

Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Gaya Hidup Sehat dengan Risiko Penyakit Kardiovaskular pada Orang Dewasa di Pedesaan di Daerah Istimewa Yogyakarta

Aris Widayati¹, Fenty², Yunita Linawati²

¹*Social Behavioural and Administrative (SBA)*, Program Studi Magister Ilmu Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta, D.I. Yogyakarta, Indonesia,

²Departemen Farmakologi, Fakultas Farmasi, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta, D.I. Yogyakarta, Indonesia

Abstrak

Sindrom metabolik (SM) merupakan salah satu faktor risiko penyakit kardiovaskular (PKV). Gaya hidup tidak sehat cenderung meningkatkan kejadian SM dan PKV. Masyarakat pedesaan mempunyai akses sumber informasi tentang gaya hidup sehat yang relatif terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan mengeksplorasi hubungan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan (PST) terkait gaya hidup sehat dengan risiko PKV di kalangan masyarakat pedesaan di D.I. Yogyakarta. Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain potong lintang. Sampel penelitian direkrut secara *non-random purposive* di dua dusun yaitu Tanjung dan Dlingseng, Desa Banjaroyo, Kecamatan Kalibawang, Kabupaten Kulonprogo, D.I. Yogyakarta. Kriteria inklusi responden yaitu penduduk dewasa sehat berusia 30–75 tahun. Kriteria eksklusi yaitu wanita hamil dan responden yang datanya tidak lengkap. Data dikumpulkan pada Bulan Mei–Juni 2018. Data pengetahuan, sikap, dan tindakan terkait gaya hidup sehat (PST) dikumpulkan menggunakan kuesioner. Data faktor risiko PKV yaitu indeks massa tubuh (IMT), lingkar pinggang (LP), tekanan darah (TD), kadar gula darah puasa (GDP), dan kolesterol total (Chol) diperoleh melalui pengukuran. Data dianalisis secara deskriptif korelatif dengan *Spearman correlation*. Sebanyak 124 data responden dianalisis. Sebanyak 56,5% responden mempunyai tingkat pengetahuan tinggi, 66,1% sikap positif, dan 67,7% melakukan tindakan hidup sehat. Sebanyak 55,6% IMT responden termasuk obes general; 65% ukuran LP wanita dan 25% LP pria termasuk obes sentral; median TD sistol di atas normal dan diastol normal; median GDP dan kolesterol normal. Hasil yang diharapkan adalah PST dan faktor risiko PKV berkorelasi negatif. Namun, hasil analisis menunjukkan beberapa faktor risiko PKV berkorelasi positif dengan PST. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh faktor *social desirability bias*, *the phenomenon of intention not translated into action*, dan *recall bias* pada pengukuran pengetahuan, sikap, dan tindakan.

Kata kunci: Gaya hidup sehat, kardiovaskular, pedesaan, pengetahuan, sikap, tindakan

Association between Knowledge, Attitude, and Practices of Lifestyle to Cardiovascular Disease Risk Factors among Adults in Rural Area of Yogyakarta, Indonesia

Abstract

Metabolic syndrome (MS) is one of risk factors of cardiovascular disease (CVD). Unhealthy lifestyle tends to elevate the risk of MS. People in rural area might not have adequate access to information on healthy lifestyle. Hence, this study aimed to explore association between knowledge, attitude, and practices (KAP) on healthy lifestyle and cardiovascular (CVD) risk factors among rural adults in Yogyakarta Province. This is an observational analytic study with cross sectional design. Samples were recruited purposively in two sub-villages, i.e.: Tanjung and Dlingseng in Banjaroyo, Kalibawang, Kulonprogo. Inclusion criteria were healthy adult people in between 30 to 75 years old. Those who were pregnant and those who did not complete the data were excluded. Data collection was conducted during May to June 2018. Data on KAP were gathered using a questionnaire. Data on CVD risk factors were collected through measurements of body mass index (BMI), waist circumference (WC), blood pressure (BP), fasting blood glucose (FBG), and total cholesterol (Chol). Data were analyzed descriptively using Spearman correlation. Of the 124 respondents, 64.5% were female, 56.5% have high level of knowledge, 66.1% have positive attitude, and 67.7% have healthier lifestyle practices. The profiles of CVD risk factors are as follows: 55.6% are general obese; 65% of female's WC and 25% of male's WC are central obese; median systole is high, but diastole is normal; median FBG and Chol are normal. In this study, some of the risk factors have positive correlation with KAP. This might be caused by social desirability bias, the phenomenon of intention not translated into action, and recall bias in the KAP measurements.

Keywords: Attitude, CVD risk factors, healthy lifestyle, knowledge, practice, rural

Korespondensi: Aris Widayati, PhD., M.Si., Apt., *Social Behavioural and Administrative (SBA)*, Program Studi Magister Ilmu Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta, D.I. Yogyakarta 55284, Indonesia, email: ariswidayati31@gmail.com; ariswidayati@usd.ac.id

Naskah diterima: 25 November 2018, Diterima untuk diterbitkan: 21 Februari 2019, Diterbitkan: 1 Maret 2019

Pendahuluan

Sindrom metabolik (SM) dapat meningkatkan risiko terjadi penyakit kardiovaskular (PKV) pada seseorang sebesar dua kali lipat apabila dibandingkan dengan individu tanpa SM.¹ Sindrom metabolik juga meningkatkan risiko terjadinya penyakit diabetes mellitus tipe 2.² *The International Diabetes Federation* (IDF) memperkirakan kejadian sindrom metabolik yaitu sekitar 20–25% dari populasi penduduk dewasa di dunia.³ Data mengenai prevalensi SM di Indonesia, khususnya di Jakarta yaitu sebesar 28,4%,⁴ Makassar sebesar 33,9%,⁵ Jayapura sebesar 33,9%,⁶ Bali sebesar 18,2%,⁷ dan Bogor sebesar 36,2%.⁸ Prevalensi SM di kalangan geriatri ditemukan sebesar 18,2% pada perempuan dan 6,6% pada laki-laki.⁹ Penelitian lain menemukan bahwa prevalensi SM di daerah perkotaan sebesar 17,5%,¹⁰ dan pada masyarakat pedesaan sebesar 25%.¹¹ Tingginya prevalensi SM di Indonesia ini menyebabkan tingginya kejadian PKV. Di Indonesia, PKV menyumbang 30% sebagai penyebab dari kematian. Prevalensi PKV di daerah perkotaan sebesar 23,4% dan pedesaan sebesar 19,5%.¹² Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan proporsi PKV (jantung koroner, gagal jantung dan stroke) lebih tinggi pada masyarakat dengan tingkat pendidikan lebih rendah bila dibandingkan masyarakat dengan pendidikan yang lebih tinggi.¹²

Sindrom metabolik ditandai oleh beberapa faktor risiko. Berdasarkan *National Cholesterol Education Program Expert Panel and Adult Treatment Panel* (NCEP ATP) III, seseorang didiagnosis SM apabila mengalami tiga atau lebih beberapa keadaan berikut: 1) obesitas abdominal/sentral (lingkar pinggang untuk populasi Asia adalah ≥ 80 cm untuk wanita, dan ≥ 90 cm untuk pria); 2) peningkatan kadar trigliserida darah (≥ 150 mg/dL); 3) penurunan kadar kolesterol HDL (< 40 mg/dL pada pria dan < 50 mg/dL pada wanita); 4) peningkatan tekanan darah (sistolik ≥ 130 mmHg, diastolik

≥ 85 mmHg atau sedang menggunakan obat antihipertensi); dan 5) peningkatan glukosa darah puasa (kadar glukosa puasa ≥ 110 mg/dL, atau memakai obat antidiabetes).¹³

Berdasarkan faktor risiko SM tersebut, pencegahan dan pengendalian SM merupakan hal yang penting. Salah satu caranya adalah dengan menumbuhkembangkan kesadaran pemeliharaan kesehatan dengan memodifikasi faktor-faktor risiko yang dapat diperbaiki (*modifiable risk factor*). Gaya hidup yang tidak sehat menjadi salah satu *modifiable risk factor* yang berkontribusi pada meningkatnya insiden SM. Penatalaksanaan awal dari SM yang dapat dilakukan di masyarakat yaitu dengan perubahan gaya hidup, misalnya mengurangi makanan berlemak, meningkatkan aktivitas fisik, serta mengontrol berat badan secara teratur.^{14,15} Beberapa hasil penelitian, baik di negara maju maupun di negara berkembang, menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pengetahuan, sikap, dan tindakan (PST) terkait gaya hidup sehat dengan risiko SM dan PKV, seperti di Iran,¹ Srilanka,¹⁷ Australia,¹⁸ dan Jepang.¹⁵

Di Indonesia, penelitian mengenai SM dan PKV ini telah banyak dilakukan. Namun demikian, penelitian-penelitian terdahulu lebih banyak mengungkap prevalensi SM dan hubungan antar faktor risiko SM, misalnya hubungan profil antropometri dengan profil lipid pada masyarakat pedesaan,¹⁹ ukuran lingkar pinggang optimal dan kejadian SM,²⁰ serta perbedaan jenis kelamin pada kejadian SM.¹⁰ Sejauh penelusuran pustaka yang telah dilakukan, penelitian yang mengungkap tentang hubungan antara perilaku gaya hidup sehat dengan faktor risiko SM/PKV masih sangat terbatas. Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi hubungan antara PST terkait gaya hidup sehat dengan faktor risiko PKV di kalangan masyarakat pedesaan di Desa Banjaroyo, Kalibawang, Kulonprogo, D.I. Yogyakarta. Penelitian ini berfokus pada populasi masyarakat pedesaan

karena penelitian sebelumnya menunjukkan prevalensi SM yang relatif tinggi di kalangan masyarakat pedesaan di D.I. Yogyakarta, yaitu sebesar 25%¹¹, dan masyarakat pedesaan di D.I. Yogyakarta dengan tingkat ekonomi lebih rendah akan cenderung mengalami obesitas sebesar 2,77 kali dibandingkan yang tingkat ekonominya lebih tinggi. Kedua hal tersebut menunjukkan bahwa masyarakat pedesaan, khususnya di wilayah provinsi D.I. Yogyakarta, relatif rentan terhadap kejadian SM. Hasil penelitian ini bermanfaat untuk merumuskan strategi intervensi edukasi yang paling sesuai untuk masyarakat pedesaan sebagai upaya pemberdayaan masyarakat dalam mencegah dan mengendalikan SM dan PKV.

Metode

Penelitian ini berjenis observasional analitik dengan desain potong lintang. Pengambilan data dilaksanakan di dua dusun, yaitu Dusun Tanjung dan Dusun Dlingseng, Desa Banjaroyo, Kecamatan Kalibawang, Kabupaten Kulonprogo, Provinsi D.I. Yogyakarta, Indonesia. Waktu pengambilan data dilakukan pada bulan Mei sampai Juni 2018. Kelaikan etik penelitian ini telah diperoleh dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Duta Wacana (UKDW) Yogyakarta dengan nomor 648/C.16/FK/2018.

Besar sampel dan teknik sampling
Kriteria inklusi sampel (selanjutnya disebut responden) adalah penduduk dewasa sehat (jasmani dan rohani) yang berusia antara 30 sampai 75 tahun. Kriteria eksklusinya antara lain wanita hamil dan responden yang tidak mengisi data dengan lengkap. Responden direkrut dari dua dusun yang telah disebutkan sebelumnya. Pemilihan kedua dusun tersebut dilakukan dengan cara *non-random purposive*. Jumlah minimal responden dihitung dengan menggunakan rumus sampel minimal untuk penelitian observasional potong lintang, dengan

sampling error 5%, CI 95%, serta proporsi 9%, menghasilkan jumlah sampel minimal terhitung sebanyak 124.

Teknik pemilihan responden dilakukan secara *non-random purposive* dengan syarat memenuhi kriteria inklusi. Responden diminta kesediaannya berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela dengan menandatangani *informed consent*. Responden juga telah diberi penjelasan singkat tentang penelitian ini. Surat undangan kehadiran responden pada hari pengambilan data disampaikan kepada responden disertai informasi agar responden melakukan puasa selama minimal 8 jam terhitung dari sebelum waktu pengambilan data, namun diperbolehkan minum air putih.

Variabel, instrumen penelitian, dan pengukuran variabel penelitian

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, dan tindakan (PST) terkait gaya hidup sehat. Variabel terikatnya yaitu faktor risiko PKV yang meliputi indeks massa tubuh (IMT), lingkaran pinggang (LP), tekanan darah (TD) sistol dan diastol, kadar gula darah puasa (GDP), dan kolesterol total (Chol).

Beberapa instrumen yang digunakan untuk pengambilan data meliputi kuesioner PST yang telah diuji coba sebelumnya, alat pengukur tinggi badan *stature meter* merek Height®, pita meter untuk mengukur lingkaran pinggang, timbangan untuk mengukur berat badan merek GEA®, alat pengukur tekanan darah berupa digital tensimeter merek Omron®, serta alat untuk mengecek kadar GDP dan kolesterol total dengan metode *point of care testing* (POCT) menggunakan Accu-check® untuk GDP dan Family Doctor® untuk kolesterol total. Alat ukur telah dikalibrasi sebelumnya. Pengukuran dilakukan oleh seorang petugas laboratorium klinik di Yogyakarta. Kuesioner PST diuji untuk pemahaman bahasa kepada 5 orang dan uji reliabilitas kepada 30 orang yang mempunyai karakteristik yang mirip dengan

responden penelitian. Nilai *Cronbach alpha* yang diperoleh adalah sebesar 0,72. Dengan menggunakan standar nilai *Cronbach alpha* $\geq 0,65$ yaitu adekuat, maka kuesioner tersebut dapat dikatakan reliabel.²¹ Kuesioner PST terdiri dari 4 bagian, yaitu: 1) karakteristik demografi, 2) pengetahuan (8 pertanyaan), 3) sikap (5 pertanyaan), 4) tindakan terkait gaya hidup sehat (5 pertanyaan).

Proses pengambilan data dan analisis data
Pengambilan data dilakukan secara kolektif di rumah Kepala Dusun. Pengambilan data dilaksanakan pada waktu yang sebelumnya telah diinformasikan kepada para responden melalui surat undangan. Pengambilan data ini dibantu oleh tim mahasiswa S1 Fakultas Farmasi USD yang sebelumnya telah diberi pelatihan untuk mengambil data PST, IMT, LP, dan TD. Pengukuran GDP dan Chol dilakukan oleh seorang analis laboratorium klinik dari sebuah rumah sakit swasta, yang sudah terlatih dan mempunyai surat tanda registrasi.

Data lalu dimasukkan dan diolah dengan program SPSS versi 22. Data dianalisis secara deskriptif, yaitu meliputi frekuensi, persentase, rata-rata, dan median untuk masing-masing variabel bebas dan tergantung. Pada analisis deskriptif, digunakan jenis data kategorik. Variabel PST dikategorikan menjadi dua yaitu rendah dan tinggi, dibagi berdasarkan nilai di atas median untuk tinggi dan median ke bawah untuk rendah. Pembagian kategori IMT dan LP untuk berat badan berlebih/obes general dan sentral digunakan batasan IMT dan LP untuk orang Asia, yaitu IMT $\geq 23,0$ kg/m², dan ukuran LP wanita ≥ 80 cm dan pria ≥ 90 cm.^{22,23} Batasan TD, GDP, dan kolesterol total (Chol) menggunakan standar nilai menurut NCEP ATP III. Batasan NCEP ATP III yaitu TD $\geq 130/85$ mmHg; GDP ≥ 110 mg/dL; dan Chol ≥ 240 mg/dL.¹³ Selanjutnya, digunakan analisis korelasi *Spearman* untuk menganalisis hubungan variabel bebas dan

tergantung, karena data tidak terdistribusi normal. Pada analisis korelasional digunakan jenis data kontinu untuk variabel bebas (PST) dan variabel tergantung (faktor risiko PKV).

Hasil

Terdapat 127 responden yang mengikuti proses pengambilan data penelitian ini. Namun, sebanyak 3 responden tidak mengisi kuesioner secara komplit, sehingga jumlah data yang dianalisis yaitu 124 buah (*response rate*: 98,4%).

Karakteristik responden

Karakteristik dari responden dapat diringkas sebagai berikut ini. Responden berjenis kelamin wanita yang terlibat dalam penelitian ini lebih banyak dari pria, yaitu 64,5%. Median usia responden adalah 51 tahun (rentang usia: 26–75 tahun). Responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah (lulusan SMP, SD, dan tidak bersekolah) mendominasi yaitu sebesar 82,3%. Tidak terdapat responden perempuan yang merokok, namun 52,3% responden laki-laki adalah perokok. Karakteristik responden secara terperinci dapat dilihat pada Tabel 1.

Hasil pengukuran pengetahuan, sikap, tindakan Gambaran dari variabel pengetahuan, sikap, tindakan (PST) dapat diringkas sebagai berikut ini. Sebagian besar responden mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi tentang gaya hidup sehat (56,5%). Sebagian besar (66,1%) mempunyai sikap positif terhadap gaya hidup sehat. Sebagian besar (67,7%) menyatakan mempraktikkan gaya hidup sehat. Gambaran PST secara terperinci dapat dilihat pada Tabel 2.

Hasil pengukuran faktor risiko penyakit kardiovaskular

Gambaran dari faktor risiko PKV (IMT, LP, TD, GDP, dan Chol) dapat diringkas sebagai berikut ini. Sebanyak 55,6% IMT responden masuk dalam kategori berat badan berlebih/

Tabel 1 Karakteristik Demografi-Sosio-Ekonomi Masyarakat Pedesaan di Desa Banjaroyo, Kabupaten Kulonprogo, D.I. Yogyakarta, Indonesia (N=124)

Karakteristik	Median (<i>range</i>)/Frekuensi/Persentase (%) (N=124)
Jenis Kelamin	
Perempuan	80 (64,5%)
Laki-laki	44 (35,5%)
Umur (tahun)	Median: 51 (26–75)
Tingkat Pendidikan	
Tinggi (SMU ke atas)	22 (17,7%)
Rendah (di bawah SMU)	102 (82,3%)
Status Merokok	
Perokok*	18,5%
Bukan perokok	81,5%

*Seluruhnya berjenis kelamin laki-laki

obes general. Sebanyak 65% responden wanita mempunyai ukuran LP ≥ 80 cm atau mengalami obes sentral. Sebaliknya, hanya 25% responden pria yang mempunyai ukuran LP ≥ 90 cm atau yang mengalami obes sentral. Rata-rata TD sistol berada di atas normal (135 mmHg), namun TD diastol normal. Hasil rata-rata GDP normal yaitu 85 mg/dL. Rata-rata kolesterol total adalah normal (< 240 mg/dl), yaitu 169 mg/dL. Gambaran faktor risiko PKV (IMT, LP, TD sistol dan diastol, GDP, dan Chol) secara terperinci dapat dilihat pada Tabel 3.

Korelasi antara PST dan faktor risiko penyakit kardiovaskular
Hasil dari analisis korelasi *Spearman* yang

menghubungkan antara variabel PST dan variabel faktor risiko PKV (IMT, LP, TD sistol dan diastol, GDP, dan Chol) dapat dilihat pada Tabel 4. Korelasi negatif dalam penelitian ini berarti semakin tinggi tingkat PST semakin rendah faktor risiko PKV, dan sebaliknya korelasi positif berarti semakin tinggi tingkat PST semakin tinggi pula faktor risiko PKV. Hasil korelasi yang diharapkan adalah negatif, dengan koefisien korelasi kuat dan signifikan. Namun demikian, hasil penelitian ini menunjukkan terdapat variabel yang berkorelasi positif, dengan koefisien korelasi yang lemah dan hampir semua tidak signifikan secara statistik.

Variabel yang berkorelasi negatif adalah sebagai berikut: 1) pengetahuan dengan LP,

Tabel 2 Deskripsi Pengetahuan, Sikap, Tindakan tentang Gaya Hidup Sehat pada Masyarakat Pedesaan di Desa Banjaroyo, Kabupaten Kulonprogo, D.I. Yogyakarta, Indonesia (N=124)

Karakteristik	Median (<i>range</i>)/Frekuensi/Persentase (%) (N=124)
Pengetahuan tentang Gaya Hidup Sehat	
Tinggi	70 (56,5%)
Rendah	54 (43,5%)
Sikap tentang Gaya Hidup Sehat	
Positif	82 (66,1%)
Negatif	42 (33,9%)
Tindakan tentang Gaya Hidup Sehat	
Mempraktikkan gaya hidup sehat	84 (67,7%)
Kurang mempraktikkan gaya hidup sehat	40 (32,3%)

Tabel 3 Gambaran Faktor Risiko Penyakit Kardiovaskular (PKV) pada Masyarakat Pedesaan di Desa Banjaroyo, Kabupaten Kulonprogo, D.I. Yogyakarta, Indonesia (N=124)

Karakteristik	Median (<i>range</i>)/Frekuensi/Persentase (%) (N=124)
Indeks Massa Tubuh*	Median: 23,50 (15,60–39,00)
Status Obesitas	
Obes	69 (55,60%)
Tidak obes	55 (44,40%)
Lingkar Pinggang (LP) (cm)	
Perempuan	
<80 cm	30 (35,00%)
≥80 cm	50 (65,00%)
Laki-laki	
<90 cm	33 (75,00%)
≥90 cm	11 (25,00%)
Tekanan Darah (TD) (mmHg)	
Sistol	Median: 135,00 (92,00–216,50)
≥130 mmHg	57,00%
<130 mmHg	43,00%
Diastol	Median: 83,25 (50,50–128,50)
≥85 mmHg	47,00%
<85 mmHg	53,00%
Gula Darah Puasa (GDP) (mg/dL)	Median: 85,00 (65,00–282,00)
≥110 mg/dL	4,00%
<110 mg/dL	96,00%
Kolesterol Total (Chol) (mg/dL)	Median: 169,00 (99,00–316,00)
≥240 mg/dL	10,50%
<240 mg/dL	89,50%

*Batasan IMT untuk orang Asia (*overweight/obese* $\geq 23,0 \text{ kg/m}^2$); Nilai batas LP (modifikasi orang Asia), TD, GDP, Chol mengacu pada NCEP ATP III

TD (sistol dan diastol), Chol; 2) sikap dengan TD (sistol dan diastol), Chol; 3) tindakan dengan LP, Chol. Variabel yang berkorelasi positif adalah: 1) pengetahuan dengan IMT, GDP; 2) sikap dengan IMT (signifikan), LP (signifikan), GDP; 3) tindakan dengan IMT, TD (sistol dan diastol), GDP.

Dari hasil tersebut, hanya kolesterol total yang berkorelasi negatif dengan semua aspek PST. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi aspek pengetahuan, sikap, dan tindakan maka semakin rendah kadar kolesterol totalnya. Faktor risiko LP berkorelasi negatif dengan aspek pengetahuan dan tindakan, sedangkan dengan sikap berkorelasi positif. Faktor risiko TD berkorelasi negatif dengan pengetahuan

dan sikap, sedangkan hubungannya dengan tindakan berkorelasi positif. Sebaliknya, IMT dan GDP berkorelasi positif dengan semua aspek PST, yang berarti semakin tinggi tingkat PST semakin tinggi pula IMT dan GDP. Korelasi positif ini tidak diharapkan. Karena hasil korelasi tidak semua menunjukkan hal yang diharapkan, maka hal ini memerlukan pembahasan lebih lanjut.

Pembahasan

Penelitian ini memberikan hasil yang dapat diringkas sebagai berikut: 1) sebagian besar responden mempunyai tingkat PST yang lebih tinggi/lebih baik mengenai pola hidup

Tabel 4 Korelasi antara Pengetahuan, Sikap, Tindakan tentang Gaya Hidup Sehat (PST) dengan Faktor Risiko Penyakit Kardiovaskular (PKV) yaitu Indeks Massa Tubuh (IMT), Lingkar Pinggang (LP), Tekanan Darah (TD) Sistol dan Diastol, Gula Darah Puasa (GDP), Kolesterol Total (Chol)

Variabel Bebas	Variabel Tergantung	Koefisien Korelasi <i>Spearman's Rho</i>	Nilai p
Pengetahuan	IMT	0,050	0,581
	LP	-0,013	0,886
	TD sistol	-0,117	0,194
	TD diastol	-0,160	0,077
	GDP	0,069	0,449
	Chol	-0,108	0,233
Sikap	IMT	0,209	0,020*
	LP	0,220	0,014*
	TD sistol	-0,098	0,278
	TD diastol	-0,099	0,272
	GDP	0,045	0,621
	Chol	-0,023	0,802
Tindakan	IMT	0,012	0,894
	LP	-0,052	0,566
	TD sistol	0,038	0,672
	TD diastol	0,104	0,248
	GDP	0,109	0,227
	Chol	-0,048	0,594

*Korelasi signifikan secara statistik pada 0,05 (2-tailed)

sehat; 2) sebagian besar responden memiliki faktor risiko PKV yang tinggi pada indikator TD sistol, LP pada perempuan, dan IMT; sedangkan faktor risiko yang rendah adalah TD diastol, GDP, dan Chol; 3) hubungan antara variabel PST dengan variabel faktor risiko PKV dapat diringkas sebagai berikut: a) semakin tinggi PST maka semakin rendah kolesterol total; semakin tinggi PT semakin rendah LP; semakin tinggi PS semakin rendah TD; b) semakin tinggi PST semakin tinggi IMT dan GDP; semakin tinggi S semakin tinggi LP; semakin tinggi T semakin tinggi TD.

Obesitas sentral diukur dalam penelitian ini dengan pengukuran antropometri lingkar pinggang (LP). Obesitas sentral merupakan salah satu indikator utama sindrom metabolik (SM).^{2,24} LP merupakan indikator yang lebih baik dalam penentuan SM bila dibandingkan

dengan IMT.²⁴⁻²⁶ Penelitian ini menunjukkan hasil yang diharapkan yaitu hubungan negatif antara pengetahuan dan tindakan dengan LP, yang berarti semakin baik tingkat pengetahuan dan tindakan terkait gaya hidup sehat, maka akan semakin rendah LP-nya. Hasil ini serupa dengan studi di Srilanka.¹⁷ Namun demikian, terdapat kelemahan dalam pengukuran LP pada penelitian ini yaitu penggunaan batasan LP orang Asia. Seharusnya batasan LP yang digunakan adalah batasan yang lebih mendekati dengan karakteristik populasi yang diteliti, mengingat populasi Asia sangat bervariasi.²⁰

Obesitas general diukur dalam penelitian ini dengan penghitungan indeks massa tubuh (IMT). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa PST berkorelasi positif dengan IMT, yang berarti semakin tinggi PST tentang gaya hidup sehat akan semakin tinggi IMT. Hasil ini kontradiktif dengan yang diharapkan dan

dengan hasil penelitian sejenis sebelumnya, misalnya di Srilanka.¹⁷ Temuan kontradiktif dalam penelitian ini perlu mendapatkan perhatian lebih lanjut, hal ini disebabkan IMT merupakan alat skrining yang penting untuk menggambarkan keadaan lemak tubuh.²⁷

Indikator penting lainnya terkait gangguan SM adalah kolesterol, tekanan darah sistol dan diastol, serta kadar gula darah.² Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan positif antara PST dan GDP, yang berarti bahwa semakin tinggi atau baik tingkat PST terkait gaya hidup sehat maka akan semakin tinggi kadar gula darah puasanya. Hasil ini kontradiktif, karena yang diharapkan adalah yang sebaliknya, yaitu korelasi negatif, yang berarti semakin tinggi/baik tingkat PST maka GDP semakin baik. Analisis hubungan antara PST dengan kolesterol total dan tekanan darah sistol dan diastol menunjukkan hasil sesuai dengan yang diharapkan, yaitu korelasi negatif. Namun demikian, keterbatasan penelitian ini adalah kolesterol yang diukur merupakan kadar kolesterol total, sedangkan komponen kolesterol yang lebih mengindikasikan SM adalah trigliserida (≥ 150 mg/dL) dan HDL (< 40 mg/dL).²⁸

Apabila tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan terkait gaya hidup sehat yang tinggi/baik maka seharusnya hasil dari pengukuran faktor risiko PKV akan rendah atau normal. Namun, hasil dari penelitian ini menunjukkan beberapa kontradiksi. Hal ini kemungkinan karena adanya bias dalam pengukuran PST dengan menggunakan kuesioner. Beberapa bias yang mungkin terjadi antara lain: 1) *social desirability bias*; 2) *the phenomenon of intention not translated into action*; dan 3) *recall bias*.²⁹

Social desirability bias dapat terjadi pada saat responden cenderung untuk “melebih-lebihkan” persepsi mereka karena tuntutan lingkungan sosialnya, atau sebaliknya, mereka cenderung untuk “meminimalisasi” persepsinya tentang sesuatu sehingga tidak sesuai dengan

tindakan yang dilakukannya. Hal ini dapat terjadi karena adanya tuntutan sosial atau kebiasaan yang sudah umum di masyarakat.

The phenomenon of intention not translated into action dapat terjadi ketika ada niat/intensi dari responden, akan tetapi sebenarnya responden tidak pernah melakukannya atau tidak ada aksi, atau terdapat aksi/tindakan namun tidak dilakukan dengan tepat/benar dikarenakan berbagai hal, misalnya persepsi yang salah atau karena budaya lokal. Dalam pengisian kuesioner bisa saja responden akan cenderung mengakuinya sebagai tindakan, yang dalam hal ini tentu menimbulkan bias data. Sebagai contoh, responden mempunyai persepsi yang keliru mengenai aktivitas fisik harian, yaitu bahwa melakukan pekerjaan rumah tangga dipersepsikan telah melakukan aktivitas fisik secara teratur setiap hari. Aktivitas fisik secara teratur menurut WHO adalah melakukan olahraga atau gerakan tubuh selama minimal 30 menit secara terus menerus dan teratur minimal lima kali dalam seminggu,²⁷ dengan demikian, melakukan pekerjaan rumah tangga yang terputus-putus waktunya (contohnya menyapu 10 menit, lalu dua jam kemudian menyetrika pakaian) tidaklah dapat dikatakan sebagai melakukan aktivitas fisik secara teratur. Contoh lain, dalam budaya atau kearifan lokal Yogyakarta, yang dimaksud “minum teh” adalah minum teh manis dengan gula; makanan atau kuliner di daerah Yogyakarta juga cenderung dengan rasa “manis”. Hal lain yang kemungkinan menimbulkan bias jawaban PST yaitu bahwa setengah dari responden laki-laki di dalam penelitian ini merokok. Kebiasaan merokok bagi laki-laki di daerah pedesaan sering dilakukan dengan menggunakan tembakau yang diracik sendiri, bukan mengisap rokok buatan pabrik yang dapat dibeli di pertokoan. Sangat memungkinkan bahwa pada sebagian masyarakat merokok dengan menggunakan tembakau racikan sendiri dipandang sebagai bagian dari budaya atau kearifan lokal, tidak

dipandang sebagai gaya hidup yang tidak sehat. Hal-hal seperti ini akan menimbulkan bias dalam pengisian kuesioner PST terkait gaya hidup sehat.

Recall bias adalah risiko bias yang akan muncul dalam penggalian informasi tentang pengalamannya atau tindakan yang pernah dilakukan. Hal ini disebabkan terbatasnya daya ingat manusia dalam mengingat pengalaman yang dialaminya. Dalam penelitian ini, *recall bias* sudah diminimalisasi dengan batasan waktu satu minggu sebelum pengambilan data untuk pertanyaan terkait dengan pengalaman tindakan responden.

Keterbatasan lain dalam penelitian ini adalah pengambilan sampel yang dilakukan secara tidak acak yaitu *non-random purposive sampling*. Teknik pengambilan sampel ini tidak memberikan kesempatan kepada semua unit populasi sasaran untuk terpilih sebagai sampel. Oleh karena itu, hasil penelitian ini kurang adekuat untuk mewakili gambaran populasinya.

Meskipun penelitian ini tidak mampu membuktikan adanya hubungan sesuai yang diharapkan antara PST gaya hidup sehat dengan semua faktor risiko PKV, namun hasil penelitian ini mengindikasikan pentingnya intervensi edukasi tentang gaya hidup sehat di kalangan masyarakat pedesaan. Telah dibahas di atas bahwa kemungkinan terdapat sumber-sumber bias yang kemungkinan besar berasal dari persepsi yang keliru dan kebiasaan yang terkait dengan kearifan dan budaya setempat. Oleh karena itu, strategi intervensi yang direkomendasikan adalah edukasi gaya hidup sehat yang mengakomodasi faktor-faktor kebiasaan hidup di daerah setempat terutama yang terkait dengan kearifan lokal, misalnya memberikan pengertian mengenai aktivitas fisik yang benar, menyampaikan pemahaman pentingnya untuk mengurangi minuman “teh manis” yang menjadi tradisi masyarakat di desa setempat, memberikan pengertian bahwa tradisi mengisap tembakau yang diracik sendiri

sama risikonya dengan mengisap rokok buatan pabrik, dan lain sebagainya.

Simpulan

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang negatif antara pengetahuan, sikap dan tindakan (PST) gaya hidup sehat dengan kolesterol total, lingkaran pinggang (kecuali sikap), dan tekanan darah (kecuali tindakan). Namun demikian, penelitian ini tidak mampu untuk membuktikan bahwa PST terkait gaya hidup sehat yang baik akan menurunkan gula darah puasa dan indeks massa tubuh. Intervensi edukasi perlu dilakukan untuk meningkatkan perilaku gaya hidup sehat di kalangan masyarakat pedesaan. Faktor-faktor yang terkait dengan kebiasaan sehari-hari di masyarakat, dan kearifan lokal masyarakat setempat perlu diakomodasi, baik pada saat melakukan penelitian perilaku kesehatan maupun ketika menyelenggarakan intervensi edukasi kesehatan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada para mahasiswa S1 Fakultas Farmasi Universitas Sanata Dharma yang terlibat dalam pengambilan data untuk penelitian ini. Beberapa aspek data di dalam penelitian ini yang tidak dipublikasikan di artikel ini dijadikan skripsi bagi mahasiswa tersebut. Tim peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada Kepala Dusun Tanjung dan Dlingseng Desa Banjaroyo, Kecamatan Kalibawang, Kabupaten Kulonprogo, D.I. Yogyakarta yang telah mendukung proses pengambilan data, serta masyarakat setempat yang berkenan secara sukarela berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini.

Pendanaan

Penelitian ini mendapat dukungan dana dari Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan

Tinggi Republik Indonesia melalui Hibah Penelitian Desentralisasi PTUPT tahun 2018.

Konflik Kepentingan

Seluruh penulis menyatakan tidak terdapat potensi konflik kepentingan dengan penelitian, kepenulisan (*authorship*), dan atau publikasi artikel ini.

Daftar Pustaka

- Mottillo S, Filion KB, Genest J, Joseph L, Pilote L, Poirier P, et al. The metabolic syndrome and cardiovascular risk: A systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56(14):1113–32. doi: 10.1016/j.jacc.2010.05.034.
- Grundy SM. Pre-diabetes, metabolic syndrome, and cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59(7):635–43. doi: 10.1016/j.jacc.2011.08.080.
- O'Neill S, O'Driscoll L. Metabolic syndrome: A closer look at the growing epidemic and its associated pathologies. *Obes Rev*. 2015;16(1):1–12. doi: 10.1111/obr.12229.
- Soewondo P, Purnamasari D, Oemardi M, Waspadji S, Soegondo S. Prevalence of metabolic syndrome using NCEP/ATP III criteria in Jakarta, Indonesia. *Acta Med Indones*. 2010;42(4):199–203.
- Jafar N. Sindroma metabolik dan epidemiologi. *Media Gizi Masy Indones*. 2012;1(2):71–8.
- Oktavian A, Salim L, Krismawati H. Measurement of body mass index and metabolic syndrome among indigenous population in Jayapura City, Papua Province Indonesia. *Obes Res Clin Pract*. 2013;7(1): 18. doi: 10.1016/j.orcp.2013.08.057
- Suastika K, Dwipayana P, Saraswati IMR, Gotera W, Gde Budhiarta AA, Dwi Sutanegara IN, et al. Prevalence of obesity, metabolic syndrome, impaired fasting glycemia, and diabetes in selected villages of Bali, Indonesia. *J ASEAN Fed Endocr Soc*. 2011;26(2):159. doi: 10.15605/jafes.026.02.14
- Sirait AM, Sulistiowati E. Sindrom metabolik pada orang dewasa di kota Bogor, 2011–2012. *Media Heal Res Dev*. 2014;24(2):81–8.
- Kamso S. Prevalence of metabolic syndrome in older Indonesians. *Asia Pac J Public Health*. 2008;20:244–50.
- Bantas K, Yosef HK, Moelyono B. Perbedaan gender pada kejadian sindrom metabolik pada penduduk perkotaan di Indonesia. *J Kesehat Masy Nas*. 2012;7(5):219. doi: 10.21109/kesmas.v7i5.44
- Fenty F, Widayati A, Virginia DM, Hendra P. Metabolic syndrome among adults in rural area. *Indones J Clin Pathol Med Lab*. 2016;22(3):254–7. doi: 10.24293/ijcpml.v22i3.1241
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
- NCEP. ATP III Guidelines at-a glance quick desk reference [Accessed on: 3 January 2019]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atglance.pdf>
- Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, Ilanne-Parikka P, Aunola S, Keinänen-Kiukkaanniemi S, et al. Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: Long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia*. 2013;56:284–93. doi: 10.1007/s00125-012-2752-5
- Eguchi E, So H, Honjo K, Tamakoshi A. Impact of healthy lifestyle behaviors and education level on cardiovascular mortality: The Japan collaborative cohort study. *Circulation*. 2016;133(1):211.
- Mazloomi SS, Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH, Baghianimoghadam B,

- Mazidi M, Mozayan MR. A study of the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of the women referred to health centers for cardiovascular disease (CVDs) and their risk factors. *Health Care Women Int.* 2014;35(1):50–9. doi: 10.1080/0739332.2012.755980.
17. Amarasekara P, de Silva A, Swarnamali H, Senarath U, Katulanda P. Knowledge, attitudes, and practices on lifestyle and cardiovascular risk factors among metabolic syndrome patients in an urban tertiary care institute in Sri Lanka. *Asia Pac J Public Heal.* 2016;28(1):32S–40S. doi: 10.1177/1010539515612123.
 18. Crouch R, Wilson A, Newbury J. A systematic review of the effectiveness of primary health education or intervention programs in improving rural women's knowledge of heart disease risk factors and changing lifestyle behaviours. *Int J Evid Based Healthc.* 2011;9(3):236–45. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00226.x.
 19. Hendra P, Virginia DM, Fenty F, Widayati A. Correlation between anthropometric measurement and lipid profile among rural community at Cangkringan Village, District Sleman, Yogyakarta Province. *Indones J Clin Pharm.* 2017;6(2):107–15. doi: 10.15416/ijcp.2017.6.2.107
 20. Bantas K, Yoseph HK, Moelyono B. Ukuran lingkar pinggang optimal untuk identifikasi sindrom metabolik pada populasi perkotaan di Indonesia. *Kesmas Natl Public Heal J.* 2013;7(6):284–8. doi: 10.21109/kesmas.v7i6.39
 21. Taber KS. The use of cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Res Sci Educ.* 2018;48(6):1273–96. doi: 10.1007/s11165-016-9602-2
 22. World Health Organization, International Association of Study of Obesity, International Obesity Task Force: The Asia-Pacific Perspective. Redefining obesity and its treatment [Accessed on: 12 October 2018]. Available from: http://www.wpro.who.int/nutrition/documents/Redefining_obesity/en/
 23. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio report of a WHO expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2008.
 24. Gharipour M, Sarrafzadegan N, Sadeghi M, Andalib E, Talaie M, Shafie D, et al. Predictors of metabolic syndrome in the Iranian population: Waist circumference, body mass index, or waist to hip ratio? *Cholesterol.* 2013;2013:198384. doi: 10.1155/2013/198384.
 25. Grundy SM, Neeland IJ, Turer AT, Vega GL. Waist circumference as measure of abdominal fat compartments. *J Obes.* 2013; 2013:454285. doi: 10.1155/2013/454285.
 26. Bener A, Yousafzai MT, Darwish S, Al-Hamaq AO, Nasralla EA, Abdul-Ghani M. Obesity index that better predict metabolic syndrome: Body mass index, waist circumference, waist hip ratio, or waist height ratio. *J Obes.* 2013;2013:269038. doi: 10.1155/2013/269038.
 27. WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Accessed on: 2 November 2018]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/
 28. Shen J, Goyal A, Sperling L. The emerging epidemic of obesity, diabetes, and the metabolic syndrome in China. *Cardiol Res Pract.* 2011;2012:178675. doi: 10.1155/2012/178675
 29. Kaminska O, Foulsham T. Understanding sources of social desirability bias in different modes: Evidence from eye-tracking. ISER Working Paper Series 2013-04, Institute for Social and Economic Research. 2013; (2013-04);2–11.