensi lansia (*P value* 0,120).
7. Hasil bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara aktivitas fisik dengan hipertensi lansia (*P value* 0,216)
8. Hasil bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan hipertensi lansia (*P value* 0,612).

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka peneliti dapat memberikan saran diantaranya sebagai berikut:

### **1. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Selain mempertimbangkan variabel lain yang dapat memengaruhi hipertensi pada lansia, seperti kebiasaan tidur, tingkat stres, atau konsumsi obat-obatan, disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut menggunakan pendekatan atau peralatan alternatif yang lebih sensitif.

### **2. Bagi Lansia**

Meskipun penelitian ini tidak menemukan hubungan yang bermakna antara pola konsumsi *ultra processed food*, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga dengan hipertensi, sebagian lansia dalam penelitian ini tetap menunjukkan tekanan darah yang cenderung tinggi. Oleh karena itu, penting bagi lansia untuk tetap menjaga pola makan sehat, seperti mengurangi konsumsi makanan tinggi garam, gula, dan lemak jenuh, serta memperbanyak asupan sayur dan buah. Lansia juga dianjurkan rutin melakukan aktivitas fisik ringan sesuai kemampuan, seperti jalan kaki selama 30 menit setiap hari, dan tetap menjaga hubungan sosial yang positif untuk mendukung kesehatan mental dan fisik secara umum.

### **3. Bagi Tenaga Kesehatan dan Pemerintah**

Diharapkan dapat terus melakukan edukasi dan promosi kesehatan mengenai gaya hidup sehat kepada masyarakat, terutama lansia, melalui penyuluhan rutin di posyandu lansia atau kegiatan komunitas. Edukasi ini dapat mencakup pentingnya pemeriksaan tekanan darah secara berkala, pengaturan pola makan seimbang, serta dorongan untuk melakukan aktivitas fisik ringan yang teratur. Selain itu, perlu adanya peningkatan layanan kesehatan preventif di tingkat komunitas untuk mendeteksi dan mengendalikan tekanan darah tinggi sejak dini.

## DAFTAR PUSTAKA

- AIMI. (2021). *Ultra processed food dan dampaknya bagi kesehatan*. Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia. <https://aimi-asi.org>
- Ahyar, H., dkk. (2020). *Buku metode penelitian kualitatif & kuantitatif*. Yogyakarta: CV Pustaka Ilmu.
- Andini, R. D., & Rahmawati, D. (2020). Kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi di wilayah puskesmas. *Jurnal Keperawatan Komplementer*, 7(1), 10–15.
- Ayu, D., Sinaga, A. F., Syahlan, N., Siregar, S. M., Sofi, S., Zega, R. S., Rusdi, A., & Dila, T. A. (2022). Faktor-faktor yang menyebabkan hipertensi di Kelurahan Medan Tenggara. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5, 649–664.
- Barbosa, S. S., Ribeiro, A. Q., Franceschini, S. D. C. C., Priore, S. E., & Peluzio, M. D. C. G. (2022). A systematic review on processed/ultra-processed foods and arterial hypertension in adults and older people. *Nutrients*, 14(6), 1215. <https://doi.org/10.3390/nu14061215>.
- Bestari, D. P., Andarwulan, N., & Palupi, N. S. (2023). The role of ultra-processed foods in sodium overconsumption: A case study in Indonesia. *Asian Journal of Clinical Nutrition*, 15(1), 45–52.
- Bestari, F. F., Andarwulan, N., & Palupi, E. (2023). Contribution of ultra-processed foods to sodium intake in Indonesia: Implications for public health. *Foods*, 12(24), 4457. <https://doi.org/10.3390/foods12244457>.
- Claro, R. M., Monteiro, C. A., & da Silva, A. M. (2021). Association between ultra-processed food consumption and hypertension in the ELSA-Brasil study. *Public Health Nutrition*, 24(3), 567–574. <https://doi.org/10.1017/S1368980020002848>
- Conceição, L. A. D. S., Santos, S. F. D., Silva, A. C. D., & Santos, D. D. A. (2018). Ultra-processed food consumption and arterial hypertension in Brazilian adults. *Revista de Saúde Pública*, 52, 52–78.
- Dinkes DKI Jakarta. (2020). *Profil kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2020*. Dinas Kesehatan DKI Jakarta.
- Erman, I., Damanik, H. D. L., & Sya'diyah, S. (2020). Hubungan merokok dengan kejadian hipertensi di Puskesmas Kampus Palembang. *Jurnal Keperawatan Merdeka*, 1(1). <https://doi.org/10.36086/jkm.v1i1.983>
- Fajriansih, L., Rusdiana, A., & Sari, K. R. (2022). Hubungan pengetahuan dan dukungan keluarga dengan manajemen hipertensi pada lansia penderita hipertensi di Puskesmas Bontomarannu Kabupaten Gowa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 17(1), 35–40. <https://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/2139>.
- Fitriani, E., & Susilowati, E. (2022). Dukungan keluarga dan kepatuhan

- pengobatan pada penderita hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 56–62.
- Fitriyani, N., & Setyorini, D. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia. *Jurnal Keperawatan*, 8(2), 97–104.
- Freitas, F., & Pérez-Cueto, F. J. (2019). Ultra-processed foods and hypertension: A systematic review. *Nutrients*, 11(8), 1976. <https://doi.org/10.3390/nu11081976>
- Hariani, A., & Arianni, D. (2025). Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi pada lansia di Puskesmas Marusu Kabupaten Maros. *As-Holis Care: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 4(1), 30–36. <https://journal-uim-makassar.ac.id/index.php/asholiscare/article/view/1597>.
- Herawati, E. (2023). Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan kontrol tekanan darah pada lansia hipertensi di Kelurahan Cipete Utara. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 26(1), 45–52.
- Iskandar, A., & Fitria, D. (2021). Hubungan antara usia dan dukungan keluarga dengan kontrol tekanan darah pada lansia. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 15(2), 134–141.
- Jasmin, N., Avianty, N., & Prastia, D. F. (2023). Hubungan aktivitas fisik dengan tingkat hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Pancasan Kota Bogor. *Jurnal Promotor Kesehatan*, 3(1), 15–22.
- Juul, F., Martinez-Steele, E., Parekh, N., Monteiro, C. A., & Chang, V. W. (2019). Ultra-processed food consumption and excess weight among US adults. *British Journal of Nutrition*, 123(2), 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0007114519002671>
- Kadir, A. (2023). Penyajian data dalam penelitian: Pendekatan sistematis melalui teks, tabel, grafik. *Lembaga KITA Journal of Information & Technology*, 5(3), 12–25.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pedoman Pelayanan Puskesmas Santun Lanjut Usia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Hasil utama Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Modul Pandu PTM*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Profil kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2020*. Jakarta: Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Aktivitas Fisik untuk Lansia*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Usia Produktif dan Lanjut.
- Khandpur, N., Rossato, S. L., Figueiredo, L. F. M., & Monteiro, C. A. (2020). Are ultra-processed foods harmful to health? A review of the evidence. *Public*

*Health Nutrition*, 23(11), 1883–1894.  
<https://doi.org/10.1017/S1368980019005186>

- Kusdiana, K., Nuryani, N., & Wahyuni, S. (2023). Dukungan keluarga dan kualitas hidup lansia penderita hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Mandira Cendikia*, 13(2), 105–112.
- Kusumawardana, A., Purnama, S., & Dewi, A. (2017). Dukungan keluarga dan kontrol tekanan darah pada penderita hipertensi usia lanjut. *Jurnal Keperawatan*, 8(2), 66–73.
- Lestari, P. W., & Arifin, H. (2018). Hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian hipertensi pada lansia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(3), 217–223.
- Listyanto, D. (2020). Aktivitas Antioksidan Dan Parameter Fisika Teh Daun Belimbing Wuluh (*Averrhoa Billimbi L.*) dengan Metode FRAP. <http://librepo.stikesnas.ac.id/id/eprint/490>
- Lolo, L., & Nurlaela. (2018). Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Sabbangparu Kabupaten Wajo. *Jurnal Fenomena Kesehatan*, 1(2), 141–147.
- Luthfiyani, N., & Khusna, H. (2019). Faktor-faktor yang memengaruhi hipertensi pada lansia. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 10(2), 105–112.
- Makawekes, J. N., Suling, P. L., & Kallo, M. R. (2020). Pengaruh aktivitas fisik terhadap tekanan darah pada lansia di Desa Taloarane. *Jurnal Keperawatan*, 8(2), 89–95.  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/jkp/article/view/28415>.
- Mamile, R., Hidayati, P. H., & Tabri, N. A. (2022). Efek merokok terhadap kejadian hipertensi: systematic review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(4).  
<https://doi.org/10.31004/jkt.v5i4.39255>
- Martínez Steele, E., Popkin, B. M., Swinburn, B., & Monteiro, C. A. (2019). The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: Evidence from a nationally representative cross-sectional study. *Nutrients*, 11(1), 28. <https://doi.org/10.3390/nu11010028>.
- Martinez Pérez, M., Hernández, A. L., & García, F. J. (2021). Dietary patterns, physical activity and hypertension in older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4653.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18094653>.
- Mendonca, R. D., Lopes, A. C. S., Pimenta, A. M., Gea, A., Martinez-Gonzalez, M. A., & Bes-Rastrollo, M. (2017). Ultra-processed food consumption and the incidence of hypertension in a Mediterranean cohort: The SUN Project. *American Journal of Hypertension*, 30(4), 358–366.  
<https://doi.org/10.1093/ajh/hpw137>.
- Niman, M., Hadi, S., & Susanti, R. (2017). Peran dukungan keluarga terhadap pengendalian hipertensi pada lansia di wilayah perkotaan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 3(2), 22–28

- Niman, S., Hariyanto, T., & Dewi, N. (2017). Hubungan antara dukungan keluarga dengan fungsi sosial lansia di wilayah Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Malang. *Nursing Nws*, 2(2), 479–489.
- Novitasari, D., Handayani, H., & Herawati, L. (2019). Hubungan usia dengan kejadian hipertensi di wilayah kerja puskesmas. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 89–95.
- Nugraheni, R. S., & Purnamasari, P. (2020). Perbedaan dukungan sosial berdasarkan jenis kelamin pada lansia penderita hipertensi. *Jurnal Psikologi Sosial*, 18(1), 45–52.
- Nuraini, B. (2015). Aktivitas fisik dan hubungannya dengan tekanan darah pada lanjut usia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 3(1), 15–22.
- Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *J Majority*, 4(5), 10–19.
- Nuraini, N. (2015). Aktivitas fisik sebagai pencegahan primer hipertensi pada lansia. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 10(1), 1–8.
- Pefbrianti, R., & Safitri, D. (2023). Hubungan aktivitas fisik dengan tekanan darah pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Martapura 1. *Jurnal Prepotif*, 7(1), 55–61.
- Prabangesti, D. G. (2021). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Kunderan Kota Blora. *Proposal Penelitian Sarjana Keperawatan*.
- Putri, S., Harnani, R., & Yessi, Z. (2021). Fungsi penyajian data statistik dalam laporan penelitian. *Jurnal Statistik dan Kesehatan*, 3(1), 45–56.
- Raissa, I. R., Sembodo, T., & Subagyo, D. T. L. (2021). Faktor risiko merokok pada kejadian hipertensi di Poli Interna RSI Sultan Agung Semarang periode November 2020 – Januari 2021. *Prosiding Konstelasi Ilmiah Mahasiswa Unissula (KIMU) Klaster Kesehatan*.
- Relawaati, R. (2012). Hubungan dukungan keluarga dengan keteraturan kontrol tekanan darah pada lansia di Puskesmas Sukmajaya. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(2), 134–139.
- Rigia, R., Rini, F., Prasestiyo, H., & Setiawati, E. M. (2024). Hubungan aktivitas fisik dengan tingkat tekanan darah pada lansia di Puskesmas Seyegan. *Jurnal Kesehatan*, 2(September), 1306–1311.
- Rigia, R., Astuti, D. R., & Lestari, W. (2024). Hubungan aktivitas fisik dengan tekanan darah pada lansia. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 12(1), 22–29.
- Rosyidah, S., & Wahyuni, S. (2020). Hubungan jenis kelamin dengan tekanan darah pada lansia. *Jurnal Keperawatan Respati*, 5(1), 18–23.
- Sari, E. P., Sitorus, R. J., & Utama, F. (2017). Studi Prevalensi Kejadian Hipertensi pada Posbindu di Wilayah Kerja BTKLPP Kelas I Palembang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 117–124.

- Setiati, S., Alwi, I., Sudoyo, A. W., Simadibrata, M., Setiyohadi, B., & Syam, A. F. (2020). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* (6th ed.). Jakarta: Interna Publishing.
- Setyanda, Y. O. G., Sulastri, D., & Lestari, Y. (2015). Hubungan Merokok dengan Kejadian Hipertensi pada Laki-Laki Usia 35-65 Tahun di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2), 434–440.  
<https://doi.org/10.25077/jka.v4i2.268>
- Suprapti, N. W., Utami, A. R., & Darmawan, M. (2021). Perbedaan aktivitas fisik antara lansia laki-laki dan perempuan. *Jurnal Ilmu Gizi dan Kesehatan*, 13(1), 47–53.
- Suryarinilsih, Y., Fadriyanti, Y., & Kemenkes Padang, P. (2021). Rebusan seledri terhadap penurunan tekanan darah pasien hipertensi. *Menara Ilmu*, 15(2), 134–140.
- Tamu Ina, M., & Setyoningrum, R. A. (2021). Hubungan dukungan keluarga dengan tindakan lansia dalam pengendalian hipertensi di Puskesmas Lerep Ungaran Barat. *Jurnal Kesehatan Bhakti Setya*, 9(1), 22–28.
- Widianto, A. A., Romdhoni, M. F., Karita, D., & Purbowati, M. R. (2019). Hubungan Pola Makan Dan Gaya Hidup Dengan Angka Kejadian Hipertensi Pralansia Dan Lansia. *MAGNA MEDICA: Berkala Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(5), 58.
- Widianto, D., Setyorini, T., & Rahmawati, Y. (2019). Faktor risiko hipertensi pada masyarakat perkotaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 15(2), 87–94.
- Widjanarko, B., & Ratnaningsih, D. J. (2014). *Konsep Dasar Penyajian Data*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Widyaningrum, D., Retnaningsih, D., & Tamrin, T. (2019). Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada lansia penderita hipertensi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Komunitas*, 2(2), 21–26.  
<https://doi.org/10.32584/jikk.v2i2.411>.
- World Health Organization. (2012). *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Geneva: WHO Press.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization. (2023). *Ageing and health*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti, R. E., Azizi, M., Burnier, M., et al. (2018). 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104.  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- Wirakhmi, I. N. (2023). Hubungan Aktivitas Fisik dengan Hipertensi Pada Lanjut Usia di Puskesmas Kutasari. *Jurnal Untuk Masyarakat Sehat (JUKMAS)*,



7(1), 61–67. <https://doi.org/10.52643/jukmas.v7i1.2385>

Wirakhmi, I. N., & Novitasari, D. (2021). Pemberdayaan Kader Pengendalian Hipertensi. *Jurnal Altifani Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(3), 240–248. <https://doi.org/10.25008/altifani.v1i3.162>

Wirakhmi, R., & Novitasari, D. (2021). Hipertensi dan penatalaksanaannya. *Jurnal Kesehatan*, 9(2), 45–53.

Wirakhmi, S. (2023). Aktivitas fisik dan kejadian hipertensi pada lansia di wilayah pesisir. *Jurnal Gizi dan Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 88–94.


Wulandhani, D., Yusnita, R., & Syafrida, Y. (2020). Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi lansia memeriksakan tekanan darah di Kelurahan Tangkerang Selatan Kota Pekanbaru. *JOM PSIK*, 7(2), 55–60.

Yanita. (2023). Hipertensi sebagai silent killer. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 14(1), 45–52.

Xu, W., Zhang, Y., Wang, S., & et al. (2020). Physical activity and risk of hypertension: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertension Research*, 43(9), 821–828. <https://doi.org/10.1038/s41440-020-0471-7>.

Zainuddin, A., & Yunawati, I. (2019). Asupan Natrium Dan Lemak Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Wilayah Poasia Kota Kendari. *Seminar Nasional Teknologi Terapan Berbasis Kearifan Lokal (SNT2BKL)*, i, 581–588.

### Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian untuk Responden

	<p><b>Lembar Penjelasan Penelitian untuk Responden</b></p> <p>Program Studi Gizi</p> <p>Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan</p> <p>Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA</p>
---	--

*Assalamualaikum Warahmatullah Wabarakatuh*


Perkenalkan nama saya Alya Muna Yusmaniar mahasiswa Program Studi Gizi, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA yang sedang melakukan pengambilan data terkait faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi dan diabetes melitus. Data yang diambil yaitu pengukuran tekanan darah, gula darah sewaktu, tinggi badan, berat badan, LILA, lingkaran pinggang, pola konsumsi *Ultra Processed Food*, aktivitas fisik, dukungan keluarga, kualitas hidup, dan pengeluaran rumah tangga untuk memenuhi syarat tugas akhir penyelesaian skripsi.

Dalam hal ini, saya meminta kesediaan Saudara/i untuk menjadi responden. Maka dari itu, saya selaku mahasiswa memohon kesediaan Saudara/i agar dapat meluangkan waktu sekitar 40-60 menit untuk menjadi informan dengan menjawab beberapa pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner dengan jujur. Adapun semua informasi yang berkaitan dengan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui untuk kepentingan tugas akhir. Selain itu, kontribusi anda sukarela, tidak ada paksaan dan boleh sewaktu-waktu untuk mengundurkan diri. Jika terdapat hal yang belum jelas sehubungan dengan pengambilan data ini silahkan menghubungi kontak di bawah ini:

**Alya Muna Yusmaniar (0838-1187-7085).**

*Wassalaamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

## Lampiran 2 Lembar Kesiediaan Menjadi Responden

	<p><b>Lembar Kesiediaan Menjadi Responden</b></p> <p>Program Studi Gizi</p> <p>Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan</p> <p>Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA</p>
---	---

Setelah saya mendapat penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai hal yang berkaitan dengan pengambilan data terkait faktor-faktor yang mempengaruhi hipertensi dan diabetes melitus yang dilaksanakan oleh Alya Muna Yusmaniar Program Studi Gizi Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA, maka saya:

Nama :

No. Handphone :

Alamat :


Menyatakan BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA (coret salah satu) untuk menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela dan tanpa paksaan apapun. Bila selama penelitian saya ingin mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Jakarta, ..... 2024

Responden

(.....)

### Lampiran 3 Lembar Kuesioner Penelitian

 <p><b>Uhamka</b> FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN</p>	<p><b>Kuesioner Pola Konsumsi Ultra Processed Food, Aktivitas Fisik, dan Dukungan Keluarga Terhadap Hipertensi Pada Lansia di Kelurahan Cipete Jakarta Selatan</b></p> <p>Program Studi Gizi</p> <p>Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan</p> <p>Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA</p>
---	--

#### A. Karakteristik Responden

<b>KARAKTERISTIK RESPONDEN</b>				
<b>No</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Pilihan Jawaban</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Kode</b>
A1	Nama Responden			Nama_resp
A2	Alamat			Almt_resp
A3	Usia			Usia_resp
A4	Jenis Kelamin	0. Laki-laki 1. Perempuan		Jk_resp
A5	Pendidikan	0. Tidak Sekolah 1. SD/Sederajat 2. SMP/Sederajat 3. SMA/Sederajat 4. Perguruan Tinggi		Pendidik_resp
A6	Pekerjaan	0. Tidak Bekerja 1. Wirausaha 2. Karyawan Swasta 3. PNS 4. Lainnya....		Kerja_resp
A7	No. Handphone/WA			Hp_resp
A8	Tekanan Darah Sistolik			Td_sis
A9	Tekanan Darah Diastolik			Td_dias

**B. Pola Konsumsi *Ultra Processed Food***

**KUESIONER FFQ *ULTRA PROCESSED FOOD***

No	<i>Ultra Processed Food</i>	Merek	TP	...x/hari	...x/minggu	...x/bulan
<b>Susu dan Olahannya</b>						
1.	Susu bubuk					
2.	Susu cair					
3.	Yogurt					
4.	Kental manis					
5.	Es krim					
6.	Lainnya.....					
<b>Permen dan Cokelat</b>						
7.	Permen					
8.	Cokelat					
9.	Mesis					
10.	Lainnya.....					
<b>Sereal</b>						
11.	Mie instan					
12.	Bubur instan					
13.	Bubuk sereal Contoh: energen, gowell, govit					
14.	Tepung berbumbu Contoh: tepung bumbu sajiku					
15.	Lainnya.....					
<b>Roti</b>						
16.	Roti putih Contoh: roti tawar					
17.	Roti gandum					
18.	Bagelen (roti kering)					

19.	Biskuit					
20.	Wafer					
21.	Astor					
22.	Kue kering Contoh: nextar, goodtime					
23.	Roti kemasan Contoh: croissant kemasan, roti kacang hijau kemasan					
24.	Kue Contoh: oreo soft cake, kue (sari roti)					
25.	Lainnya...					
<b>Olahan Daging dan Unggas</b>						
26.	Sosis					
27.	Bakso					
28.	Nugget					
29.	Daging asap Contoh: kebab					
30.	Ayam bumbu kemasan Contoh: so nice, fiesta					
31.	Lainnya.....					
<b>Ikan dan olahannya</b>						
32.	Olahan ikan Contoh: bakso ikan, cedea, otak-otak, fishroll					
<b>Saus dan Bubuk Penyedap</b>						
33.	Saus					
34.	Kecap					

	Contoh: kecap asin/manis					
35.	Mayones					
36.	Bumbu siap pakai Contoh: bumbu racik sajiku					
37.	Selai					
38.	Margarin dan mentega					
39.	Bubuk rasa Contoh: rasa keju, rasa asin, balado					
40	Lainnya...					
<b>Minuman</b>						
41.	Bubuk coklat Contoh: drink bengbeng, chocolatos, coklat, tiramisu, matcha					
42.	Konsentrat buah Contoh: nutrisari					
43.	Minuman elektrolit Contoh: pocari sweet, lemon water, isoplus, mizone, hydro coco					
44.	Minuman berkarbonasi Contoh: coca-cola, fanta, pepsi, sprite					
45.	Teh Contoh: teh pucuk, teh sisri, tea jus					
46.	Kopi Contoh: good day, kapal api, torabika					

47.	Sirup					
48	Lainnya.....					
<b>Makanan Ringan</b>						
49.	Keripik Contoh: kusuka, qtela, chuba					
50.	Pilus					
51.	Kacang-kacangan Contoh: kacang garuda					
52.	Makanan ringan ekstrudat. Contoh: momogi, siip, chiki balls, sponge, cheetos, poppy pop, komo, dll					
53	Lainnya.....					

### C. Aktivitas Fisik

Klasifikasi aktivitas *Global Physical Activity GPAQ* (2016)

Jenis Aktivitas	Jenis Kegiatan	Contoh Aktivitas
Aktivitas/kerja ringan	75% dari waktu yang digunakan adalah untuk duduk atau berdiri dan 25% untuk kegiatan berdiri dan berpindah	Duduk,berdiri, mencuci piring, memasak, menyetrika, bermain musik, menonton tv, mengemudikan kendaraan, berjalan perlahan.
Aktivitas/kerja sedang	40% dari waktu yang digunakan adalah untuk duduk atau berdiri dan 60% adalah untuk kegiatan kerja khusus dalam bidang pekerjaannya	Mengepel lantai, mencuci mobil, menanam tanaman, bersepeda pergi pulang beraktivitas, berjalan sedang dan cepat, bowling, golf, berkuda, bermain tenis meja, berenang, voly.



Aktivitas/kerja berat	25% dari waktu yang digunakan adalah untuk duduk atau berdiri dan 75% adalah untuk kegiatan kerja khusus dalam bidang pekerjaannya	Membawa barang berat, berkebun, bersepeda (16-22 km/jam), bermain sepak bola, bermain basket, gym angkat berat, berlari.
-----------------------	--	--

Kuesioner Aktivitas Fisik *Global Physical Activity GPAQ* (2016)

Pertanyaan	Responden	Kode	
<b>A. Aktivitas saat bekerja</b> (aktivitas termasuk belajar, tugas administrasi, aktivitas rumah tangga, dll)			
1	Apakah dalam pekerjaan sehari – hari Bapak/Ibu, melakukan <b>aktivitas fisik/kerja berat</b> minimal 10 menit per hari?	1. Ya 2. Tidak (Lanjut ke no 4)	P1
2	Berapa hari dalam seminggu Bapak/Ibu melakukan <b>aktivitas fisik/kerja berat</b> ?	..... Hari	P2
3	Berapa lama dalam 1 hari, Bapak/Ibu melakukan <b>aktivitas fisik/kerja berat</b> ?	..... Jam , .....Menit	P3
4	Apakah dalam pekerjaan Bapak/Ibu, memerlukan <b>aktivitas fisik/kerja sedang</b> , minimal 10 menit per hari?	1. Ya 2. Tidak (Lanjut ke no 7)	P4
5	Berapa hari dalam seminggu Bapak/Ibu melakukan <b>aktivitas fisik/kerja sedang</b> ?	..... Hari	P5
6	Berapa lama dalam 1 hari biasanya Bapak/Ibu melakukan <b>aktivitas fisik/kerja sedang</b> ?	..... Jam , .....Menit	P6
<b>B. Perjalanan dari tempat ke tempat lainnya</b> (Perjalanan ke tempat kerja, belanja, ke supermarket dengan menggunakan sepeda atau berjalan kaki)			
7		1. Ya	P7

	Apakah Bapak/Ibu berjalan kaki atau bersepeda, minimal 10 menit setiap harinya untuk pergi ke suatu tempat?	2. Tidak (Lanjut ke no 10)	
8	Berapa hari dalam seminggu Bapak/Ibu berjalan kaki atau bersepeda (minimal 10 menit) untuk pergi ke suatu tempat?	..... Hari	P8
9	Berapa lama dalam 1 hari biasanya Bapak/Ibu berjalan kaki atau bersepeda untuk pergi ke suatu tempat?	..... Jam , .....Menit	P9
<b>C. Aktivitas Rekreasi</b>			
(Olahraga, Fitness, dan Rekreasi lainnya)			
10	Apakah Bapak/Ibu melakukan olahraga, fitness atau rekreasi yang merupakan <b>aktivitas fisik berat</b> minimal 10 menit per hari?	1. Ya 2. Tidak (Lanjut ke no 13)	P10
11	Berapa hari dalam seminggu biasanya Bapak/Ibu melakukan olahraga , fitness, atau rekreasi yang merupakan <b>aktivitas fisik berat</b> ?	..... Hari	P11
12	Berapa lama Bapak/Ibu melakukan olahraga, fitness atau rekreasi yang merupakan <b>aktivitas fisik berat</b> dalam 1 hari ?	..... Jam , .....Menit	P12
13	Apakah Bapak/Ibu melakukan olahraga, fitness, atau rekreasi yang tergolong sedang seperti: <b>berjalan cepat, bersepeda kecepatan dibawah 16 km/jam, berenang, voli, mengepel lantai</b> yang merupakan aktivitas sedang minimal 10 menit per hari ?	1. Ya 2. Tidak (Lanjut ke no 13)	P13
14	Berapa hari dalam seminggu, Bapak/Ibu melakukan olahraga, fitness, atau rekreasi yang tergolong sedang seperti: <b>berjalan cepat, bersepeda kecepatan dibawah 16 km/jam,</b>	..... Hari	P14

	<b>berenang, voli, mengepel lantai ?</b>		
15	Berapa lama Bapak/Ibu melakukan olahraga, fitness atau rekreasi yang tergolong sedang seperti: <b>berjalan cepat, bersepeda kecepatan dibawah 16 km/jam, berenang, voli, mengepel lantai</b> dalam 1 hari ?	..... Jam, .....Menit	P15
<b>D. Tidak banyak bergerak</b> (aktivitas yang tidak memerlukan banyak gerak seperti duduk)			
16	Berapa lama Bapak/Ibu duduk ?	..... Jam, .....Menit	P16

### C. Dukungan Keluarga

#### KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA (LANSIA)

Pejunjuk pengisian:

Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan, berilah tanda (√) sesuai dengan keadaan anda yang sebenarnya. Adapun cara penilaian sebagai berikut :

1. Selalu (jika dukungan keluarga dalam seminggu dirasakan setiap hari)
2. Sering (jika dukungan keluarga dalam seminggu dirasakan 4-5 kali)
3. Kadang-kadang (jika dukungan keluarga dalam seminggu dirasakan 1-3 kali)
4. Tidak pernah (jika dukungan keluarga tidak pernah dirasakan)

No	Dukungan Keluarga	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
		4	3	2	1
1	Saya diberi semangat dan dukungan oleh keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi				
2	Keluarga mendengarkan keluhan-keluhan yang saya rasakan				
3	Keluarga menanyakan keluhan-keluhan yang saya rasakan				

4	Saya diterima oleh keluarga apa adanya dengan segala keterbatasannya				
5	Saya dilibatkan dalam musyawarah keluarga				
6	Saya diantarkan oleh keluarga untuk berobat atau pemeriksaan kesehatan				
7	Saya dirawat oleh keluarga ketika sedang sakit				
8	Saya disiapkan dana khusus oleh keluarga untuk biaya berobat atau memeriksakan kesehatan				
9	Saya dimasakakkan oleh keluarga makanan khusus rendah garam				
10	Saya diberikan informasi oleh keluarga tentang upaya-upaya dalam menjalankan perawatan yang baik dan benar serta perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit				
11	Saya diingatkan oleh keluarga untuk tidak merokok, minum minuman yang mengandung alkohol, dan minum kopi				
12	Saya diingatkan oleh keluarga tentang pentingnya makan buah-buahan dan sayuran bagi kesehatan				
13	Saya diingatkan oleh keluarga untuk membatasi konsumsi sumber natrium seperti garam dapur penyedap rasa, mie instan, dll				
14	Saya diingatkan oleh keluarga untuk tidak mengkonsumsi makanan yang mengandung				

	lemak dan kolesterol seperti udang, daging berlemak, jerohan, makanan bersantan kental, dll				
15	Saya diingatkan oleh keluarga tentang pentingnya olahraga secara teratur				
16	Saya diingatkan oleh keluarga untuk istirahat yang cukup				
17	Saya diingatkan oleh keluarga untuk meminum obat secara teratur				
18	Saya diingatkan oleh keluarga untuk melakukan kontrol tekanan darah secara teratur				

## Lampiran 4 Surat Izin Etik Penelitian



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
PURWOKERTO  
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

### IZIN ETIK PENELITIAN

Nomor Registrasi: KEPK/UMP/65/X/2024

Judul Penelitian : HUBUNGAN POLA KONSUMSI *ULTRA PROCESSED FOOD*,  
AKTIVITAS FISIK, DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP  
HIPERTENSI PADA LANSIA DI KELURAHAN CIPETE , JAKARTA  
SELATAN

Dokumen : 1. Study Protocol  
Penerimaan : 2. Informasi Subyek  
3. Informed Consent

Peneliti Utama : ALYA MUNA YUSMANIAR

Pembimbing/  
Supervisor : Luthfiana Nurkusuma Ningtyas S.Gz., M.Gizi

Tanggal : 28 Oktober 2024  
Penerimaan

Lokasi Penelitian : KELURAHAN CIPETE , JAKARTA SELATAN

Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto (KEPK-UMP) telah memeriksa rancangan penelitian terkait berdasarkan prinsip-prinsip *ethical research*, oleh karena itu dapat diakui kebenarannya.

Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto (KEPK-UMP) berhak melakukan monitoring terhadap aktifitas penelitian kapan saja diperlukan.

Keputusan investigasi:

Final Complete

Ketua



Assoc. Prof. Dr. Ns. Jmi Solikhah  
NIDN. 0622087401

**Lampiran 5 Dokumentasi Penelitian**



## Lampiran 6 Hasil Analisis

### Jenis Kelamin Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	28	25.0	25.0	25.0
	Perempuan	84	75.0	75.0	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

### Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-59	64	57.1	57.1	57.1
	>60	48	42.9	42.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

### Pendidikan Terakhir Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	27	24.1	24.1	24.1
	SD/Sederajat	38	33.9	33.9	58.0
	SMP/Sederajat	14	12.5	12.5	70.5
	SMA/Sederajat	31	27.7	27.7	98.2
	Perguruan Tinggi	2	1.8	1.8	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

### Pekerjaan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	70	62.5	62.5	62.5
	Wirausaha	21	18.8	18.8	81.3
	Karyawan Swasta	5	4.5	4.5	85.7
	Lainnya	16	14.3	14.3	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

### Riwayat Hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	50	44.6	44.6	44.6
	Tidak	62	55.4	55.4	100.0
	Total	112	100.0	100.0	



**Konsumsi Obat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	35	31.3	31.3	31.3
Tidak	77	68.8	68.8	100.0
Total	112	100.0	100.0	

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ultra Processed Food	.405	112	.000	.613	112	.000
Aktivitas Fisik	.238	112	.000	.799	112	.000
Dukungan Keluarga	.281	112	.000	.768	112	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Hipertensi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optimal	20	17.9	17.9	17.9
Normal	23	20.5	20.5	38.4
Pre-Hipertensi	13	11.6	11.6	50.0
Hipertensi Derajat 1	34	30.4	30.4	80.4
Hipertensi Derajat 2	16	14.3	14.3	94.6
Hipertensi Derajat 3	6	5.4	5.4	100.0
Total	112	100.0	100.0	

**Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Kategori Hipertensi**

Hipertensi	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan		n	%
	n	%	n	%		
Optimal	5	17,9	15	17,9	20	17,9
Normal	4	14,3	19	22,6	23	20,5
Pre-Hipertensi	1	3,6	12	14,3	13	11,6
HD 1	11	39,3	23	27,4	34	30,4
HD 2	4	14,3	12	14,3	16	14,3
HD 3	3	10,7	3	3,6	6	5,4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Hipertensi dan Usia**

Hipertensi	Usia				Total	
	45-59 Tahun		≥ 60 Tahun		n	%
	n	%	n	%		
Optimal	18	28,1	2	4,2	20	17,9
Normal	13	20,3	10	20,8	23	20,5
Pre-Hipertensi	9	14,1	4	8,3	13	11,6
HD 1	15	23,4	19	39,6	34	30,4
HD 2	5	7,8	11	22,9	16	14,3
HD 3	4	6,2	2	1,8	6	5,4
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Distribusi Responden berdasarkan Kategori Hipertensi dan Riwayat Hipertensi**

Hipertensi	Riwayat Hipertensi				Total	
	Ya		Tidak		n	%
	n	%	n	%		
Optimal	2	4	18	29	20	8,6
Normal	7	14	16	25,8	23	20,5
Pre-Hipertensi	5	10	8	12,9	13	11,6
HD 1	18	36	16	25,8	34	30,4
HD 2	13	26	3	4,8	16	14,3
HD 3	5	10	1	1,6	6	5,4
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

*Ultra Processed Food*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Jarang	70	62.5	62.5	62.5
Sering	42	37.5	37.5	100.0
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**Distribusi UPF Berdasarkan Kelompok Usia**

UPF	Usia				Total	
	45-59		≥ 60 Tahun		n	%
	n	%	n	%		
Sering	29	45,3	13	27,1	42	37,5
Jarang	35	54,7	35	72,9	70	62,5
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

**Distribusi UPF Berdasarkan Jenis Kelamin**

UPF	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan		n	%
	n	%	n	%		
Sering	10	35,7	32	38,1	42	37,5
Jarang	18	64,3	52	61,9	70	62,5
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

### Aktivitas Fisik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	41	36.6	36.6	36.6
	Sedang	43	38.4	38.4	75.0
	Tinggi	28	25.0	25.0	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

### Distribusi Aktivitas Fisik Berdasarkan Kelompok Usia

Aktivitas Fisik	Usia				Total	
	45-59		≥ 60 Tahun		n	%
	n	%	n	%		
Rendah	23	35,9	18	37,5	41	36,6
Sedang	27	42,2	16	33,3	43	38,4
Tinggi	14	21,9	14	29,2	28	25
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

### Distribusi Aktivitas Fisik Berdasarkan Jenis Kelamin

Aktivitas Fisik	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan		n	%
	n	%	n	%		
Rendah	10	24,4	31	36,9	41	36,6
Sedang	9	32,1	34	40,5	43	38,4
Tinggi	9	32,1	19	22,6	28	25
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

### Dukungan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	49	43.8	43.8	43.8
	Cukup	51	45.5	45.5	89.3
	Baik	12	10.7	10.7	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

### Tabel Distribusi Dukungan Keluarga

No	Kategori	Jawaban Responden							
		SL		SR		KD		TP	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1.	Saya diberi semangat dan dukungan oleh keluarga dalam melakukan perawatan hipertensi	50	44,6	31	27,7	17	15,2	14	12,5

2.	Keluarga mendengarkan keluhan-keluhan yang saya rasakan	38	33,9	22	19,6	30	26,8	22	19,6
3.	Keluarga menanyakan keluhan-keluhan yang saya rasakan	32	28,6	19	17	39	34,8	22	19,6
4.	Saya diterima oleh keluarga apa adanya dengan segala keterbatasannya	84	75	18	16,1	3	2,7	7	6,3
5.	Saya dilibatkan dalam musyawarah keluarga	60	53,6	19	17	25	22,3	8	7,1
6.	Saya diantarkan oleh keluarga untuk berobat atau pemeriksaan kesehatan	53	47,3	12	10,7	25	22,3	22	19,6
7.	Saya dirawat oleh keluarga ketika sedang sakit	64	57,1	15	13,4	18	16,1	15	13,4
8.	Saya disiapkan dana khusus oleh keluarga untuk biaya berobat atau memeriksakan kesehatan	16	14,3	8	7,1	7	6,3	81	72,3
9.	Saya dimasakakan oleh keluarga makanan khusus rendah garam	14	12,5	7	6,3	16	14,3	75	67
10.	Saya diberikan informasi oleh keluarga tentang upaya-upaya dalam menjalankan perawatan yang baik dan benar serta perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit	32	28,6	21	18,8	27	24,1	32	28,6
11.	Saya diingatkan oleh keluarga untuk tidak merokok, minum minuman yang mengandung alkohol, dan minum kopi	22	19,6	24	21,4	9	8	57	50,9
12.	Saya diingatkan oleh keluarga tentang pentingnya makan buah-buahan dan sayuran bagi kesehatan	25	22,3	28	25	18	16,1	41	36,6
13.	Saya diingatkan oleh keluarga untuk membatasi konsumsi sumber natrium seperti	20	17,9	25	22,3	20	17,9	47	42

	garam dapur penyedap rasa, mie instan, dll								
14.	Saya diingatkan oleh keluarga untuk tidak mengonsumsi makanan yang mengandung lemak dan kolesterol seperti udang, daging berlemak, jeroan, makanan bersantan kental, dll	25	22,3	23	20,5	14	12,5	50	44,6
15.	Saya diingatkan oleh keluarga tentang pentingnya olahraga secara teratur	20	17,9	24	21,4	15	13,4	53	47,3
16.	Saya diingatkan oleh keluarga untuk istirahat yang cukup	30	26,8	33	29,5	17	15,2	32	28,6
17.	Saya diingatkan oleh keluarga untuk meminum obat secara teratur	21	18,8	24	21,4	13	11,6	54	48,2
18.	Saya diingatkan oleh keluarga untuk melakukan kontrol tekanan darah secara teratur	21	18,8	21	18,8	17	15,2	53	47,3

#### Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Kelompok Usia

Dukungan Keluarga	Usia				Total	
	45-59		≥ 60 Tahun		n	%
	n	%	n	%		
Kurang	27	42,2	22	45,8	49	43,8
Cukup	29	45,3	22	45,8	51	45,5
Baik	8	12,5	4	8,3	12	10,7
<b>Total</b>	64	100	48	100	112	100

#### Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin

Dukungan Keluarga	Jenis Kelamin				Total	
	Laki-laki		Perempuan		n	%
	n	%	n	%		
Kurang	15	53,6	34	40,5	49	43,8
Cukup	10	35,7	41	48,8	51	45,5
Baik	3	10,7	9	10,7	12	10,7
<b>Total</b>	28	100	84	100	112	100

**Chi-Square Tests (upf)**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.418 <sup>a</sup>	1	.120		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.835	1	.176		
Likelihood Ratio	2.402	1	.121		
Fisher's Exact Test				.160	.088
Linear-by-Linear Association	2.397	1	.122		
N of Valid Cases	112				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.13.

b. Computed only for a 2x2 table

**Chi-Square Tests (Aktivitas Fisik)**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	3.062 <sup>a</sup>	2	.216
Likelihood Ratio	3.073	2	.215
Linear-by-Linear Association	3.034	1	.082
N of Valid Cases	112		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.75.

**Chi-Square Tests (Dukungan Keluarga)**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	.982 <sup>a</sup>	2	.612
Likelihood Ratio	.967	2	.617
Linear-by-Linear Association	.883	1	.347
N of Valid Cases	112		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.61.