



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU MEROKOK PADA
PENDERITA HIPERTENSI DI RW 09 KELURAHAN TUGU
KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**

SKRIPSI

**TRI SULISTIYA NINGSIH
0806457376**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SARJANA REGULER
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU MEROKOK
PADA PENDERITA HIPERTENSI DI RW 09 KELURAHAN
TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana
Keperawatan**

**TRI SULISTIYA NINGSIH
0806457376**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SARJANA REGULER
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Tri Sulistiya Ningsih

NPM : 0806457376

Tanda Tangan : 



Tanggal : 3 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Tri Sulistiya Ningsih
NPM : 0806457376
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Merokok pada Penderita Hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Poppy Fitriani, S.Kep., M.Kep ()
Penguji : Ns. Dwi Nurviyandari, S.Kep., MN ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 03 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena atas ridho dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu. Shalawat dan salam kepada baginda besar nabi Muhammad SAW. Penulisan skripsi ini dilakukan sebagai persyaratan untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Dalam penulisan skripsi ini, saya merasa sangat terbantu oleh banyak pihak, oleh karena itu saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Ibu Dewi Irawaty, Phd., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- (2) Ibu Poppy Fitriyani, S.Kep., M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada saya.
- (3) Ibu Kuntarti, S.Kp., M.Biomed selaku koordinator tugas akhir keperawatan yang telah membantu dalam proses perizinan pengambilan data dan atas pengarahan yang diberikan
- (4) Bapak H. Edi Husein, selaku ketua RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
- (5) Kedua orangtua dan keluarga saya yang selalu memberikan motivasi kepada saya dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.
- (6) Teman-teman FIK UI 2008, yang selalu memotivasi dan memberi dukungan kepada saya.

Penulis berharap semoga Allah SWT berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, 3 Juli 2012

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tri Sulistiya Ningsih
NPM : 0806457376
Program studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Merokok pada Penderita Hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal: 3 Juli 2012
Yang menyatakan



(Tri Sulistiya Ningsih)

ABSTRAK

Nama : Tri Sulistiya Ningsih
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Merokok pada Penderita Hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Hipertensi dan merokok mempunyai prevalensi tinggi di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tingkat pengetahuan dan perilaku merokok warga yang menderita hipertensi di RW 09 Tugu Cimanggis-Depok. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif sederhana dan metode tidak acak *purposive sampling* dengan melibatkan 75 responden. Hasil penelitian menggambarkan bahwa lebih dari setengah (57,3%) responden mempunyai tingkat pengetahuan yang masih kurang tentang rokok. Responden mengetahui penyakit-penyakit yang disebabkan akibat merokok, salah satunya yakni hipertensi (62,7%) tetapi banyak responden yang belum mengetahui zat-zat dalam rokok seperti tar (32%) dan karbon monoksida (36%). Sebanyak 10,7% responden merupakan perokok aktif. Peneliti menyarankan agar masyarakat diberikan pendidikan kesehatan mengenai rokok dan hipertensi agar angka hipertensi dapat diturunkan.

Kata kunci: pengetahuan, perilaku merokok, hipertensi

ABSTRACT

Name : Tri Sulistiya Ningsih
Faculty : Faculty of Nursing
Title : Study about smoking and hypertension in people living in RW 09
Tugu Cimanggis-Depok

Smoking and hypertension has a high prevalence in Indonesia. This research is subjected to study about people who are smoking and having hypertension in RW 09 Tugu Cimanggis-Depok. This study includes simple descriptive design and purpose sampling and also includes 75 respondents. The study shows that more than half (57.3%) the population have less knowledge about smoking. The respondents know about various diseases such as hypertension (62,7%) but does not know that smoking consists of tar (32%) and carbon monoxide (36%). Around 10,7% are active smokers. The writer suggest that people are given health education about smoke and hypertension so hypertension rates can be decreased.

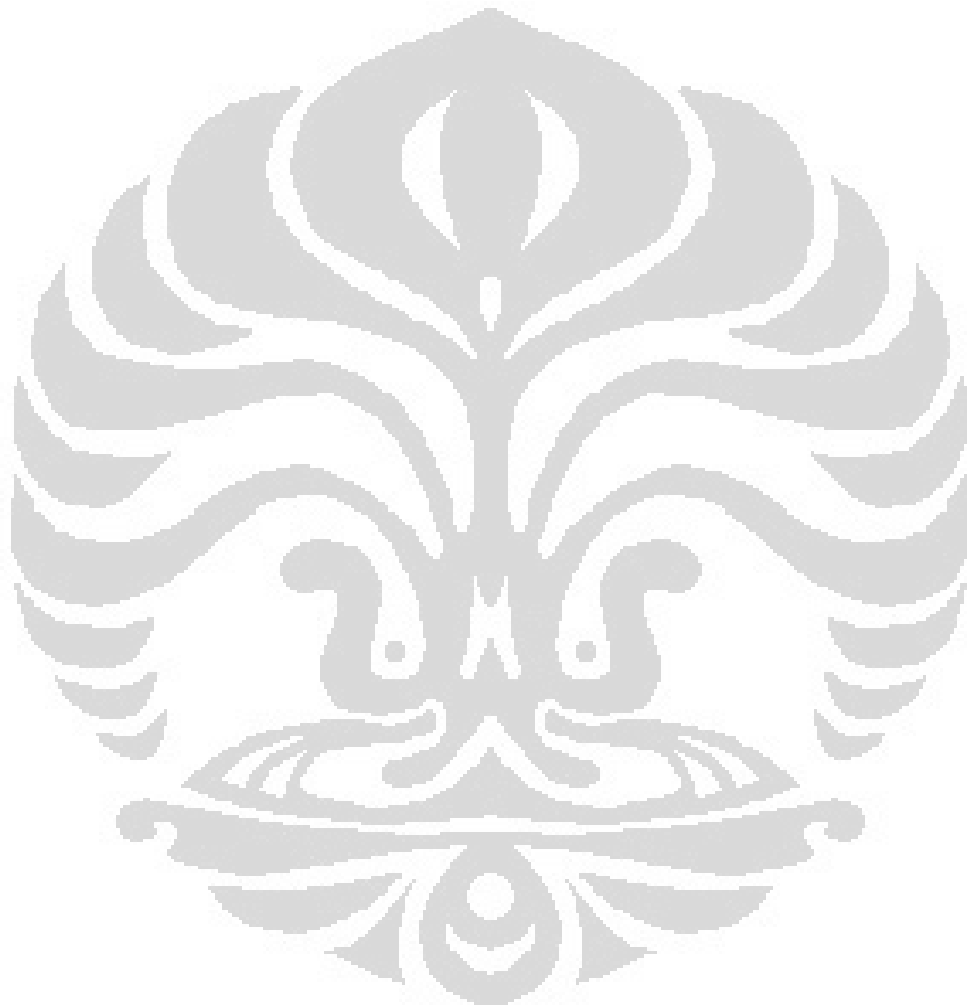
Keyword: knowledge, smoking, hypertension

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAM PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Untuk Masyarakat.....	5
1.4.2 Untuk Pelayanan Keperawatan.....	5
1.4.3 Untuk Penelitian	5
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Pengetahuan	6
2.2 Perilaku Merokok.....	7
2.2.1 Definisi Perilaku.....	7
2.2.2 Definisi Perilaku Merokok.....	8
2.2.3 Definisi Rokok dan Kandungan Rokok.....	9
2.2.4 Jenis-jenis Rokok.....	10
2.2.5 Penggolongan Perokok.....	11
2.2.6 Bahaya Akibat Rokok.....	12
2.2.4.1 Kanker Paru.....	12
2.2.4.2 Penyakit Jantung.....	12
2.2.4.3 Hipertensi.....	13
2.2.4.4 Kehamilan.....	13
2.2.4.5 Penyakit Paru.....	13
2.2.7 Lama Merokok.....	14
2.3 Hipertensi	14
2.3.1 Definisi dan Klasifikasi.....	14
2.3.2 Jenis-jenis Hipertensi	15
2.3.3 Faktor Risiko Hipertensi	16

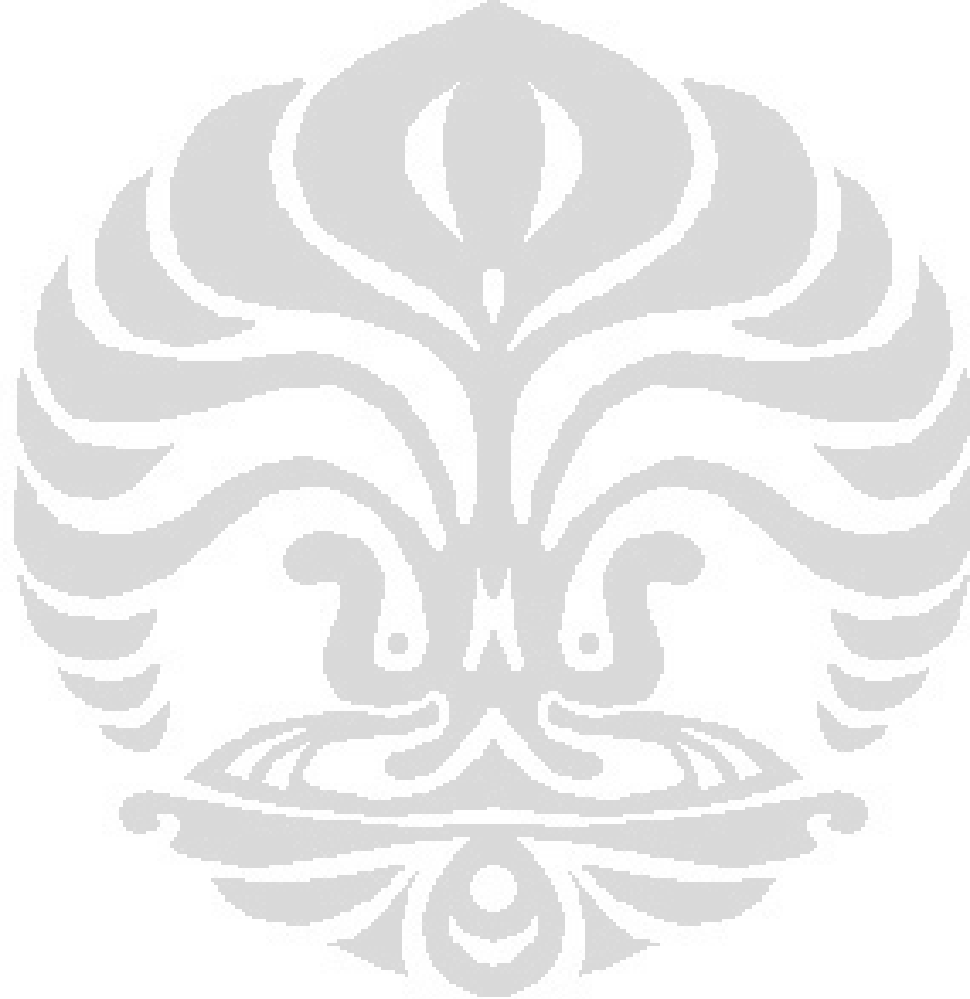
2.3.4.1 Umur	16
2.3.4.2 Pekerjaan.....	17
2.3.4.3 Jenis Kelamin.....	17
2.3.4.4 Obesitas.....	17
2.3.4.5 Aktivitas Fisik.....	18
2.3.4.6 Diet.....	18
2.3.4.7 Konsumsi Alkohol	18
2.3.4.8 Kebiasaan Merokok	18
3. KERANGKA KONSEP PENELITIAN	20
3.1 Kerangka Konsep	20
3.2 Definisi Operasional.....	21
4. METODOLOGI PENELITIAN	25
4.1 Desain Penelitian.....	25
4.2 Populasi dan Sampel	25
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	26
4.4 Etika Penelitian.....	26
4.5 Pengumpulan Data	27
4.5.1 Alat Pengumpul Data	27
4.5.2 Prosedur Pengumpulan Data	28
4.6 Pengolahan dan Analisis Data	29
4.6.1 Pengolahan Data.....	29
4.6.2 Analisis Data	30
4.7 Jadwal Penelitian	32
5. HASIL PENELITIAN	33
5.1 Karakteristik Responden	33
5.1.1 Gambaran Umur Responden	33
5.1.2 Gambaran Jenis Kelamin dan Pekerjaan Responden	34
5.2 Gambaran Pengetahuan tentang Rokok	34
5.2.1 Gambaran Pengetahuan tentang Rokok	35
5.2.2 Gambaran Pengetahuan Penyakit Akibat Merokok dan Zat dalam Rokok.....	36
5.3 Gambaran Perilaku Merokok	37
6. PEMBAHASAN	39
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian	39
6.1.1 Karakteristik Responden.....	39
6.1.2 Pengetahuan tentang Rokok.....	40
6.1.3 Perilaku Merokok.....	42
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	45
6.3 Implikasi Keperawatan.....	45
7. KESIMPULAN DAN SARAN	46
7.1 Kesimpulan	46

7.2 Saran.....	46
DAFTAR REFERENSI	47
LAMPIRAN	



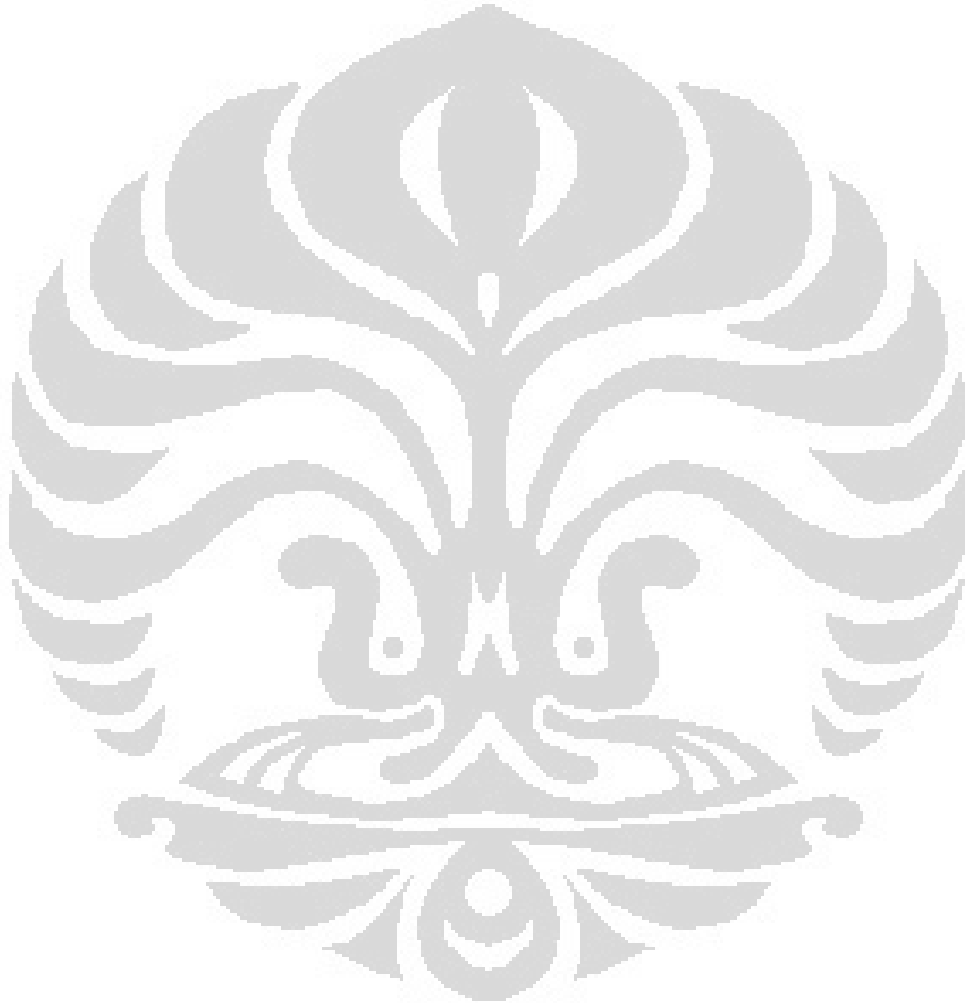
DAFTAR TABEL

Tabel 5.1.1 Gambaran Umur Responden.....	33
Tabel 5.1.2 Gambaran Jenis Kelamin dan Pekerjaan Responden.....	34
Tabel 5.2.1 Gambaran Tingkat Pengetahuan tentang Rokok.....	35
Tabel 5.2.2 Gambaran Pengetahuan Penyakit Akibat Rokok dan Zat dalam Rokok	36
Tabel 5.3 Gambaran Perilaku Merokok pada Perokok Aktif.....	37



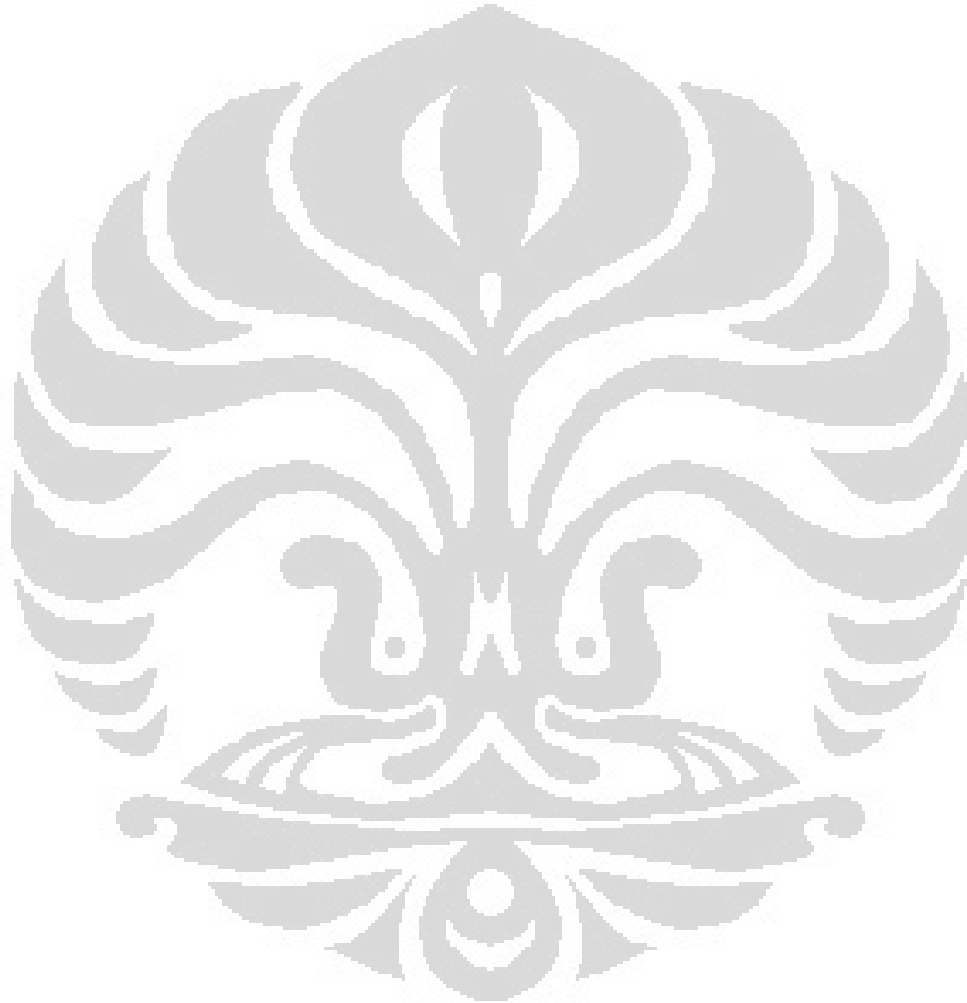
DAFTAR SKEMA

Gambar 3.1	Kerangka Konsep	20
------------	-----------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 2 Lembar Kuesioner
- Lampiran 3 Surat Izin Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab pendahuluan ini akan dibahas mengenai latar belakang dari judul penelitian yang diambil, rumusan masalah pada penelitian, tujuan penelitian dan manfaat dari penelitian.

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (2009) menyatakan bahwa setiap tahunnya hampir enam juta orang meninggal akibat rokok. Lebih dari lima juta diantaranya adalah perokok aktif dan lebih dari 600.000 orang merupakan perokok pasif. Sekitar satu orang meninggal setiap enam detiknya akibat rokok. Lembaga Demografi UI (2004) dalam Bustan (2007) mencatat, angka kematian akibat penyakit yang disebabkan rokok adalah 427.948 jiwa, berarti 1.172 jiwa per hari atau sekitar 22,5 persen dari total kematian di Indonesia. Data tersebut menunjukkan bahwa merokok mengakibatkan tingginya angka kematian di Indonesia.

Bustan (2007) mengungkapkan bahwa merokok sudah menjadi pandemik di dunia. Diperkirakan 1,1 miliar perokok dunia berumur 15 tahun ke atas, sepertiga dari total penduduk dunia. Dari jumlah tersebut, 800 juta perokok berada di negara-negara berkembang terutama Asia. Selain itu, menjelang tahun 2020 akan terjadi peningkatan kematian akibat merokok sampai 10 juta dimana 70% terjadi di negara-negara berkembang. Hal ini dibuktikan dengan peningkatan konsumsi rokok yang sudah mencapai 7 juta dengan peningkatan 1,4 persen per tahun. Rata-rata rokok yang dihisap per hari 24 gr/hari di negara-negara maju dan 14 gr/hari di negara-negara berkembang.

Merokok sudah menjadi *lifestyle* pada kebanyakan penduduk di negara berkembang. Hal ini erat kaitannya dengan kasus kematian akibat merokok yang terjadi di negara tersebut. WHO (2007, dalam Iqbal, 2008) menyebutkan bahwa jumlah perokok di

kawasan Asia Tenggara mencapai 125,8 juta orang dengan kematian akibat merokok sebesar 20 persen. Indonesia berada pada peringkat pertama di kawasan ASEAN dengan persentase 46,16 persen dari perkiraan total jumlah perokok di kawasan Asia Tenggara pada tahun 2007. Filipina menempati urutan kedua dengan persentase sebanyak 16,62 persen dan Vietnam di urutan ketiga sebesar 14,11 persen.

Merokok telah terbukti berdampak buruk bagi kesehatan. Penelitian yang terkenal yang dilakukan Doll dan Hill (1951-1956, dalam Bustan, 2007) menunjukkan pengaruh rokok terhadap kanker paru dan tingginya kematian di antara dokter di Inggris. Penelitian yang dilakukan oleh He., Vupputuri., Allen., Prerost et al (1999) menyatakan bahwa risiko terkena penyakit jantung koroner meningkat pada perokok pasif. Sani (1994) mengungkapkan bahwa merokok terbukti menyebabkan peningkatan denyut jantung, tekanan darah dan kadar katekolamin yang berperan penting sebagai penyebab kelainan jantung. Selain itu, kebiasaan merokok pada penderita hipertensi meningkatkan risiko kardiovaskuler lainnya seperti terjadinya penyakit jantung koroner (PJK), stroke, gagal jantung, dan penyakit arteri perifer. Penelitian yang dilakukan oleh Csanyi, Egervari & Nagy (2001) menyatakan bahwa hipertensi ditambah kebiasaan merokok dapat menimbulkan atherosklerosis dini. Untuk itu dapat disimpulkan bahwa merokok adalah salah satu faktor dari hipertensi dan dapat menyebabkan komplikasi penyakit lain.

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang mempunyai prevalensi tinggi di Indonesia mencapai 31,7% untuk penduduk usia dewasa (Dhuha, 2011). Hamid (2011) dalam Dhuha (2011) menjelaskan prevalensi hipertensi di Indonesia lebih tinggi jika dibandingkan dengan Singapura yang mencapai 27,3%, Thailand dengan 22,7% dan Malaysia mencapai 20%. Penelitian yang dilakukan oleh Departemen kesehatan (2011, dalam Sari, 2011) menyatakan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 32,2% dari populasi dewasa. Ini menyatakan tanda bahaya karena tekanan darah tinggi bisa berujung pada terjadinya stroke, gagal ginjal, atau penyakit jantung. Angka hipertensi tersebut bahkan lebih tinggi, jika didasarkan pada

pengukuran tekanan darah, yaitu sekitar 34,9% dari populasi dewasa di Indonesia. Angka tersebut jelas sangat tinggi, sementara di dunia kisarannya sekitar 30-32%. Hull (1996) mendefinisikan hipertensi sebagai desakan darah yang hampir konstan, tekanan tersebut dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah. Hipertensi berkaitan dengan kenaikan tekanan diastolik, tekanan sistolik, atau kedua-duanya secara terus menerus. Sani (1994) mendefinisikan hipertensi sebagai salah satu faktor predisposisi terhadap morbiditas dan mortalitas penyakit kardiovaskuler dan menjadi penyebab tingkat penyakit jantung koroner (PJK) 2-3 kali lebih sering dari normotensi. Selain itu, risiko penyakit jantung koroner (PJK) ini akan meningkat menjadi 8 kali pada penderita hipertensi yang disertai faktor risiko lainnya seperti merokok, hiperkolestrolia, dll. Granado (2008) mengatakan bahwa hipertensi dapat diobati dengan modifikasi gaya hidup dan terapi farmakologis. Faktor gaya hidup mencakup mengontrol berat badan, menjaga pola makan yang sehat, membatasi konsumsi alkohol dan berhenti merokok. Dapat disimpulkan bahwa perilaku merokok erat kaitannya dengan hipertensi.

Hipertensi banyak terjadi di daerah perkotaan. Hal tersebut dapat dikarenakan udara perkotaan lebih tercemar dibandingkan pedesaan. Penelitian yang dilakukan oleh Sari (2010) menyatakan bahwa tinggal di area dengan kadar partikel polusi udara lebih tinggi dikaitkan dengan tekanan darah yang lebih tinggi. Bustan (2007) memasukkan urban/rural sebagai salah satu faktor risiko hipertensi. Menurutnya, orang yang tinggal di perkotaan lebih beresiko tinggi menderita hipertensi daripada orang yang tinggal di pedesaan. Selain polusi udara, gaya hidup orang perkotaan, kebisingan dan stress merupakan beberapa faktor pemicu seseorang menderita hipertensi. Jawa Barat memiliki prevalensi hipertensi sebesar 15% (Aziza, 2007). Sekitar 30,05% penduduk kota Depok mempunyai kebiasaan merokok (Dinkes Depok, 2007 dalam Iqbal, 2008).

Survei yang dilakukan oleh Nugroho, dkk (2011) dalam praktik profesi pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas diketahui bahwa hipertensi merupakan penyakit

yang banyak di derita oleh warga RW 09 dan banyak warga yang menderita penyakit komplikasi dari hipertensi seperti penyakit jantung (15%). Untuk menurunkan angka hipertensi maupun kematian akibat hipertensi, maka pengetahuan dan perilaku merokok pada penderita hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok penting diteliti sebagai dasar menetapkan intervensi untuk penderita hipertensi di RW 09 sehingga tidak menimbulkan komplikasi lain maupun kematian.

1.2 Rumusan Masalah

Merokok sudah menjadi pandemik di dunia dan menyumbangkan angka kematian yang tinggi di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Banyak efek negatif dari merokok salah satu diantaranya adalah hipertensi. Sama halnya dengan merokok, hipertensi merupakan salah satu penyakit yang mempunyai prevalensi terbesar di Indonesia. Perilaku merokok pada klien hipertensi akan meningkatkan resiko Penyakit Jantung Koroner (PJK), stroke, gagal jantung dan penyakit arteri perifer. Berdasarkan uraian dari latar belakang tersebut, maka peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran pengetahuan dan perilaku merokok pada penderita hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan pengetahuan dan perilaku merokok pada penderita hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik (usia, jenis kelamin, pekerjaan) warga RW 09 Tugu Cimanggis-Depok yang menderita hipertensi
2. Mengidentifikasi pengetahuan tentang rokok pada warga yang menderita hipertensi di RW 09 Tugu Cimanggis-Depok

3. Mengidentifikasi tipe perokok pada penderita hipertensi di RW 09 Tugu Cimanggis-Depok
4. Mengidentifikasi jenis rokok yang dihisap oleh penderita hipertensi di RW 09 Tugu Cimanggis-Depok
5. Mengidentifikasi jumlah rokok yang dihisap dalam sehari oleh penderita hipertensi di RW 09 Tugu Cimanggis-Depok
6. Mengidentifikasi lama merokok pada penderita hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Cimanggis-Depok.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat sebesar-besarnya diberbagai bidang, seperti:

1.4.1 Untuk Masyarakat

Menyajikan studi tentang gambaran pengetahuan dan perilaku merokok warga yang menderita penyakit hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok, sehingga dapat menjadi data RW dan sebagai acuan dalam proses perbaikan program-program kesehatan untuk menghindari komplikasi akibat hipertensi dan menurunkan angka kematian akibat hipertensi khususnya di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

1.4.2 Untuk Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan informasi kepada perawat komunitas mengenai pengetahuan dan perilaku merokok masyarakat khususnya yang menderita hipertensi untuk dijadikan salah satu data dalam menetapkan intervensi keperawatan.

1.4.3 Untuk Penelitian

Penelitian ini dapat menjadi dasar untuk penelitian selanjutnya dan dapat digunakan untuk pengembangan riset ilmu keperawatan di Indonesia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini terbagi menjadi tiga bagian yaitu pengetahuan di bagian pertama, perilaku merokok di bagian kedua dan hipertensi dibagian ketiga. Pada bagian pertama akan dibahas definisi pengetahuan dan teori-teori pengetahuan. Dibagian kedua akan dibahas mengenai definisi perilaku, definisi dan kandungan rokok, jenis-jenis rokok, penggolongan perokok, dan bahaya akibat merokok. Dibagian terakhir akan dibahas mengenai definisi dan klasifikasi hipertensi, jenis-jenis hipertensi, dan faktor risiko hipertensi.

2.1 Pengetahuan

2.1.1 Pengetahuan

Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa “Pengetahuan merupakan hasil dari tahu manusia, yang sekadar menjawab pertanyaan “*what*”, pengetahuan hanya bisa menjawab apa sesuatu itu. Von Krogh, Ichiyo, Nonaka (2000, dalam Sumarna, 2009) menyampaikan tiga gagasannya mengenai pengetahuan. Pertama, pengetahuan merupakan *justified true believe*. Hal ini berarti seseorang individu membenarkan kebenaran atas kepercayaannya berdasarkan observasinya mengenai dunia. Kedua, pengetahuan merupakan sesuatu yang eksplisit sekaligus terbatinkan. Dan terakhir, pengetahuan secara efektif bergantung pada konteks yang memungkinkan terjadinya penciptaan tersebut. Hal ini artinya adalah memungkinkan terjadinya penciptaan pengetahuan adalah ruang bersama yang dapat memicu hubungan-hubungan yang muncul.

Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa proses pembelajaran dari suatu pengetahuan terbagi atas tiga domain yaitu domain kognitif, afektif, dan psikomotor. Domain kognitif ialah domain yang penting dalam membentuk perilaku seseorang. Bloom (1956, dalam Potter & Perry, 2005) mengkategorikan perilaku kognitif dalam hirarki perilaku dan pengetahuan menjadi perilaku yang paling sederhana. Perilaku

yang paling kompleks adalah evaluasi. Pengetahuan dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*).

Tahu (*know*) artinya adalah mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya. Memahami (*comprehension*) yaitu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan mampu menginterpretasikan materi secara benar. Aplikasi (*application*) yaitu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi sebenarnya, yaitu penggunaan rumus, metode, prinsip dalam situasi yang berbeda. Analisis (*analysis*) yaitu kemampuan menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih berkaitan satu sama lain. Sintesis (*synthesis*) yaitu kemampuan menghubungkan bagian-bagian kedalam bentuk yang baru atau kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada. Evaluasi (*evaluation*) adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Penelitian yang dilakukan oleh Octaviani (2009) pada staf administrasi pria di Universitas Indonesia mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku didapatkan bahwa pengetahuan staf administrasi UI tentang bahaya asap rokok bagi diri sendiri dan orang lain sudah baik tetapi tidak diikuti dengan perilaku yang baik juga. Penelitian Iqbal (2008) pada remaja di RW 22 Sukatani Cimanggis-Depok menyatakan bahwa proporsi responden yang mempunyai tingkat pengetahuan tinggi mengenai rokok adalah 30,8% sedangkan 69,2% lainnya mempunyai tingkat pengetahuan yang rendah. Menurut Crofton dan Simpson (2009), tingkat pengetahuan seorang perokok mengenai dampak merokok beragam disetiap negara karena dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan masih kurang luasnya kampanye kesehatan.

2.2 Perilaku Merokok

2.2.1 Definisi Perilaku

Semua kegiatan ataupun aktivitas manusia, yang dapat teramati oleh panca indera ataupun tidak dapat diamati secara langsung dinamakan perilaku. Notoatmodjo (2003), mengelompokkan perilaku manusia menjadi dua kelompok, yaitu perilaku tertutup dan perilaku terbuka. Perilaku tertutup ialah reaksi seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tertutup, tidak bisa dilihat atau diamati orang lain. Contoh perilaku tertutup seperti pikiran, pengetahuan, tanggapan atau sikap batin. Perilaku tertutup disebut juga bentuk pasif atau respons internal. Perilaku terbuka ialah respon seseorang atau reaksi terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau praktik sehingga mudah diamati orang lain. Perilaku terbuka juga disebut bentuk aktif dari perilaku karena dengan mudah dapat diobservasi langsung oleh orang disekitarnya.

Faktor-faktor yang membedakan reaksi terhadap stimulus ini disebut determinan perilaku. Sumarna (2009) menggolongkan determinan perilaku menjadi dua, yaitu determinan internal dan determinan eksternal. Determinan internal yaitu karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat bawaan, misalnya jenis kelamin, tingkat emosional, dan tingkat kecerdasan. Faktor eksternal sering menjadi faktor yang dominan yang mempengaruhi perilaku individu. Faktor eksternal diantaranya lingkungan baik fisik, sosial, ekonomi, budaya, dan politik.

2.2.2 Definisi Perilaku Merokok

Tomkins dalam Basyir (2006) menggolongkan empat jenis perilaku merokok berdasarkan *Management of Affect Theory* yaitu, Perokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif, dipengaruhi perasaan negatif, perilaku merokok yang adiktif dan perilaku yang sudah menjadi kebiasaan. Perilaku merokok yang dipengaruhi perasaan positif yaitu perilaku yang beranggapan bahwa dengan banyak merokok seseorang merasakan bertambahnya rasa positif. Contohnya seseorang yang merasa lebih percaya diri jika merokok. Perilaku merokok yang dipengaruhi perasaan negatif yaitu perilaku yang bertujuan untuk mengurangi perasaan negatif. Misalnya seseorang yang sedang cemas akan merokok untuk menghilangkan rasa cemasnya dan menenangkan perasaannya. Perilaku merokok yang adiktif mengakibatkan seseorang kecanduan dan

akan terus meningkatkan dosis rokok yang dihisap setiap saat setelah efek rokok tersebut berkurang. Perilaku merokok yang sudah menjadi kebiasaan yaitu merokok sudah menjadi perilaku yang otomatis dilakukan, seringkali merokok dilakukan dengan atau tanpa disadari. misalnya menghisap rokok setelah selesai makan.

Penelitian yang dilakukan oleh Iqbal (2008) tentang perilaku merokok remaja menyatakan bahwa 59,8% responden pernah merokok dan 81,3% diantaranya masih merokok. Diantara responden yang masih merokok, 46,2% responden menghisap rokok sebanyak 1-5 batang setiap harinya, 44,2% menghisap 6-10 batang per hari, dan 9,6% menghisap 11-15 batang per hari. Lidya (2009) mengidentifikasi distribusi perilaku merokok di propinsi Bangka Belitung, hasil penelitian menunjukkan bahwa 27,6% responden merokok setiap hari, 4,9% responden yang merokok kadang-kadang, 4,1% responden dan sebanyak 63,4% responden yang mengaku tidak pernah merokok sama sekali.

2.2.3 Definisi Rokok dan Kandungan Rokok

Rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan (PP No. 19 Tahun 2003 pasal 1 ayat 1). Definisi tersebut menggambarkan bahwa kandungan terbesar dari rokok yaitu nikotin dan tar.

Nikotin suatu bahan adiktif yang dapat membuat orang menjadi ketagihan dan menimbulkan ketergantungan. Daun tembakau mengandung satu sampai tiga persen nikotin (Aditama, 1997). Menurut PP No 19 Tahun 2003 Pasal 1 ayat 1 disebutkan bahwa, nikotin adalah zat atau bahan senyawa pirrolidin yang terdapat dalam *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang bersifat adiktif dapat mengakibatkan ketergantungan. Nikotin bersifat toksis terhadap jaringan saraf. Nikotin juga menyebabkan tekanan darah sistolik dan diastolik mengalami peningkatan, kontraksi otot jantung meningkat, pemakaian oksigen

bertambah, aliran darah dan pembuluh koroner bertambah, dan vasokonstriksi pembuluh darah perifer. Nikotin meningkatkan kadar gula darah, kadar asam lemak bebas kolesterol LDL, dan meningkatkan agregasi sel pembekuan darah. Nikotin juga yang membuat seseorang ketagihan rokok (Sitepoe, 2000).

Tar merupakan kumpulan dari ratusan atau bahkan ribuan bahan kimia dalam komponen padat asap rokok setelah dikurangi nikotin dan air. Tar ini mengandung bahan-bahan karsinogen (dapat menyebabkan kanker). Sumber Tar adalah tembakau, cengkeh, pembalut rokok, dan bahan organik lainnya yang terbakar. Tar hanya dijumpai pada rokok yang dibakar. Didalam Tar ditemukan karsinogenik: *polisiklinik hidrokarbon aromatis* yang memicu kanker paru. Selain itu, juga ditemukan *Nitrosoamine nikotin* didalam rokok yang berpotensi besar sebagai karsinogenik terhadap jaringan paru. bahan ini terdapat dalam tembakau, tetapi tidak dijumpai dalam cengkeh (Sitepoe, 2000).

Gas karbon monoksida terdapat sekitar 2-6% dalam rokok sedangkan gas karbon monoksida yang dihisap oleh perokok paling rendah 400 ppn (*part permilion*) sudah dapat meningkatkan kadar karboksi-haemoglobin dalam darah sejumlah 2-16%. Kadar normal karboksi-haemoglobin hanya 1% pada bukan perokok. Kandungan kadar karbon monoksida didalam rokok kretek lebih rendah dibandingkan dengan kandungan karbon monoksida pada rokok putih (Sitepoe, 2000).

Rokok mengandung 4000 bahan kimia seperti nikotin, gas karbon monoksida, nitrogen oksida, *hydrogen cyanide*, *ammonia*, *acrolein*, *acetilen*, *benzaldehyde*, *urethane*, *benzene*, *methanol*, *coumarin*, *4-ethylcatechol*, *ortocresol*, *perylene*, dan lain-lain. Secara umum, bahan-bahan ini dapat digolongkan menjadi dua, Komponen gas dan komponen padat (partikel). Komponen padat atau partikel dibagi menjadi nikotin dan tar (Aditama, 1997).

2.2.4 Jenis-jenis Rokok

Masyarakat Indonesia mengenal beberapa jenis rokok seperti rokok putih, rokok kretek, rokok kelembak atau rokok siong, rokok cerutu, rokok tingwe, rokok pipa dan lain-lain. Rokok putih adalah rokok yang dibuat dari daun tembakau saja tanpa dicampuri bahan-bahan yang lain. Berbeda dengan rokok putih, rokok keretek adalah rokok yang terbuat dari campuran tembakau dan cengkeh. Rokok kelembak yaitu rokok yang dibuat dari tembakau dan dicampur dengan kelembak. Rokok cerutu terbuat dari daun tembakau kering yang dirajang agar lebar disusun sedemikian rupa yang kemudian dibalut dengan daun tembakau. Daun tembakau Deli merupakan pembalut cerutu yang termahsyur di seluruh dunia. Rokok tingwe adalah rokok yang dibuat sendiri oleh perokok yang bahan bakunya dari tembakau rajangan kering dan biasanya dicampur dengan cengkeh yang dirajang, kelembak, dan terkadang juga dicampur kemenyan (Sitepoe, 2000).

Berdasarkan penggunaan filter, rokok dibagi menjadi dua jenis yaitu rokok filter dan rokok non filter. Rokok filter ialah rokok yang pada bagian pangkalnya terdapat gabus sedangkan rokok non filter ialah rokok yang pada bagian pangkalnya tidak terdapat gabus. Rokok yang tidak menggunakan filter lebih berbahaya dibandingkan rokok yang menggunakan filter (Aditama, 1997).

2.2.5 Penggolongan Perokok

Hansen (2003) menyatakan bahwa perokok aktif dan perokok pasif ialah orang yang beresiko terpapar asap rokok yang berisi zat-zat kimia. Perokok aktif ialah perokok yang memiliki kebiasaan merokok atau dengan kata lain ialah orang yang menghisap rokok. Sedangkan perokok pasif ialah orang yang tidak melakukan aktifitas merokok secara langsung, tetapi menghirup asap dari perokok pasif. Perokok pasif rentan menjadi korban penyakit akibat rokok karena menghirup asap sampingan yang memiliki bahaya tiga kali lebih besar (Crofton & Simpson, 2009).

Bustan (2007) mengatakan bahwa jumlah rokok yang dihisap bisa dalam satuan batang, bungkus, pak per hari. Menurut jumlah rokok yang dihisap, perokok juga

dapat digolongkan menjadi perokok ringan, perokok sedang dan perokok berat. Perokok ringan ialah perokok yang merokok kurang dari 10 batang per hari. Perokok sedang ialah perokok yang menghisap rokok 10-20 batang per hari. Perokok berat ialah perokok yang menghisap rokok lebih dari 20 batang per hari.

Brotowasisto (2001, dalam Widowati, 2008) menggolongkan perokok berdasarkan waktu merokoknya menjadi tiga kategori yaitu perokok ringan, perokok sedang, perokok berat dan perokok sangat berat. Perokok ringan merokok dengan selang waktu merokok 60 menit dari bangun pagi. Perokok sedang dengan selang waktu 31-60 menit dari bangun pagi. Perokok berat dengan selang waktu 6-30 menit dari bangun pagi. Dan perokok sangat berat yaitu dengan selang waktu 5 menit dari bangun pagi.

2.2.6 Bahaya Akibat Rokok

2.2.6.1 Kanker Paru

Penyakit kanker paru sering dihubungkan dengan kebiasaan merokok sebagai penyebab utamanya. Hal ini terbukti dari penelitian-penelitian yang berada di luar negeri maupun dalam negeri. Selain dikarenakan kebiasaan merokok, faktor lain yang berperan dalam meningkatnya resiko kanker paru seperti pencemaran udara dalam industri dan pertambangan. Beberapa bahan pencemar yang dihubungkan dengan meningkatnya resiko kanker paru adalah asbes, *arsen*, *berilium*, *cadmium*, gas mustard, *chromium*, *uranium* dan nikel. Bahan pencemar ini hanya meningkatkan resiko kanker paru sekitar 10-20%. Jadi, faktor penyebab utama kanker paru adalah kebiasaan merokok (Aditama, 1997).

2.2.6.2 Penyakit Jantung

Bahan dalam asap rokok yang meningkatkan resiko penyakit jantung yaitu nikotin dan gas karbon monoksida (CO). Nikotin dapat mengganggu jantung, membuat irama jantung menjadi tidak teratur, mempercepat aliran darah, menimbulkan kerusakan lapisan dalam dari pembuluh darah dan menimbulkan penggumpalan darah. Gas CO akan mengganggu kemampuan darah untuk berikatan dengan oksigen karena gas CO

mempunyai kemampuan mengikat zat hemoglobin di dalam darah 200 kali lebih kuat daripada oksigen. Hal ini mengakibatkan tubuh kekurangan oksigen yang merupakan suatu bahan utama bagi kehidupan manusia. Kebiasaan merokok berpengaruh pada jantung dan pembuluh darah melalui mekanisme aterosklerotik, gangguan metabolisme lemak, gangguan sistem homeostatik, gangguan irama jantung, serta penurunan kemampuan untuk oksigenisasi (Aditama, 1997).

2.2.6.3 Hipertensi

Merokok dikaitkan dengan efek *pressor* dengan peningkatan tekanan darah sekitar 10/7 mmHg pada pasien hipertensi 15 menit setelah merokok sebanyak dua batang (Aziza, 2007). Merokok sebatang setiap hari akan meningkatkan tekanan sistolik 10-25 mmHg dan menambah detak jantung 5-20 kali per menit (Sitepoe, 1997). Hal ini dapat disimpulkan bahwa merokok dapat memicu hipertensi.

2.2.6.4 Kehamilan

Calon ibu yang memiliki kebiasaan merokok akan membawa akibat buruk untuk bayi yang dikandungnya. Wanita hamil yang merokok beresiko lebih besar melahirkan bayi yang meninggal dibandingkan wanita hamil yang bukan perokok. Jika wanita itu melahirkan normal, maka bayi wanita perokok lebih sering meninggal di bulan-bulan pertama kehidupannya. Hal ini dikarenakan berat badan bayi dari ibu yang merokok umumnya kurang dan bayi mudah menjadi sakit. Ibu yang memiliki kebiasaan merokok juga menyebabkan kelainan bawaan pada bayi yang dilahirkannya seperti kelainan katup jantung. Selain itu, kejadian *abortus* juga lebih sering terjadi pada wanita perokok. Para ahli juga mendeteksi adanya kecenderungan gangguan tumbuh kembang anak-anak dari ibu perokok baik dari sudut fisik, emosi maupun kecerdasan. Hal ini semua terjadi akibat pengaruh bahan-bahan dalam asap rokok (Aditama, 1997).

2.2.6.5 Penyakit Paru

Dua penyakit paru selain kanker paru yang sering dihubungkan dengan kebiasaan merokok adalah bronkhitis kronik dan emfisema paru. bronkhitis kronik ditandai dengan keluhan batuk berdahak yang berkepanjangan, terjadi karena kerusakan selaput lendir serta silia yang ada pada saluran napas. Emfisema terutama ditandai oleh keluhan sesak napas yang terjadi karena kerusakan pada saluran napas yang kecil. Jika kedua penyakit ini terjadi bersamaan, maka disebut Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Kelainan pada PPOK bersifat *irreversible* sehingga upaya yang dilakukan adalah menjaga supaya kelainan tidak makin memburuk dan mengusahakan perbaikan kemampuan bernapas. Kematian akibat PPOK pada orang yang merokok sepuluh kali lipat lebih tinggi dibanding orang yang tidak merokok (Aditama, 2007)

2.2.7 Lama Merokok

Bustan (2007) mengatakan bahwa merokok dimulai sejak umur kurang dari 10 tahun atau lebih dari 10 tahun. Semakin muda seseorang merokok, semakin besar pula pengaruhnya bagi kesehatan orang tersebut, hal ini dinamakan *dose-response effect*. Resiko kematian akan meningkat seiring banyak jumlah rokok yang dihisap dan usia pertama kali merokok. Zakiyah (2008) mengungkapkan adanya hubungan linier yang signifikan antara lama merokok dengan tekanan darah sistolik dan diastolik. Semakin lama merokok maka tekanan darah sistolik dan diastolik semakin tinggi. Selain itu, Martini, Hendrati, & Lucia dkk (2004) dalam jurnal penelitian medika eksakta menyebutkan bahwa lama kebiasaan merokok merupakan faktor yang mendukung atau mempercepat kejadian hipertensi.

2.3 Hipertensi

2.3.1 Definisi dan Klasifikasi

Granado (2008), mendefinisikan tekanan darah sebagai kekuatan darah terhadap dinding arteri. Tekanan darah terbagi menjadi dua yakni tekanan sistolik dan diastolik. Tekanan sistolik yaitu tekanan saat jantung berkontraksi, dan tekanan diastolik yaitu tekanan arteri ketika jantung diisi kembali oleh darah. Hipertensi pada

orang dewasa secara klinis ditandai sebagai tekanan sistolik 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 90 mmHg atau lebih (WHO, 2011, dan Granado, 2008).

Tekanan darah menurut Joint National Committee (JNC) 7 diklasifikasikan menjadi 4 tingkatan yaitu tekanan darah normal, prehipertensi, hipertensi stadium 1, dan hipertensi stadium 2. Tekanan darah normal adalah tekanan darah yang sistoliknya kurang dari 120 mmHg dan diastoliknya kurang dari 80 mmHg. Prehipertensi adalah tingkatan tekanan darah yang sistoliknya 120 mmHg sampai 139 mmHg atau diastolik 80 mmHg sampai 90 mmHg. Hipertensi stadium 1 adalah tingkatan tekanan darah yang mempunyai sistolik 140 mmHg sampai 159 mmHg atau 90 mmHg sampai 99 mmHg. Hipertensi stadium 2 mempunyai sistolik lebih dari 160 mmHg dan diastolik lebih dari 100 mmHg (Yogiantoro, 2006).

2.3.2 Jenis-jenis Hipertensi

Hipertensi resisten adalah kegagalan untuk mencapai target tekanan darah yang diinginkan pada pasien hipertensi dengan menggunakan tiga macam obat dosis penuh termasuk diuretik. Hipertensi resisten lebih banyak dijumpai pada pasien berusia lebih dari 60 tahun daripada yang lebih muda. Hipertensi resisten disebabkan oleh cara pengukuran TD tidak tepat, kelebihan cairan, kondisi yang berkaitan seperti obesitas, minum alkohol berlebihan, dan penyebab sekunder seperti penyakit parenkim ginjal, penyakit arteri ginjal, aldosteronisme, feokromositoma, *sindrom cushing*, hipo atau hipertiroid, sleep apnea, dan koarktasio aorta (Aziza, 2007)

Selain hipertensi resisten, dikenal juga krisis hipertensi. Keadaan ini terbagi menjadi dua jenis yaitu hipertensi emergensi dan hipertensi urgensi. Hipertensi emergensi merupakan hipertensi gawat darurat dimana tekanan darah melebihi 180/120 mmHg disertai salah satu ancaman gangguan fungsi organ, seperti otak (stroke, ensefalopati hipertensi), jantung (gagal jantung kiri akut, penyakit jantung koroner akut), paru (bendungan di paru), dan eklampsia. Hipertensi emergensi juga bisa disebabkan pada tekanan darah kurang dari 180/120 mmHg tetapi dengan salah satu gejala gangguan

diatas yang sudah nyata timbul. Jika tekanan darah tidak diturunkan akan mengakibatkan komplikasi yang menetap. Hipertensi urgensi merupakan hipertensi yang terjadi pada keadaan tekanan darah sangat tinggi (lebih besar dari 180/120 mmHg) tetapi belum ada gejala seperti di atas. Tekanan darah tidak harus diturunkan dengan cepat (dalam hitungan menit), tetapi dapat dalam hitungan jam sampai dengan hari dengan menggunakan obat oral (Aziza, 2007).

Jenis hipertensi berdasarkan penyebabnya diklasifikasikan atas hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer adalah hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui dan terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi secara keseluruhan. Pada hipertensi jenis ini, terjadi peningkatan kerja jantung akibat penyempitan pembuluh darah tepi. Hipertensi esensial merupakan penyakit multifaktorial yang timbul terutama akibat interaksi antara faktor-faktor risiko tertentu. (Yogiantoro, 2006). Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang disebabkan oleh penyakit sistemik lain, misalnya gangguan hormon (*Cushing*), penyempitan pembuluh darah utama ginjal (*stenosis arteri renalis*) akibat penyakit ginjal), dan penyakit sistemik lainnya (*lupus nefritis*). Hipertensi sekunder dialami pada sekitar 5-10% penderita hipertensi secara keseluruhan (Aziza, 2007).

Granado (2008) mengklasifikasikan hipertensi menjadi tiga jenis yaitu hipertensi esensial, hipertensi sekunder dan hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan. Hipertensi esensial ialah hipertensi tanpa sebab yang spesifik. Hipertensi sekunder diakibatkan beberapa kondisi atau penyakit lain misalnya penyakit ginjal. Hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan terjadi pada masa kehamilan sampai melahirkan.

2.3.4 Faktor Risiko Hipertensi

2.3.4.1 Umur

Harlock (1980, dalam Winanti, 2010) mengategorikan usia dewasa kedalam usia dewasa awal (18-39 tahun), usia dewasa tengah (40-60 tahun) dan lansia (>60 tahun). Hipertensi merupakan penyakit degeneratif yang kebanyakan terlihat pada usia lansia.

Lidya (2009) menjelaskan bahwa peningkatan usia sejalan dengan peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah biasanya terlihat pada usia lebih dari 40 tahun. Kenaikan tekanan darah sistol menyebabkan prevalensi hipertensi meningkat pada kelompok usia lebih dari 40 tahun. Prevalensi hipertensi pada kelompok umur lebih dari 60 tahun sekitar 64,5%. Pada kelompok umur kurang dari 40 tahun mempunyai prevalensi <10%.

Penelitian terkait tentang hubungan usia dengan hipertensi yaitu pada penelitian yang dilakukan oleh Zakiyah (2008) dan Bustan (2007) yang menyebutkan bahwa semakin bertambahnya umur maka tekanan darah sistolik dan diastolik menjadi semakin tinggi. Rohaendi (2008) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan yang sangat erat antara usia dan tekanan darah. Hal ini dikarenakan terjadinya penyempitan arteri akibat penumpukan kolagen pada dinding arteri (Izzo, et al, 2003 dalam Rohaendi, 2008).

2.3.4.2 Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu kegiatan yang dilakukan responden untuk memperoleh imbalan atau mendapatkan penghasilan. Peningkatan tekanan darah akibat rangsangan psikososial terjadi pada mereka yang bekerja secara intensif dan terus menerus. Prevalensi hipertensi pada petani 1,8% lebih rendah daripada prevalensi hipertensi pada nelayan. Prevalensi hipertensi lebih tinggi pada mereka yang bekerja dibagian administrasi dibandingkan pada mereka yang pengangguran sekitar 9,6% (Darmodjo, 2000 dalam Lidya, 2009)

2.3.4.3 Jenis Kelamin

Pada usia <45 tahun, pria lebih beresiko terkena hipertensi dibandingkan dengan perempuan. Setelah usia 45 tahun, resiko pria dan wanita terhadap penyakit hipertensi relatif sama. Setelah usia lebih dari 55 tahun, wanita lebih beresiko mengalami hipertensi daripada pria (Patel, 1995 dalam Lidya, 2009). Perbedaan resiko hipertensi pada gender ini dipengaruhi oleh faktor psikologis, faktor perilaku, dan pekerjaan

(Lidya, 2009). Rohaendi (2008) meneliti pasien hipertensi di tasikmalaya, dari hasil penelitian didapatkan bahwa pada kelompok intervensi sebagian besar berjenis kelamin perempuan begitu pula pada kelompok kontrol.

2.3.4.4 Obesitas

Obesitas dan hipertensi mempunyai hubungan yang dekat. Tekanan darah yang meningkat seiring dengan peningkatan berat badan menghasilkan hipertensi pada sekitar 50% individu yang obesitas. Penurunan berat badan seberat 10 kg yang dipertahankan selama dua tahun akan menurunkan TD kurang lebih 6,0/4,6 mmHg. Canadian Hypertension Education Program (CHEP) melaporkan bahwa tekanan darah akan berkurang sekitar 2/1 mmHg setiap penurunan 1 kg berat badan (Aziza, 2007).

2.3.4.5 Aktivitas Fisik

Olahraga dinamis sedang (30-45 menit, 3-4 kali/minggu) efektif dalam menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi dan orang normotensi pada umumnya. Olahraga aerobik teratur seperti jalan cepat atau berenang pasien hipertensi menurunkan tekanan darah rata-rata 4,9/3,9 mmHg. Olahraga ringan lebih efektif dalam menurunkan tekanan darah (Aziza, 2007).

2.3.4.6 Diet

Penelitian epidemiologi melaporkan bahwa asupan garam berkontribusi pada peningkatan tekanan darah dan prevalensi hipertensi. Efek tersebut semakin kuat jika diikuti asupan makanan rendah kalium. Makanan dengan pembatasan natrium atau garam selama 21-52 minggu berhasil menurunkan tekanan darah (Aziza, 2007).

2.3.4.7 Konsumsi Alkohol

Asupan alkohol yang berlebihan (lebih dari 14 gelas perminggu untuk laki-laki dan perempuan) terbukti memperburuk hipertensi. Peminum berat (minum lima kali standar atau lebih sehari) dapat mengalami peningkatan tekanan darah setelah putus

alkohol secara mendadak dan dapat didiagnosis hipertensi di awal pekan jika dia memiliki kebiasaan minum di akhir pekan (Aziza, 2007).

2.3.4.8 Kebiasaan Merokok

Orang yang menghisap rokok, setiap hisapannya mengandung 10^{14} radikal bebas dan 10^{16} oksidan, yang semuanya akan masuk terisap ke dalam paru. Asap rokok yang dihisap si perokok disebut dengan “asap utama” atau disebut *mainstream smoke* dan asap yang keluar dari ujung rokok yang terbakar yang di hisap oleh orang disekitar perokok disebut “asap sampingan” atau disebut *sidestream smoke* (Aditama, 1997).

Kebiasaan merokok diperkirakan mulai banyak dikenal di Indonesia pada awal abad ke-19 yang lalu. Merokok adalah suatu kegiatan membakar tembakau yang kemudian dihisap asapnya, baik langsung maupun menggunakan pipa. Semua kegiatan ataupun aktivitas manusia, yang dapat teramati oleh pancaindera ataupun tidak dapat diamati secara langsung dinamakan perilaku. Merokok sudah menjadi *lifestyle* bagi sebagian orang. Sikap orang tersebut terhadap rokok yang mempengaruhi seseorang menjadi perokok atau tidak (Dariyo, 2008).

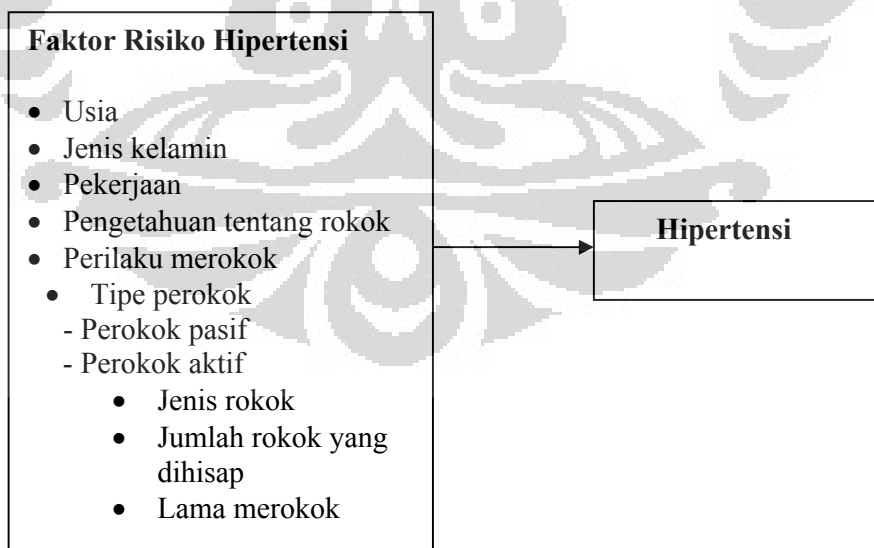
BAB 3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai kerangka konsep penelitian yang terdiri dari kerangka konsep dan definisi operasional. Pada kerangka konsep, akan digambarkan skema kerangka konsep yang berisi variabel-variabel yang diteliti dalam penelitian.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini menjelaskan mengenai variabel-variabel yang diteliti. Variabel faktor risiko hipertensi terdiri dari usia, jenis kelamin, pekerjaan, pengetahuan, perilaku merokok dan tipe perokok. Variabel usia, jenis kelamin dan pekerjaan termasuk ke dalam karakteristik penderita hipertensi. Pada variabel perilaku merokok akan diidentifikasi lama merokok penderita hipertensi, jumlah rokok yang dihisap dalam sehari dan jenis rokok yang dihisap oleh penderita hipertensi. Tipe perokok dibedakan menjadi dua kategori yaitu perokok aktif dan perokok pasif. Selain itu, diteliti pula pengetahuan penderita hipertensi tentang rokok.

Skema 1.1



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Usia	Lamanya waktu hidup yang sudah dilalui responden sampai saat responden mengisi kuesioner	Peneliti memberikan pertanyaan terbuka dalam kuesioner dengan isian jawaban bebas	Kuesioner	1. Dewasa awal 2. Dewasa tengah 3. Lansia	Ordinal
Jenis kelamin	Identitas biologis responden dilihat dari penampilan fisik	Peneliti memberikan pertanyaan tertutup dalam kuesioner dengan jawaban laki-laki atau perempuan.	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan responden untuk memperoleh penghasilan atau kegiatan yang digeluti responden	Peneliti memberikan pertanyaan terbuka dalam kuesioner dengan isian jawaban bebas	Kuesioner	1. Karyawan 2. Ibu Rumah Tangga 3. Buruh 4. Tidak bekerja 5. Lain-lain	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Pengetahuan	Hasil belajar responden baik melalui pendidikan formal, non formal, ataupun dari informasi yang didapat dari lingkungan sekitar	Menggunakan pertanyaan dalam kuesioner. Pertanyaan tentang tingkat pengetahuan sejumlah 11 pertanyaan dengan menggunakan pilihan jawaban. Responden memilih jawaban yang paling benar.	Kuesioner	1. Pengetahuan baik 2. Pengetahuan kurang Hasil analisa pengetahuan didapat bahwa grafik terdistribusi normal sehingga penggolongan pengetahuan baik dan pengetahuan kurang dengan menggunakan nilai mean sebagai <i>cut off point</i> (mean pada data: 21,20 dibulatkan menjadi 21). Nilai ≤ 21 dikategorikan	Ordinal

							sebagai pengetahuan kurang, dan nilai >21 dikategorikan sebagai pengetahuan baik.	
Tipe perokok	Perilaku responden, aktif atau pasif.	merokok atau tidak	Peneliti memberikan pertanyaan dalam kuesioner dengan isian jawaban ya atau tidak			Kuesioner	1. Perokok aktif 2. Perokok pasif	Nominal
Jenis Rokok	Jenis rokok yang dihisap. Berdasarkan efeknya, dikelompokkan menjadi dua yaitu rokok filter dan rokok non-filter		Peneliti memberikan pertanyaan dalam kuesioner dengan pilihan jawaban filter atau non-filter			Kuesioner	1. Rokok filter 2. Rokok non-filter	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Lama merokok	Lama responden berperilaku merokok yang dihitung dalam tahun	Peneliti memberikan pertanyaan tertutup dalam kuesioner dengan pilihan jawaban 1-5 tahun, 6-10 tahun, 11-15 tahun, >15 tahun.	kuesioner	1. 1-5 tahun 2. 6-10 tahun 3. 11-15 tahun 4. >15 tahun	Nominal
Jumlah rokok yang dihisap	Banyaknya rokok yang dihisap responden dalam sehari	Peneliti memberikan pertanyaan tertutup dalam kuesioner dengan pilihan jawaban <10 batang, 10-20 batang, dan >20 batang.	Kuesioner	1. <10 batang 2. 10-20 batang 3. >20 batang	Nominal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menjelaskan mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian serta pengumpulan dan pengolahan data.

4.1 Desain penelitian

Desain penelitian akan memudahkan peneliti dalam menjawab pertanyaan penelitian. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif sederhana dengan metode kuantitatif. Desain ini dipakai karena penelitian ini bertujuan untuk memaparkan ataupun menjelaskan suatu fenomena saat ini.

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan diteliti sedangkan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi disebut sampel (Notoatmodjo, 2010). Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh perokok aktif ataupun perokok pasif yang menderita hipertensi (laki-laki maupun perempuan) di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Kriteria inklusi responden dalam penelitian ini yaitu:

1. Penduduk tetap yang tinggal di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok dan menderita hipertensi
2. Memahami bahasa Indonesia dan bisa baca tulis.
3. Bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan peneliti adalah dengan metode *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan yang dibuat peneliti sendiri berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Sampel yang akan diambil sejumlah:

$$n = \frac{Z\alpha^2 P(1-P)}{d^2}$$

n = jumlah sampel yang diinginkan

Z_{α} = tingkat kepercayaan (1,65)

P = perkiraan populasi

d = kesalahan presisi yang masih diterima atau presisi mutlak (0,1)

$$\begin{aligned} n &= \frac{Z_1^2 - \alpha / 2 \cdot p(1-p)}{d^2} \\ &= \frac{(1,65)^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)}{(0,1)^2} \\ &= 68 \text{ responden} \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan dari rumus diatas, didapat 68 responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Untuk mengantisipasi adanya nilai *missing* maka peneliti menambahkan 10% dari total sampel sehingga jumlah keseluruhan sampel sebanyak 75 responden.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat yang digunakan untuk penelitian ini berada di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Tempat ini dipilih karena diketahui mempunyai angka hipertensi yang tinggi dan banyak masyarakat yang menderita penyakit komplikasi dari hipertensi seperti penyakit jantung. Penelitian ini (pengambilan data dan pengolahan data) dilaksanakan pada pekan pertama bulan April sampai pekan kedua bulan Mei tahun 2012.

4.4 Etika Penelitian

Etika adalah ilmu atau pengetahuan yang membahas manusia, terkait dengan perilakunya terhadap manusia lain atau sesama manusia. Penelitian merupakan upaya untuk mencari kebenaran terhadap semua fenomena kehidupan manusia, baik yang menyangkut fenomena alam maupun sosial, budaya, pendidikan, kesehatan, ekonomi, politik, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Dalam melakukan penelitian seorang peneliti haruslah menaati kode etik penelitian agar penelitian yang dilakukan tidak merugikan pihak lain.

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak yang diteliti dan masyarakat yang memiliki dampak dari penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian yang dilaksanakan, peneliti memegang empat prinsip kaidah etika penelitian yaitu menghormati harkat dan martabat manusia dengan cara mempersiapkan lembar persetujuan responden (*informed consent*), menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*), keadilan dan inklusivitas atau keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*), serta memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*).

Peneliti menghormati harkat dan martabat manusia, hanya calon responden yang bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan responden yang akan menjadi sampel penelitian. Untuk menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian maka peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner penelitian. Semua data yang diberikan responden dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Prinsip keadilan dan keterbukaan tetap diperhatikan oleh peneliti dengan cara menjelaskan prosedur penelitian dan menjelaskan bagian yang kurang dimengerti oleh responden. Dan terakhir, peneliti memperhitungkan manfaat dan meminimalisir kerugian yang akan ditimbulkan. Setelah itu, peneliti meminta surat izin penelitian kepada FIK UI yang kemudian digunakan untuk meminta izin penelitian di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

4.5 Pengumpulan Data

4.5.1 Alat Pengumpul Data

Peneliti menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data. Kuesioner yang digunakan dimodifikasi dari kuesioner Iqbal (2008) dalam penelitiannya yang berjudul perilaku merokok remaja di lingkungan RW 22 Kelurahan Sukatani Kecamatan Cimanggis Kota Depok tahun 2008. Kuesioner terdiri dari tiga bagian yaitu data karakteristik responden pada bagian pertama, kuesioner mengenai perilaku merokok dibagian kedua dan kuesioner tentang pengetahuan tentang

rokok di bagian ketiga. Pada bagian karakteristik responden, peneliti menambahkan pertanyaan mengenai pekerjaan responden. Pada bagian kedua tentang perilaku merokok, dari 5 pertanyaan yang ada, peneliti hanya mengambil 1 pertanyaan dari kuesioner Iqbal (2008) yaitu pertanyaan tentang jumlah rokok yang dihisap responden. Pada bagian pengetahuan, dari 11 pertanyaan yang ada, peneliti mengambil 9 pertanyaan dari kuesioner Iqbal dengan 6 pertanyaan yang dimodifikasi. Bentuk dari pertanyaan dalam kuesioner tersebut berupa pilihan ganda. Responden dapat mencontreng atau memberikan tanda *check list* pada jawaban yang menurut responden paling tepat.

Uji validitas dan reabilitas kuesioner dilakukan pada 28 orang warga yang menderita hipertensi di RW 05 Kelurahan Kedoya Selatan Kecamatan Kebon Jeruk Kota DKI Jakarta dan di RW 10 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Tempat tersebut dipilih karena mempunyai karakteristik yang mirip, dari tingkat usia, pengetahuan, pekerjaan, dan perumahan. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 18 pertanyaan kuesioner Iqbal (2008). Hasil uji validitas dan reabilitas didapatkan nilai 0,750. Nilai r alfa lebih besar dari 0,6 sehingga dapat dinyatakan reliabel. Hasil uji SPSS terlihat dari 18 pertanyaan terdapat 2 dari 7 pertanyaan poin perilaku lebih rendah dari r tabel (0,37) dan 5 dari 11 pertanyaan poin pengetahuan dibawah r tabel (0,37) sehingga 7 pertanyaan dinyatakan tidak valid. Selanjutnya peneliti memodifikasi pertanyaan kuesioner yang tidak valid dan menghilangkan 2 pertanyaan kuesioner yang nilainya paling kecil, akhirnya kuesioner pun dapat dipakai sebagai instrument penelitian.

4.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pengambilan data dilakukan setelah proposal penelitian dan kuesioner disetujui oleh dosen pembimbing dan koordinator mata ajar. Peneliti kemudian mengajukan surat izin kepada fakultas untuk langsung diserahkan kepada ketua RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Setelah mendapatkan izin dari ketua RW 09 Tugu, peneliti pun mengunjungi kader-kader kesehatan beberapa RT dan mengunjungi ketua posbindu di RW 09. Dari hasil kunjungan ke

beberapa kader dan ketua posbindu, maka peneliti mendapatkan sedikit data penduduk yang menderita hipertensi.

Peneliti juga datang ke acara senam jantung sehat yang banyak dihadiri oleh warga. Disana peneliti melakukan pemeriksaan tekanan darah. Warga yang menderita hipertensi diminta kesediaannya untuk mengisi kuesioner. Hanya warga yang hipertensi dan bersedia menjadi responden (kemudian menandatangani lembar persetujuan responden) yang menjadi responden dalam penelitian. Selain itu, peneliti juga *door to door* ke rumah warga untuk mencari warga yang hipertensi.

Peneliti membacakan petunjuk pengisian kuesioner. Responden yang memiliki keterbasan (rabun, hemiparase, stroke) dibantu peneliti menjawab kuesioner dengan dibacakan pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner dan pilihan jawaban dari pertanyaan tersebut. Responden berhak mengajukan pertanyaan kepada peneliti terkait pertanyaan-pertanyaan yang tidak dimengerti responden. Kuesioner yang telah di isi, diperiksa kembali kelengkapannya oleh peneliti di tempat responden mengisi kuesioner. Peneliti berterimakasih kepada responden dan memberikan souvenir kepada responden sebagai bentuk ucapan terimakasih karena telah mengisi kuesioner penelitian.

4.6 Pengolahan dan Analisis Data

4.6.1 Pengolahan Data

Data yang terkumpul kemudian diolah. Tahapan pengolahan data yang dilakukan oleh peneliti yaitu:

1. Editing

Mengedit adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data. Tujuannya adalah untuk mengurangi kesalahan atau kekurangan yang ada di dalam daftar pertanyaan yang sudah diselesaikan sampai sejauh mungkin (Narbuko dan Abu, 1997). Pada penelitian ini, kuesioner yang terkumpul akan diperiksa mengenai kelengkapan jawaban, kejelasan makna jawaban, kesesuaian jawaban, relevansi jawaban dan keseragaman satuan data. Kegiatan editing data dilakukan pada pekan ketiga bulan Mei 2012.

2. *Coding*

Koding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori-kategori. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara member tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban (Narbuko & Abu, 1997). Pada tahap ini, peneliti melakukan dua langkah yaitu menentukan kategori-kategori yang akan digunakan dan mengalokasikan jawaban-jawaban responden pada kategori-kategori tersebut. Peneliti melakukan coding pada pekan ketiga bulan Mei 2012.

3. *Scoring*

Skoring merupakan kegiatan pemberian skor terhadap semua subvariabel sesuai dengan kategori data dan jumlah dari pertanyaan kuesioner. Hasil skoring akan dijumlahkan sesuai subvariabel.

4. *Entry data*

Memasukkan data (*Entry data*) yakni memasukkan jawaban responden yang sudah berbentuk kode ke dalam program atau *software* komputer. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan program *Statistis Program for Social Sciences (SPSS) for Windows* untuk *entry data*. Peneliti melakukan *entry data* pada pekan kedua bulan Mei 2012.

5. *Cleaning*

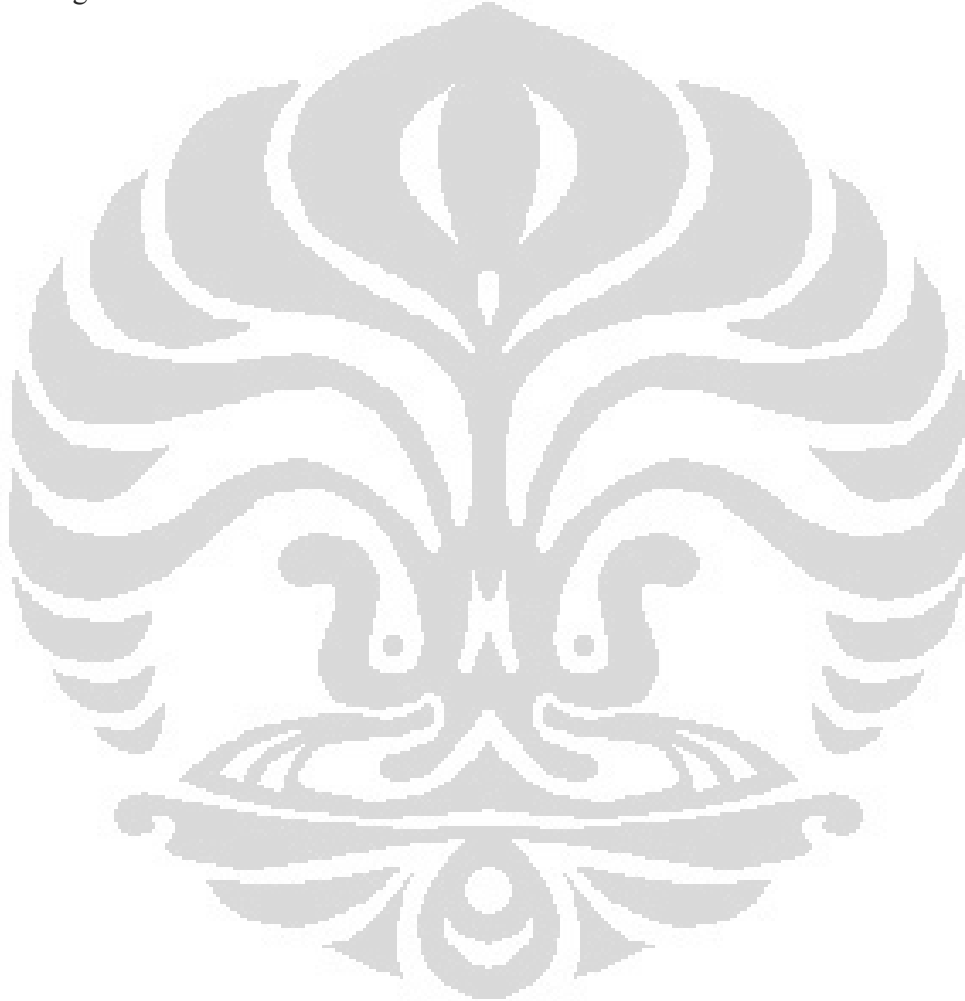
Pembersihan data (*cleaning*) merupakan proses pengkoreksian atau pembetulan data-data yang dalam pemeriksaan ulang ditemukan adanya kesalahan dalam pengkodean atau ketidaklengkapan, dan sebagainya. Kegiatan *cleaning* ini dilakukan peneliti pada pekan keempat bulan Mei 2012.

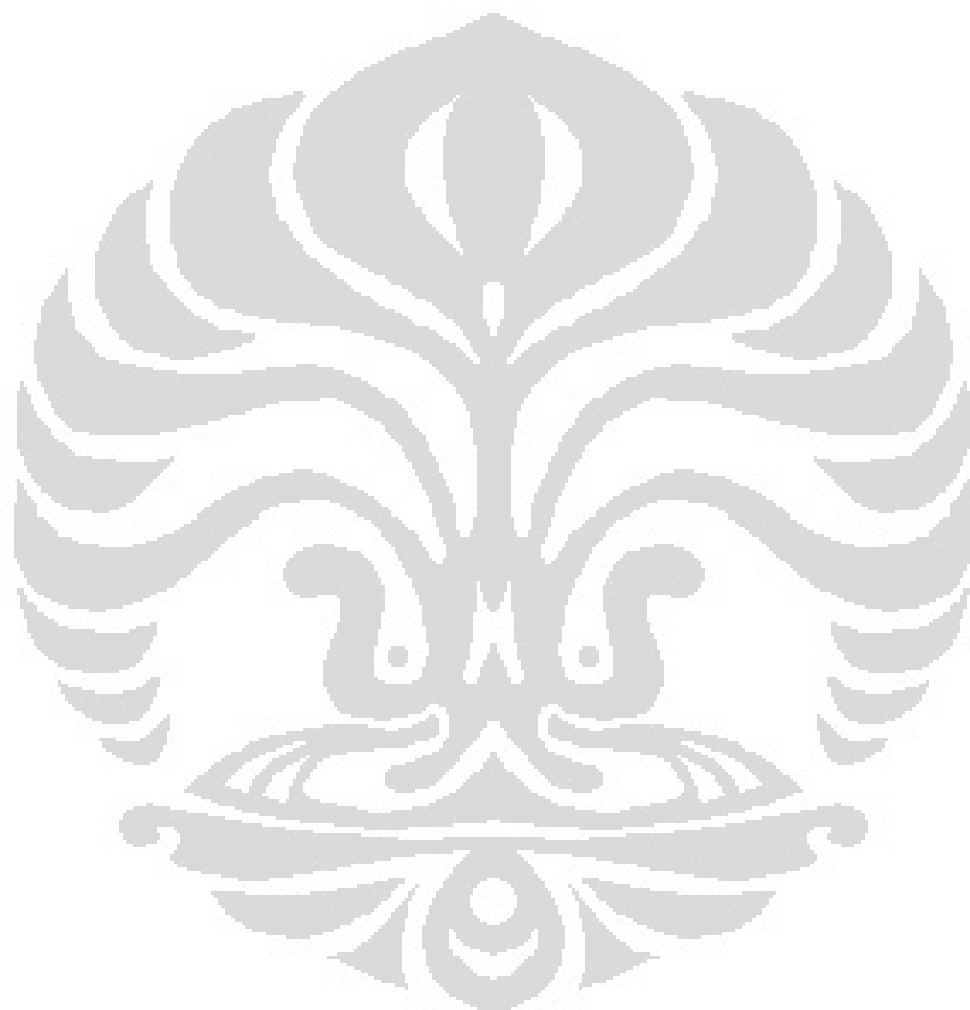
4.6.2 Analisis Data

Data-data dalam penelitian ini dianalisis dengan analisis univariat sesuai dengan tujuan penelitian. Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yaitu karakteristik responden (umur, jenis kelamin, dan pekerjaan), pengetahuan tentang rokok, dan perilaku merokok responden (tipe perokok, jenis rokok yang digunakan, jumlah batang rokok yang dihisap dalam sehari, dan lama merokok). Fungsi analisis univariat yaitu untuk mengetahui

distribusi frekuensi setiap variabel sehingga setiap variabel dapat teridentifikasi karakteristiknya.

Penelitian ini menggunakan *cut of point* berupa mean. Mean digunakan untuk mengkategorikan tingkat pengetahuan tentang rokok responden. Penggunaan mean dalam penelitian ini karena kurva terdistribusi normal, nilai mean berimpit dengan nilai median dan modus.





BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini berisi hasil penelitian yang telah dilakukan di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Pengambilan data dilakukan pada bulan Mei 2012 pada 75 responden dengan menggunakan metode *Non-random Sampling* teknik *Purposive Sampling*. Hasil penelitian disajikan melalui tabel dengan menggunakan analisis univariat (usia, jenis kelamin, pekerjaan, tipe perokok, lama merokok, jenis rokok, jumlah rokok yang dihisap dalam sehari dan pengetahuan tentang merokok)

5.1 Karakteristik Responden

Penelitian ini menggambarkan hasil analisa univariat mengenai umur, jenis kelamin, dan pekerjaan responden di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

5.1.1 Gambaran Umur Responden

Tabel 5.1.1
Distribusi Responden Menurut Umur pada Masyarakat RW 09 Kelurahan
Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok
Tahun 2012 (n= 75)

Usia	Jumlah (n)	Presentase (%)
Dewasa Awal (20-39)	9	12
Dewasa Tengah (40-59)	43	57,3
Lansia (>60)	23	30,7
Total	75	100

Distribusi frekuensi menurut umur responden dibagi menjadi tiga klasifikasi, dewasa awal, dewasa tengah dan lanjut usia (dewasa akhir). Dari grafik di atas didapat data bahwa dari 75 responden, responden terbanyak berada pada usia dewasa tengah yaitu sebanyak 43 orang (57,3%).

5.1.2 Gambaran Jenis Kelamin dan Pekerjaan Responden

Tabel 5.1.2
Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dan Pekerjaan pada Masyarakat
RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok
Tahun 2012 (n= 75)

No.	Data Responden	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin			
1	Laki-laki	22	29,3
2	Wanita	53	70,7
Jumlah		75	100
Pekerjaan			
1	Karyawan	3	4
2	Ibu Rumah Tangga	50	66,7
3	Buruh	4	5,3
4	Tidak Bekerja	9	12
5	Lain-lain	9	12
Jumlah		75	100

Dari grafik 5.2 di atas, didapat jumlah responden yang berjenis kelamin perempuan yang menderita hipertensi lebih besar dibandingkan laki-laki. Responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 53 orang (70,7%). Distribusi pekerjaan responden terbagi atas 5 kelompok yaitu responden yang berprofesi sebagai karyawan, ibu rumah tangga, buruh, tidak bekerja dan lain-lain (pedagang, guru, tukang ojek). Profesi terbanyak responden yaitu sebagai ibu rumah tangga sebanyak 50 orang (66,7%) dan nilai terendah (minimum) yaitu pada responden yang berprofesi sebagai karyawan sebanyak 3 orang (4%).

5.2 Gambaran Pengetahuan Responden

Penelitian ini mengidentifikasi tingkat pengetahuan responden tentang rokok, pengetahuan responden tentang bahaya merokok, penyakit yang ditimbulkan oleh rokok dan zat-zat yang terkandung dalam rokok.

5.2.1 Gambaran Pengetahuan tentang Rokok

Tabel 5.2.1
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Rokok pada
Masyarakat RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok
Tahun 2012 (n= 75)

No	Data Responden	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pengetahuan tentang Rokok			
1	Pengetahuan Baik	32	42,7
2	Pengetahuan Kurang	43	57,3
Jumlah		75	100
Merokok membahayakan kesehatan			
1	Ya	75	100
2	Tidak	0	0
Jumlah		75	100
Jenis rokok yang lebih berbahaya			
1	Rokok Filter	17	22,7
2	Rokok Non Filter	58	77,3
Jumlah		75	100
Mengetahui definisi perokok pasif			
1	Ya	34	45,3
2	Tidak	41	54,7
Jumlah		75	100
Lebih berbahaya perokok pasif dari pada perokok aktif			
1	Lebih berbahaya perokok pasif	38	50,7
2	Lebih berbahaya perokok aktif	37	49,3
Jumlah		75	100

Pengetahuan dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu pengetahuan kurang dan pengetahuan baik. Dari grafik 5.2.1 dapat dilihat bahwa banyak dari responden yang pengetahuannya tentang rokok masih kurang yaitu sebanyak 43 orang (57,3%). Sedangkan responden yang pengetahuannya telah baik sebanyak 32 orang (42,7%). Dari tabel juga dapat dilihat bahwa gambaran pengetahuan mengenai bahaya merokok sudah baik. Seluruh responden mengetahui bahwa merokok membahayakan kesehatan.

Pengetahuan responden tentang jenis rokok yang lebih berbahaya sudah cukup baik. Responden memilih rokok non filter (77,3%) yang lebih berbahaya dibandingkan rokok filter (22,7%). Selain itu, diketahui bahwa pengetahuan responden mengenai definisi perokok pasif masih kurang (54,7%). Pengetahuan responden cukup baik (50,7%) mengenai dampak asap rokok pada perokok pasif. Responden mengetahui bahwa perokok pasif lebih berbahaya dari perokok aktif.

5.2.2 Gambaran Pengetahuan Penyakit Akibat Rokok dan Zat dalam Rokok

Tabel 5.2.2
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Penyakit Akibat Rokok dan Zat dalam Rokok pada Masyarakat RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok Tahun 2012 (n= 75)

Data Responden	Presentase Jawaban Benar (%)	Presentase Jawaban Salah (%)	Jawaban Total Presentase (%)
Nama Penyakit			
Hipertensi	62,7	37,3	100
Kanker Paru	89,3	10,7	100
Penyakit Jantung	88	12	100
Stroke	66,7	33,3	100
Nama Zat			
Nikotin	85,3	14,7	100
Tar	32	68	100
Karbondioksida	36	64	100

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pengetahuan responden sudah cukup baik mengenai penyakit-penyakit akibat merokok. Responden paling rendah pengetahuannya pada penyakit hipertensi. Banyak responden yang tidak tahu bahwa merokok dapat menyebabkan hipertensi yaitu sebanyak 62,7%. Selain itu, pengetahuan responden mengenai zat-zat dalam rokok masih kurang. Responden hanya mengetahui Nikotin sebagai zat kimia dalam rokok (85,3%), dan banyak responden yang tidak mengetahui tar (68%) dan karbon monoksida (64%).

5.3 Perilaku Merokok pada Perokok Aktif

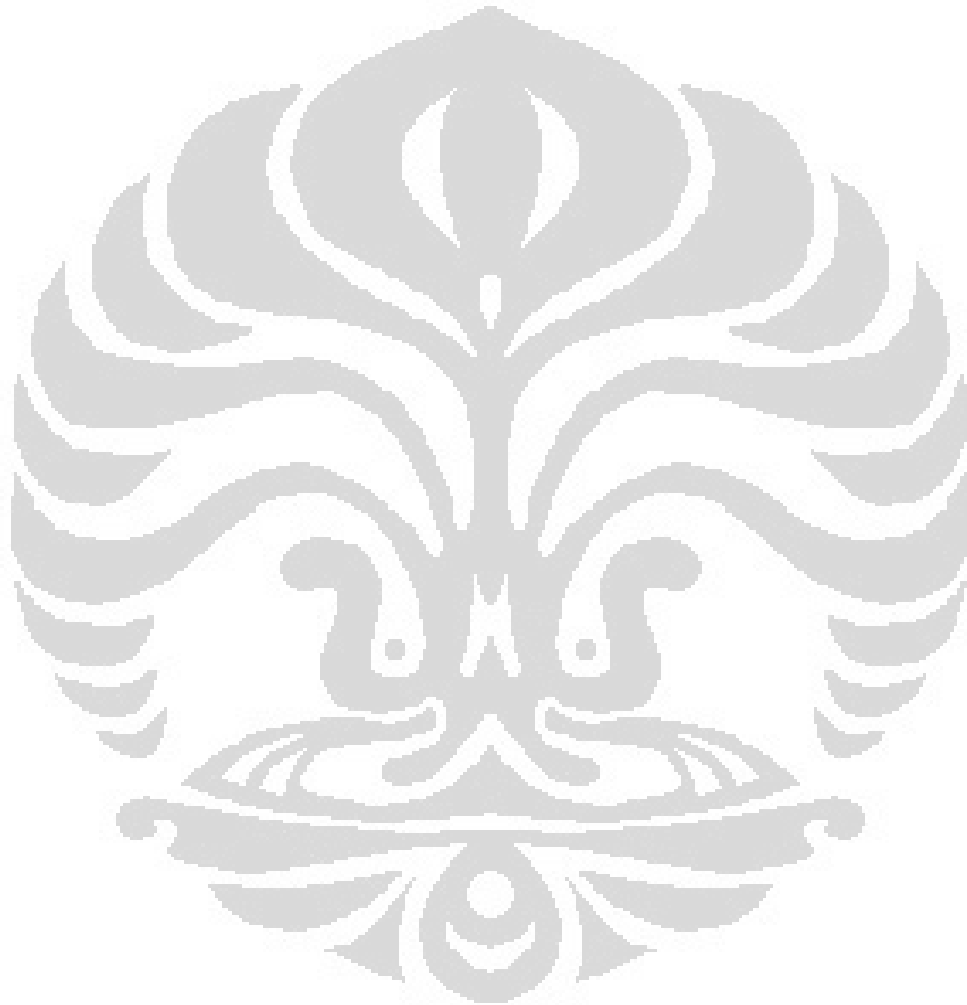
Hal-hal yang diteliti dalam perilaku merokok responden ialah tipe perokok, jenis rokok yang dihisap, jumlah rokok yang dihisap dalam sehari dan lama merokok responden.

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Merokok pada Masyarakat
RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok
Tahun 2012 (n= 75)

No.	Data Responden	Frekuensi	Persentase (%)
Tipe perokok			
1	Perokok aktif	8	10,7
2	Perokok pasif	67	89,3
Jumlah		75	100
Jenis rokok			
1	Filter	5	62,5
2	Non-Filter	3	37,5
Jumlah		8	100
Jumlah rokok yang dihisap dalam sehari			
1	< 10 batang	7	87,5
2	11-20	1	12,5
3	> 20 batang	0	0
Jumlah		8	100
Lama merokok			
1	1-5 tahun	1	12,5
2	6-10 tahun	1	12,5
3	11-15 tahun	0	0
4	> 15 tahun	6	75
Jumlah		8	100

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa mayoritas responden adalah perokok pasif. Responden yang masih merokok (perokok aktif) sebanyak 8 orang (10,7%) dan responden yang tidak merokok (perokok pasif) sebanyak 67 orang (89,3%). Jenis rokok digolongkan menjadi dua kategori, rokok filter dan rokok non filter. Mayoritas responden menggunakan rokok jenis filter sebanyak 5 responden (62,5%).

Berdasarkan jumlah rokok yang dihisap digolongkan menjadi 3 kategori, yaitu jumlah rokok yang dihisap kurang dari 10 batang, 11 sampai 20 batang, dan lebih dari 20 batang. Mayoritas responden merokok kurang dari 10 batang setiap harinya (87,5%) dan tidak ada responden yang merokok lebih dari 20 batang. Mayoritas responden juga diketahui telah merokok lebih dari 15 tahun (75%).



BAB 6 PEMBAHASAN

Peneliti telah melakukan penelitian dengan melibatkan 75 orang penduduk di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Pada bab ini peneliti menginterpretasikan hasil penelitian, menjelaskan keterbatasan penelitian dan memberikan implikasi penelitian.

6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1 Karakteristik Responden

Peneliti mengkategorikan usia responden menjadi 3 kategori yaitu dewasa awal (20-39 tahun), dewasa tengah (40-59 tahun) dan dewasa akhir atau lanjut usia (>60 tahun). Usia responden mayoritas tergolong dalam usia dewasa tengah dan minoritas tergolong dalam kategori dewasa awal. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan usia sejalan dengan peningkatan tekanan darah. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohaendi (2008) yaitu terdapat hubungan yang sangat erat antara usia dan tekanan darah. Hal ini dikarenakan terjadinya penyempitan arteri akibat penumpukan kolagen pada dinding arteri (Izzo, et al, 2003 dalam Rohaendi, 2008). Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Zakiyah (2008) dan Bustan (2007) yang menyebutkan bahwa semakin bertambahnya umur maka tekanan darah sistolik dan diastolik menjadi semakin tinggi. Peningkatan tekanan darah biasanya terlihat pada usia lebih dari 40 tahun. Kenaikan tekanan darah sistol menyebabkan prevalensi hipertensi meningkat pada kelompok usia lebih dari 40 tahun (Lidya, 2009).

Mayoritas responden berjenis kelamin perempuan. Hal ini membuktikan bahwa perempuan lebih banyak yang menderita hipertensi daripada pria. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohaendi (2008) pada pasien hipertensi di Tasikmalaya, dari hasil penelitian didapatkan bahwa pada kelompok intervensi sebagian besar jenis kelamin pasien hipertensi adalah perempuan begitu pula pada kelompok kontrol. Lidya (2009) dalam penelitiannya mengenai prevalensi dan

determinan hipertensi di kepulauan Bangka Belitung, menemukan bahwa prevalensi hipertensi pada perempuan lebih tinggi daripada prevalensi hipertensi pada laki-laki.

Peneliti mengkategorikan pekerjaan berdasarkan pekerjaan responden menjadi 5 kelompok yaitu responden yang berprofesi sebagai karyawan, ibu rumah tangga, buruh, tidak bekerja dan lain-lain (pedagang, guru, tukang ojek). Dari 75 responden yang diteliti, mayoritas responden bekerja sebagai ibu rumah tangga. Pekerjaan yang menjadi minoritas yaitu pada responden yang berprofesi sebagai karyawan. Dalam penelitian terkait sebelumnya, Lidya (2009) didapat data bahwa ada hubungan antar hipertensi dan pekerjaan. Kelompok yang tidak bekerja mempunyai resiko 2 kali untuk menderita hipertensi dibandingkan kelompok yang bekerja.

6.1.2 Pengetahuan tentang Rokok

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan merupakan hasil penginderaan terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2007). Peneliti mengkategorikan pengetahuan menjadi dua kategori yaitu pengetahuan baik dan pengetahuan kurang. Pada penelitian ini didapat bahwa mayoritas responden masih memiliki pengetahuan yang kurang. Peneliti juga mengukur pengetahuan responden tentang bahaya merokok. Hasilnya didapatkan bahwa semua responden mengatakan bahwa merokok membahayakan kesehatan. Hal ini sama seperti penelitian yang dilakukan oleh Iqbal (2008) pada remaja di RW 22 Sukatani Cimanggis-Depok menyatakan bahwa proporsi responden yang mempunyai tingkat pengetahuan tinggi mengenai rokok adalah 30,8% sedangkan 69,2% lainnya mempunyai tingkat pengetahuan yang rendah.

Mayoritas responden mengetahui merokok berbahaya bukan saja bagi perokok tetapi juga orang disekitar perokok. Penelitian Octaviani (2009) pada staf administrasi pria di Universitas Indonesia mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku juga didapatkan bahwa pengetahuan staf administrasi UI tentang bahaya asap rokok bagi diri sendiri dan orang lain sudah baik tetapi tidak diikuti dengan perilaku yang baik juga.

Peneliti juga mengukur pengetahuan responden tentang penyakit-penyakit yang ditimbulkan oleh rokok. Hasilnya didapat bahwa responden mengetahui bahwa merokok dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan penyakit hipertensi. Dari teori diketahui bahwa merokok terbukti meningkatkan tekanan darah. Merokok sebatang setiap hari akan meningkatkan tekanan sistolik 10-25 mmHg dan menambah detak jantung 5-20 kali per menit (Sitepoe, 1997). Selain itu, responden juga banyak yang mengetahui bahwa merokok dapat menyebabkan penyakit kanker paru. Aditama (1997) mengatakan bahwa faktor penyebab utama kanker paru adalah kebiasaan merokok. Beberapa bahan pencemar yang dihubungkan dengan meningkatnya resiko kanker paru seperti asbes, *arsen*, *berilium*, *cadmium*, gas mustard, *chromium*, *uranium* dan nikel hanya meningkatkan resiko kanker paru sekitar 10-20 persen.

Responden mengetahui bahwa merokok menyebabkan penyakit jantung. Aditama (1997) juga mengatakan bahwa kebiasaan merokok berpengaruh pada jantung dan pembuluh darah melalui mekanisme aterosklerotik, gangguan metabolisme lemak, gangguan sistem homeostatik, gangguan irama jantung, serta penurunan kemampuan untuk oksigenisasi. Responden juga mengetahui bahwa merokok dapat menyebabkan stroke. Stroke sangat sering terjadi akibat hipertensi yang tak terkontrol. Secara umum, pengetahuan mengenai penyakit yang diakibatkan rokok sudah baik. Penyakit-penyakit tersebut umumnya sudah tertulis di bungkus rokok.

Seluruh responden mengetahui bahwa terdapat zat-zat kimia yang berbahaya dalam rokok. Peneliti memberikan pertanyaan mengenai ada tidaknya zat-zat seperti nikotin, tar dan karbondioksida. Banyak responden yang tidak mengetahui nama-nama dari zat yang terkandung dalam rokok seperti tar dan karbon monoksida (CO), mayoritas responden hanya mengetahui zat nikotin yang terkandung di dalam rokok. Peneliti juga mengidentifikasi pengetahuan responden mengenai efek dari zat-zat dalam rokok. Hasilnya hanya sedikit responden yang mengetahui bahwa nikotin dapat menyebabkan seseorang ketagihan untuk merokok dan mayoritas responden tidak mengetahui bahwa tar mengandung bahan-bahan karsinogen yaitu zat yang dapat

menyebabkan kanker (Sitepoe, 2000). Hal ini mengungkapkan bahwa pengetahuan masyarakat masih kurang mengenai zat-zat kimia dalam rokok dan efek dari zat-zat tersebut bagi tubuh.

Peneliti mengidentifikasi pengetahuan responden mengenai jenis rokok, dan mayoritas responden mengetahui bahwa rokok non-filter lebih berbahaya daripada rokok filter. Responden beranggapan rokok yang memiliki filter lebih baik karena memiliki penyaring di ujungnya. Aditama (1997) mengatakan bahwa rokok yang tidak menggunakan filter lebih berbahaya dibandingkan rokok yang menggunakan filter. Selain itu mayoritas responden juga tidak mengetahui bahwa orang yang tidak merokok disebut perokok pasif dan lebih berbahaya perokok pasif dibandingkan perokok aktif.

Penelitian Octaviani (2009) pada staf administrasi pria di Universitas Indonesia (UI) mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku juga didapatkan bahwa pengetahuan staf administrasi UI tentang bahaya asap rokok bagi diri sendiri dan orang lain sudah baik tetapi tidak diikuti dengan perilaku yang baik juga. Crofton & Simpson (2009) mengatakan bahwa tingkat pengetahuan seorang perokok mengenai dampak merokok beragam disetiap negara karena dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan masih kurang luasnya kampanye kesehatan.

6.1.3 Perilaku Merokok

Perilaku merokok terbagi menjadi perilaku merokok aktif dan perilaku merokok pasif. Perokok aktif ialah perokok yang memiliki kebiasaan merokok atau dengan kata lain ialah orang yang menghisap rokok. Sedangkan perokok pasif ialah orang yang tidak melakukan aktifitas merokok secara langsung, tetapi menghirup asap dari perokok pasif. Perokok pasif rentan menjadi korban penyakit akibat rokok karena menghirup asap sampingan yang memiliki bahaya tiga kali lebih besar (Crofton & Simpson, 2009).

Penelitian ini melibatkan 75 responden yang menderita hipertensi. Didapatkan hasil bahwa lebih banyak perokok pasif dibandingkan perokok aktif di RW 09 Tugu. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Lidya (2009) yang mengidentifikasi distribusi perilaku merokok di propinsi Bangka Belitung, hasil penelitian menunjukkan bahwa 27,6% responden merokok setiap hari, 4,9% responden yang merokok kadang-kadang, 4,1% responden dan sebanyak 63,4% responden yang mengaku tidak pernah merokok sama sekali. Pada penelitian Lidya, jumlah responden yang tidak merokok lebih banyak daripada jumlah responden yang merokok.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Lidya, penelitian yang dilakukan oleh Iqbal (2008) tentang perilaku merokok remaja yang menyatakan bahwa 59,8% responden pernah merokok dan 81,3% diantaranya masih merokok. Hal ini menandakan bahwa perokok aktif lebih banyak dari perokok pasif. Hal ini mungkin dikarenakan masa remaja adalah masa mencoba-coba salah satunya mencoba untuk merokok. Data Susenas (2004) dalam Iqbal (2008) menyebutkan bahwa sekitar 34,4% penduduk Indonesia usia 15 tahun keatas mempunyai kebiasaan merokok.

Peneliti mengkategorikan jenis rokok menjadi dua kategori berdasarkan efek kesehatan yang ditimbulkan yaitu rokok filter dan rokok non-filter. Pada penelitian ini didapat bahwa mayoritas responden merupakan perokok aktif dan menggunakan jenis rokok filter. Berdasarkan teori yang ada bahwa rokok yang tidak menggunakan filter lebih berbahaya dibandingkan rokok yang menggunakan filter (Aditama, 1997).

Peneliti mengkategorikan jumlah rokok menjadi jumlah rokok yang dihisap kurang dari 10 batang, 11 sampai 20 batang, dan lebih dari 20 batang. Mayoritas responden perokok aktif merokok kurang dari 10 batang setiap harinya dan tidak ada responden yang merokok lebih dari 20 batang. Bustan (2007) mengelompokkan perokok berdasarkan jumlah rokok yang dihisap. Perokok dapat digolongkan menjadi perokok ringan, perokok sedang dan perokok berat. Perokok ringan ialah perokok yang

merokok kurang dari 10 batang per hari. Perokok sedang ialah perokok yang menghisap rokok 10-20 batang per hari. Perokok berat ialah perokok yang menghisap rokok lebih dari 20 batang per hari. Berdasarkan penggolongan tersebut diketahui bahwa mayoritas responden termasuk ke dalam golongan perokok ringan dan tidak ada responden yang termasuk dalam golongan perokok berat.

Penelitian terkait tentang jumlah rokok yang dihisap yaitu penelitian yang dilakukan oleh Iqbal (2008) tentang perilaku merokok remaja menyatakan bahwa 59,8% responden pernah merokok dan 81,3% diantaranya masih merokok. Diantara responden yang masih merokok, 46,2% responden menghisap rokok sebanyak 1-5 batang setiap harinya, 44,2% menghisap 6-10 batang per hari, dan 9,6% menghisap 11-15 batang per hari. Dari data tersebut didapat bahwa sebagian besar responden termasuk kedalam kategori perokok ringan. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Salmy, dkk (2011) pada 96 responden yang merupakan perokok aktif di RSUD Budhi Asih Jakarta, penelitian tersebut menyatakan bahwa mayoritas responden mengonsumsi rokok sebanyak 11-21 batang perhari dan digolongkan kedalam tipe perokok sedang.

Perbedaan hasil penelitian ini dapat diakibatkan oleh usia responden dan pekerjaan responden. Pada penelitian yang dilakukan oleh Iqbal, responden berusia remaja sehingga tingkat kecanduan responden masih rendah. Selain itu responden juga belum mempunyai pekerjaan sehingga tidak mempunyai penghasilan untuk membeli rokok dalam jumlah banyak. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Salmy, dkk yang responden mayoritas berusia dewasa dan telah memiliki penghasilan.

Peneliti mengkategorikan lama merokok menjadi 1-5 tahun, 6-10 tahun, 11-15 tahun dan >15 tahun. Mayoritas responden merokok lebih dari 15 tahun. Semakin lama seseorang merokok, akan semakin besar pula pengaruhnya bagi kesehatan orang tersebut (Bustan, 2007). Penelitian lain dilakukan Zakiyah (2008) mengungkapkan adanya hubungan linier yang signifikan antara lama merokok dengan tekanan darah

sistolik dan diastolik. Semakin lama merokok maka tekanan darah sistolik dan diastolik semakin tinggi. Selain itu, Martini, dkk (2004) dalam jurnal penelitian medika eksakta menyebutkan bahwa lama kebiasaan merokok merupakan faktor yang mendukung atau mempercepat kejadian hipertensi.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini hanya diteliti perilaku merokok perokok aktif seperti jenis rokok yang digunakan, jumlah rokok yang dihabiskan dan lama merokok perokok aktif, belum menjangkau pada perilaku perokok pasif. Jumlah responden yang sedikit dan sedikitnya responden perokok aktif menjadi salah satu keterbatasan dalam penelitian ini. Hal ini dikarenakan tidak adanya data penderita hipertensi di RW 09 dan penelitian dilakukan pada jam kerja sehingga mayoritas responden adalah ibu rumah tangga dan merupakan perokok pasif.

6.3 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan memperkuat teori yang menyatakan merokok erat kaitannya dengan hipertensi. Penelitian ini juga memberikan gambaran mengenai pengetahuan dan perilaku merokok masyarakat yang menderita hipertensi sehingga dapat memberikan informasi khususnya bagi perawat komunitas yang terjun langsung ke masyarakat. Perawat komunitas dapat memperoleh informasi mengenai pengetahuan dan perilaku merokok masyarakat sehingga dapat memberikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Penelitian juga dapat dijadikan landasan teori atau acuan untuk penelitian selanjutnya terkait merokok dan hipertensi.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian mengenai Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Merokok pada Penderita Hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok yaitu sebagai berikut:

- Mayoritas responden berada pada kategori usia dewasa tengah, berjenis kelamin wanita dan merupakan perokok pasif. Hal ini juga berakibat pada jenis pekerjaan terbanyak yaitu sebagai ibu rumah tangga.
- Pengetahuan tentang rokok warga RW 09 Tugu masih tergolong kurang. Warga hanya mengetahui secara garis besar bahwa merokok berbahaya tanpa mengetahui zat-zat dan efek yang ditimbulkan.
- Jenis rokok yang digunakan perokok aktif umumnya adalah rokok filter dan mayoritas tergolong sebagai perokok ringan karena merokok kurang dari 10 batang tiap harinya serta mayoritas penduduk memiliki waktu lama merokok lebih dari 15 tahun.

7.2 Saran

Saran yang diberikan peneliti yaitu:

- Untuk meningkatkan pengetahuan warga di RW 09 Tugu Cimanggis-Depok, dapat dilakukan dengan pemberian informasi melalui penyuluhan kesehatan dan pendidikan kesehatan tentang merokok dan hipertensi.
- Pengaktifan kembali posbindu di RW 09 dan pendataan warga yang hipertensi dan pemberian intervensi keperawatan yang tepat untuk warga RW 09 Tugu Cimanggis-Depok.
- Melakukan tindakan-tindakan pencegahan seperti kampanye anti rokok, senam jantung sehat, dan promosi kesehatan kepada ibu rumah tangga atau perokok pasif di RW 09 Tugu Cimanggis-Depok tentang dampak merokok pada perokok pasif.

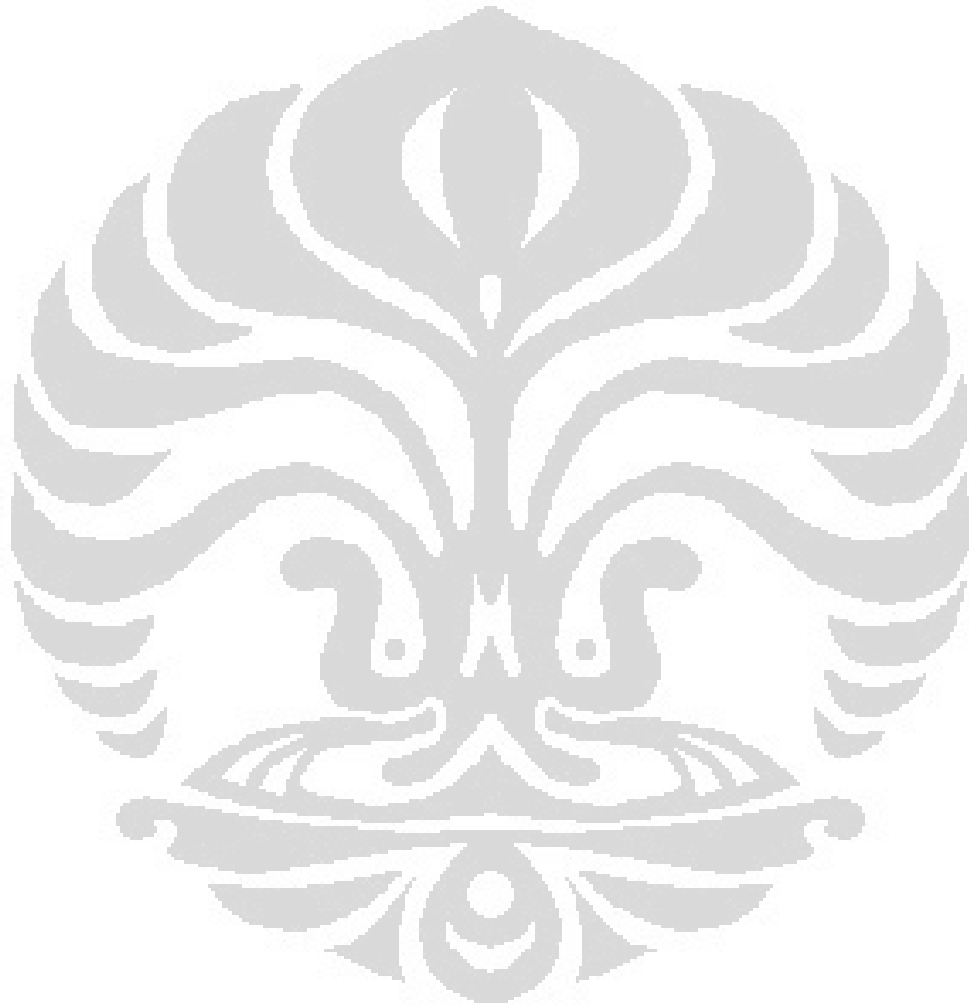
DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. Y. (1997). *Rokok dan kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).
- Aziza, L. (2007). *Hipertensi the silent killer*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia.
- Basyir, A. U. (2006). *Mengapa ragu tinggalkan rokok*. Jakarta: Pustaka at-Tazkia.
- Bustan, M. N. (2007). *Epidemiologi penyakit tidak menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Csanyi, A., Egervari, A., & Nagy, Z. (2001). *Influences of hypertension and smoking as the single vascular risk vascular on the intima-media thickness*. European journal of epidemiology.
- Crofton, J & Simpson, D. (2009). *Tembakau: ancaman global*. Jakarta: PT Elex Media Computindo.
- Dahlan, M. S. (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Dhuha, S. (2011). *Astaga, hipertensi di Indonesia sangat tinggi*. http://www.today.co.id/read/2011/02/26/13140/astaga_prevalensi_hipertensi_di_indonesia_sangat_tinggi di unduh tanggal 30 Oktober 2011.
- Granado, N. S. (2008). *Assesment of hypertension and military deployments*. UMI Microform 3303983 Proquest Literature and Learning Company.
- Hansen. (2003). *Perbedaan jumlah dan hitung jenis leukosit antara perokok aktif dan perokok pasid dikalangan mahasiswa Universitas Diponegoro Semarang 2002*. Skripsi. Diunduh tanggal 19 Juni 2012 di <http://eprints.undip.ac.id/17282/1/1568.pdf>
- He, J., Vupputuri, S., Allen, K., Prerost, M. R., et al. (1999). *Passive smoking and the risk of coronary heart disease--a meta analysis of epidemiologic studies*. United States: Proquest.
- Hull, A. (1996). *Penyakit jantung hipertensi dan nutrisi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Iqbal, M. F. (2008). *Perilaku merokok remaja di lingkungan RW kelurahan Sukatani kecamatan Cimanggis Depok tahun 2008*. Skripsi Universitas Indonesia.

- Lidya, H. A. (2009). *Studi prevalensi dan determinan hipertensi di propinsi kepulauan Bangka Belitung tahun 2007 (analisa riset kesehatan dasar 2007)*. Skripsi Universitas Indonesia.
- Madiyono, B., dan Suherman, S.K. (2003). *Pencegahan stroke dan serangan jantung pada usia muda*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.
- Martini, S., Hendrati, Lucia, Y. (2004). *Perbedaan risiko kejadian hipertensi menurut pola merokok*. Jurnal Penelitian Medika Eksakta.
- Nahattands. (2010). *PP no. 19 Tahun 2003 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan*. Diunduh tanggal 3 November 2011 di <http://www.ilunifk83.com/t288-pp-no-19-tahun-2003-tentang-pengamanan-rokok-bagi-kesehatan>.
- Narbuko, C., & Achmadi, A. (1997). *Metodoogi penelitian*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, dkk. (2011). *Laporan praktik profesi pelayanan dan asuhan keperawatan komunitas fokus Hipertensi di RW 09 kelurahan tugu kecamatan cimanggis kota depok*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Octaviani, R. (2009). *Gambaran pengetahuan, sikap dan perilaku merokok pada staf administrasi pria di Universitas Indonesia tahun 2009*. Skripsi Universitas Indonesia.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktek edisi 2*. St. Louise: Mosby-Year Book, inc.
- Respati, W.S. (2010). *Usia dewasa: tinjauan psikologi perkembangan*. Diunduh pada tanggal 10 Juli 2012 di <http://winanti5599.blog.esaunggul.ac.id/2010/08/23/usia-dewasa-tinjauan-psikologi-perkembangan/>
- Rohaendi, H. (2008). *Efektifitas pemberian teh rosella dan obat terhadap tekanan darah pasien hipertensi primer dipanti jompo Welas Asih Kota Tasikmalaya dan rumah sakit umum Kota Tasikmalaya*. Tesis Universitas Indonesia.
- Salmy, D. F., Fitriyah, H., Noviani, L., & Astuti, P. W. (2011). *Hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang kawasan tanpa asap rokok (KTR) dan supervisi*

rumah sakit dengan perilaku merokok di rumah sakit Budhi Asih Jakarta. Skripsi Universitas Indonesia.

- Sani, A. (1994). *Hipertensi dan merokok.* Jurnal kardiologi Indonesia/ vol. XVII No.2 <http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/172948592.pdf> diunduh pada tanggal 1 November 2011
- Sari, D. Y. (2011). *Pola makan tinggi garam picu hipertensi.* http://www.p3gizi.litbang.depkes.go.id/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=140 diunduh tanggal 30 oktober 2011
- Sitepoe, M. (2000). *Kekhususan rokok di Indonesia.* Jakarta: Grasindo
- Sumarna, R. (2009). *Pengetahuan, sikap dan perilaku merokok pada mahasiswa ekstensi angkatan 2007 di FISIP UI tahun 2009.* Skripsi Universitas Indonesia.
- Yogiantoro, M (2006). *Hipertensi Essensial.* In: Sudoyo A.W, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibarata M, Setiadi S, editor. *Buku ajar ilmu penyakit dalam.* Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. p. 610.
- Widowati, D. P. (2008). *Pengaruh stereotipi perokok dan konformitas terhadap perilaku merokok pada siswa SMP.* Skripsi Universitas Indonesia.
- World Health Organization. (2009). *Tobacco.* Diunduh di <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> pada tanggal 1 Maret 2012
- Zakiah, D. (2008). *Faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan hipertensi dan hiperlipidemia sebagai faktor risiko PJK diantara pekerja dikawasan industri Pulo Gadung Jakarta Timur tahun 2006.* Skripsi Universitas Indonesia.



LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth
Calon Responden Penelitian
di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini adalah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yaitu :

Nama : Tri Sulistiya Ningsih

NPM : 0806457376

Pembimbing : Poppy Fitriani, S.Kep., M.Kep

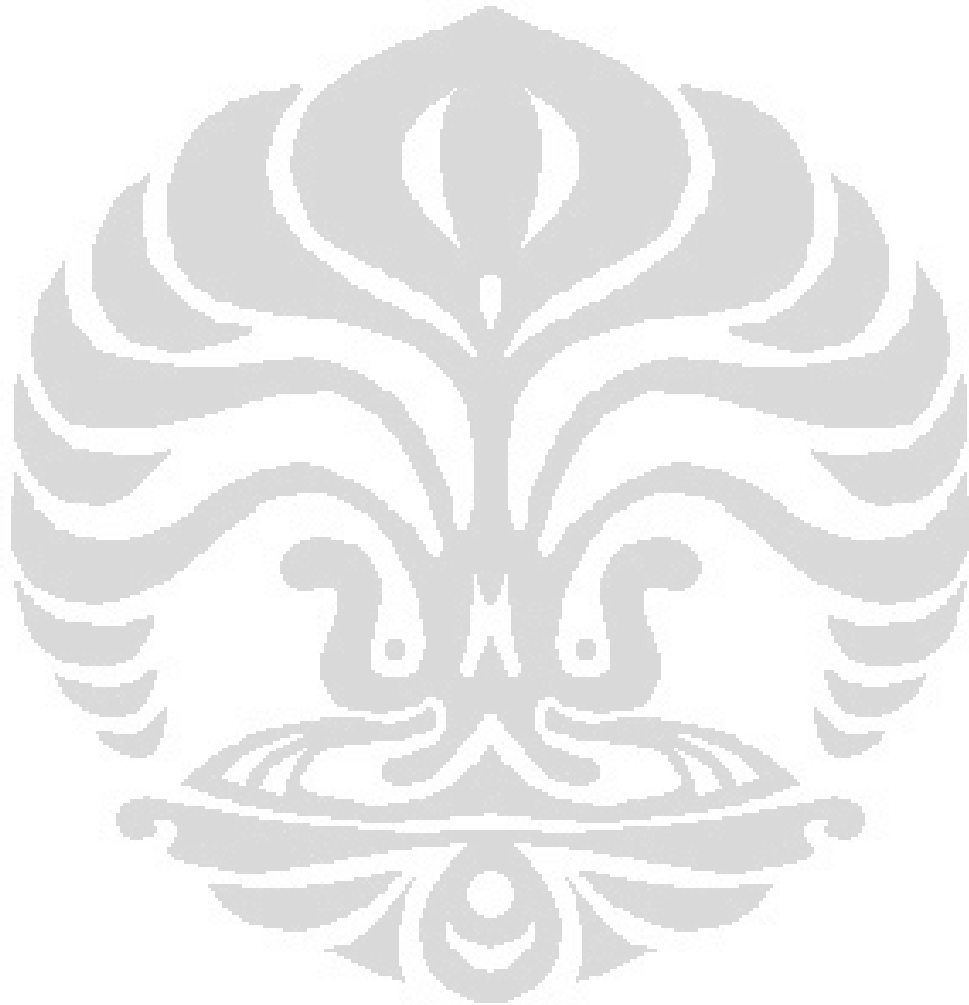
Adalah mahasiswa yang sedang melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Merokok pada Penderita Hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok”. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan pengetahuan dan perilaku merokok pada penderita hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Peneliti menjamin penelitian ini tidak akan berdampak buruk bagi responden yang bersangkutan. Identitas responden dan informasi yang didapat akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan peneliti. Anda berhak menentukan apakah bersedia atau tidak dalam penelitian ini, tanpa dikenakan sanksi apapun. Apabila anda setuju menjadi responden, maka saya mohon anda menandatangani lembar persetujuan dan mengisi lembar pernyataan yang saya sertakan bersama surat ini.

Atas perhatian dan kesediaan anda, saya mengucapkan terima kasih.

Depok, Mei 2012

Peneliti

(Tri Sulistiya Ningsih)





KUESIONER PENELITIAN

GAMBARAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU MEROKOK PADA PENDERITA HIPERTENSI DI RW 09 KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

Petunjuk Pengisian

- Isilah kuesioner ini secara berurutan
- Sebelum mengisi, bacalah perintah atau petunjuk pengisian jawaban
- Isilah jawaban di tempat yang disediakan dengan menggunakan pulpen
- Lingkarilah huruf atau angka di depan jawaban yang Anda pilih
- Jawablah dengan jujur semua jawaban dalam kuesioner
- Semua jawaban Anda akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan mempengaruhi penilaian terhadap pribadi Anda

I. Karakteristik Responden

Nomor Responden : (di isi oleh peneliti)

Inisial :

RT :

Umur : tahun

Jenis Kelamin : L/P

Pekerjaan :

II. Perilaku Merokok

1. Apakah saat ini anda merokok?

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak (langsung ke no 5) |
|-------|-----------------------------|

2. Apa jenis rokok yang anda gunakan?

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. Rokok Filter | 2. Rokok Non-Filter |
|-----------------|---------------------|

3. Berapa batang biasanya anda merokok setiap harinya?

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 1-5 batang/hari | 3. 11-15 batang/hari |
| 2. 6-10 batang/hari | 4. >15 batang/hari |

4. Sudah berapa lama anda merokok?

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 1-5 tahun | 3. 11-15 tahun |
| 2. 6-10 tahun | 4. > 15 tahun |

5. Apakah ada anggota keluarga, sahabat, atau rekan kerja anda yang merokok?

- | | |
|-------|----------|
| 1. Ya | 2. Tidak |
|-------|----------|

III. Pengetahuan Tentang Rokok

6. Apakah merokok dapat membahayakan kesehatan?

- | | |
|-------|---|
| 1. Ya | 2. Tidak (langsung ke pertanyaan no 12) |
|-------|---|

7. Berbahaya bagi kesehatan siapa?

1. Perokok itu sendiri
2. Orang disekitar perokok tersebut
3. Perokok dan orang disekitar perokok

8. Bahaya apa saja yang ditimbulkan oleh rokok?

- | | | | |
|---------------------|-------|----------|---------------|
| 1. Hipertensi | 1. Ya | 2. Tidak | 3. Tidak tahu |
| 2. Kanker paru | 1. Ya | 2. Tidak | 3. Tidak tahu |
| 3. Penyakit jantung | 1. Ya | 2. Tidak | 3. Tidak tahu |
| 4. Stroke | 1. Ya | 2. Tidak | 3. Tidak tahu |

9. Apakah dalam satu batang rokok terkandung zat-zat kimia yang berbahaya?

1. Ya 2. Tidak (langsung ke pertanyaan no.15)

10. Apa saja bahan yang terkandung dalam rokok?

- | | | | |
|------------|-------|----------|---------------|
| 1. Nikotin | 1. Ya | 2. Tidak | 3. Tidak tahu |
| 2. Tar | 1. Ya | 2. Tidak | 3. Tidak tahu |
| 3. CO | 1. Ya | 2. Tidak | 3. Tidak tahu |

11. Apa bahan yang terkandung dalam rokok yang menyebabkan seseorang ketagihan rokok?

- | | | |
|--------------------------|------------|---------------|
| 1. Karbon Monoksida (CO) | 3. Tar | 5. Tidak tahu |
| 2. Nikotin | 4. Ammonia | |

12. Apa bahan yang terkandung dalam rokok yang dapat menyebabkan kanker?

- | | | |
|------------|-------------------|---------------|
| 1. Tar | 3. Karbondioksida | 5. Tidak tahu |
| 2. Kadmium | 4. Nikotin | |

13. Manakah yang lebih berbahaya:

1. Menghisap rokok yang tidak menggunakan filter
2. Menghisap rokok yang menggunakan filter

14. Orang yang tidak merokok tetapi menghisap asap dari orang yang merokok disebut?

- | | | |
|------------------|------------------|---------------|
| 1. Perokok aktif | 2. Perokok pasif | 3. Tidak tahu |
|------------------|------------------|---------------|

15. Apakah asap rokok membahayakan orang lain di sekitar si perokok?

- | | |
|-------|--------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak (selesai) |
|-------|--------------------|

16. Jika ya, seberapa besar bahayanya?

1. Lebih berbahaya orang di sekitar perokok
2. Lebih berbahaya orang yang merokok

Atas perhatian dan waktu anda, saya ucapkan terimakasih



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Nomor : *1286* /H2.F12.D1/PDP.04.04/2012

22 Maret 2012

Lamp : --

Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth.

Kepala Kelurahan Tugu

Kecamatan Cimanggis

Depok

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI):

Nama mahasiswa : **Tri Sulistiya Ningsih**
NPM : **0806457376**

akan melakukan pengumpulan data penelitian dengan judul "**Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Merokok pada Penderita Hipertensi di RW 09 Kelurahan Tugu, Kecamatan Cimanggis, Kota Depok**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu mengijinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data di lingkungan **RW 09 Kelurahan Tugu, Kecamatan Cimanggis, Kota Depok** pada bulan Maret - April 2012.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan.



[Signature]
Dra. Junaiti Sahar, Ph.D

NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan:

1. Dekan FIK UI
2. Sekretaris FIK UI
3. Manajer Pendidikan dan Riset FIK UI
4. Ketua RW 09 Kelurahan Tugu