

## SKRIPSI

# HUBUNGAN KESEHATAN MENTAL DAN *HEALTHY FOOD CHOICE* DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA GURU SEKOLAH MENENGAH DI MAKASSAR TAHUN 2017

SURYANTI KONNA  
K211 13 306



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Gizi*

PROGRAM STUDI ILMU GIZI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2017



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

### PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk dipertahankan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, Agustus 2017

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes

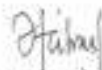


Dr. Healthv Hidayanty, SKM., M.Kes

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Gizi

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin



Dr.dr. Citrakesumasari, M.Kes., Sp.GK



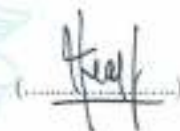
### PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada tanggal 15 Agustus 2017.

Ketua : Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes



Sekretaris : Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes



Anggota : 1. dr. Djunaidi M.Dachlan, MS



2. St. Fatimah, DCN., M.Kes



3. Muhammad Rachmat, SKM., M.Kes



## RINGKASAN

Universitas Hasanuddin  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Program Studi Ilmu Gizi

Suryanti Konna

### “Hubungan Kesehatan Mental dan *Healthy Food Choice* dengan Kejadian Hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar tahun 2017”

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis yang dapat mengakibatkan keadaan berbahaya bagi organ-organ vital. Di Indonesia, prevalensi penyakit hipertensi masih cukup tinggi di kalangan pekerja. Pekerja rentan mengalami stress akibat tekanan pekerjaan, keadaan ini dapat mempengaruhi seseorang dalam memilih jenis makanan yang akan dikonsumsi.

Penelitian ini bersifat kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui kesehatan mental dan *healthy food choice* dengan Kejadian Hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar 2017. Populasi dari penelitian adalah guru yang mengajar di 12 Sekolah di Kecamatan Biringkanaya, Tamalanrea, dan Manggala sebanyak 252 orang. Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* dengan karakteristik guru berusia  $\geq 40$  tahun dan hadir dalam pelaksanaan skrining dengan menggunakan rumus *Lameshow* dengan kriteria yang telah ditentukan sebelumnya. Data diambil dengan menggunakan kuesioner, dan data tekanan darah dengan pengukuran langsung. Analisis data menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat. Data yang dikumpulkan diolah menggunakan program SPSS dan disajikan dalam bentuk tabel disertai narasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan kesehatan mental dengan kejadian hipertensi dilihat dari nilai ( *p value* 0,504) dan tidak ada hubungan *healthy food choice* dengan kejadian hipertensi dilihat dari nilai ( *p value* 0,547) pada guru sekolah menengah di Kota Makassar Tahun 2017. Berdasarkan hasil penelitian, peneliti menyarankan dan merekomendasikan kepada guru agar selalu memeriksa tekanan darahnya setiap waktu.

Daftar Pustaka : 62 (1995-2017)

Kata Kunci : Kesehatan Mental, *Healthy Food Choice*, Hipertensi



## KATA PENGANTAR



*Alhamdulillah* atas segala nikmat iman, Islam, kesempatan, serta kekuatan yang telah diberikan Allah *Subhanahuwata'ala* sehingga Penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. *Shalawat* beriring salam untuk tuntunan dan suri tauladan Rasulullah *Shallallahu'alaihiwasallam* beserta keluarga dan sahabat beliau yang senantiasa menjunjung tinggi nilai-nilai Islam yang sampai saat ini dapat dinikmati oleh seluruh manusia di penjuru dunia. Skripsi ini dibuat sebagai salah satu syarat untuk mendapat gelar sarjana Strata 1 (S1) Ilmu Gizi.

Penulisan Skripsi ini didasarkan melalui kajian yang sangat mendalam dan menyeluruh yang dikhususkan mengenai: “Hubungan Kesehatan Mental dan *Healthy Food Choice* dengan Kejadian Hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar Tahun 2017”. Penyelesaian penulisan Skripsi ini dilakukan tahapan yang sesuai dengan prosedur. Namun demikian, Penulis sangat menyadari bahwa penulisan Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari sisi sistematik ataupun dalam penggunaan bahasa. Oleh karena itu, Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna untuk menyempurnakan penulisan.

Penulisan Skripsi ini tidak dapat terselesaikan jika tidak pihak yang telah membantu. Oleh karenanya, penulis berterima kasih kepada semua pihak yang

mbantu penulis.

i sampingitu, Penulis menyadari dalam proses penyelesaian Skripsi ini

nyak pihak-pihak lain yang banyak membantu dengan ketulisan dan



keiklasan hati memberikan andil yang positif. Untuk itu, pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan para Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat dan seluruh staff Fakultas kesehatan Masyarakat.
2. **Dr. dr. Citrakesumasari, M.Kes.,Sp.GK** selaku Ketua Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu **Dr. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes** selaku pembimbing I dan Ibu **Dr. Healthy Hidayanti, SKM, M.Kes** selaku pembimbing II, yang telah memberikan masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi.
4. Bapak **dr. Djunaedi M.Dachlan, MS** selaku penguji I, Ibu **Siti Fatimah, DCN, M.Kes** selaku penguji II, dan bapak **Muhammad Rachmat, SKM, M.Kes** selaku penguji III, yang telah memberikan masukan saran dan kritik yang membangun demi menyempurnakan skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu **Dosen** Program Studi Ilmu gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah tulus sepenuh hati memberikan ilmu kepada Penulis, sehingga Penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
6. Ucapan terima kasih serta dedikasi yang istimewa dan tak terhingga kepada Ayahanda **H.Konna** dan Ibunda **Hj. Suriana, S.Sos** yang senantiasa mendo'akan, membimbing, mengarahkan dan memberikan kasih sayang, berikan restu serta semangat motivasi yang sangat besar kepada Penulis.



Penulis menyadari bahwa *Beliau merupakan motivasi terbesar dalam hidup penulis*, sehingga penulis menjadi sosok seperti yang sekarang ini..

7. Kepada Adik Penulis **Syamsul Rizal Konna, Sri Yuliyana Konna, dan Muh. Akil Konna** yang selalu memberikan semangat kepada Penulis.
8. Kepada sahabat-sahabat Penulis **Angkatan 2013 (Susuzi dan Rempong)** yang telah banyak memberikan warna dalam hamparan permadani kehidupan Penulis selama masa studi terlebih pada masa penyusunan dan penyelesaian skripsi ini..
9. Kepada teman **Asrama Putra/Putri Baranti Sidrap** yang telah memberikan motivasi dan dukungan baik berupa materi ataupun non materi.
10. Kepada Sahabat-Sahabat Semimpi Penulis **Nur Hikmawaty, Nur Istiqomah rahmah, Maysuri Ali, Lia Nurmilatun Saidah, Ulfa Kurniati, Yunita, dan Tri Sofiatun** yang selalu ada dikala suka dan duka Penulis dan selalu memberikan support, doa, dan dukungan yang positif selama masa studi.
11. Kepada Tim Peneliti **S1** yang selalu mesupport satu sama lain, ada di saat duka dan suka melewati penelitian ini.
12. Kepada Teman **Alumni SMA (F4F)** yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada Penulis.

Banyaknya orang yang berjasa dalam penulisan Skripsi ini maupun selama masa studi di Jurusan Ilmu Gizi Universitas Hasanuddin Makassar, sehingga Penulis tidak mampu menuliskan satu-persatu dalam ruang yang terbatas ini.

itu, Penulis memohon maaf atas keterbatasan ini. Mudah-mudahan



segala amal baik semua pihak yang telah membantu, menjadi amal jariyah yang menjadikannya tentram di kehidupan dunia serta di akhirat.

Makassar, Agustus 2017

Penulis,

**SURYANTI KONNA**  
**NIM. K21113306**





## DAFTAR ISI

SAMPUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iii
RINGKASAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I    PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Manfaat Penelitian .....	9
BAB II    TINJAUAN PUSTAKA .....	10
A. Tinjauan Umum tentang Hipertensi.....	10
B. Tinjauan Umum tentang Kesehatan mental.....	20
C. Tinjauan Umum tentang <i>Healthy Food Choice</i> .....	32
D. Tinjauan Umum tentang Guru .....	39
E. Tinjauan Hubungan Kesehatan Mental dan <i>Food Choice</i> terhadap Hipertensi.....	42
F. Kerangka Teori .....	45
KERANGKA KONSEP .....	46
A. Pola Pikir Variabel yang Diteliti.....	46



	B. Hipotesis .....	46
	C. Definisi Operasional .....	47
BAB IV	METODE PENELITIAN .....	49
	A. Jenis Penelitian.....	49
	B. Lokasi Penelitian.....	49
	C. Populasi dan Sampel .....	50
	D. Instrumen Penelitian .....	53
	E. Pengumpulan Data .....	54
	F. Pengolahan dan Analisis Data .....	54
	G. Penyajian Data .....	56
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	57
	A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	57
	B. Hasil Penelitian .....	57
	C. Pembahasan.....	71
	D. Keterbatasan Peneliti .....	84
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
	A. Kesimpulan .....	85
	B. Saran .....	85
	DAFTAR PUSTAKA .....	86



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VII 2003 .....	14
Tabel 2.2 Klasifikasi hipertensi Menurut disadur dari A Statement by the American Society of Hipertension and The International Society of Hipertension 2013 .....	14
Tabel 2.3 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VII 2003 .....	15
Tabel 5.1 Hasil skrining .....	61
Tabel 5.2 Distribusi Kejadian Hipertensi .....	62
Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Umum Berdasarkan Kejadian Hipertensi .....	63
Tabel 5.4 Distribusi Kejadian Kesehatan Mental .....	64
Tabel 5.5 Distribusi Karakteristik Umum dengan Kesehatan Mental .....	65
Tabel 5.6 Distribusi Kejadian <i>Healthy Food Choice</i> .....	66
Tabel 5.7 Distribusi Karakteristik Umum dengan <i>Healthy Food Choice</i> .....	67
Tabel 5.8 Hubungan Kesehatan Mental dengan Hipertensi p .....	68
Tabel 5.9 Hubungan antara <i>Healthy Food Choice</i> dengan Kejadian Hipertensi .....	69
Tabel 5.10 Hubungan Dimensi <i>Healthy Food Choice</i> dengan Hipertensi .....	70



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal (Depkes, 2013).

Tekanan darah tinggi atau hipertensi merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah melebihi normal. Hipertensi sering mengakibatkan keadaan yang berbahaya karena keberadaannya sering kali tidak disadari dan kerap tidak menimbulkan keluhan yang berarti, sampai suatu waktu terjadi komplikasi jantung, otak, ginjal, mata, pembuluh darah, atau organ-organ vital lainnya. Namun demikian penyakit hipertensi sangat dipengaruhi oleh makanan yang dikonsumsi masyarakat (Suoth, 2014).

Menurut WHO dan *the International Society of Hypertension* (ISH), saat ini terdapat 600 juta penderita hipertensi di seluruh dunia, dan 3 juta di antaranya meninggal setiap tahunnya. Tujuh dari setiap 10 penderita tersebut tidak mendapatkan pengobatan secara adekuat (Rahajeng, 2009).

Lebih dari 1 miliar orang hidup dengan tekanan darah tinggi. Secara global, pada tahun 2008, prevalensi tekanan darah tinggi di seluruh dunia pada masyarakat berumur di atas 25 tahun adalah sekitar 40%. Di daerah



Asia Tenggara, 36% masyarakat dewasa memiliki hipertensi (Prabakaran, 2013).

Menurut American Heart Association (AHA), penduduk Amerika yang berusia diatas 20 tahun menderita hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi merupakan *silent killer* dimana gejala dapat bervariasi pada masing-masing individu dan hampir sama dengan gejala penyakit lainnya. Gejala-gejalanya itu adalah sakit kepala/rasa berat di tengkuk, mumet (vertigo), jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging (tinnitus), dan mimisan (Infodatin).

Penyakit hipertensi merupakan masalah utama dalam kesehatan masyarakat di Indonesia maupun dunia. Diperkirakan sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terutama terjadi di negara berkembang pada tahun 2025 dari jumlah total 639 juta kasus di tahun 2000. Jumlah ini diperkirakan meningkat menjadi 1.15 miliar kasus di tahun 2025. Prediksi ini didasarkan pada angka penderita hipertensi dan penambahan penduduk saat ini (Ardiyansah, 2012).

Prevalensi hipertensi di Indonesia menurut Riskesdas 2007 sebesar 31,7% dan menurun pada 2013 sebesar 25,8%. Dilihat dari jenis pekerjaan pada pegawai (PNS), pada tahun 2007 yaitu 27,8% dan menurun pada tahun 2013 sebesar 20,6%. Prevalensi hipertensi di Sulawesi Selatan yang di

gnosa oleh tenaga kesehatan pada tahun 2007 yaitu sebesar 5,7% dan meningkat di tahun 2013 sebesar 10,3%.



Di wilayah Sulawesi Selatan pada tahun 2007 sebanyak 25% dan tahun 2013 meningkat menjadi 28,1% diatas rata-rata Indonesia yaitu 25,8%. Menurut tempat tinggalnya prevalensi hipertensi diperkotaan lebih banyak yaitu 26,1% dibandingkan pedesaan sebanyak 25,5%.

Prevalensi hipertensi di Sulawesi Selatan menurut Riskesdas 2007 meningkat berdasarkan kelompok umur yaitu pada kelompok umur 45 - 54 tahun prevalensi hipertensi yaitu 38,3%, pada kelompok umur 55 - 64 tahun prevalensi hipertensi yaitu 47,8%, pada kelompok umur 65 - 74 tahun prevalensi hipertensi yaitu 52,7%, dan pada kelompok umur  $\geq 75$  tahun prevalensi hipertensi yaitu 53,5%. Semakin bertambahnya umur maka prevalensi hipertensi juga semakin meningkat (Depkes, 2009).

Berdasarkan hasil riskesdas 2007 prevalensi hipertensi di Kota Makassar sebesar 23,5%. Dan hasil riskesdas 2008 prevalensi di Kota Makassar sebesar 28,8%. Dan berdasarkan jenis pekerjaan prevalensi hipertensi pada pegawai sebesar 24,9%. Di pertengahan tahun 2014 hingga juni 2015, hipertensi menjadi kasus dan penyebab kematian penyakit tidak menular urutan pertama dan diikuti oleh diabetes mellitus pada urutan kedua.

Umumnya penderita hipertensi adalah orang yang berusia diatas 40 tahun, namun pada saat ini tidak menutup kemungkinan diderita oleh orang usia muda. Hipertensi pada wanita usia subur sebagian besar terjadi pada

a 25 – 45 tahun, dan hanya pada 20 persen terjadi dibawah usia 20 tahun (Depkes, 2009).



Penyakit hipertensi juga dapat menimpa pekerja dengan segala profesi dan pekerjaan, salah satunya adalah di alami oleh para guru guru yang mengajar di Sekolah Dasar yang berurusan dengan interaksi antara orang-orang dan lingkungan sosial, sehingga mereka harus mampu melaksanakan tugas-tugas kehidupannya, mengurangi ketegangan, dan mewujudkan aspirasi dan nilai-nilai mereka. Seorang pekerja selain harus menyelesaikan tugas pokok dan fungsinya, juga harus menyelesaikan tugas-tugas yang lain yang diberikan oleh atasannya, keadaan ini dapat menuntut energi, waktu dan pikiran yang banyak, sehingga pada beberapa pegawai dapat menyebabkan timbulnya penyakit hipertensi (Korneliani, 2012).

Yuliarti (2011) dalam Khotimah (2013), Hipertensi 90% tidak diketahui secara pasti faktor penyebabnya, namun dari berbagai penelitian telah di temukan beberapa faktor yang sering menyebabkan terjadinya hipertensi. Salah satunya adalah gaya hidup yang tidak sehat, contohnya adalah konsumsi garam yang tinggi, makanan berlebihan, minum alkohol dan merokok. Selain gaya hidup, tingkat stress diduga berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah. seseorang mengalami stres katekolamin yang ada di dalam tubuh akan meningkat sehingga mempengaruhi mekanisme aktivitas saraf simpatis, dan terjadi peningkatan saraf simpatis, ketika saraf simpatis meningkat maka akan terjadi peningkatan kontraktilitas otot jantung sehingga menyebabkan curah jantung meningkat, keadaan inilah

g cenderung menjadi faktor mencetus hipertensi (Khotimah, 2013).



Stres psikologis merupakan tanda seseorang mengalami suatu kondisi yang memerlukan adaptasi. Dalam batas wajar stres akan menimbulkan dampak positif bagi mental seseorang, tetapi stres yang berkepanjangan akan merusak mekanisme fungsional tubuh (Idaiani, 2016).

Stres pada efek hipertensi diduga saraf aktivitas simpatik yang dapat meningkatkan tekanan darah secara bertahap. Jika stres yang berkepanjangan dapat menyebabkan tekanan darah tetap tinggi. Hal ini menyebabkan stres akan meningkatkan daya tahan pembuluh darah, meningkatkan output jantung. Jadi itu akan merangsang saraf simpatik aktivitas (Kania, et al, 2016).

Dalam penelitian Pathmanathan, dkk (2009) mengatakan bahwa rata-rata stres lebih tinggi pada kelompok pria (6,1%) dibanding dengan wanita (2%), hal ini sejalan dengan pendapat Edward (1999) yang menyatakan pria membutuhkan waktu yang lebih lama untuk kembali membaik setelah suatu peristiwa berlalu dibanding dengan wanita sehingga tingkat stres pada pria menjadi lebih tinggi.

Dalam penelitian Pathmanathan, dkk (2009) menunjukkan bahwa usia menunjukkan bahwa responden dengan usia 23 tahun merupakan angka yang tertinggi untuk tingkat stres rendah yaitu sebesar 25%. Berdasarkan hasil penelitian ini, diperoleh 35% berada pada tingkat stres ringan, 61% tingkat stres sederhana dan 4% dengan tingkat stres tinggi.

Menurut Swarth (2004), stres adalah suatu dorongan atau kekuatan yang memaksa seseorang untuk berubah, bertumbuh, berjuang, beradaptasi





atau mendapatkan keuntungan. Semua kejadian dalam kehidupan, bahkan yang bersifat positif juga menyebabkan stres. Stres adalah suatu keadaan yang muncul akibat ketidaksesuaian antara tuntutan-tuntutan yang diterima dan kemampuan untuk mengatasinya. Daya tahan seseorang terhadap stres dapat berbeda tergantung pada keadaan somato psikososial (Fitri, 2012). Data riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 6,0 % (DepKes RI, 2013).

Dalam penelitian Pamungkas (2015), ada dua faktor tertinggi yang memengaruhi kinerja dari seorang guru adalah kepuasan kerja dan stres kerja. Faktor tertinggi pertama kepuasan kerja yang dipengaruhi oleh rendahnya kompensasi yang diberikan kepada guru, hubungan dengan rekan sekerja yang kurang harmonis, dan kurangnya promosi jabatan.

Faktor tertinggi kedua yang memengaruhi kinerja seorang guru adalah stres kerja. Stres pada guru ditunjukkan dengan guru dalam bekerja mudah mengeluh, merasa gelisah, dan merasa kesulitan. Munculnya stres yang dirasakan guru disebabkan oleh beberapa faktor. Stres yang rentan terjadi disebabkan oleh padatnya jam mengajar dan beban kerja yang tinggi, banyaknya murid dengan berbagai karakteristik yang harus diampu, serta perilaku murid yang sulit diatur. Padatnya jam mengajar, dan beban mengajar diluar akademik menyebabkan guru suka mengeluh terhadap an berebih yang dirasakan. Stres yang terjadi menyebabkan kurang



optimalnya kinerja guru dalam kegiatan belajar mengajar (Pamungkas, 2015).

Persyaratan yang harus dipenuhi guru ketika ingin memperoleh tunjangan sertifikasi bisa mengakibatkan stress kerja, hal ini dikuatkan oleh pendapat (Kayastha & Kayastha, 2012) menyatakan salah satu faktor yang dapat memunculkan stress kerja pada guru adalah beban kerja yang berat. Menurut (Darmody & Smyth, 2000) guru berusia empat puluhan tahun keatas memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dari usia lain dalam kelompoknya (Triana, 2015).

Perubahan konsumsi makanan di saat stres ini kemungkinan terjadi sebagai mekanisme *coping*. Oliver et al (2000) menjelaskan bahwa stres yang menyebabkan rasa ketidaknyamanan dapat dikurangi dengan mengkonsumsi makanan yang tinggi lemak dan gula. Berbagai penelitian mengemukakan bahwa stres, emosi, suasana hati (*mood*), dan pemilihan makanan mempengaruhi satu sama lain. Sebagai contoh, emosi dan suasana hati dapat berpengaruh pada pemilihan makanan melalui efek fisiologi yang dapat mengubah selera makan ataupun melalui perubahan perilaku. Akan tetapi, perubahan suasana hati juga dapat terjadi karena makanan yang di konsumsi (Paramitha, 2012).

Steptoe et al (1995) mengungkapkan bahwa beberapa faktor seperti Kesehatan, harga, kenyamanan, suasana hati, sensorik banding, kandungan energi, pengendalian berat badan, keakraban dan etika keprihatinan mempengaruhi pilihan makanan kita (Steptoe et al., 1995).



Kania (2016) mengungkapkan bahwa orang dalam memilih makan tidak lagi berdasarkan nutrisi hanya untuk kesenangan dan agar tidak kehilangan status. Biasanya memilih makanan yang tidak memerlukan waktu lama untuk diproses. Makanan ini dikenal sebagai "*fast food*". Makanan cepat saji sering ditemukan di kafe, Restoran, dan kantin sekolah dan identik dengan porsi besar dan kandungan natrium tinggi (Kania, 2016).

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik ingin melakukan penelitian mengenai gambaran kesehatan mental dan *healthy food choice* terhadap hipertensi pada guru Sekolah Menengah Di Makassar Tahun 2017. Penelitian ini adalah rangkaian dari penelitian besar yang dilakukan oleh Dr Nurhaedar Jafar Apt, M.Kes tentang dampak edukasi gizi seimbang berbasis sekolah terhadap pencegahan sindrom metabolik pada guru di Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka dapat dikemukakan masalah yaitu:

1. Bagaimana hubungan kesehatan mental dengan hipertensi pada guru Sekolah Menengah di Makassar Tahun 2017.
2. Bagaimana hubungan *healthy food choice* dengan hipertensi pada guru Sekolah Menengah di Makassar Tahun 2017.



### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan kesehatan mental dan *healthy food choice* terhadap hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Makassar Tahun 2017

#### 2. Tujuan Khusus

- a) Untuk mengetahui hubungan kesehatan mental terhadap hipertensi pada guru Sekolah Menengah di Makassar Tahun 2017.
- b) Untuk mengetahui hubungan *healthy food choice* terhadap hipertensi pada guru Sekolah Menengah di Makassar Tahun 2017.

### D. Manfaat Penelitian

#### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini secara teoritis diharapkan dapat memberi sumbangan ilmiah yang dapat dimanfaatkan sumber informasi bagi perkembangan ilmu kesehatan khususnya ilmu gizi.

#### 2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan acuan bagi guru Sekolah Menengah agar dapat mengetahui dan menyadari untuk mengambil sikap terhadap masalah yang terkait dengan kesehatan mental dan *healthy food choice* terhadap hipertensi.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum tentang Hipertensi

##### 1. Pengertian Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ - organ lain, terutama organ - organ vital seperti jantung dan ginjal. Didefinisikan sebagai hipertensi jika pernah didiagnosis menderita hipertensi/penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita hipertensi tetapi saat diwawancara sedang minum obat medis untuk tekanan darah tinggi (minum obat sendiri). Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg (Depkes Sulsel, 2014).

Hipertensi membuka peluang 12 kali lebih besar bagi penderitanya untuk menderita stroke dan 6 kali lebih besar untuk serangan jantung, serta 5 kali lebih besar kemungkinan meninggal karena gagal jantung (*congestive heart failure*). Penderita hipertensi beresiko besar mengalami gagal ginjal. Di Amerika diperkirakan



sekitar 64 juta lebih penduduknya yang berusia antara 18 sampai 75 tahun menderita hipertensi (Vitahealth, 2006).

Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi sebenarnya adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi, yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Hipertensi seringkali disebut sebagai pembunuh gelap (*silent killer*), karena termasuk penyakit yang mematikan, tanpa disertai dengan gejala-gejalanya lebih dahulu sebagai peringatan bagi korbannya. Kalaupun muncul, gejala tersebut seringkali dianggap sebagai gangguan biasa, sehingga korbannya terlambat menyadari akan datangnya penyakit (Vitahealth, 2006).

Hipertensi adalah suatu gangguan pada sistem peredaran darah, yang cukup banyak mengganggu kesehatan masyarakat. Pada umumnya, terjadi pada manusia yang berusia setengah umur (lebih dari 40 tahun). Namun banyak orang tidak menyadari bahwa dirinya menderita hipertensi. Hal ini disebabkan gejala tidak nyata dan pada stadium awal belum menimbulkan gangguan yang serius pada kesehatannya (Depkes RI, 2008).

Martuti (2009) dalam Saputri (2010) Jika seseorang memiliki riwayat hipertensi didalam keluarganya maka kecenderungan untuk menderita hipertensi juga lebih besar dibandingkan mereka yang tidak memiliki keluarga penderita hipertensi. Pada wanita hamil yang merokok, risiko terserang hipertensi pada ibu dan bayi juga lebih



tinggi. Namun pada umumnya pria memiliki peluang lebih tinggi untuk menderita hipertensi daripada wanita. Pada pria peningkatan tekanan darah umumnya terjadi berhubungan dengan karier, seperti terkena PHK, atau kurang nyaman terhadap pekerjaan. Risiko terserang hipertensi pada penderita obesitas mencapai 2 – 6 kali lebih besar dibandingkan mereka dengan berat badan normal (Saputri, 2010).

## 2. Cara Mengukur Hipertensi

Pengukuran tekanan darah dapat dilakukan dengan menggunakan stigmomanometer air raksa atau dengan menggunakan tensimeter digital. Saat ini penggunaan tensimeter digital dianggap lebih praktis. Tensimeter digital sebelum digunakan divalidasi terlebih dahulu dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (stigmomanometer air raksa manual). Setiap pengukuran dilakukan minimal 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda dengan lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ketiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi (Depkes, 2008).

Pengukuran sebaiknya dilakukan pada saat responden tidak melakukan kegiatan aktivitas fisik seperti olah raga, merokok, dan makan minimal 30 menit sebelum pengukuran. Pastikan responden duduk dengan posisi kaki tidak menyilang tetapi kedua telapak kaki



datar menyentuh lantai. Letakkan lengan kanan responden di atas meja sehingga mancet yang sudah terpasang sejajar dengan jantung responden. Pasang mancet pada lengan kanan responden dengan posisi kain halus/lembut ada dibagian dalam dan D-ring (besi) tidak menyentuh lengan, masukkan ujung mancet terletak kira-kira 1-2 cm di atas siku. Posisi pipa mancet harus terletak sejajar dengan lengan kanan responden dalam posisi lurus dan relaks. Tekan tombol 'start' pada layar akan muncul angka 888 dan semua simbol. Selanjutnya semua simbol gambar hati "♥" akan berkedip-kedip sampai denyut tidak terdeteksi dan tekanan udara dalam mancet berkurang, angka sistolik, diastolik dan denyut nadi akan muncul. Catat angka sistolik, diastolik dan denyut nadi hasil pengukuran tersebut (Depkes, 2007).

### 3. Klasifikasi Hipertensi

#### a. Berdasarkan penyebab

##### 1) Hipertensi Primer/Hipertensi Esensial

Hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan. Terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi.

##### 2) Hipertensi Sekunder/Hipertensi Non Esensial

Hipertensi yang diketahui penyebabnya. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit





ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB).

b. Berdasarkan bentuk Hipertensi

Hipertensi diastolik (*diastolic hypertension*), Hipertensi campuran (sistol dan diastol yang meninggi), Hipertensi sistolik (*isolated systolic hypertension*).

Tabel II.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut JNC VII, 2003

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah Sistol (mmHg)	Tekanan darah Diastol (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-90
Hipertensi ( <i>Stage I</i> )	140-159	90-99
Hipertensi ( <i>Stage II</i> )	160 atau >160	100 atau >100

Sumber :JNC VII, 2003.

Tabel II.2 Klasifikasi hipertensi Menurut disadur dari A Statement by the American Society of Hipertension and The International Society of Hipertension 2013

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah Sistol (mmHg)	Tekanan darah Diastol (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal tinggi	130-139	84-89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi derajat 3	>180	>110
Hipertensi sistolik terisolasi	>140	<90

Sumber : *The International of Hipertensi, 2013*



Tabel II.3 Klasifikasi hipertensi menurut WHO

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah Sistol (mmHg)	Tekanan darah Diastol (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Tingkat 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	$\geq 180$	$\geq 110$
Hipertensi sistol terisolasi	$\geq 140$	<90
Hipertensi sistolik terisolasi	>140	<90

Sumber: WHO, 2016

#### 4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Hipertensi

Dalam Infodatin RI, faktor resiko Hipertensi adalah umur, jenis kelamin, riwayat keluarga, genetik (faktor resiko yang tidak dapat diubah/dikontrol), kebiasaan merokok, konsumsi garam, konsumsi lemak jenuh, penggunaan jelantah, kebiasaan konsumsi minuman beralkohol, obesitas, kurang aktifitas fisik, stres, penggunaan estrogen.

##### a. Umur

Umur dapat memengaruhi risiko terjadinya hipertensi. Dengan bertambahnya umur, risiko terkena hipertensi menjadi lebih besar. Tingginya hipertensi sejalan dengan bertambahnya umur, disebabkan oleh perubahan struktur pada pembuluh darah besar, sehingga lumen menjadi lebih sempit dan dinding



pembuluh darah menjadi lebih kaku, akibat adalah meningkatnya tekanan darah sistolik (Depkes, 2006).

b. Jenis kelamin

Faktor gender berpengaruh pada terjadinya hipertensi, dimana pria lebih berisiko 2,29 kali untuk menderita hipertensi dibandingkan dengan wanita. Pria diduga memiliki gaya hidup yang cenderung dapat meningkatkan tekanan darah dibandingkan dengan wanita, namun setelah memasuki menopause, prevalensi hipertensi pada wanita meningkat (Depkes, 2008).

Lebih besarnya prevalensi hipertensi pada pria diduga karena pria memiliki gaya hidup yang cenderung lebih dapat meningkatkan nilai tekanan darah dibandingkan dengan wanita. Namun, setelah menopause, prevalensi hipertensi pada wanita cenderung meningkat dibandingkan dengan pria. Bahkan setelah usia 65 tahun, kejadian hipertensi pada wanita lebih tinggi dibandingkan pria yang disebabkan oleh faktor hormonal (Depkes, 2006). Di Indonesia, berdasarkan hasil Riskesdas (2007) prevalensi hipertensi pada wanita sedikit lebih tinggi dibandingkan pada pria yaitu sebesar 31,9 % pada wanita dan 31,3% pada pria.

c. Riwayat keluarga

Riwayat keluarga dekat yang menderita hipertensi (faktor keturunan) juga mempertinggi risiko terkena hipertensi, terutama



pada hipertensi primer (*esensial*). Tentunya faktor genetik ini dipengaruhi faktor-faktor lingkungan lain, yang menyebabkan seseorang menderita hipertensi. Menurut Davidson bila kedua orang tuanya menderita hipertensi maka sekitar 45% akan turun ke anak-anaknya dan bila salah satu orang tuanya yang menderita hipertensi maka sekitar 30% akan turun ke anak-anaknya (Depkes, 2008).

d. Konsumsi garam berlebihan

Susanto (2010) mengatakan pengaruh asupan garam terhadap hipertensi adalah melalui peningkatan volume plasma atau cairan tubuh dan tekanan darah. Keadaan ini akan diikuti oleh peningkatan ekskresi (pengeluaran) kelebihan garam sehingga kembali pada kondisi keadaan sistem hemodinamik (pendarahan) yang normal. Pada hipertensi primer (*esensial*) mekanisme tersebut terganggu, disamping kemungkinan adanya faktor lain yang berpengaruh (Suirako, 2012).

e. Kebiasaan merokok

Merokok merupakan salah satu faktor berhubungan dengan risiko terjadinya hipertensi. Nikotin yang terdapat pada rokok akan menyebabkan peningkatan tekanan darah karena nikotin akan diserap pembuluh darah kecil dalam paru-paru dan diedarkan oleh pembuluh darah hingga otak (Astawan, 2009).



Penelitian Aisyiah pada tahun 2009 menunjukkan 69,8% perokok menderita hipertensi.

f. Konsumsi lemak jenuh

Asupan makanan tinggi lemak dalam kehidupan sehari-hari dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi. Kebiasaan mengkonsumsi lemak jenuh erat kaitannya dengan peningkatan berat badan dan akan meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis, kedua hal tersebut berkaitan erat dengan kenaikan tekanan darah. Lemak yang berasal dari minyak goreng tersusun dari asam lemak jenuh rantai panjang. Keberadaannya yang berlebih dalam tubuh akan menyebabkan penumpukan dan pembentukan plak di pembuluh darah (Almatsier, 2003).

g. Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol diakui sebagai faktor penting berhubungan dengan tekanan darah. Mekanisme peningkatan tekanan darah akibat alkohol masih belum jelas, namun, diduga peningkatan kadar kortisol, dan peningkatan volume sel darah merah serta kekentalan darah berperan dalam menaikkan tekanan darah. Beberapa studi menunjukkan hubungan langsung antara tekanan darah dan asupan alkohol, dan di antaranya melaporkan bahwa efek terhadap tekanan darah baru nampak apabila mengkonsumsi alkohol sekitar 2-3 gelas ukuran standar setiap harinya. Sekitar 10% hipertensi di Amerika disebabkan oleh asupan alkohol



berlebihan dikalangan pria separuh baya. Akibatnya, kebiasaan meminum alkohol menyebabkan hipertensi sekunder di kelompok usia paruh baya (Depkes, 2006).

h. Obesitas

Kegemukan adalah presentase abnormalitas lemak yang dinyatakan dalam Indeks Massa Tubuh (IMT) yaitu perbandingan antara berat badan dengan tinggi badan (Depkes, 2006). Seseorang dinyatakan kegemukan apabila memiliki nilai  $IMT \geq 25$   $kg/m^2$  (WHO, 2006). Dalam beberapa studi dilaporkan bahwa ada kaitan erat antara kenaikan berat badan dan kenaikan tekanan darah. Berat badan yang dinyatakan dalam IMT berkorelasi langsung dengan tekanan darah, terutama tekanan darah sistolik. Kegemukan bukanlah penyebab hipertensi, akan tetapi prevalensi hipertensi pada orang yang mengalami kegemukan jauh lebih besar.

i. Kurang aktivitas fisik

Arnilawati (2007) mengatakan bahwa tekanan darah dapat dipengaruhi oleh aktivitas fisik. Tekanan darah akan memiliki nilai yang berubah-ubah. Nilai tekanan darah akan lebih tinggi pada saat melakukan aktivitas fisik dan lebih rendah ketika beristirahat. Aktivitas fisik adalah gerakan yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya. Selama melakukan aktivitas fisik, otot membutuhkan energi di luar metabolisme untuk



bergerak, sedangkan jantung dan paru-paru memerlukan tambahan energi untuk mengantarkan zat-zat gizi dan oksigen ke seluruh tubuh dan untuk mengeluarkan sisa-sisa dari tubuh (Supriasa, 2001). Seseorang dengan aktivitas fisik yang kurang memiliki kecenderungan 30-50% terkena hipertensi daripada mereka yang aktif.

j. Stres

Stres adalah suatu kondisi yang disebabkan interaksi antara individu dengan lingkungannya yang mendorong seseorang untuk mempreskripsikan adanya perbedaan antara tuntutan situasi dan sumber daya (biologis, psikologis dan sosial) yang ada pada diri seseorang (Depkes, 2006). Penelitian Aisyiah (2009) menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi pada orang yang mengalami stres (52,9%) lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi hipertensi pada orang yang tidak mengalami stress (48,7%).

## B. Tinjauan Umum Kesehatan Mental

### 1. Pengertian Kesehatan Mental

Secara etimologis istilah kesehatan mental berasal dari kata mental hygiene yang terdiri atas “hygiene” dan “mental”. “hygiene” berasal dari bahasa latin yaitu “means” dan “mentis” yang berarti jiwa, nyawa, sukma, roh, dan semangat. Terdapat banyak definisi terminologis ilmu kesehatan



mental oleh para ahli ilmu kesehatan mental. Kesehatan mental merupakan salah satu bidang kajian dalam ilmu psikologi (Syaharia, 2008).

Menurut Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan penambahan usia. Berdasarkan umur, tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (33,7%). Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah kelompok dengan jenis kelamin perempuan (14,0%), kelompok yang memiliki pendidikan rendah (paling tinggi pada kelompok tidak sekolah, yaitu 21,6%), kelompok yang tidak bekerja (19,6%), tinggal di perdesaan (12,3%), serta pada kelompok tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terendah.

Kesehatan mental adalah suatu keadaan jiwa atau keadaan psikologis yang menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian diri atau pemecahan masalah terhadap masalah-masalah yang ada dalam diri sendiri (internal) dan masalah-masalah yang ada di lingkungan luar dirinya (eksternal) (Hanurawan, 2012)

Berdasarkan orientasi penyesuaian diri, psikolog Horace B. English mengungkapkan bahwa kesehatan mental adalah keadaan yang relatif tetap dimana pribadi menunjukkan penyesuaian atau mengalami aktualisasi diri atau realisasi diri dan merupakan keadaan positif bukan sekedar absennya gangguan jiwa. Berdasarkan orientasi pengembangan potensial. Hasan Laggulung menyatakan bahwa kesehatan mental adalah





keadaan harmonis yang terwujud dari berbagai potensial manusia yang difungsikan dengan sebaik-baiknya dalam mewujudkan dirinya. Berdasarkan orientasi agama dan kerohanian, Daradjat mewujudkan kesehatan mental adalah terwujudnya keserasian yang sungguh-sungguh antara fungsi kejiwaan dan terciptanya peyesuaian diri antara manusia dengan dirinya sendiri dan lingkungan berdasarkan keimanan dan ketaqwaan serta bertujuan untuk mencapai hidup yang bermakna dan bahagia dunia dan akhirat (Syaharia, 2008).

Menurut Krantz DZ dan Kop dalm Holmes (2006), kesehatan mental emosional dapat dibagi menjadi kesehatan mental emosional akut dan kesehatan mental emosional kronik. Stres kronik adalah stres yang berlangsung lama dan mungkin akan memberikan dampak jangka panjang. Stres kronik termasuk pekerjaan yang berlangsung terus menerus (tuntutan pekerjaan), hubungan sosial (konflik keluarga atau konflik dalam pernikahan), dan masalah lingkungan (penghasilan rendah, hidup dalam lingkungan yang memiliki tingkat kriminalitas yang tinggi). Adapun stres akut adalah stres yang terjadi dengan sangat tiba-tiba namun akan berangsur-angsur hilang. Contohnya adalah trauma akut, hampir tertabrak mobil dan lain-lain (jafar, 2011).

Stres adalah suatu keadaan tertekan baik secara fisik maupun psikologis. Terciptanya keadaan ini merupakan suatu keadaan yang sangat

mengejutkan dalam diri individu karena adanya perbedaan antara yang diharapkan dengan yang ada (Chaplin, 2001 dalam penelitian Fitriana,



2016). Markam (2003), juga menganggap stres adalah keadaan ketika beban yang dirasakannya terlalu berat dan tidak sama dengan kemampuan yang dimiliki untuk mengatasi beban yang dialaminya. Fitri, dkk (2012), mengungkapkan stres adalah suatu keadaan yang muncul akibat ketidaksesuaian antara tuntutan-tuntutan yang diterima dan kemampuan untuk mengatasinya. Daya tahan stres setiap individu berbeda-beda tergantung pada keadaan somato psikososial (dalam penelitian Fitriana, 2016).

Menurut Nadeak dkk (2013), stres dapat berupa perubahan peristiwa kehidupan yang terjadi, baik di lingkungan sekolah, tempat tinggal maupun masyarakat. Stres berhubungan dengan peningkatan berat badan dan penurunan berat badan. Beberapa individu memilih untuk mengonsumsi garam, lemak dan gula untuk menghadapi ketegangan dan kemudian mengalami penambahan berat badan. Turunnya berat badan adalah salah satu akibat yang paling umum dari keadaan stres kronis. Sistem pencernaan penderita stres kemungkinan terganggu sehingga penderita tidak berselera makan karena merasa mual dan muntah - muntah (Tirta, 2006).



## 2. Faktor Resiko yang Berhubungan dengan Gangguan Emosional

### a. Faktor Sosial demografi

#### 1). Umur

Menurut Koenig dan Blazaer (2003) menjelaskan bahwa resiko gangguan mental emosional pada pasien sesudah berusia 50 tahun lebih disebabkan faktor biologi yang mungkin disebabkan perubahan pada sistem syaraf pusat, hal ini yang mungkin terjadi depresi.

#### 2) Jenis kelamin

Diagnostik gangguan mental adalah sama untuk semua jenis kelamin, namun wanita lebih rentan terkena gangguan mental emosional karena disebabkan perubahan hormonal dan perbedaan karakteristik antara laki-laki dan perempuan, selain perubahan hormonal, karakteristik wanita yang lebih mengedepankan emosional daripada rasional juga berperan. Ketika menghadapi suatu masalah wanita cenderung menggunakan perasaan.

#### 3) Status Perkawinan

Gangguan mental emosional lebih banyak terjadi pada lanjut usia yang hidup sendiri baik karena bercerai atau memang tidak menikah.



#### 4) Tingkat Pendidikan

Pendidikan yang makin tinggi dapat menghasilkan keadaan sosial ekonomi yang makin baik dan kemandirian yang makin mantap, dari penelitian Boedhi darmojo tahun 1992 di Semarang di dapatkan bahwa tingkat pendidikan seseorang usia lanjut berbanding positif langsung dengan tingkat kesehatannya.

#### b. Faktor psikologi

Stres psikologis dinyatakan sebagai gangguan mental emosional, yaitu suatu istilah yang digunakan sejak survei kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 1995 untuk menilai status mental penduduk (Idaiani, 2016).

##### 1. Pengalaman awal

Pengalaman awal merupakan pengalaman-pengalaman yang terjadi pada individu terutama pada masa lalunya. Pengalaman awal dipandang penting karena sangat menentukan kondisi mental individu di kemudian hari. (Tambunan, 2010).

##### 2. Proses pembelajaran

Sebagian besar perilaku manusia adalah proses belajar yang terdiri atas hasil pelatihan dan pengalaman. Belajar diperlukan untuk mengembangkan potensi-potensi yang telah ada sejak lahir.



### 3. Kebutuhan

Pemenuhan kebutuhan dapat meningkatkan kesehatan mental seseorang. Maslow mengatakan bahwa ketidakmampuan dalam mengenali dan memenuhi kebutuhan-kebutuhannya adalah dasar dari gangguan mental individu.

#### c. Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial dapat menopang ataupun mengganggu kesehatan mental seseorang bergantung pada kondisinya.

##### 1) Stratifikasi Sosial

Stratifikasi sosial merupakan pengelompokan tertentu di masyarakat berdasarkan jenis tertentu seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial, dan lainnya. Hal ini dapat mempengaruhi kesehatan mental seseorang.

##### 2) Interaksi Sosial

Ada dua pandangan hubungan interaksi sosial ini dengan gangguan mental. Pertama teori psikodinamik mengemukakan bahwa orang yang mengalami gangguan emosional dapat berakibat kepada pengurangan interaksi sosial, hal ini dapat diketahui dari perilaku regresi sebagai akibat dari adanya sakit mental. Kedua adalah bahwa rendahnya interaksi sosial itulah yang menimbulkan adanya gangguan mental.



### 3) Keluarga

Keluarga yang lengkap dan fungsional serta mampu membentuk homeostatis akan dapat meningkatkan kesehatan mental para anggota keluarganya, dan kemungkinan dapat meningkatkan ketahanan anggota keluarganya dari gangguan-gangguan mental dan ketidakstabilan emosional anggotanya.

### 4) Stressor Psikososial Lainnya

Situasi dan kondisi peran sosial sehari-hari dapat menjadi sebagai masalah atau sesuatu yang tidak dikehendaki, dan karena itu dapat berfungsi sebagai *stressor* sosial kontribusi ini terhadap kesehatan mental bisa kuat atau lemah.

#### d. Faktor Lingkungan

Interaksi manusia dengan lingkungannya berhubungan dengan kesehatannya. Kondisi lingkungan yang sehat akan mendukung kesehatan manusia itu sendiri, dan sebaiknya kondisi lingkungan yang tidak sehat dapat mengganggu kesehatannya termasuk dalam konteks kesehatan mentalnya (Tambunan, 2010).

Faktor-faktor penyebab stres (*stressor*) secara umum dapat diklasifikasikan sebagai *stressor* internal dan *stressor* eksternal (Sudarya, dkk. 2014).

#### 1. Stressor internal

Berasal dari dalam diri seseorang misalnya kondisi fisik, atau suatu keadaan emosi. *Stressor* eksternal berasal dari luar diri



seseorang misalnya perubahan lingkungan sekitar, keluarga dan sosial budaya. Menurut Atkinson (dalam Rettob,2008:23) faktor-faktor penyebab stres dapat dibedakan menjadi faktor internal yang terdiri atas keadaan fisik, perilaku, kognisi atau standar yang terlalu tinggi, dan emosional. Sedangkan faktor eksternal yang terdiri atas lingkungan fisik seperti kebisingan, polusi dan penerangan, lingkungan pekerjaan seperti pekerjaan yang diulang-ulang, dan lingkungan sosial budaya seperti kompetisi.

Menurut Yusuf (2006:135) menyebutkan faktor-faktor penyebab stres dapat berupa pengaruh internal seperti kondisi tubuh/fisik dan konflik pribadi, maupun pengaruh eksternal seperti keluarga yang kurang harmonis, orang tua yang otoriter, masalah ekonomi, dan lingkungan masyarakat. Menurut Alvin (2007:11) stressor juga dapat dibedakan menjadi stressor internal dan eksternal. Stressor internal berasal dari diri sendiri berupa pikiran-pikiran negatif, keyakinan dalam diri, dan kepribadian yang dimiliki. Kepribadian adalah sifat dan tingkah laku khas seseorang yang membedakannya dengan orang lain integrasi karakteristik dari struktur-struktur, pola tingkah laku, minat, pendirian, kemampuan atau kecerdasan dan potensi yang dimiliki seseorang segala sesuatu mengenai diri seseorang sebagaimana diketahui oleh orang lain.

Kecerdasan ialah istilah umum yang digunakan untuk menjelaskan sifat fikiran yang mencakup sejumlah kemampuan, seperti



kemampuan menalar, merencanakan, memecahkan masalah, berfikir abstrak, memahami gagasan, menggunakan bahasa dan belajar. Pada dasarnya setiap individu memiliki tiga kecerdasan, yaitu kecerdasan intelektual, kecerdasan emosional, dan kecerdasan spiritual.

## 2. Stressor eksternal

Stressor eksternal yaitu lingkungan tempat tinggal, lingkungan tempat belajar, berbagai peristiwa sehari-hari, dan faktor-faktor fisik.

## 3. Ciri –ciri Kesehatan Mental yang Baik

Pada tahun 1950 Organisasi Kesehatan se-Dunia (WHO) memberikriteria dan karakteristik mental yang sehat sebagai berikut (Subekti, 2014):

- a. Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
- b. Memperoleh kepuasan dari jerih payahnya sendiri.
- c. Merasa lebih puas member daripada menerima.
- d. Secara selektif, bebas dari rasa ketegangan dan kecemasan.
- e. Berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong.
- f. Menerima kekecewaan untuk diambil hikmahnya demi kehidupan di kemudian hari.
- g. Mengorientasikan rasa permusuhan kepada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.
- n. Mempunyai rasa kasih sayang yang besar.





Johada secara selektif mengelompokkan ciri-ciri kesehatan mental ke dalam enam kategori, yang secara singkat dapat disebutkan sebagai berikut:

- a. Memiliki sifat batin (attitude) yang positif terhadap diri sendiri
- b. Aktualisasi diri
- c. Mampu mengadakan integrasi-integrasi fungsi-fungsi psikis.
- d. Otonomi/mandiri.
- e. Memiliki perspektif yang obyektif terhadap realitas.
- f. Menguasai lingkungan.

Secara umum, ciri – ciri seseorang yang dapat diklasifikasikan memiliki kesehatan mental yang baik adalah sebagai berikut (Hanurawan, 2012):

- a. Seseorang memiliki perasaan bahagia dan kepuasan dalam menjalani kehidupan
- b. Seseorang memiliki semangat dalam menjalani kehidupan (kemampuan untuk menikmati hidup, keceriaan, dan kesenangan-kesenangan lainnya).
- c. Seseorang memiliki daya hidup (*elan vital*) dalam menghadapi stres hidup dan bangkit dari kegagalan yang dialami
- d. Seseorang memiliki kemampuan untuk merealisasikan diri sesuai potensi terbaik yang ada di dirinya melalui aktivasi yang positif.
- e. Seseorang memiliki kemampuan fleksibilitas sejalan dengan variasi perubahan kondisi kehidupan.



- f. Seseorang memiliki perasaan tentang keseimbangan hidup seperti keseimbangan privasi dan sosialitas, tidur dan bangun, dan lainnya.
- g. Seseorang memiliki perasaan tentang pandangan tentang hidup (*wellroundedness*) yang meliputi pandangan tentang roh, jiwa, tubuh, kreativitas, dan perkembangan intelektual.
- h. Seseorang memiliki perhatian pada diri sendiri dan orang lain.
- i. Seseorang percaya diri dan memiliki penilaian diri yang baik terhadap diri sendiri.

#### 4. Pengukuran Kesehatan Mental

Didalam riskesdas, pertanyaan mengenai kesehatan mental terdapat dalam kuesioner F01-F20. Kesehatan mental diukur dengan *Self Questionnaire* (SRQ) merupakan status emosional individu, dimana SQR terdiri dari 20 pertanyaan yang mempunyai pilihan jawaban “ya” dan “tidak”.

Pada penelitian ini pengkategorian dibagi menjadi 2, yaitu:

- a. Terganggu, jika responden menjawab “ya” sebanyak  $\geq 6$  pertanyaan dari 20 pertanyaan yang diajukan.
- b. Tidak tidak terganggu, jika responden menjawab “ya” sebanyak  $<6$  pertanyaan dari 20 pertanyaan yang diajukan.



## C. Tinjauan Umum Tentang *Food Choice*

### 1. Pengertian *Food Choice*

Pemilihan makanan (*food choice*) adalah skema sederhana dari berbagai faktor yang disaring untuk keputusan akhir. Pemilihan makanan adalah subjek penelitian gizi, ilmu makanan, psikologi, antropologi, sosiologi, dan cabang lain dari ilmu-ilmu alam dan sosial. Hal ini juga dari kepentingan praktis besar bagi industri makanan dan terutama upaya pemasaran (Wikipedia, 2014 dalam Hamid, 2015).

Menurut Furst (1996) Pemilihan makanan (*food choice*) adalah proses yang kompleks yang memengaruhi sistem produksi pangan dan gizi konsumen asupan karena menentukan makanan apa konsumen beli dan makan. Oleh karena itu, yang mendasari pilihan makanan yang penting untuk pengembangan produk makanan, pemasaran dan dampak ofunctional makanan (Ares, 2007).

Kekhawatiran tentang pemilihan makanan yang mungkin memiliki efek yang merugikan pada kesehatan luas di negara maju, dan yang terkandung dalam dokumen seperti 2000 orang sehat (1992) dan kesehatan bangsa (1992). Rekomendasi untuk membatasi garam dan lemak asupan dan meningkatkan karbohidrat kompleks dan fibre konsumsi adalah prinsip utama dalam pedoman gizi kesehatan masyarakat (meriam, 1992). Namun demikian, konsumsi lemak tetap tinggi di dunia Barat, dan meningkat di negara-negara yang menjalani industri (Steptoe, 1995).



Menurut (Sumarwan,2011) Makanan merupakan kebutuhan pokok yang tidak pernah lepas dari rutinitas manusia sehari - hari. Teori Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan pertama yang dibutuhkan oleh manusia adalah kebutuhan fisiologis sehingga pemenuhan kebutuhan untuk fisik manusia merupakan hal yang paling utama agar seseorang dapat mempertahankan hidupnya. Menurut Chan (2009) Konsumsi makanan yang bergizi merupakan suatu keharusan bagi seorang individu agar kondisi kesehatan tetap terjaga, tidak mudah terserang penyakit, dan memenuhi gizi yang seimbang. Pada umumnya, orang dewasa cenderung mengadopsi kebiasaan konsumsi makanan sehat jika kebiasaan tersebut sudah dilakukan sejak usia dini (Purnamawati, 2016).

Saat ini, kebiasaan konsumsi makanan sehat telah berubah akibat perkembangan ekonomi yang begitu pesat. Hal ini ditandai dengan akses yang semakin mudah terhadap makanan yang tidak sehat dan juga harga yang lebih murah dibandingkan dengan makanan sehat (Henningsen,2011) dalam (Purnamati, 2016).

Eertmans (2006) menjelaskan bahwa pemilihan makanan ditentukan oleh tiga faktor, yaitu makanan, individu, dan lingkungan atau situasinya. Selanjutnya, secara umum terdapat 4 peringkat teratas dalam motivasi yang paling penting dalam pemilihan makanan, yaitu kenyamanan, kesehatan, harga, dan faktor kesukaan. Ketika persepsi seseorang mengenai makanan stabil maka tindakan seseorang terhadap



persepsi ini bervariasi tergantung dari ketersediaan makanan pada suatu lokasi atau tempat dan pengaruh sosial dari orang lain (Purnamawati,2016).

## 2. Faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Makanan

FCQ melibatkan sembilan motivasi dimensi (faktor), masing-masing berisi tiga sampai enam item diantaranya kesehatan, mood, kenyamanan, sensorik banding, kandungan alami, harga, Pengendalian berat badan, Keakraban dan Etis keprihatinan (Fotopoulos, 2009).

### a. Kesehatan

Kekhawatiran atas kesehatan dan kebugaran juga dapat bermain tangan dalam pilihan makanan. Orang yang kelebihan berat badan berusaha langsing oleh Diet biasanya akan memilih makanan yang berbeda dari seseorang yang tidak khawatir tentang berat badan. Rasa masih faktor dalam keputusan ini, tapi sering datang kedua kalori dan gula dan lemak (Brent).

### b. Mood

Banyak orang memiliki hubungan emosional dengan makanan, sering dimanfaatkan sebagai sumber kenyamanan dalam sedih atau stres. Kondisi seperti depresi, stres dan kecemasan dapat menyebabkan orang untuk membuat pilihan tentang makanan yang mereka mungkin tidak berhasil dalam keadaan emosi yang



berbeda. Hal ini sering menyebabkan impuls makan, biasanya melibatkan makanan tidak sehat "sampah" (Brent).

Menurut Blundell 1997 mengatakan Perempuan lebih sering melaporkan mengidam makanan daripada pria. Mood depresi tampaknya mempengaruhi tingkat keparahan nikotin. Laporan mengidam makanan juga lebih umum pada tahap pramenstruasi, saat meningkatkan asupan makanan total dan perubahan paralel laju metabolisme basal terjadi (Anonim,2006).

c. Rasa

Faktor yang paling jelas yang membuat Anda memilih salah satu makanan atas yang lain adalah rasa. Makanan yang menyenangkan ke langit-langit, tentu saja, biasanya menang, tapi setiap orang rasa rasa berbeda. Kaviar, misalnya, dianggap lezat yang kaya, lezat bagi mereka yang menikmati, sementara orang lain merasa sekadar bruto. Orang cenderung merasa lapar untuk mencari makanan yang mereka inginkan (Brent).

Rasa secara konsisten dilaporkan sebagai pengaruh besar terhadap perilaku makanan. Dalam kenyataannya 'rasa' adalah jumlah dari semua rangsangan Indra yang dihasilkan oleh proses menelan makanan. Ini termasuk tidak hanya rasa tetapi juga bau, penampilan dan tekstur makanan. Aspek-aspek sensorik dianggap mempengaruhi, khususnya, spontan pilihan makanan (Anonim, 2006).



d. Sensorik banding

Clarke (1998) mengatakan Dari usia dini, rasa dan keakraban mempengaruhi perilaku terhadap makanan. Keinginan untuk manis dan tidak menyukai kepahitan dianggap sifat bawaan manusia, dari sejak lahir. Rasa preferensi dan keengganan makanan mengembangkan melalui pengalaman dan dipengaruhi oleh sikap, keyakinan dan harapan (Anonim, 2006).

e. Harga

De Irala-Estevez et al. 2000 mengatakan Tidak ada keraguan bahwa biaya makanan adalah penentu utama makanan pilihan. Apakah biaya mahal pada dasarnya tergantung pada seseorang pendapatan dan status sosial ekonomi. Kelompok-kelompok berpenghasilan rendah memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk mengkonsumsi diet seimbang dan secara khusus memiliki rendah konsumsi buah dan sayuran . Namun, akses ke lebih banyak uang tidak secara otomatis sama dengan kualitas makanan yang baik tetapi macam makanan dari mana seseorang dapat memilih harus meningkatkan. Aksesibilitas ke toko-toko adalah faktor fisik penting lain yang mempengaruhi pilihan makanan, yang tergantung pada sumber daya seperti transportasi dan lokasi geografis. Makanan sehat cenderung lebih mahal harganya bila tersedia dalam kota dibandingkan dengan supermarket di pinggiran (alam Donkin et al. 2000). Namun, meningkatkan akses sendirian tidak



meningkatkan pembelian tambahan buah dan sayuran, yang masih dianggap sebagai mahal (Anonim, 2006).

f. Pengendalian berat badan

Orang memiliki berbagai makan kesempatan harian, motivasi yang akan berbeda dari satu kesempatan ke yang berikutnya. Kebanyakan penelitian menyelidiki faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan makanan pilihan tetapi mungkin berguna untuk menyelidiki apa yang mempengaruhi pilihan makanan pada kesempatan makan yang berbeda (Anonim, 2006).

Efek dari ngemil pada kesehatan telah diperdebatkan luas. Bukti menunjukkan bahwa ngemil dapat memiliki efek pada energi dan nutrisi tetapi belum tentu pada indeks massa tubuh (Hampl et al. 2003). Namun, berat badan normal dan orang-orang yang kelebihan berat badan mungkin berbeda dalam strategi mengatasi mereka ketika makanan ringan tersedia secara bebas dan juga dalam mekanisme kompensasi tubuh mereka pada makanan berikutnya. Selain itu, makanan ringan komposisi mungkin merupakan aspek penting dalam kemampuan individu untuk menyesuaikan asupan untuk memenuhi kebutuhan energi (Anonim, 2006).

Membantu orang dewasa muda untuk memilih pilihan snack sehat menimbulkan tantangan bagi banyak profesional kesehatan. Di rumah, bukannya melarang jajan, pendekatan yang lebih positif





mungkin pengenalan pilihan snack sehat dari waktu ke waktu. Selain itu, pilihan makanan sehat di luar rumah juga perlu dibuat lebih mudah tersedia (Anonim, 2006).

g. Etis keprihatinan

Dalam sampel UK mereka, Steptoe et al. (1995) melaporkan bahwa sensorik banding, Kesehatan, kenyamanan dan Harga dinilai sebagai yang paling penting di antara pilihan makanan motif. Mereka juga melaporkan perbedaan dalam makanan pilihan motif terkait dengan jenis kelamin, usia dan pendapatan, dan menemukan faktor FCQ untuk bertemu dengan langkah-langkah pengendalian Diet, makan gaya, nilai Kesehatan, kesehatan lokus kontrol, dan faktor-faktor kepribadian.

Menurut Januszewska (2011), dalam penelitiannya di empat negara yaitu Belgium, Philipina, Romania, Hungaria. Faktor yang paling penting pada peserta Eropa yaitu lebih mempertimbangkan sensorik banding makanan sebagai faktor paling penting dalam pilihan makanan mereka sehari-hari. Belgia juga menunjukkan Kesehatan, kandungan alami dan harga sangat penting saat memilih bahan makanan. Kandungan alami sangat penting untuk Rumania dan Bangsa Hongaria. Harga peringkat hanya di tempat keempat dari segi pentingnya antara negara-negara Eropa. Filipina menampilkan pendapat yang berbeda tentang makanan sehari-hari. Bagi mereka, yang paling penting adalah Kesehatan, harga dan suasana hati.



Sensorik banding muncul hanya di urutan keempat. Sikap seperti ini entah bagaimana mengejutkan mengetahui bahwa negara-negara Asia membayar banyak perhatian untuk kelezatan makanan. Mungkin mereka semua mengkonsumsi, menyajikan tingkat tinggi sensorik kesenangan dan mereka tidak menganggap lagi aspek makhluk ini dari sangat penting. Hal ini juga menarik untuk diperhatikan bahwa faktor suasana sangat dinilai hanya oleh Filipinos. Hasil ini bisa menunjukkan pentingnya emosi perilaku sehari-hari lebih tinggi Asia dibandingkan dengan Eropa. Paling penting faktor-faktor untuk semua responden adalah keakraban dan perhatian etis, kecuali Belgia yang menunjukkan suasana hati sebagai kurang penting dari etika. Hasil yang sama ditemukan sebelumnya oleh penelitian Eertmans et al. (2006) (Januszevska, 2011).

#### **D. Tinjauan Umum tentang Guru**

##### **1. Definisi Guru**

Guru adalah satu komponen manusiawi dalam proses belajar mengajar, yang ikut berperan dalam usaha pembentukan pemberdayaan manusia (Sardiman 2004). Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2008 tentang Guru, guru adalah pendidik professional dengan tugas utama mendidik, mengajar, membimbing, mengarahkan, melatih, menilai, dan mengevaluasi peserta didik pada pendidikan anak usia dini jalur



pendidikan formal, pendidikan dasar, dan pendidikan menengah. Sedangkan menurut Syah (1997) guru adalah salah satu profesi sebagaimana profesi-profesi lainnya yang menuntut keahlian, tanggung jawab dan kesetiaan (Soleman, 2013) .

## 2. Tugas, Peran, dan Kewajiban Guru

Tugas guru sebagai profesi meliputi mmendidik, mengajar, dan melatih. Mendidik berarti meneruskan dan mengembangkan nilai-nilai hidup serta mengembangkan karakter individu. Mengajar berarti meeruskan dan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi. Sedangkan melatih berarti mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi. Sedangkan melatih berarti mengembangkan keterampilan-keterampilan pada individu yang menjadi peserta didik. Adapun tugas guru dalam bidang kemanusiaan di sekolah harus dapat menjadikan dirinya sebagai orang tua kedua. Ia harus mampu menarik simpati sehingga menjadi idola para peserta didiknya. Pelajaran apa pun yang diberikan, hendaknya dapat menjadi motivasi bagi peserta didiknya dalam belajar. Bila dalam penampilannya sudah tidak menarik, maka kegagalan pertama adalah ia tidak akan dapat menanamkan benih pengajarannya. Itu kepada para peserta didiknya, mereka akan enggan menghadapi guru yang tidak menarik (Sauri, 2009 dalam Muhlisah,2016).



Menguraikan beberapa tugas guru, yaitu:

1. Merencanakan pembelajaran

Guru wajib membuat Rencana Pelaksanaan Pembelajaran (RPP) pada awal tahun atau awal semester, sesuai dengan rencana kerja sekolah/madrasah.

2. Melaksanakan Pembelajaran

Melaksanakan pembelajaran merupakan kegiatan interaksi edukatif antara peserta didik dengan guru. Kegiatan tersebut merupakan kegiatan tatap muka sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun tentang guru.

3. Menilai hasil pembelajaran

Menilai hasil pembelajaran merupakan serangkaian kegiatan untuk memperoleh, menganalisis, dan menafsirkan data tentang proses dan hasil belajar peserta didik yang dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan. Melalui penilaian hasil pembelajaran diperoleh informasi yang bermakna untuk meningkatkan proses pembelajaran berikutnya serta pengambilan keputusan lainnya. Menilai hasil pembelajaran dilaksanakan secara terintegrasi dengan tatap muka seperti ulangan harian dan kegiatan menilai belajar dalam waktu tertentu seperti ujian tengah semester dan akhir semester.



#### 4. Membimbing dan melatih peserta didik

Membimbing dan melatih peserta didik dibedakan menjadi tiga kategori yaitu membimbing atau melatih peserta didik dalam proses muka, intrakurikuler, dan ekstrakurikuler.

#### 5. Melaksanakan tugas tambahan

Peraturan pemerintah Nomor 74 Tahun 2008 tentang Guru Pasal 24 ayat (7) menyatakan bahwa guru dapat diberi tugas tambahan sebagai kepala satuan pendidikan, wakil kepala satuan pendidikan, ketua program keahlian satuan pendidikan, kepala perpustakaan, kepala laboratorium, bengkel atau unit produksi.

### **E. Tinjauan tentang Hubungan Kesehatan Mental dan *Healthy Food Choice* terhadap Hipertensi**

Menurut Suhadak (2010) dalam Andria (2013) Stres juga sangat erat hubungannya dengan hipertensi. Stres merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi di mana hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu). Stres yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan darah menetap tinggi. Walaupun hal ini belum terbukti akan tetapi angka kejadian di masyarakat perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan. Hal ini dapat

hubungannya dengan pengaruh stres yang dialami kelompok masyarakat yang tinggal di kota (Andria, 2013).



Stres psikologis secara biokimiawi dapat diketahui salah satunya dengan kadar kortisol di dalam tubuh. Kortisol adalah produk glukortikoid korteks adrenal yang terletak di atas ginjal. Setiap hari dihasilkan 40-80 $\mu$ mol hormone kortisol. Hormone ini memiliki peranan penting dalam respon stres seorang individu. Kortisol dapat mempengaruhi metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dapat menyebabkan obesitas (Guyton Ac, 2006 dalam Hidayat 2013).

Saat stres biasanya hormon tertentu mengendalikan tubuh kita untuk mengkonsumsi makanan manis dan berlemak di antaranya Cortisol. Dengan kehadiran hormon tersebut kita pun tanpa sadar makan tanpa memperhatikan asupan kalori. Untuk menghindari penumpukan lemak yang menyebabkan asupan kalori.

Stres psikologis adalah fitur yang umum dari kehidupan modern dan dapat mengubah perilaku yang mempengaruhi kesehatan, seperti aktivitas fisik, Rokok atau makanan pilihan (2006).

Oliver & Wardle (1999) mengatakan Pengaruh stres pada makanan pilihan kompleks paling tidak karena berbagai jenis stres seseorang dapat mengalami. Efek dari stres pada asupan makanan tergantung pada individu, stres dan keadaan. Secara umum, beberapa orang makan lebih banyak dan beberapa makan kurang dari normal ketika mengalami stres (2006).



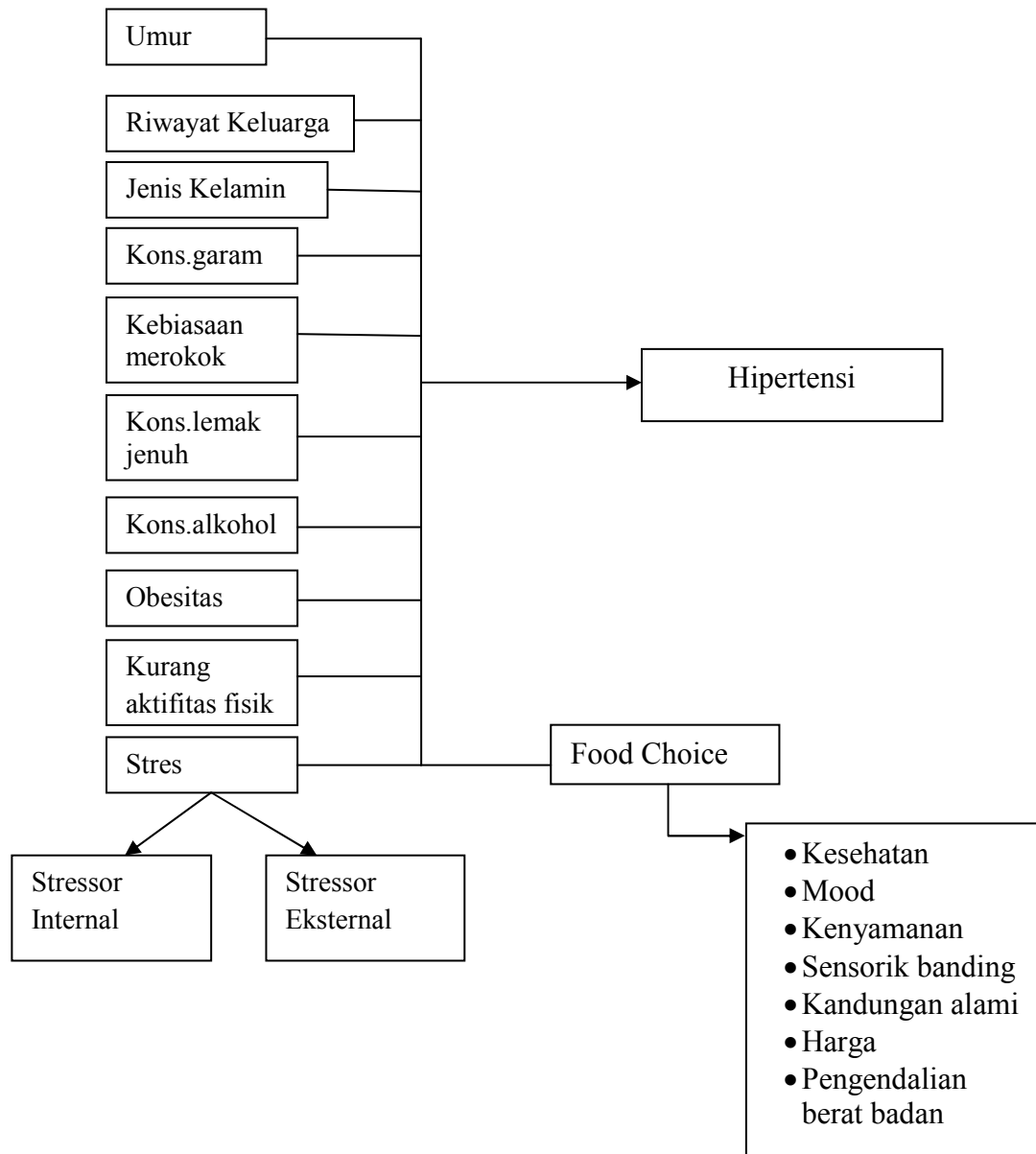
Mekanisme yang diusulkan untuk stres akibat perubahan dalam pilihan akan dan makanan yang motivasi perbedaan (mengurangi keprihatinan

tentang pengendalian berat badan), fisiologis (nafsu makan berkurang disebabkan oleh proses-proses yang berhubungan dengan stres) dan praktis perubahan dalam makan peluang, ketersediaan pangan dan menyiapkan makanan (2006).

Wardle et al. (2000) dalam studi juga menunjukkan bahwa jika stres kerja berkepanjangan atau sering, maka perubahan pola makan yang buruk dapat menyebabkan, meningkatkan kemungkinan kenaikan berat badan dan akibatnya resiko terjadi penyakit kardiovaskular (2006).



## F. Kerangka Teori



*Sumber: Di Modifikasi Depkes (2006); Fotopoulus, (2009); Sudarya (2014).*

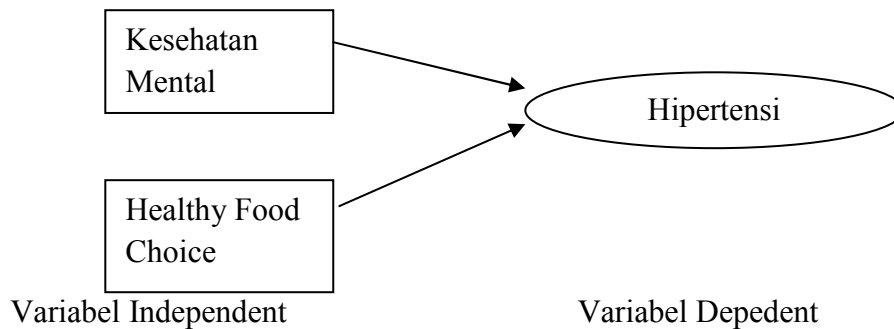




## BAB III KERANGKA KONSEP

### A. Pola Pikir Variabel yang Diteliti

#### 1. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

### B. Hipotesis

#### 1. Hipotesis Nol

- a. Tidak ada hubungan kesehatan mental dengan hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar tahun 2017.
- b. Tidak ada hubungan *healthy food choice* dengan hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar tahun 2017

#### 2. Hipotesis Alternatif

- a. Ada hubungan kesehatan mental dengan hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar tahun 2017
- b. Ada hubungan *healthy food choice* dengan hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar tahun 2017.





### Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Kriteria Objektif
Hipertensi	Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Tingginya tekanan darah dari batas normal berdasarkan ukuran tensi.	Tensimeter	Normal : <120/<80 Prehipertensi : 120-139/80-90 Hipertensi ( <i>Stage I</i> ) : 140-159/ 90-99 Hipertensi ( <i>Stage II</i> ) : 160 atau >160/ 100 atau >100 (JNC VII, 2003).
Kesehatan mental	Kesehatan mental adalah suatu keadaan jiwa atau keadaan psikologis yang menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengadakan penyesuaian diri atau pemecahan masalah terhadap masalah-masalah yang ada dalam diri sendiri (internal) dan	Kuesioner Kesehatan Mental	c. Terganggu, jika responden menjawab “ya” sebanyak $\geq 6$ pertanyaan dari 20 pertanyaan yang diajukan. d. Tidak terganggu, jika responden menjawab “ya” sebanyak <6 pertanyaan dari 20 pertanyaan yang diajukan. (Riskesdas, 2007).



	masalah-masalah yang ada di lingkungan luar dirinya (eksternal).		
<i>Healthy Food Choice</i>	Pemilihan makanan sehat ( <i>healthy food choice</i> ) adalah skema sederhana dari berbagai faktor yang disaring untuk keputusan akhir. Dengan sembilan faktor yaitu: <i>health, mood, convenience, sensory appeal, natural content, price, weight control, familiarity, and ethical concern.</i>	<i>Healthy Food Choice Quesionnari</i>	Penting : skor responden >60% Tidak penting : skor responden <60% (Riduwan, 2007)

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *cross-sectional* untuk mengetahui hubungan kesehatan mental dan *healthy food choice* terhadap hipertensi pada guru sekolah menengah atas di Makassar. Penelitian *cross-sectional* mempelajari hubungan antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel tergantung (efek) dengan melakukan pengukuran sesaat (Sastroasmoro, 1995).

#### B. Lokasi dan Waktu Penelitian

##### 1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) dan Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) di Kota Makassar, yaitu SMAN 6, SMAN 7, SMAN 18, SMAN 21, SMAN 12, SMAN 10, SMPN 9, SMPN 25, SMPN 12, SMPN 30, SMPN 8, dan SMPN 19.

##### 2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai pada 17 Mei 2017 – 24 Juli 2017.



## C. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi adalah *universum*, di mana *universum* itu dapat berupa orang, benda, atau wilayah yang ingin diketahui oleh peneliti. Populasi dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu populasi target (target population) dan populasi survei (survei population). Sub unit dari populasi survei untuk selanjutnya menjadi sampel penelitian (Danim, 2000).

Populasi dalam penelitian ini merupakan populasi dari penelitian besar yang berjudul dampak edukasi gizi seimbang berbasis sekolah terhadap pencegahan sindrom metabolik pada guru di Makassar Tahun 2016, semua guru SMPN dan guru SMAN yang berjumlah 12 sekolah di Kota Makassar yang berjumlah 661.

### 2. Sampel

Sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih atas dasar kemewakilannya. Adakalanya peneliti menentukan seluruh populasi menjadi sampel penelitian, dalam konteks ini berarti bahwa penelitian dimaksudkan untuk melakukan studi terhadap populasi (Danim, 2000).

Teknik pengambilan sampel terbagi menjadi tiga tahap, yaitu:

#### a) Penentuan lokasi berdasarkan kecamatan

Kota Makassar terdiri dari 14 Kecamatan, dari 14 kecamatan tersebut dipilih 3 kecamatan yang memiliki guru PNS terbanyak berdasarkan data dari Dinas Pendidikan Kota Makassar. Penentuan



kecamatan ini juga melihat sebaran lokasi yang dapat mewakili daerah urban dan non urban. Kecamatan yang terpilih yaitu Kecamatan Biringkanaya, Manggala, dan Tamalanrea.

b) Penentuan sekolah

Masing-masing kecamatan yang memiliki guru PNS terbanyak dipilih dua Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) dan dua Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) tanpa memperhitungkan jumlah sekolah dikecamatan tersebut. Adapun sekolah yang terpilih yaitu di Kecamatan Biringkanaya (SMPN 25, SMPN 9, SMAN 18, dan SMAN 7), Kecamatan Manggala (SMPN 8, SMPN 19, SMAN 10, dan SMAN 12), dan Kecamatan Tamalanrea (SMPN 12, SMPN 30, SMAN 21, dan SMAN 6). Pemilihan sekolah tersebut berdasarkan penelitian sebelumnya pada Tahun 2016.

c) Penentuan responden

Besaran sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus yaitu :

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel dalam populasi

N = besarnya Populasi dalam penelitian

p = Proporsi sampel (23,5)

q = 1- p = 1-0,235= 0,765

Z = tingkat kepercayaan sebesar 95% dengan nilai 1,96

d = derajat kebebasan 5% = 0,05



$$n = \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

$$n = \frac{2886 \times (1,96)^2 \times 0,235 \times 0,765}{(0,05)^2 \times (2886-1) + (1,96)^2 \times 0,235 \times 0,765}$$

$$n = \frac{1.993,13}{7,90}$$

$$n = 252$$

distribusi sampel persekolah dipilih berdasarkan rumus berikut :

$$\frac{N_{i,n}}{N}$$

$$\text{SMAN 7 MAKASSAR} = \frac{47}{661} \times 252 = 18$$

$$\text{SMAN 18 MAKASSAR} = \frac{47}{661} \times 252 = 18$$

$$\text{SMPN 25 MAKASSAR} = \frac{50}{661} \times 252 = 19$$

$$\text{SMPN 9 MAKASSAR} = \frac{48}{661} \times 252 = 18$$

$$\text{SMAN 10 MAKASSAR} = \frac{55}{661} \times 252 = 21$$

$$\text{SMAN 12 MAKASSAR} = \frac{52}{661} \times 252 = 20$$

$$\text{SMPN 8 MAKASSAR} = \frac{65}{661} \times 252 = 25$$

$$\text{SMPN 19 MAKASSAR} = \frac{62}{661} \times 252 = 24$$

$$\text{SMPN 12 MAKASSAR} = \frac{58}{661} \times 252 = 22$$

$$\text{SMPN 30 MAKASSAR} = \frac{54}{661} \times 252 = 20$$



$$\text{SMAN 21 MAKASSAR} = \frac{63}{661} \times 252 = 24$$

$$\text{SMAN 6 MAKASSAR} = \frac{60}{661} \times 252 = 23$$

Semua guru yang ada di 12 sekolah tersebut dan memenuhi kriteria inklusi baik yang pra hipertensi maupun yang normal.

Adapun kriteria inklusinya adalah sebagai berikut:

- a. Guru yang mengajar di SMPN atau SMAN di Kota Makassar dengan status Pegawai Negeri Sipil (PNS).
- b. Umur mulai 40 tahun ke atas.
- c. Bersedia untuk berpartisipasi sebagai sampel penelitian.

Adapun kriteria eksklusinya adalah apabila responden tidak mengikuti semua rangkaian penelitian (tidak hadir dalam 2 kunjungan).

#### D. Instrumen Penelitian

Alat bantu dalam penelitian ini antara lain:

1. Identitas responden diperoleh melalui wawancara langsung dengan menggunakan formulir identitas responden.
2. Alat ukur untuk mengukur Tekanan Darah adalah tensi digital dengan merk omron.
3. Kuesioner Kesehatan Mental terhadap Hipertensi diisi sendiri oleh responden





4. Kuesioner Food Choice terhadap Hipertensi diisi sendiri oleh responden
5. Program komputer (SPSS dan Microsoft Excel)
6. Alat tulis dan kamera.

### **E. Pengumpulan Data**

Data yang dikumpulkan terdiri atas dua yaitu data primer dan data sekunder.

#### 1. Data primer

Data primer adalah data yang langsung dikumpul oleh peneliti. Data primer pada penelitian ini diperoleh dari pengukuran secara langsung oleh peneliti di lapangan. Data yang diperoleh yaitu data mengenai:

- a) Tensimeter terhadap Tekanan darah
- b) Kesehatan Mental terhadap Hipertensi
- c) Food Choice terhadap Hipertensi

#### 2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang sudah tersedia untuk digunakan oleh peneliti. Data sekunder dari penelitian ini berupa jumlah guru dari setiap sekolah.



## F. Pengolahan dan Analisis Data

### 1. Pengolahan Data

Pengolahan data menggunakan komputer dengan menggunakan aplikasi SPSS yang meliputi *editing*, *koding*, *tabulating*, *entry*, dan *cleaning*. Pengolahan dan dilakukan dengan tahapan-tahapan sebagai berikut:

#### 1. *Editing*

Setelah semua kuesioner pengumpulan data-data awal informan, tingkat stres dan healthy food choice terhadap hipertensi. Peneliti akan memeriksa kembali kelengkapan datanya. Apabila terdapat kuesioner yang jawabannya belum lengkap maka kuesioner akan dikembalikan ke informan untuk dilengkapi.

#### 2. *Koding*

Apabila semua data telah terkumpul dan lengkap, maka dilakukan pengkodean variabel sebelum dipindahkan ke format aplikasi SPSS.

#### 3. *Tabulating*

Data dikelompokkan sesuai dengan sifat yang dimiliki dan dipindahkan ke dalam tabel untuk memudahkan penginputan data.

#### 4. *Entry data*

Pemasukan data ke dalam program SPSS.



## 5. *Cleaning*

Peneliti mengecek kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Data yang telah dianalisis disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi untuk membahas hasil penelitian.

## 2. Analisis Data

### a) Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi pada variabel – variabel penelitian. Distribusi frekuensi dari variabel bebas (kesehatan mental dan *food choice*) dan variabel terikat (hipertensi). Variabel penunjang adalah karakteristik sampel meliputi umur, jenis kelamin, dan pendidikan terakhir.

### b) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen dan dependen dalam bentuk tabulasi silang dengan menggunakan program SPSS dengan uji statistik *Chi-Square*.

## G. Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk tabel dan narasi untuk membahas hasil penelitian.



## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. HASIL

Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan dari bulan Juni-Juli 2017 (meliputi pengumpulan dan pengolahan data) pada sejumlah guru sekolah menengah di kota Makassar diperoleh data sebagai berikut:

##### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kota Makassar merupakan ibu kota dari Provinsi Sulawesi Selatan yang terdiri dari 14 kecamatan yang tiga diantaranya merupakan lokasi penelitian yaitu Kecamatan Biringkanaya, Kecamatan Tamalanrea, dan Kecamatan Manggala.

Adapun sekolah-sekolah di Kecamatan Biringkanaya, yaitu:

##### a. SMAN 7 MAKASSAR

SMA Negeri 7 Makassar merupakan salah satu sekolah Menengah Atas Negeri yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia yang terletak di Jalan Perintis Kemerdekaan Km 18. Sekolah ini pertama kali dipimpin oleh Bapak Drs. Suharwoto, kemudian Bapak Drs. Muchtar Abdul Rahim.



b. SMAN 8 MAKASSAR

SMA Negeri 18 Makassar SMA Negeri 18 Makassar terletak di kompleks Mangga Tiga Permai Daya Makassar, Jl. Poros Barombong, Pacerakkang, Makassar, Sulawesi Selatan.

c. SMPN 25 MAKASSAR

SMP Negeri 25 Makassar merupakan salah satu sekolah Menengah Atas Negeri yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia yang terletak Jalan Perintis Kemerdekaan, Km. 15, Makassar, Sulawesi Selatan. Saat ini dipimpin oleh H. Noerhadi Taiya.

d. SMPN 9 MAKASSAR

SMP Negeri (SMPN) 9 Makassar terletak di jalan Ir. Sutami Nomor 26 Kelurahan Bulurokeng Kecamatan Biringkanaya dan merupakan salah satu Sekolah Menengah Pertama Negeri yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia. Sama dengan SMP pada umumnya di Indonesia masa pendidikan sekolah di SMPN 9 Makassar ditempuh dalam waktu tiga tahun pelajaran, mulai dari Kelas VII sampai Kelas IX.

Adapun sekolah-sekolah di Kecamatan Tamalanrea, sebagai berikut:

a. SMAN 6 MAKASSAR

SMA Negeri 6 Makassar yang didirikan pada tahun 1980 yang diresmikan penggunaannya oleh Menteri Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia pada tanggal 17 Februari 1981. Berdasar hasil



penilaian Badan Akreditasi Sekolah/Madrasah tertanggal 24 Desember 2013 SMA Negeri 6 Makassar memperoleh akreditasi dengan peringkat A (Amat Baik) dan berlaku hingga tahun ajaran 2018.

b. SMA Negeri 21 Makassar

SMA Negeri 21 Makassar merupakan salah satu Sekolah Menengah Atas Negeri yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia. Sama dengan SMA pada umumnya di Indonesia masa pendidikan sekolah di SMAN 21 Makassar ditempuh dalam waktu tiga tahun pelajaran, mulai dari Kelas X sampai Kelas XII. Sekolah ini terletak di jalan Tamalanrea Raya Blok A nomor 1.

c. SMPN 12 MAKASSAR

SMP Negeri 12 Makassar merupakan salah satu sekolah Menengah Pertama Negeri yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia yang terletak terletak di jalan Perumnas Dosen Unhas Tamalanrea Makassar.

d. SMPN 30 MAKASSAR

SMP Negeri 30 Makassar merupakan salah satu sekolah Menengah Pertama Negeri yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia yang terletak terletak di jalan Bumi Tamalanrea Indah (BTP) Makassar.



Adapun sekolah-sekolah di Kecamatan Manggala, sebagai berikut:

a. SMAN 12 MAKASSAR

SMA Negeri 12 Makassar sebagai salah satu Lembaga Pendidikan tingkat menengah atas di Kota Makassar yang beroperasi sejak tahun 1988 berdasarkan SK nomor 12/0/1988 tanggal 8 Februari 1988. SMA Negeri 12 Makassar terletak di Jalan Moha Lasuloro Nomor 57 Antang, Kecamatan Manggala, Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.

b. SMAN 10 MAKASSAR

SMA Negeri 10 Makassar merupakan salah satu Sekolah Menengah Atas Negeri yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia. Sama dengan SMA pada umumnya di Indonesia masa pendidikan sekolah di SMAN 10 Makassar ditempuh dalam waktu tiga tahun pelajaran, mulai dari Kelas X sampai Kelas XII. Sekolah ini terletak di Jalan Tamangapa Raya V/12.

c. SMPN 8 MAKASSAR

SMP Negeri 8 Makassar" atau disebut juga "SPENDEL" adalah salah satu Sekolah Menengah Pertama Unggulan di Makassar yang menyangandang status SSN yang pada tahun 2011 akan menjadi Rintisan Sekolah Berbasis Internasional (RSBI). Sekolah ini terletak di jalan Batua Raya Nomor 1.

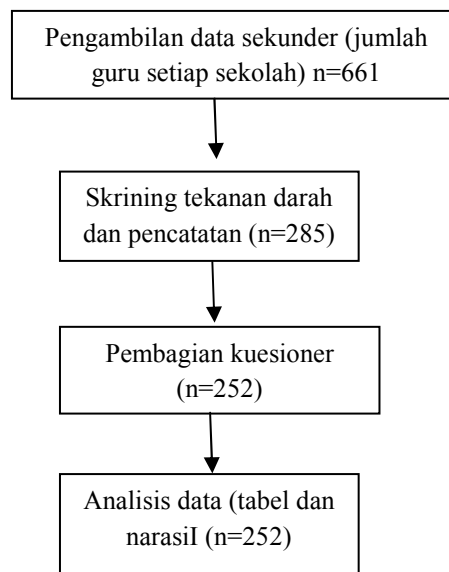


d. SMPN 19 MAKASSAR

SMP Negeri 19 Makassar merupakan salah satu sekolah Menengah Pertama Negeri yang ada di Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia yang terletak di jalan Tamangapa Raya III/35 Makassar.

## 2. Karakteristik Umum Responden

Penelitian ini mengikutsertakan 252 responden guru Pegawai Negeri Sipil (PNS) dari masing-masing sekolah terpilih berdasarkan perhitungan dan pembagian rumus. Berikut diagram proses penelitian:





**Tabel 5.1 Hasil Skrining**

No	Sekolah	Total Guru	Jumlah Guru Hadir	Screning	Sampel
1	SMA 7	47	25	20	18
2	SMA 18	47	26	18	18
3	SMA 10	55	29	21	21
4	SMA 12	52	30	23	20
5	SMA 21	63	35	24	24
6	SMA 6	60	33	23	23
7	SMP 25	50	35	20	19
8	SMP 19	62	37	24	24
9	SMP 8	65	36	28	25
10	SMP 30	54	35	25	20
11	SMP 12	58	32	25	22
12	SMP 9	48	48	30	18
<b>Total</b>		<b>661</b>	<b>401</b>	<b>285</b>	<b>252</b>

*Sumber: Data Primer, 2017*

Adapun cara mengambil sampel pada penelitian ini yaitu pertama kami datang ke setiap sekolah mengukur tekanan darah pada guru menggunakan tensi digital merk Omron type HEM-7130, selanjutnya pengambilan sampel dilakukan pada guru yang hadir pada hari pelaksanaan dan bersedia menjadi sampel. Yang di utamakan menjadi responden yaitu guru yang memiliki tekanan darah yang masuk dalam kategori prehipertensi dan hipertensi. Apabila sampel tidak mencukupi dalam satu sekolah maka guru yang memiliki tekanan darah normal di



jadikan sampel. Kemudian responden mengisi kuesioner sendiri, dan sebelumnya peneliti menjelaskan petunjuk pengisian kuesioner. Pada kegiatan penelitian ini hanya sebagian guru yang melakukan skrining karena guru kelas XII dan IX sudah jarang datang kesekolah. Dan beberapa sekolah bertepatan dengan kegiatan ujian dan pensantren ramadhan, sehingga hanya sedikit guru yang mengikuti skrining.

Adapun karakteristi umum responden, yaitu:

### 1. Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Kejadian Hipertensi

**Tabel 5.2**

**Distribusi Kejadian Hipertensi pada guru Sekolah Menengah di Kota Makassar Tahun 2017**

<b>Tekanan Darah</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Normal	67	26,6
Pre Hipertensi	132	52,4
Hipertensi I	40	15,9
Hipertensi II	13	5,2
<b>Jumlah</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.2 pada umumnya guru memiliki tekanan darah pre hipertensi sebanyak 132 responden (52,4%). Dan yang terendah tekanan darah Hipertensi II sebanyak 13 orang (5,2%).



**Tabel 5.3**  
**Distribusi Karakteristik Umum Berdasarkan Kejadian Hipertensi pada**  
**Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar**  
**Tahun 2017**

Karakteristik	Hipertensi				Jumlah	
	Ya		Tidak		n	%
	n	%	n	%		
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	71	79,8	18	20,2	89	35,3
Perempuan	114	69,9	49	30,1	163	64,7
<b>Umur</b>						
40-50 tahun	80	68,4	37	31,6	117	46,4
51-60 tahun	105	77,8	30	22,2	135	53,6
<b>Pendidikan Terakhir</b>						
Sarjana	152	74,1	53	25,9	205	85,0
Pascasarjana	33	70,2	14	29,8	47	18,7
<b>Jumlah</b>	<b>185</b>	<b>73,4</b>	<b>67</b>	<b>26,6</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.3 Karakteristik responden di bagi berdasarkan jenis kelamin, umur, dan pendidikan terakhir dan selanjutnya di kaitkan dengan hipertensi. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan mengalami hipertensi sebesar 114 responden (69,9%), dan yang tidak hipertensi sebesar 49 responden (30,1%).

Kemudian di lihat dari segi umur, yang tidak mengalami hipertensi di umur 40-50 tahun sebanyak 37 responden (31,9%) dan yang masuk dalam kategori hipertensi sebanyak 105 orang (77,8%) pada umur 51-60 tahun.



Terakhir, dilihat berdasarkan pendidikan terakhir, sebagian besar responden berada pada jenjang pendidikan Sarjana sebanyak 205 orang (84,0%) namun 1 orang berpendidikan D3, tetapi digabungkan di dalam kategori pendidikan terakhir sarjana. Dikaitkan dengan hipertensi, yang paling banyak yang terkena gangguan hipertensi pada pendidikan terakhir Sarjana sebesar 152 responden (74,1%) dan yang tidak terkena hipertensi paling banyak pada pendidikan terakhir Pascasarjana sebanyak 14 responden (29,8%).

### 3. Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Kesehatan Mental

**Tabel 5.4**

**Distribusi Kejadian Kesehatan Mental pada guru Sekolah Menengah di Kota Makassar Tahu 2017**

<b>Kesehatan Mental</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Terganggu	54	21,4
Tidak Terganggu	198	78,6
<b>Jumlah</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.4, sebagian besar responden yaitu 78,6 % tidak memiliki gangguan mental dari 252 total guru.



#### 4. Distribusi Karakteristik Umum dengan Kesehatan Mental

**Tabel 5.5**  
**Distribusi Karakteristik Umum dengan Kesehatan Mental pada**  
**Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar**  
**Tahun 2017**

Karakteristik	Terganggu		Tidak terganggu		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	15	16,9	74	83,1	89	35,3
Perempuan	38	23,2	125	76,7	163	64,7
<b>Umur</b>						
40-50 tahun	30	25,6	87	74,4	117	46,4
51-60 tahun	23	17,0	112	83,0	135	53,6
<b>Pendidikan Terakhir</b>						
Sarjana	72	35,1	133	64,9	205	81,3
Pascasarjana	11	23,4	36	76,6	47	18,7

*Sumber: Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.5, persentasi responden yang memiliki kondisi mental terganggu lebih banyak pada responden perempuan sebesar 38 responden (23,2%).



Dilihat dari karakteristik umur, responden yang mengalami tingkat kesehatan mental yang terganggu pada umur 40-50 tahun sebesar 30 orang (25,6%). Dan yang terakhir dari karakteristik pendidikan terakhir, persentasi responden yang memiliki kondisi mental terganggu paling banyak pada pendidikan terakhir Sarjana sebanyak 72 orang (35,3%).

## 5. Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Healthy Food Choice

**Tabel 5.6**

**Distribusi Tanggapan Healthy Food Choice pada guru Sekolah Menengah di Kota Makassar Tahun 2017**

<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Penting	117	46,4
Tidak Penting	135	53,6
<b>Jumlah</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

*Sumber: Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.6 Menunjukkan bahwa dalam pemilihan makanan ada 135 responden (53,6%) yang menganggap tidak penting.

Adapun distribusi *healthy food choice* berdasarkan karakteristik

responden sebagai berikut:



**Tabel 5.7**  
**Distribusi Karakteristik Umum dengan Healthy Food Choice pada**  
**Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar**  
**Tahun 2017**

Karakteristik	Penting		Tidak penting		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	42	47,2	47	52,8	89	35,3
Perempuan	75	46,0	88	54,0	163	64,7
<b>Umur</b>						
40-50 tahun	51	44,0	66	56,4	117	46,4
51-60 tahun	66	48,9	69	51,1	163	53,6
<b>Pendidikan</b>						
<b>Terakhir</b>						
Sarjana	92	44,9	113	55,1	205	81,3
Pascasarjana	25	53,2	22	46,8	47	18,7

*Sumber: Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.7 , Dilihat dari karakteristik jenis kelamin, pada umumnya responden perempuan menganggap pemilihan makanan sehat tidak penting yaitu 88 responden (54,0%).

Selanjutnya, dilihat dari karakteristik umur, kelompok umur 40-50 tahun menganggap pemilihan makanan sehat tidak penting sebanyak 66 responden (56,4%).



Dan yang terakhir dilihat dari pendidikan terakhir, pemilihan makanan tidak penting sebesar 113 responden (55,1%) dengan pendidikan terakhir Sarjana.

## 6. Analisis Hubungan Kesehatan Mental terhadap Hipertensi

**Tabel 5. 8**  
**Hubungan Kesehatan Mental dengan Hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar Tahun 2017**

Kategori Kesehatan mental	Hipertensi				P
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Terganggu	37	69,8	16	30,2	0,504
Tidak terganggu	148	74,4	51	25,6	
<b>Jumlah</b>	<b>185</b>	<b>73,4</b>	<b>67</b>	<b>26,6</b>	

*Sumber : Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.8 responden yang memiliki hipertensi sebesar 148 responden (74,7%) dan kesehatan mentalnya tidak terganggu sebesar 51 responden (25,6%).





## 7. Analisis Healthy Food Choice terhadap Hipertensi

**Tabel 5.9**  
**Hubungan antara Healthy Food Choice dengan Hipertensi pada**  
**Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar Tahun 2017**

Kategori	Hipertensi				Total		P
	Ya		Tidak		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak penting	97	71,9	38	28,1	135	100	0,547
Penting	88	75,2	29	24,8	117	100	
<b>Jumlah</b>	<b>185</b>	<b>73,4</b>	<b>67</b>	<b>26,6</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	

*Sumber: Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.9, Jumlah responden yang menganggap pemilihan makanan penting tetapi mengalami hipertensi sebesar 88 responden (75,2%).



**Tabel 5.10**  
**Hubungan Dimensi Healthy Food Choice dengan Hipertensi pada**  
**Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar Tahun 2017**

Food Choice	Hipertensi				P
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
<b>Kesehatan</b>					
Tidak Penting	1	14,3	6	85,7	0,455
Penting	66	26,9	179	73,1	
<b>Pengendalian berat badan</b>					
Tidak Penting	4	23,5	12	76,5	0,768
Penting	63	28,8	172	73,2	
<b>Komposisi makanan</b>					
Tidak Penting	66	26,4	184	73,6	0,452
Penting	1	50,0	1	50,0	
<b>Daya tarik rasa</b>					
Tidak Penting	64	73,6	23	26,4	0,804
Penting	123	75,0	41	25,0	

*Sumber: Data Primer, 2017*

Berdasarkan tabel 5.10 dilihat dari nilai kesehatan dan dihubungkan dengan hipertensi, responden yang paling banyak menganggap penting dengan kategori tidak hipertensi sebesar 66 responden (26,9%). Di lihat dari nilai pengendalian berat badan yang paling banyak menganggap pemilihan makanan penting dan tidak hipertensi, sebesar 63 responden (28,8%). Selanjutnya dilihat dari komposisi makanan responden dengan



kategori tidak hipertensi menganggap pemilihan makanan penting sebesar 1 responden (50,0%). Dan yang terakhir dilihat dari daya tarik rasa dengan daya tarik rasa kategori hipertensi sebesar 123 responden (75,0%) yang menganggap pemilihan makanan penting.

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Distribusi Karakteristik Umum dengan Kejadian Hipertensi**

Umumnya penderita hipertensi adalah orang yang berusia diatas 40 tahun, namun pada saat ini tidak menutup kemungkinan diderita oleh orang usia muda. Hipertensi pada wanita usia subur sebagian besar terjadi pada usia 25 – 45 tahun, dan hanya pada 20 persen terjadi dibawah usia 20 tahun (Yeni, 2009). Dalam penelitian Pradetyawan pada tahun 2014 mengatakan bahwa responden dengan usia 55 tahun ke atas mempunyai kemungkinan mengalami hipertensi 7,043 kali lebih besar daripada responden dengan usia kurang dari 55 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian tersebut bahwa pada umur di atas 40 tahun resiko terjadinya hipertensi mulai di lihat dan pada penelitian ini umur yang paling tinggi terkena hipertensi yaitu umur 50-60 tahun sebanyak 105 orang (77,8%). Semakin tua seseorang maka faktor terjadinya hipertensi semakin besar.

Sejalan dengan bertambahnya usia, tekanan darah seseorang menjadi meningkat. Satu dari lima pria yang berusia antara 35-44 tahun memiliki tekanan darah yang tinggi. Prevalensi hipertensi pada



pria akan menjadi dua kali lipat pada usia 45-55 tahun. Hal ini dikarenakan karena adanya perubahan hormonal, keadaan stres, kelelahan, dan pola konsumsi makan yang tidak terkontrol.

Sedangkan pada wanita, di atas usia 55 tahun mereka berpeluang lebih besar terkena hipertensi. Hal ini dikarenakan pada perempuan meningkat seiring dengan bertambahnya usia yang mana pada perempuan masa premenopause cenderung memiliki tekanan darah lebih tinggi daripada laki-laki (Vitahealth, 2004).

Sigarlaki (2010) menyatakan bahwa hipertensi dapat dipengaruhi dua faktor yaitu faktor yang tidak terkontrol (misalnya keturunan, jenis kelamin dan usia) dan faktor yang dapat dikontrol (misalnya kegemukan, kurang olahraga, merokok, serta konsumsi alkohol dan garam). Insidensi hipertensi meningkat seiring dengan pertambahan usia. Pasien yang berusia di atas 60 tahun, 50 –60% mempunyai tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degenerasi yang terjadi pada orang yang bertambah usianya. Hipertensi merupakan penyakit multi faktorial yang munculnya oleh karena interaksi berbagai faktor

Di Indonesia, berdasarkan hasil Riskesdas (2007) prevalensi hipertensi pada wanita sedikit lebih tinggi dibandingkan pada pria yaitu sebesar 31,9 % pada wanita dan 31,3% pada pria. Hal ini bisa dibuktikan pada penelitian yang mendapatkan hasil hipertensi paling



banyak pada perempuan yaitu sebesar 114 orang (69,9%). Sedangkan pada laki-laki yaitu sebesar 71 orang (79,8%).

## 2. Distribusi Karakteristik Umum dengan Kesehatan Mental

Hasil penelitian menemukan bahwa sebagian besar responden 78,6% tidak memiliki gangguan mental (n=252). Hal ini menunjukkan bahwa pada saat menjawab kuesioner untuk kesehatan mental, lebih banyak responden yang menjawab tidak.

Untuk distribusi kesehatan mental, lebih banyak pada responden yang berjenis kelamin perempuan (23,3%) dibandingkan dengan laki-laki (16,9%). Responden dengan usia 40-50 tahun memiliki prevalensi gangguan mental paling tinggi (25,6%). Hal ini tidak sejalan dengan prevalensi gangguan mental emosional menurut Riskesdas 2013 cenderung meningkat seiring pertambahan umur, namun lebih sejalan dengan lebih besar pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Responden dengan pendidikan terakhir Sarjana memiliki prevalensi gangguan mental emosional paling tinggi yaitu 72 orang (35,3%). Hal ini berbeda dengan Riskesdas 2013 yang menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang meningkat seiring dengan semakin rendahnya pendidikan seseorang. Penelitian lainnya pada 220 pegawai Kemenkes menemukan prevalensi stres sebesar 79% dan lebih tinggi resiko stresnya pada pegawai yang menduduki jabatan struktural dan berpendidikan akhir SMA atau D3 (Widiantini, 2014). Ada banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan mental yang



salah satunya adalah proses pembelajaran. Sebagian besar perilaku manusia adalah proses belajar yang dihasilkan dari pengalaman dan berlatih, seharusnya proses belajar berguna untuk mengembangkan potensi diri untuk menghadapi kehidupan (Tambunan, 2010).

### 3. Distribusi Karakteristik Umum dengan Healthy Food Choice

Pilihan Makanan (*Food Choice*) adalah skema sederhana dari berbagai faktor yang disaring untuk keputusan akhir. Pemilihan makanan adalah subjek penelitian gizi, ilmu makanan, psikologi, antropologi, sosiologi, dan cabang lain dari ilmu-ilmu alam dan sosial. Hal ini juga dari kepentingan praktis besar bagi industri makanan dan terutama upaya pemasaran (Wikipedia, 2014 dalam Hamid, 2015).

Jenis kelamin merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi pemilihan makanan (Sanjur, 2003). Menurut Gibney, et al (2009) terdapat perbedaan pemilihan makanan antara laki-laki dan perempuan, hal ini disebabkan karena pada umumnya kaum wanita tampak lebih banyak mempunyai pengetahuan tentang makanan dan gizi serta menunjukkan perhatian yang lebih besar terhadap keamanan makanan, kesehatan dan penurunan berat badan.

Menurut Terakes, penulis buku *The Great Aussie Bloke's Cookbook*, banyak pria merasa belum makan jika mereka belum menyantap protein dalam porsi besar. Sementara wanita sudah merasa cukup dengan sedikit karbohidrat atau salad di waktu makan. Pilihan



makanan seseorang banyak dipengaruhi oleh norma budaya, kebiasaan, serta faktor genetik. Mungkin faktor jenis kelamin juga berpengaruh besar. (Kompas, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi perempuan yang ikut pada penelitian ini lebih tinggi di bandingkan laki-laki. Sementara bila dilihat dari pemilihan makanannya, perempuan lebih cenderung untuk memiliki pemilihan makanan yang baik yaitu sebesar 75 orang (46,0%) dibandingkan dengan laki-laki sebesar 42 orang (47,2%). Proporsi perempuan yang ikut dalam penelitian ini lebih banyak dari pada laki-laki.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara laki – laki dan perempuan dalam kebiasaan makan. Misalnya saja, ditemukan bahwa perempuan memiliki pilihan makanan yang membuat nyaman yang berbeda dibandingkan lelaki. Perempuan cenderung memilih pilihan makanan dengan rasa manis seperti, kue dan biskuit saat mengalami gejala depresi di bandingkan dengan laki – laki. Dalam pilihan makanan secara umum, perempuan dan laki-laki juga memiliki perbedaan preferensi.

Dilihat dari pendidikan terakhir, pemilihan makanan tidak penting sebesar 113 responden (55,1%) dengan pendidikan terakhir Sarjana. Dan pemilihan makanan penting lebih banyak pada Sarjana dengan 92 responden (45,1%), hal ini menyebabkan karena lebih banyak responden Sarjana dibandingkan Pascasarjana.



Kearney et al. (2000) dalam Hogan (2012) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi perilaku diet selama dewasa. Sebaliknya, nutrisi pengetahuan dan kebiasaan baik yang tidak berkorelasi. Ini karena pengetahuan tentang kesehatan tidak mengarah ke tindakan langsung ketika individu tidak yakin bagaimana menerapkan pengetahuan mereka. Selanjutnya, informasi yang disebarluaskan pada gizi berasal dari berbagai sumber dan dipandang sebagai bertentangan, yang menghambat motivasi untuk mengubah (De Almeida et al., 1997). Dengan demikian, penting untuk menyampaikan pesan yang akurat dan konsisten melalui berbagai media, pemilihan makanan dan tentu saja melalui profesional kesehatan (Hogan, 2012).

Pendidikan dan pengetahuan merupakan faktor tidak langsung yang mempengaruhi perilaku seseorang. Pengetahuan yang diperoleh seseorang tidak terlepas dari pendidikan. Pengetahuan gizi yang ditunjang dengan pendidikan yang memadai, akan menanamkan kebiasaan dan penggunaan bahan makanan yang baik (Shepherd (1999) dalam Hamid (2015).

Menurut Shepherd, 1999 dalam Hamid 2015 mengatakan faktor yang mempengaruhi pemilihan makanan yang dikategorikan sebagai hal-hal yang terkait dengan makanan yang menyebabkan individu membuat pemilihan dan tentang lingkungan ekonomi dan sosial eksternal untuk membuat pilihan. Beberapa bahan kimia dan sifat fisik





dari makanan akan dirasakan oleh individu dalam hal atribut sensorik, misalnya rasa, tekstur atau penampilan. Namun, memahami atribut-atribut sensori dalam makanan tertentu tidak berarti bahwa individu akan atau tidak akan memilih untuk mengkonsumsi makanan (Hamid, 2015).

#### 4. Hubungan Kesehatan Mental dengan Hipertensi

Pada tabel 5.9 responden yang memiliki kategori hipertensi lebih tinggi dan pada umumnya tidak memiliki gangguan sebanyak 148 responden (74,4%). Menurut Suhadak (2010) dalam Andria (2013) Stres juga sangat erat hubungannya dengan hipertensi. Stres merupakan masalah yang memicu terjadinya hipertensi di mana hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis peningkatan saraf dapat menaikkan tekanan darah secara intermiten (tidak menentu) (Andria, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian dari Syavardi menunjukkan bahwa dari 70 orang yang mengalami stress ada 43 (61,4%) responden mengalami hipertensi berat, dari 21 responden yang tidak mengalami stress terdapat 10 (47,6%) responden mengalami hipertensi sedang. Dari hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan. Dimana hasil uji *chi square* yaitu 0,504 dimana nilai  $p > 0,005$ , maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Sugiharto (2007) yang mengatakan



bahwa terdapat hubungan antara stress dengan kejadian hipertensi yaitu orang yang stress kejiwaan mengalami hipertensi. Stress meningkatkan aktivitas saraf simpatis, yang dapat meningkatkan tekanan darah secara bertahap yang berarti semakin stress seseorang akan semakin tinggi tekanan darahnya. Permasalahan lain adalah pada beberapa keadaan seringkali emosi negatif seperti cemas dan depresi timbul secara perlahan tanpa disadari dan individu tersebut baru menyadari saat setelah timbul gejala fisik, seperti misalnya hipertensi.

Meskipun pada penelitian ini terhadap guru tidak ada hubungan dengan kejadian hipertensi kita harus mencegah sebisa mungkin. Karena pada zaman sekarang, masyarakat menghadapi masalah yang semakin beragam sebagai akibat modernisasi dan perkembangan dunia. Masalah hubungan sosial dan tuntutan lingkungan seiring harapan untuk meningkatkan pencapaian diri, ketidaksanggupan pribadi untuk memenuhi tuntutan tersebut dapat menimbulkan stres dalam diri seseorang. Beberapa faktor penyebab dari stres adalah masalah pekerjaan, faktor ekonomi, masalah rumah tangga, kurang tidur, dan lainnya (Saleh, 2014).

Dalam penelitian Muhlisah (2016) pada guru Sekolah Menengah di Makassar dengan jumlah responden 305 hanya 49 orang (16,1) guru yang mengalami kesehatan mental. Tidak jauh beda dengan hasil yang didapatkan peneliti pada tahun ini yaitu 43 (61,4%) . Stres merupakan mekanisme yang bersifat individual, menurut Maramis



(2004 dikutip dari Mesuri, 2013), daya tahan atau penyesuaian individu terhadap stress akan berbeda satu sama lain karena tergantung pada umur, jenis kelamin, tipe kepribadian, tingkat intelegensi, emosi, status social atau pekerjaannya. Hal ini juga diungkapkan oleh Bhecker (2008) respon stress dapat diidentifikasi melalui karakteristik individu yaitu usia, pendidikan, jenis kelamin, dan pekerjaan. Maka dari itu stress berat bagi seseorang belum tentu merupakan stress berat bagi yang lainnya karena setiap orang memiliki persepsi dan toleransi yang berbeda-beda tentang hal-hal yang menjadi hambatan atau tuntutan yang menimbulkan stress.

Selanjutnya pada penelitian Korneliani (2012) yang mengatakan ada hubungan antara stress dengan kejadian hipertensi pada Guru SD Wanita Usia 40-55 tahun. Berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar. Stres pada pekerjaan cenderung menyebabkan hipertensi berat. Sumber stres dalam pekerjaan meliputi beban kerja, fasilitas kerja yang tidak memadai, peran dalam pekerjaan yang tidak jelas, tanggung jawab yang tidak jelas, masalah dalam hubungan dengan orang lain, tuntutan kerja, dan tuntutan keluarga. Meskipun beban kerja biasa menjadi masalah di setiap guru, tetapi sebagian guru sudah terbiasa dengan hal ini. Karena ini merupakan tanggung jawab bagi setiap individu.

Berdasarkan penelitian Mahmudah (2015), hasil uji *chi square* antara stres dengan kejadian hipertensi didapatkan tidak ada hubungan



yang signifikan antara stres dengan kejadian hipertensi dimana nilai ( $p$  value =0,468). Hal ini sejalan dengan penelitian saya dengan nilai ( $p$  value =0,504). Meskipun secara statistik tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara stres dengan kejadian hipertensi namun dapat dilihat kecenderungan prevalensi hipertensi yang stres sebesar 69,8% tidak terlalu jauh dengan prevalensi yang menderita hipertensi dan tidak stres sebesar (74,4%). Penelitian yang dilakukan oleh Stefhany (2012) menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara stres dengan kejadian hipertensi. Karena besaran sampel yang tidak mencukupi untuk menunjukkan kebermaknaan.

##### 5. Hubungan Healthy Food Choice dengan Hipertensi

Berdasarkan tabel 5.9 di lihat dari nilai kesehatan dan dihubungkan dengan tekanan darah, responden yang paling banyak menganggap penting dengan kategori tidak hipertensi sebesar 66 responden (26,9%), dan kategori hipertensi sebesar 179 responden (73,1%), dengan nilai  $p$  0,455 > 0,05 dimana tidak ada hubungan *healthy food choice* dengan hipertensi. Dalam penelitian Anggraini (2012) mengatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pemilihan makanan dengan konsumsi makan. Hal ini sesuai dengan hasil yang di dapatkan bahwa pemilihan makanan tidak ada hubungan, dan meskipun responden telah mengetahui bahwa pemilihan makanan



itu penting bagi kesehatannya, tapi sering kali diabaikan karena hal – hal tertentu.

Gizi yang baik sangat penting untuk kesehatan yang baik dan sementara banyak orang makan dengan baik, sejumlah besar membuat pilihan makanan yang buruk menyebabkan kesehatan yang lebih buruk. Hal ini terutama jelas lebih merugikan dan rentan dalam populasi tersebut (Leslie, Koshy et al (2012) dalam Hamid (2015).

Di lihat dari nilai pengendalian berat badan yang paling banyak menganggap pemilihan makanan penting dan tekanan darah normal, sebesar 63 responden (28,8%), dan tekanan darah tidak normal sebesar 172 responden (73,2%), dengan nilai  $p = 0,768 > 0,05$ .

Makanan dapat digambarkan sebagai makanan fungsional jika memuaskan meningkatkan kesehatan kita melampaui kebutuhan gizi. Perbaikan ini meliputi keadaan peningkatan kesehatan, pengurangan resiko dari setiap jenis penyakit dan meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental. Makanan fungsional harus makanan biasa dan juga menunjukkan efeknya ketika dikonsumsi sebagai asupan harian ( Dogan, Ylidiz et al (2011) dalam Hamid (2015).

Selanjutnya dilihat dari komposisi makanan responden dengan tekanan darah normal menganggap pemilihan makanan penting sebesar 1 responden (50,0%), dan tekanan darah tidak normal sebesar 1 responden (50,0%), dengan nilai  $p = 0,452 > 0,05$ .



Dan yang terakhir di lihat dari nilai daya tarik rasa dengan tekanan darah tidak normal sebesar 123 responden (75,%). Dengan nilai *p value* 0,804 yang berarti tidak ada hubungan antara daya tarik rasa dengan hipertensi.

Pada tingkat individu, rasa berkaitan dalam pemilihan makanan tinggi lemak, karena lemak bertanggung jawab atas tekstur dan aroma banyak makanan. Di sisi lain makanan ‘sehat’ dapat dikonsumsi untuk bukan alasan kesehatan seperti kekhawatiran mengenai penampilan. Pengendalian berat badan merupakan penentu utama pilihan makanan untuk individu yang peduli terhadap berat badan mereka (Steptoe, Pollard (1995).

Menurut Puspadewi (2014) Jika dilihat dari semua kelompok usia, maka 45% laki-laki dan 65% perempuan melakukan pemilihan pangan karena alasan kesehatan. Berdasarkan penelitian Steptoe dan Pollard (1995) alasan sensorik, harga dan kesehatan menjadi alasan utama dalam pemilihan pangan pada usia 17-89 tahun.

Pemilihan makanan merupakan salah satu komponen penting dalam menentukan kualitas hidup. Makanan yang dipilih dapat dipengaruhi oleh pengaruh psikologi, sosial, status ekonomi, dan kesehatan individual. Salah satu penyebabnya adalah adanya kecenderungan perubahan dalam pemilihan makan yang berpengaruh pada pola konsumsi makanan dari makanan tradisional ke makanan impor (modern) yang banyak terlihat pada masyarakat perkotaan.



Pada tahap pemilihan makanan sangat penting diperhatikan (Khomsan, 2004).

Meskipun sudah banyak sekali literatur tentang gizi yang baik pada makanan, tetapi masih banyak sekali masyarakat yang terpengaruh oleh sosial, budaya pada lingkungan mereka. Seseorang yang memiliki stimulus faktor internal yang baik maka akan memiliki keterlibatan tinggi dalam pemilihan makanannya sehingga mengarah kepada pemilihan makanan yang baik.

Menurut Gibney et all (2009) keterlibatan seseorang terhadap makanan mempengaruhi alasan dalam pemilihan makanannya. Keterlibatan dalam sebuah produk berarti seseorang menganggap produk tersebut sangat penting dan bersedia menghabiskan cukup banyak waktu untuk mendapatkan pengetahuan tentang produk tersebut sehingga hal tersebut dapat memfasilitasi informed choice (memilih setelah mendapatkan informasi), namun hal ini tidak terlepas dari pengaruh faktor internal yang juga mendukung dalam memilih makanan yang baik pula, karena dalam membentuk perilaku seseorang, kedua faktor tersebut sangatlah mempengaruhi.

Ada juga bukti bahwa stres dan emosi negatif dapat mempengaruhi pilihan makanan dan konsumsi. Semua faktor ini menunjukkan bahwa kesehatan adalah hanya salah satu dari banyak pertimbangan yang relevan dan memperhitungkan pilihan makanannya. Implementasi yang lebih efektif strategi promosi



kesehatan mungkin tergantung pada pengakuan mengenai status kesehatan dibandingkan dengan motif lain dalam pemilihan makanan (Stephoe, 1995).

Dalam penelitian ini kategori pemilihan makanan dapat dilihat dari keterlibatan seseorang dalam pemilihan makanannya. Seseorang yang dianggap memiliki keterlibatan tinggi terhadap variabel makanan yang rendah kalori, rendah lemak, rendah natrium, perhatian terhadap daftar komposisi makanan, tanggal kadaluarsa, bahan tambahan pangan serta penggunaan kemasan, dianggap memiliki pemilihan makanan yang baik dan sebaliknya.

Pada penelitian Wijaya (2011) menunjukkan tidak ada hubungan pemilihan makan dengan tingkat hipertensi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dimana hasil perhitungan didapatkan nilai  $p$  sebesar  $0,547 > 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima.

Adanya perubahan gaya hidup masyarakat kota yaitu cenderung memilih makanan yang siap saji seperti *fast food* yang mengandung lemak, tinggi kalori, garam, kolesterol, dan hanya mengandung sedikit serat yang mengakibatkan munculnya banyak penyakit. Salah satunya penyakit adalah hipertensi. Pada penelitian ini kebanyakan para guru tidak terlalu memperhatikan kandungan gizi yang ada ada makanannya, sehingga banyak guru yang sudah termasuk dalam golongan prehiper dan hipertensi.





Gaya hidup merupakan faktor penting yang mempengaruhi kehidupan masyarakat. Gaya hidup yang tidak sehat dapat menjadi penyebab terjadinya hipertensi misalnya aktivitas fisik dan stres. Pola makan yang salah merupakan salah satu faktor resiko yang meningkatkan penyakit hipertensi. Faktor makanan modern sebagai penyumbang utama terjadinya hipertensi. Kurangnya mengkonsumsi sumber makanan yang mengandung kalium mengakibatkan jumlah natrium menumpuk dan akan meningkatkan resiko hipertensi (Mahmudah, 2015).

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian ini antara lain:

1. Kesibukan responden terhadap waktu yang dilakukan seperti aktivitas mengajar.
2. Responden saling diskusi mengenai jawaban dari pertanyaan.



## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari pembahasan penelitian ini sesuai dengan tujuan penelitian, maka kesimpulannya adalah sebagai berikut:

1. Tidak ada hubungan antara kesehatan mental dan hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar dengan nilai *p value* 0,504. Secara umum esehatan mental responden baik, namun masih banyak yang memiliki tekanan darah yang prehipertensi.
2. Tidak ada hubungan antara healthy food choice dan hipertensi pada Guru Sekolah Menengah di Kota Makassar dengan nilai *p value* 0,547. Secara umum pemilihan makanan responden tidak terlalu jauh berbeda dengan yang menganggap pemilihan makanan tidak penting.

#### B. Saran

Dari penelitian yang telah dilakukan maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Guru yang mengalami kesehatan mental terganggu jumlahnya memang lebih sedikit, namun jika tidak diberi solusi untuk mengolah kondisi mental bisa berkembang menjadi penyakit.



2. Guru setidaknya bisa mengetahui pentingnya *food choice*, agar kedepannya bisa memilih makanan yang ia bisa konsumsi dengan baik dan untuk mencegah terjadinya penyakit.
3. Sebagian besar guru berstatus tekanan darah tidak normal sehingga disarankan sekolah dapat mengontrol guru-gurunya setiap bulan untuk pemeriksaan tekanan darah.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aisyiyah, Farida Nur. 2009. *Faktor Risiko Hipertensi pada Empat Kabupaten/Kota dengan Prevalensi Tertinggi di Jawa dan Sumatera tahun 2009*. Skripsi. Fakultas Ekologi Manusia, Bogor.
- Almatsier, Sunita 2003. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Ambara, DP. *Pengaruh Tingkat Stres Guru Terhadap Manajemen Kelas Di Sekolah Menengah Atas*. ISSN 1829-5282.
- Andria, K M. 2013. *Hubungan antara Perilaku Olahraga, Stres, dan Pola Makan dengan Tingkat Hipertensi pada Lanjut Usia di Posyandu Kel. Gebang Putih Kec.Sukolilo Kota Surabaya*. Jurnal Promkes. Vol 1, No 2.
- Anonim. 2006. <http://www.eufic.org/en/healthy-living/article/the-determinants-of-food-choice> (diakses tanggal 9 Maret 2017)
- Ardiansyah, Muhamad. 2012. *Medikal bedah*. Yogyakarta: Diva Press.
- Ares, G and Gamboro, Adriana. 2007. *Influence of gender, age and motives underlying food choice on perceived healthiness and willingness to try functional foods*. 148-158.
- Astawan, M. 2009. *Cegah Hipertensi dengan Pola Makan*. Jakarta: Depkes RI. <Http://www.depkes.co.id/artikel.html> (diakses 26 Maret 2017).
- Beck. <https://www.leaf.tv/articles/6-factors-that-influence-our-food-choices/> (diakses tanggal 9 Maret 2017)
- Danim, S. 2000. *Metode Penelitian untuk Ilmu-Ilmu Prilaku*. Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Depkes. 2006. *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Jenderal PP & PL Departemen Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. 2007. *Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan Riskesdas 2007*, Tim Riset Kesehatan Dasar, Balitbangkes, Jakarta.

\_\_\_\_\_. 2008. *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Jenderal PP & PL Departemen Kesehatan RI.



\_\_\_\_\_. 2009. *Pedoman Pengendalian Faktor Risiko Jantung dan Pembuluh Darah*. Direktorat Jenderal PP & PL, Jakarta.

\_\_\_\_\_. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI

Dinas Kesehatan Kota Makassar. 2015. *Laporan jumlah kasus dan kematian penyakit tidak menular menurut jenis kelamin dan umur tahun 2014-2015*. Makassar:Dinas Kesehatan.

Fitriana, Hariyati. 2016. *Perbedaan tingkat kecukupan Zat Gizi Makro Berdasarka Tingkat Stres pada Remaja Putri Penghuni Rusunawa Unismu Residence I*. Skripsi Sarjana. Fakultas Ilmu dan Keperawatan. Universitas Muhammadiyah, Semarang.

Fotopoulos, Christos, et al. 2009. *Food Choice Questionnaire (FCQ) revised. Sugestion for the Development of an Enhanced General Food Motivation Model*. 199-208..

Gibney, Michael J, et al. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. EGC Kedokteran : Jakarta

Guyton AC, Hall, J.E. 2006. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC

Hamid, Siti Khadijah. 2015. *Faktor Risiko Status Gizi pada Santri di Pondok Pesantren Tebu Iren, Jombang, Jawa Timur*. Thesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat.

Hanurawan, Fattah. 2012. *Strategi Pengembangan Kesehatan Mental di Lingkungan Sekolah*. Jurnal Bimbingan dan Konseling Psikopedagogia, 1 (1),hal 1-7.

Hardjana. 1994. *Stres tanpa Distres*. Yogyakarta: Kanisius.

Hidayat, Nur Intan. 2013. *Gambaran Tingkat Stres dan Antioksidan pada Penderita Overweight dan Obesitas Mahasiswa Angkatan 2013*. Skripsi Sarjana. Makassar Universitas Hasanuddin.

Idaiani, Sri, dan Herlina. 2016. *Hubungan Gangguan Mental dan Hipertensi pada Penduduk Indonesia*. Media Litbangkes, Vol.26. No.3

*Hipertensi*.[www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses 26 Maret 2017).



- Jafar, Nurhaedar. 2011. *Sindroma metabolik di Indonesia Potret Gaya hidup Masyarakat Perkotaan*. Yogyakarta.Penerbit Ombak.
- Januszewska, Renata. 2011. *Food Choice Questionnaire Revisited in Four Countries. Does it Still Measure the Same*. 94-98
- Kania, Nia, et al. 2016. *Factor Affecting the Incident of Hypertension in Adolescent at Christian High School Banjarmasin*. Ijaber, Vol 14(6).
- Khotimah. 2013. *Stres Sebagai Faktor Terjadinya Peningkatan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi* . Jurnal Eduhealth, Vol. 3 No. 2.
- Korneliani, K dan Dida Meida. 2012. *Obesitas dan Stres dengan Kejadian Hipertensi*. 117-121 (2).
- Mahmudah, dkk. 2015. *Hubungan Gaya Hidup dan Pola Makan dengan Kejadian Hipertensi pada Lansia di Kelurahan Sawangan Baru*. Ilmu Gizi.Universitas Pembangunan Nasional.
- Muhlisah, Nurul. 2016. *Gambaran Kesehatan Mental dan Tingkat Spritual serta Kejadian Obesitas Sentral pada Guru Sekolah Menengah Di Kota Makassar Tahun 2016*. Skripsi Sarjana. Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Pamungkas, Anas Canggih. 2015. *Pengaruh Kepuasan Kerja Dan Stres Kerja Terhadap Kinerja Guru Sd Muhammadiyah Sapen Yogyakarta*. Skripsi Sarjana. Program Studi Manajemen Fakultas Ekonomi. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Paramitha, Nadya Megawinda. 2012. *Pengaruh Kepuasan Kerja Dan Stres Kerja Terhadap Kinerja Guru Sd Muhammadiyah Sapen Yogyakarta*. Skripsi Sarjana. Program Studi Ilmu Gizi. Universitas Indonesia. Depok.
- Pathmanahthan, V.,Vilseani, Suya Husada. 2013. *Gambaran Tingkat Stres Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera University Odd Semester Ganjil Tahun Akademik 2012/2013*. Jurnal. USU.
- Prabakaran J,et all. 2013. *Prevalence of Hipertension among Urban Adult Population (25-64 years) of Nellore, India*. Int J Res Dev Health. Vol 1(2).
- Profil Kesehatan Sulsel 2014. 2015. Makassar. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses 26 Maret 2017)

wati, Mutiara Dan Yuliati, Noor Lilik. 2016. *Pengaruh Kepribadian Dan tuasi Terhadap Pemilihan Makanan Pada Mahasiswa Tingkat Pertama*.



Vol 9, No.3.

[Http://Journal.Ipb.Ac.Id/Index.Php/Jikk/Article/Viewfile/15190/11125](http://Journal.Ipb.Ac.Id/Index.Php/Jikk/Article/Viewfile/15190/11125)

(Diakses Tanggal 6 Maret 2017).

Puspadewi, Hanung Rekyan dan Dodik Briawan. 2014. *Persepsi tentang Pangan Sehat, Alasan Pemilihan Pangan dan Kebiasaan Makan Sehat pada Mahasiswa*. Jurnal Gizi Pangan. 9(3):211-218.

Rahajeng E dan Sulistyawati tuminah. 2009. *Prevalensi hipertensi dan determinannya di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia, Volume: 59, Nomor: 12

Riduwan. 2007. *Rumus dan Data dalam Analisis Statistika*. Bandung: Alfabeta.

Risikesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*.

Ritapurnama, Sari., Ulfa Najamuddin.2008. *Hubungan Pengetahuan, Status Merokok, dan Gejala stress dengan Kejadian Obesitas Sentral pada Pegawai Pemerintahan di Kantor Kabupaten Jeneponto*. Fakultas Kesehatan Masyarakat.

Saleh, Muhammad, dkk. 2015. *Hubungan Tingkat Stres dengan Kejadian Derajat Hipertensi pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang*. Jurnal Keperawatan. Vo. 10. No.1 (166-175).

Sauri, Sofyan. 2009. *Membangun karakter bangsa melalui pembinaan profesionalisme guru berbasis pendidikan nilai Proc*. Hal.1-16

Saputri, D E. 2010. *Hubungan Stres dengan Kejadian Hipertensi pada Penduduk di Indonesia Tahun 2007*. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Program Pasca Sarjana, Depok.

Syaharia, Anita Rahmi. 2008. *Stigma gangguan jiwa perspektif kesehatan mental islam*. Skripsi. Fakultas Dakwah, Universitas Islam Negeri Sunan kalijaga, Yogyakarta.

Sigarlaki, H. 2006. *Karakteristik dan Faktor Berhubungan Dengan Hipertensi di Desa Bocor, Kecamatan Bulus Pesantren, Kabupaten Kebumen, Jawa Tengah, Tahun 2006*. Makara of Health Series. Vol 10 No. 2 : 78 -88.

Ahmad. 2013. *Hubungan antara Pengetahuan Gizi dengan Persepsi mengenai Keamanan Pangan Jajanan pada Guru SD di Bogor*. Fakultas Psikologi Manusia. ITB. Bogor.



- Subekti, Tri Agus. 2014. *Menangis Sebagai Metode dalam Kesehatan Mental*. Skripsi. Fakultas Dakwah dan Komunikasi. Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga. Yogyakarta.
- Sudarya, Wayan, dkk. 2014. *Jurnal Analisis Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Stres pada Mahasiswa dalam Penyusunan Skripsi Jurusan Manajemen Udhiksha Angkatan 2009*. e-Journal Bisma Universitas Pendidikan Ganesha. Vol 2.
- Suirako. 2012. *Penyakit Degeneratif*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Suoth, M., dkk. 2014. *Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Hipertensi di Puskesmas Kolongan Kecamatan Kalawat Kabupaten Minahasa Utara*. Ejournal keperawatan. Vol 2. No.1 (<http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/viewFile/4055/3571> ) (diakses 26 Maret 2017).
- Supariasa, I Nyoman Dewa, Bachyar Bakrii, dan Ibnu Fajar. 2001. *Penilaian Status Gizi*. EGC:Jakarta
- Steptoe, A and Pollard. 1995. *Development of a Measure of the Motives Underlying the Selection of Food; the Food Choice Questionnaire*. Vol. 25. Hal. 267-284.
- Tambunan, Derwin. 2010. *Perbedaan Kesehatan Mental pada Gay ditinjau dari Perilaku Religius*. Skripsi. Fakultas Psikologi, Universitas Sumatera Utara.
- Tirta, M. P.L.K, et al. 2006. *Status Stres Psikososial dan Hubungan dengan Status Gizi Siswa SMP Stella Duce 1 Yogyakarta*. Jurnal Klinik Indonesia, Volume 6, No 3.
- Triana, Kely, dkk. 2015. *Kontribusi Persepsi pada Beban Kerja dan Kecerdasan Emosi Terhadap Stres Kerja Guru SMP yang Tersertifikasi*. Vol. 03, N0.01
- Vitahealth. 2006. *Hipertensi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama [e-book]. [https://books.google.co.id/books?id=f0vZjy9yUnQC&printsec=frontcover&dq=hipertensi&hl=en&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=hipertensi&f=false](https://books.google.co.id/books?id=f0vZjy9yUnQC&printsec=frontcover&dq=hipertensi&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=hipertensi&f=false) (diakses 26 Maret 2017).
- ni, Winne dan Zarfiel Tafal. 2014. *Aktivitas fisik, Stres, dan Obesitas pada Pegawai Negeri Sipil*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 8(7), hal 330-336.





Wijaya, Sony Ardhi. 2011. *Hubungan Pola Makan dengan Tingkat Kejadian Hipertensi pada lansia di Dusun 14 Sungapan Tirtorahayu Galur Kulon Progo Yogyakarta*. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan. Yogyakarta.

Yeni, Yufita., dkk. 2009. *Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi pada Wanita Usia Subur di Puskesmas Umbulharjo I Yogyakarta Tahun 2009*. ISSN:1978-0575.



Lampiran 1

**LAMPIRAN FOTO KEGIATAN**



Pemeriksaan Tekanan Darah



Pemeriksaan Tekanan Darah dan pengisian kuesioner



Pengisian Kuesioner



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)



## KUESIONER KESEHATAN MENTAL

DITANYAKAN UNTUK KONDISI 1 BULAN TERAKHIR Untuk lebih mengerti kondisi kesehatan [IBU/BAPAK] kami akan mengajukan 20 pertanyaan yang memerlukan jawaban "Ya" atau "Tidak".

Kalau [IBU/BAPAK] kurang mengerti kami akan membacakan sekali lagi, namun kami tidak akan menjelaskan/ mendiskusikan. Jika [IBU/BAPAK] ada pertanyaan akan kita bicarakan setelah selesai menjawab ke 20 pertanyaan.

<b>ISIKAN DENGAN KODE 1=YA ATAU 2=TIDAK</b>		
F01	Apakah [IBU/BAPAK] sering menderita sakit kepala?	<input type="text"/>
F02	Apakah [IBU/BAPAK] tidak nafsu makan?	<input type="text"/>
F03	Apakah [IBU/BAPAK] sulit tidur?	<input type="text"/>
F04	Apakah [IBU/BAPAK] mudah takut?	<input type="text"/>
F05	Apakah [IBU/BAPAK] merasa tegang, cemas atau kuatir?	<input type="text"/>
F06	Apakah tangan [IBU/BAPAK] gemetar?	<input type="text"/>
F07	Apakah pencernaan [IBU/BAPAK] terganggu/ buruk?	<input type="text"/>
F08	Apakah [IBU/BAPAK] sulit untuk berpikir jernih?	<input type="text"/>
F09	Apakah [IBU/BAPAK] merasa tidak bahagia?	<input type="text"/>
F10	Apakah [IBU/BAPAK] menangis lebih sering?	<input type="text"/>
	Apakah [IBU/BAPAK] merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?	<input type="text"/>



F12	Apakah [IBU/BAPAK] sulit untuk mengambil keputusan?	<input type="checkbox"/>
F13	Apakah pekerjaan [IBU/BAPAK] sehari-hari terganggu?	<input type="checkbox"/>
F14	Apakah [IBU/BAPAK] tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?	<input type="checkbox"/>
F15	Apakah [IBU/BAPAK] kehilangan minat pada berbagai hal?	<input type="checkbox"/>
F16	Apakah [IBU/BAPAK] merasa tidak berharga?	<input type="checkbox"/>
F17	Apakah [IBU/BAPAK] mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?	<input type="checkbox"/>
F18	Apakah [IBU/BAPAK] merasa lelah sepanjang waktu?	<input type="checkbox"/>
F19	Apakah [IBU/BAPAK] mengalami rasa tidak enak di perut?	<input type="checkbox"/>
F20	Apakah [IBU/BAPAK] mudah lelah?	<input type="checkbox"/>

### KUESIONER PEMILIHAN MAKANAN SEHAT ( HEALTHY FOOD CHOICE)

Setiap orang memiliki **alasan tertentu dalam memilih makanan/minuman** yang akan dikonsumsi. Dibawah ini terdapat sejumlah **alasan yang dapat mempengaruhi** pilihan makanan/ minuman anda. **Bacalah setiap item atau alasan tersebut dengan seksama** dan tentukan seberapa penting alasan tersebut bagi anda. Berikan tanda checklist (√) pada salah satu kotak yang paling menggambarkan perasaan anda. Ingatlah bahwa tidak ada jawaban benar maupun salah, kami ingin mengetahui faktor apa yang penting bagi anda dalam pemilihan makanan. Berikut penelitian (skor) anda pada setiap pernyataan sesuai dengan keterangan sebagai berikut.

1 = sangat tidak penting

2 = tidak penting

3 = cukup penting

4 = sangat penting

5 = sangat penting



<i>Penting bagi saya memilih makanan / minuman yang:</i>		<i>Sangat Tidak Penting</i>	<i>Tidak Penting</i>	<i>Biasa saja</i>	<i>Penting</i>	<i>Sangat Penting</i>
<b><i>Kesehatan</i></b>						
1	Tinggi serat					
2	Bergizi					
3	Tidak menyebabkan alergi					
4	Tidak kadaluarsa					
5	Menjaga kesehatan					
6	Sayur hijau segar setiap hari					
7	Buah segar setiap hari					
8	Susu rendah lemak					
9	Mendapatkan izin BPOM					
10	Bersih					
<b><i>Pengendalian berat badan</i></b>						
11	Bisa mengontrol berat badan saya					
12	Rendah gula					
13	Tinggi kandungan protein					
14	Rendah lemak					
15	Meminimalkan makanan yang mengandung garam					
16	Rendah kalori					
17	Memperhatikan kandungan kalium					
	ting yang berlemak					
<b><i>anan</i></b>						



<b><i>Penting bagi saya memilih makanan / minuman yang:</i></b>		<b><i>Sangat Tidak Penting</i></b>	<b><i>Tidak Penting</i></b>	<b><i>Biasa saja</i></b>	<b><i>Penting</i></b>	<b><i>Sangat Penting</i></b>
19	Tidak mengandung zat adiktif/ bahan tambahan berbahaya					
20	Tidak mengandung bahan sintetis (pemanis/pewarna)					
21	Bebas dari bahan organik (bebas peptisida)					
22	Membatasi bumbu penyedap lain (ex; kecap, tauco, saus sambal)					
<b><i>Perasaan</i></b>						
23	Mengurangi Stres					
<b><i>Daya tarik rasa</i></b>						
24	Menggunakan bumbu instan					
25	Tekstur yang baik					
26	Minuman yang bersoda					
27	Makanan yang berkemasan					
28	Minuman yang berkemasan					
29	Junk food					
30	Buah-buahan yang berkaleng					

***Terima kasih, mohon periksa kembali kelengkapan jawaban anda.***



Lampiran 3

**Frequency Table**

**ANALISIS UNIVARIAT**

**Kategori\_umur**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40-50 tahun	117	46.4	46.2	46.2
	51-60 tahun	135	53.6	53.8	100.0
	Total	251	100	100.0	
Total		252	100.0		

**Pendidikan Terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	1	.4	.4	.4
	Sarjana	204	81.0	81.0	81.3
	Pascasarjana	47	18.7	18.7	100.0
Total		252	100.0	100.0	

**Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	89	35.3	35.3	35.3
	Perempuan	163	64.7	64.7	100.0
Total		252	100.0	100.0	





**Tekanan\_darah1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	67	26.6	26.6	26.6
	Tidak Normal	185	73.4	73.4	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

**kategori\_kesehatan mental**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Terganggu	54	21.4	21.4	21.4
	Tidak Terganggu	198	78.6	78.6	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

**Kategori\_heath**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Penting	117	46.4	46.4	46.4
	Tidak Penting	135	53.6	53.6	100.0
	Total	252	100.0	100.0	



## Crosstabs

### ANALISIS BIVARIAT

Kategori\_umur \* Tekanan\_darah1 Crosstabulation

			Tekanan_darah1		Total
			Normal	Tidak Normal	
Kategori_umur	40-50 tahun	Count	37	80	117
		% within Kategori_umur	31.6%	68.4%	100.0%
	51-60 tahun	Count	30	105	135
		% within Kategori_umur	22.7%	77.8%	100.0%
Total		Count	65	187	252
		% within Kategori_umur	25.8%	74.2%	100.0%



**Pendidikan Terakhir \* Tekanan\_darah1 Crosstabulation**

			Tekanan_darah1		Total
			Normal	Tidak Normal	
Pendidikan Terakhir	Sarjana	Count	53	152	205
		% within Pendidikan Terakhir	25.9%	74.1%	100.0%
	Pascasarjana	Count	14	33	47
		% within Pendidikan Terakhir	29.8%	70.2%	100.0%
Total		Count	65	187	252
		% within Pendidikan Terakhir	25.8%	74.2%	100.0%

**Jenis Kelamin \* Tekanan\_darah1 Crosstabulation**

			Tekanan_darah1		Total
			Normal	Tidak Normal	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	18	71	89
		% within Jenis Kelamin	20.2%	79.8%	100.0%
	Perempuan	Count	49	114	163
		% within Jenis Kelamin	30.1%	69.9%	100.0%
Total		Count	67	185	252
		% within Jenis Kelamin	26.6%	73.4%	100.0%

**Kategori\_umur \* kategori\_stres Crosstabulation**

			kategori_stres		Total
			Terganggu	Tidak Terganggu	
Kategori_umur	40-50 tahun	Count	30	87	117
		% within Kategori_umur	25.6%	74.4%	100.0%
		% within kategori_stres	56.6%	43.7%	46.4%
	51-60 tahun	Count	23	112	135
		% within Kategori_umur	17.0%	83.0%	100.0%
		% within kategori_stres	43.4%	56.3%	53.6%
		Count	53	199	252
		% within Kategori_umur	21.0%	79.0%	100.0%



**Kategori\_umur \* kategori\_stres Crosstabulation**

			kategori_stres		Total
			Terganggu	Tidak Terganggu	
Kategori_umur	40-50 tahun	Count	30	87	117
		% within Kategori_umur	25.6%	74.4%	100.0%
		% within kategori_stres	56.6%	43.7%	46.4%
	51-60 tahun	Count	23	112	135
		% within Kategori_umur	17.0%	83.0%	100.0%
		% within kategori_stres	43.4%	56.3%	53.6%
Total	Count	53	199	252	
	% within Kategori_umur	21.0%	79.0%	100.0%	
	% within kategori_stres	100.0%	100.0%	100.0%	

**Pendidikan Terakhir \* kategori\_kesehatan mental Crosstabulation**

			kategori_stres		Total
			Terganggu	Tidak Terganggu	
Pendidikan terakhir	Sarjana	Count	72	133	205
		% within Pendidikan Terakhir	35.1%	64.9%	100.0%
	Pascasarjana	Count	11	36	47
		% within Pendidikan Terakhir	23.4%	76.6%	100.0%
	Total	Count	83	169	252
		% within Pendidikan Terakhir	32.9%	67.1%	100.0%



**Jenis Kelamin \* kategori\_kesehatan mental Crosstabulation**

			kategori_stres		Total
			Terganggu	Tidak Terganggu	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	15	74	89
		% within Jenis Kelamin	16.9%	83.1%	100.0%
	Perempuan	Count	38	125	163
		% within Jenis Kelamin	23.2%	83.0%	100.0%
Total		Count	53	199	252
		% within Jenis Kelamin	21.0%	79.0%	100.0%

**Jenis Kelamin \* Kategori\_heath Crosstabulation**

			Kategori_heath		Total
			Penting	Tidak Penting	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	42	47	89
		% within Jenis Kelamin	47.2%	52.8%	100.0%
		% within Kategori_heath	35.9%	34.8%	35.3%
	Perempuan	Count	75	88	163
		% within Jenis Kelamin	46.0%	54.0%	100.0%
		% within Kategori_heath	64.1%	65.2%	64.7%
Total		Count	117	135	252
		% within Jenis Kelamin	46.4%	53.6%	100.0%
		% within Kategori_heath	100.0%	100.0%	100.0%



**Kategori\_umur \* Kategori\_heath Crosstabulation**

			Kategori_heath		Total
			Penting	Tidak Penting	
Kategori_umur	40-50 tahun	Count	51	66	117
		% within Kategori_umur	43.6%	56.4%	100.0%
		% within Kategori_heath	43.6%	48.9%	46.4%
	51-60 tahun	Count	66	69	135
		% within Kategori_umur	48.9%	51.1%	100.0%
		% within Kategori_heath	56.4%	51.1%	53.6%
Total		Count	117	135	252
		% within Kategori_umur	46.4%	53.6%	100.0%
		% within Kategori_heath	100.0%	100.0%	100.0%

**Pendidikan Terakhir \* Kategori\_heath Crosstabulation**

			Kategori_heath		Total
			Penting	Tidak Penting	
Pendidikan Terakhir	Sarjana	Count	92	113	205
		% within Pendidikan Terakhir	44.9%	55.1%	100.0%
		% within Kategori_heath	78.6%	83.7%	81.3%
	Pascasarjana	Count	25	22	47
		% within Pendidikan Terakhir	53.2%	46.8%	100.0%
		% within Kategori_heath	21.4%	16.3%	18.7%
Total		Count	117	135	252
		% within Pendidikan Terakhir	46.4%	53.6%	100.0%
		% within Kategori_heath	100.0%	100.0%	100.0%



## kategori\_kesehatanmental \* Tekanan\_darah1

kategori\_kesehatan mental\* Tekanan\_darah1 Crosstabulation

			Tekanan_darah1		Total
			Normal	Tidak Normal	
kategori_stres	Terganggu	Count	16	37	53
		% within kategori_stres	30.2%	69.8%	100.0%
	Tidak Terganggu	Count	51	148	199
		% within kategori_stres	25.6%	74.4%	100.0%
Total		Count	67	185	252
		% within kategori_stres	26.6%	73.4%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.446 <sup>a</sup>	1	.504		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.243	1	.622		
Likelihood Ratio	.437	1	.508		
Fisher's Exact Test				.490	.307
Linear-by-Linear Association	.444	1	.505		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	252				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,09.

b. Computed only for a 2x2 table



## Kategori\_heath \* Tekanan\_darah1

Crosstab

			Tekanan_darah1		Total
			Normal	Tidak Normal	
Kategori_heath	Penting	Count	29	88	117
		% within Kategori_heath	24.8%	75.2%	100.0%
	Tidak Penting	Count	38	97	135
		% within Kategori_heath	28.1%	71.9%	100.0%
Total		Count	67	185	252
		% within Kategori_heath	26.6%	73.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.363 <sup>a</sup>	1	.547		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.211	1	.646		
Likelihood Ratio	.364	1	.546		
Fisher's Exact Test				.570	.323
Linear-by-Linear Association	.361	1	.548		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	252				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,11.

b. Computed only for a 2x2 table





## Kategori kesehatan

**Crosstab**

			Tekanan_darah1		Total
			Normal	Tidak Normal	
Kategori Kesehatan	tidak penting	Count	1	6	7
		% within Kategori Kesehatan	14.3%	85.7%	100.0%
	penting	Count	66	179	245
		% within Kategori Kesehatan	26.9%	73.1%	100.0%
Total		Count	67	185	252
		% within Kategori Kesehatan	26.6%	73.4%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.558 <sup>a</sup>	1	.455		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.098	1	.754		
Likelihood Ratio	.632	1	.427		
Fisher's Exact Test				.679	.403
Linear-by-Linear Association	.556	1	.456		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	252				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,86.

b. Computed only for a 2x2 table



## Kategori Makanan \* Tekanan\_darah1

Crosstab

			Tekanan_darah1		Total
			Normal	Tidak Normal	
Kategori Makanan	tidak penting	Count	1	1	2
		% within Kategori Makanan	50.0%	50.0%	100.0%
	penting	Count	66	184	250
		% within Kategori Makanan	26.4%	73.6%	100.0%
Total		Count	67	185	252
		% within Kategori Makanan	26.6%	73.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.566 <sup>a</sup>	1	.452		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.500	1	.480		
Fisher's Exact Test				.462	.462
Linear-by-Linear Association	.564	1	.453		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	252				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,53.

b. Computed only for a 2x2 table



**Kategori Pengendalian Berat Badan \* Tekanan\_darah1 Crosstabulation**

		Tekanan_darah1		Total
		Normal	Tidak Normal	
Kategori Pengendalian Berat Badan	tidak penting	Count 4	13	17
		% within Kategori Pengendalian Berat Badan 23.5%	76.5%	100.0%
Penting	Count	63	172	235
		% within Kategori Pengendalian Berat Badan 26.8%	73.2%	100.0%
Total	Count	67	185	252
		% within Kategori Pengendalian Berat Badan 26.6%	73.4%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.087 <sup>a</sup>	1	.768		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	.991		
Likelihood Ratio	.089	1	.765		
Fisher's Exact Test				1.000	.511
Linear-by-Linear Association	.087	1	.768		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	252				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,52.

b. Computed only for a 2x2 table



**Kategori daya tarik rasa \* Tekanan\_darah1 Crosstabulation**

			Tekanan_darah1		Total
			Normal	Tidak Normal	
Kategori daya tarik rasa	tidak penting	Count	23	64	87
		% within Kategori daya tarik rasa	26.4%	73.6%	100.0%
		% within Tekanan_darah1	35.9%	34.2%	34.7%
	penting	Count	41	123	164
		% within Kategori daya tarik rasa	25.0%	75.0%	100.0%
		% within Tekanan_darah1	64.1%	65.8%	65.3%
Total	Count	64	187	251	
	% within Kategori daya tarik rasa	25.5%	74.5%	100.0%	
	% within Tekanan_darah1	100.0%	100.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.062 <sup>a</sup>	1	.804		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.009	1	.923		
Likelihood Ratio	.062	1	.804		
Fisher's Exact Test				.879	.459
Linear-by-Linear Association	.062	1	.804		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	251				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,18.

b. Computed only for a 2x2 table



## RIWAYAT HIDUP



Nama : Suryanti Konna

Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan 1, Lr. 03, No.03

Tempat, Tanggal lahir : Pangkajene, 09 Oktober 1995

Agama : Islam

Suku : Bugis

Nama Orangtua : 1. H. Lakonna  
2. Hj. Suriana, S.Sos

Pendidikan : 1. TK Aisyah Bustanul Athfah  
2. SDN 5 Benteng  
3. SMPN 1 Panca Rijang  
4. SMAN 2 Panca Rijang  
5. Ilmu Gizi FKM Universitas Hasanuddin

Email : [Suryantindthy32@gmail.com](mailto:Suryantindthy32@gmail.com)





**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
DINAS PENDIDIKAN**

Jl. Lejen Hertasing No. 8 Telp. (0411) 868073 Faks. 868256 Makassar 90222  
Website: [http://www.dikbud\\_makassar.info](http://www.dikbud_makassar.info) ; e-mail: [dikbud.makassar@yahoo.com](mailto:dikbud.makassar@yahoo.com)



**IZIN PENELITIAN  
NOMOR : 070/0135/DP/VII/2017**

Dasar : Surat Kepala Kantor Badan Kesatuan Bangsa Kota Makassar  
Nomor : 070/2330-II<sup>0330P</sup>/VII/2017 Tanggal 10 Juli 2017  
Maka Kepala Dinas Pendidikan Kota Makassar :

**MENGIZINKAN**

Kepada  
Nama : **SURYANTI KONNA**  
NIM / Jurusan : k21113306 / Ilmu Gizi  
Pekerjaan : Mahasiswa (S1)  
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10, Makassar

Untuk : Mengadakan Penelitian di SMP Negeri di Kota Makassar dalam rangka  
Penyusunan Skripsi di UNHAS Makassar dengan judul penelitian :

**"HUBUNGAN TINGKAT STRES DAN HEALTHY FOOD CHOICE  
DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA GURU SEKOLAH  
MENENGAH KOTA MAKASSAR TAHUN 2017"**

Dengan Ketentuan sebagai berikut :

1. Harus melapor pada Kepala Sekolah yang bersangkutan
2. Tidak mengganggu proses kegiatan belajar mengajar di Sekolah
3. Harus mematuhi tata tertib dan peraturan di Sekolah yang berlaku
4. Hasil penelitian 1 ( satu ) exemplar di laporkan kepada Kepala Dinas Pendidikan Kota Makassar

Demikian izin penelitian ini di berikan untuk di gunakan sebagaimana mestinya

Dikeluarkan di : Makassar  
Pada Tanggal : 10 Juli 2017

An. Kepala Dinas  
Kesehatan Umum Dan Kepegawaian



**H. ERNAWATI, SE., M.Pd., M.Si**  
Pangkat : Pembina  
N.I.P. : 19670421 199401 2 003





PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN  
DINAS PENDIDIKAN  
Jalan. Perintis Kemerdekaan Km 10 Makassar, Sulawesi Selatan 90244  
MAKASSAR 90244

Makassar, 10 Juni 2017

Nomor : 070/100-1-145.3/DISDIK  
Lampiran : -

Kepada  
Ket. Kepala SMAN 18,7,10, 12, 21  
& SMAN 6 Makassar

Hal : Izin Penelitian

Di  
Tempat

Dengan hormat, Berdasarkan Kepala Penanganan Masalah Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 5829/S.OIP/P2T/05/2017, tgl. 17 Juni 2017 perihal Izin Penelitian oleh mahasiswa tersebut di bawah ini:

Nama : SURYANTI KONNA  
Nomor Pokok : K21113306  
Program Studi : Ilmu Gizi  
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa (S1)  
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km 10 Makassar,

Yang bersangkutan bermaksud untuk melakukan penelitian di SMA Negeri 18,7,10, 12, 21 & SMAN 6 Makassar dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul:


**"HUBUNGAN TIWOKAT STRES DAN HEALTHY FOOD CHOICE DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA GURU SEKOLAH MENENGAH KOTA MAKASSAR TAHUN 2017"**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 20 Juni s.d. 19 Agustus 2017

Pada prinsipnya kami menerima dan menyetujui kegiatan tersebut, sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

s.d. KEPALA DINAS PENDIDIKAN  
Kepala Bidang Fasilitas Paud,  
Dikdas, Dikmas Dan Dikti

  
Dr. AHMAD FARUMBAN, M.Pd  
Pangkat: Pembina Tk. I  
NIP: 19600829 198710 1 002

Terbaca:

1. Kepala Dinas Pendidikan Provinsi Sulawesi Selatan (sebagai Laporan);
2. Peninggal.

