

SKRIPSI
HUBUNGAN PEROKOK AKTIF DAN PASIF TERHADAP
HIPERTENSI DI PUSKESMAS PENEHEL I.



OLEH
NI WAYAN WANDA PRADNYAWATI

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI
DENPASAR
2022

SKRIPSI
HUBUNGAN PEROKOK AKTIF DAN PASIF TERHADAP
HIPERTENSI DI PUSKESMAS PENEHEL I.



OLEH
NI WAYAN WANDA PRADNYAWATI
17C10134

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI
DENPASAR
2022

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi dengan judul “Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1”, telah mendapatkan persetujuan pembimbing untuk diajukan dalam ujian skripsi penelitian.

Denpasar, 1 Juni 2022

Pembimbing I

Pembimbing II



Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep.,M.Kes
NIDN. 0825128001

Ni WayanSukmaAntari,S.Si.,M.Si
NIDN. 0807099101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PELAKSANAAN PENELITIAN

Skripsi penelitian dengan judul “Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1”, telah mendapatkan persetujuan pembimbing dan Rektor ITEKES Bali untuk dilaksanakan sesuai dengan rencana penelitian yang tertuang dalam skripsi penelitian.

Denpasar, 1 Juli 2022

Pembimbing I

Pembimbing II



Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep.,M.Kep
Antari,S.Si.,M.Si
NIDN. 0825128001

Ni Wayan Sukma
NIDN. 0807099101

Menyetujui
Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali
Rektor

I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kp.,M.Ng.,Ph.D
NIDN. 082306780

LEMBAR PENETAPAN PANITIA UJIAN SKRIPSI

Skripsi ini telah Diuji dan Dinilai oleh Panitia Penguji pada Program Studi Sarjana Keperawatan Institut Teknologi dan Kesehatan Bali pada Tanggal 1 Juli 2022.

Panitia Penguji Skripsi Berdasarkan SK Rektor ITEKES Bali

Nomor :

Ketua : Dr. Ns. Ni Luh Putu Dina Susanti, S.Kep., M.Kep

NIDN : 0808117701

Anggota :

1. Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep., M.Kes

NIDN : 0825128001

2. Ni Wayan Sukma Antari, S.Si., M.Si

NIDN : 0807099101

LEMBAR PERNYATAAN PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1”, telah disajikan di depan dewan penguji pada tanggal 1 Juli Telah diterima serta disahkan oleh Dewan Penguji Skripsi dan Rektor Institut Teknologi dan Kesehatan Bali.

Denpasar, 1 Juli 2022

Disahkan oleh:

Dewan Penguji Skripsi

1. Dr. Ns. Ni Luh Putu Dina Susanti, S.Kep., M.Kep

NIDN. 0808117701

.....

2. Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep., M.Kes

NIDN : 0825128001

.....

3. Ni Wayan Sukma Antari, S.Si., M.Si

NIDN : 0807099101

.....

Mengetahui

Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali

Program Studi Sarjana Keperawatan

Rektor

Ketua

I Gede Putu Darma Suyasa., S.Kp., M.Ng., Ph.D

AAA Yuliati Darmini, S.Kep., Ns., MNS

NIDN. 0823067802

NIDN.082107601

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Ni Wayan Wanda Pradnyawati

NIM : 17C10134

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1”, yang saya tulis ini adalah benar-benar hasil karya saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya cantumkan dengan benar. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Skripsi adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Dibuat di : Denpasar

Pada Tanggal : 1 Juli 2022

Yang menyatakan

Materai 10000

(Ni Wayan Wanda Pradnyawati)

**PERTANYAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Ilmu Teknologi dan Kesehatan Bali (ITEKES) Bali, saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Ni Wayan Wanda Pradnyawati

NIM : 17C10134

Program Studi : Sarjana Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

Demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui, memberikan kepada ITEKES Bali Hak Bebas Royalty Noneklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya saya yang berjudul “Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1”.

Dengan Hak Bebas Royalty Noneklusif ini dari ITEKES Bali berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan Skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Denpasar

Pada Tanggal : 1 Juli 2022

Yang menyatakan

Ni Wayan Wanda Pradnyawati

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat-Nya sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1”.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bimbingan, pengarahan dan bantuan dari semua pihak sehingga proposal ini bisa diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kp.,MNg.,Ph.D selaku Rektor Institut Teknologi dan Kesehatan Bali yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada penulis menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Dr. Ns. Ni Luh Putu Dina Susanti, S.Kep.,M.Kep. selaku Wakil Rektor (Werek) I Institut Teknologi dan Kesehatan Bali sekaligus sebagai penguji yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada penulis menyelesaikan skripsi ini. Dan sekaligus selaku penguji tamu yang telah memberikan dukungan moral dan banyak memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Bapak Ns. I Ketut Alit Adianta, S.Kep., MNS selaku Wakil Rektor (Warek) II Institut Teknologi dan Kesehatan Bali yang telah memberikan izin dan kesempatan pada penulis menyelesaikan skripsi ini.
4. Bapak Ns. Kadek Nuryanto, S. Kep., MNS selaku Dekan Fakultas Kesehatan yang memberikan dukungan kepada penulis menyelesaikan skripsi ini.
5. Ibu Anak Agung Ayu Yuliati Darmini, S.Kep. Ns., MNS selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan yang memberikan dukungan moral dan perhatian kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Ibu Ns. Putu Inge Ruth Suantika, S.Kep.,M.Kep. selaku wali kelas C yang memberikan motivasi dan dukungan moral kepada penulis.

7. Ibu Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep.,M.Kes_ sebagai pembimbing 1 yang telah memberikan dukungan moral dan banyak memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Ibu Ni Wayan Sukma Antari,S.Si.,M.Si selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Seluruh keluarga terutama Bapak, Ibu dan Adik yang banyak memberikan dukungan serta dorongan moral dan materiil hingga selesainya skripsi ini.
10. Seluruh teman atau sahabat yang sudah memberikan dukungan kepada saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
11. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan proposal ini masih belum sempurna, untuk itu dengan hati terbuka penulis menerima kritik dan saran yang sifatnya konstruktif untuk kesempurnaan skripsi ini.

Denpasar, Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PELAKSANAAN PENELITIAN	iv
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	
DAFTAR GAMBAR	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	
B. Rumusan Masalah.....	
C. Tujuan Penelitian	
D. Manfaat Penelitian	
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Rokok.....	
1. Definisi Rokok	
2. Definisi Perokok Aktif.....	
3. Definisi Perokok Pasif	
4. Etiologi Rokok	
5. Manifestasi Klinik Rokok	
6. Gejala yang Ditimbulkan Rokok	
7. Kandungan Rokok	
B. Konsep Tekanan Darah.....	
1. Definisi Tekanan Darah	
2. Definisi Hipertensi	
3. Patofisiologi Hipertensi	
4. Jenis Hipertensi.....	

5. Faktor Resiko Hipertensi	
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN VARIABEL	
PENELITIAN.....	
A. Kerangka Konsep.....	
B. Hipotesis Penelitian	
C. Variabel Penelitian.....	
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	
C. Populasi, Sampel, Sampling	
D. Pengumpulan Data	
E. Analisa Data.....	
BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Lokasi Penelitian	
B. Karakteristik Responden.....	
C. Analisa Unvairat Berdasarkan Variabel.....	
D. Hasil Analisa Data	
BAB VI PEMBAHASAN.....	
A. Desain Penelitian	
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	
C. Populasi, Sampel, Sampling	
D. Pengumpulan Data	
E. Analisa Data.....	
BAB VII PENUTUP.....	
A. Kesimpulan	
B. Saran	
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Halaman	
Tabel 2.112
Tabel 2.215

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadwal Penelitian
- Lampiran 2. Lembar Informasi Responden
- Lampiran 3. Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 4. Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5. Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 6. Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 7. Permohonan Izin Penelitian Dinas Kesehatan
- Lampiran 8. Permohonan Izin Penelitian Penanaman Modal
- Lampiran 9. Permohonan Izin Penelitian Puskesmas
- Lampiran 10. Lampiran Pernyataan Analisa Data
- Lampiran 11. Hasil Analisa Data

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rokok adalah gulungan tembakau (kira – kira sebesar jari kelingking) yang dibungkus daun nipah atau kertas (KBBI, 2016). Menurut PP. RI. No. 109, 2012) rokok adalah produk tembakau yang penggunaannya dengan cara dibakar dan dihisap asapnya dan/atau dihirup asapnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotinia rustica*, dan spesies lainnya atau sintesisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.

Salah satu hasil olahan tembakau dengan menggunakan bahan ataupun tanpa bahan tambahan. Rokok berbentuk silinder dari kertas berukuran sekitar 120 milimeter dengan diameter sekitar 10 milimeter yang berisi daun-daun tembakau yang telah dicacah (Nururahman, 2014:77). Konsumsi rokok di sebut sebagai merokok. Sedangkan Ikhsan (2012) merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar ke dalam tubuh dan menghembuskannya kembali keluar. Definisi perokok menurut WHO untuk sekarang adalah mereka yang merokok setiap hari untuk jangka waktu minimal 6 bulan selama hidupnya.

Merokok adalah salah satu zat adiktif yang bila digunakan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu. Merokok adalah perilaku menghisap rokok yang diminati oleh banyak kaum laki-laki. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan ada lebih dari 1,1 miliar perokok di seluruh dunia, dengan lebih dari 80% dari anggota yang tinggal di negaranegara berpenghasilan rendah dan menengah. Terutama bermasalah adalah bahwa penggunaan tembakau, termasuk bentuk-bentuk penggunaan lain selain rokok, terus meningkat di kalangan remaja di banyak negara, dan cenderung membahayakan kemajuan dalam mengurangi penyakit kronis dan kematian yang berhubungan dengan tembakau (WHO, 2014).

Angka prevalensi merokok di Indonesia merupakan salah satu diantara yang tertinggi di dunia, 46,8% laki-laki dan 3,1% perempuan dengan usia 10 tahun ke atas yang diklasifikasikan sebagai perokok. Jumlah merokok mencapai 62,8 juta, 40% di antaranya berasal dari kalangan ekonomi bawah. Meskipun faktanya kebiasaan merokok menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia dan menyebabkan lebih dari 200.000 kematian per tahunnya, Indonesia merupakan satu-satunya negara di wilayah Asia Pasifik yang belum menandatangani Kerangka Konvensi WHO tentang Pengendalian Tembakau (WHO, 2011).

Rokok termasuk zat adiktif, yaitu zat yang dapat menyebabkan seseorang menjadi ketergantungan dan membahayakan kesehatan dengan ditandai adanya perubahan perilaku, kognitif, dan fenomena fisiologis, berkeinginan kuat untuk mengkonsumsi zat tersebut, meningkatnya toleransi, dan dapat menyebabkan gejala putus obat (PP. RI. No. 109, 2012).

Merokok merupakan salah satu permasalahan kesehatan masyarakat di Indonesia dengan mengingat bahwa merokok merupakan salah satu faktor risiko utama dari beberapa penyakit kronis yang dapat mengakibatkan kematian. Merokok juga merupakan faktor resiko dari 4 Penyakit Tidak Menular terkemuka disamping pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktifitas fisik, dan konsumsi alkohol. Hal ini menunjukkan rokok merupakan masalah besar bagi kesehatan masyarakat. Strategi pengendalian dalam mengatasi masalah terkait rokok sebenarnya telah disusun oleh World Health Organization (WHO), akan tetapi, masih banyak masyarakat yang merokok. Tindakan merokok dapat menyebabkan timbulnya penyakit yang dapat berujung pada kematian. Hal ini terjadi pada sekitar 7.000.000 orang per tahun. Lebih dari 6.000.000 kematian terjadi pada perokok aktif dan lebih dari 890.000 pada perokok pasif (Meita AC. 2012)

Pengetahuan juga bisa mempengaruhi perilaku merokok. Pengetahuan tentang merokok merupakan sejauhmana seseorang mampu mengetahui dan memahami tentang merokok. Pengetahuan yang baik

tentang merokok terhadap kesehatan akan berbeda perilaku merokoknya dibanding mereka yang berpengetahuan kurang (Dinkes DIY, 2010)

Prevalensi perokok aktif di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya. Berdasarkan riset Atlas Tobacco, Indonesia menduduki ranking pertama konsumsi rokok. Jumlah perokok tertinggi dunia mencapai 90 juta orang (Koran Jakarta, 2017, hlm.1). Secara umum, konsumsi rokok di Indonesia dalam 46 tahun terakhir meningkat tajam dari 33 miliar batang per tahun pada 1970 menjadi 342 miliar batang pada 2016. Di Indonesia data menunjukkan bahwa 48 juta perokok menghabiskan rata-rata 12 batang rokok setiap harinya, dan belanja mereka mencapai 600 miliar lebih (BBC Indonesia, 2017, hlm.1). Fenomena ini tidak seimbang dengan kebijakan pemerintah dalam pengendalian penggunaan tembakau yang dirasa masih setengah-setengah. Usia perokok aktif sudah mulai berakar pada usia muda atau remaja. Remaja masih berada pada periode ketika penyerapan perilaku merokok yang paling mungkin terjadi (White *et al*, 2008, hlm. 1562). Ketertarikan remaja untuk merokok meningkat, karena dengan merokok mereka merasa macho (Novia, 2016, hlm.1). Di Amerika Serikat, prevalensi perokok usia antara 18 sampai 24 tahun melampaui pemuda usia 12-17 tahun pada tingkatan perilaku merokok, dan tidak menurun dibandingkan dengan penurunan kelompok usia lainnya (Koval, *et al*, 2005, hlm. 353).

Perokok pasif juga dikenal sebagai environmental tobacco smoke atau second hand smoke merupakan istilah pada orang lain bukan perokok yang terpapar asap rokok secara tidak sadar dari perokok aktif. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan Global Adults Tobacco Survey (GATS) di Indonesia tahun 2011, terdapat 78,4% atau 133,3 juta orang terpapar asap rokok di rumah, 51,3% atau 14,6 juta orang terpapar asap rokok di tempat kerja, dan 85,4% orang-orang yang berkunjung ke restoran terpapar asap rokok, sementara mereka yang menggunakan transportasi umum, 70% terkena paparan asap rokok. Pada tahun 2005, paparan asap rokok menyebabkan 3.000 orang dewasa bukan perokok

meninggal akibat kanker paru-paru, sekitar 46.000 akibat penyakit jantung koroner, dan diperkirakan 430 bayi meninggal akibat sudden infant death syndrome (USDHHS, 2006). Pada orang dewasa, paparan asap rokok dikaitkan dengan gangguan pernapasan, asma, gangguan ringan fungsi paru-paru tetapi signifikan dan peningkatan respon bronkus (Janson, 2004). Paparan asap rokok dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner lebih besar dari pada efek yang akan diterima oleh perokok aktif (Barnoya dan Glantz, 2005).

Menurut *WorldHealth Organization* (WHO), hipertensi merupakan suatu keadaan dimana peningkatan darah sistolik berada diatas batas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Kondisi ini menyebabkan pembuluh darah terus meningkatkan tekanan. Tekanan darah normal sendiri berada pada nilai 120 mmHg sistolik yaitu pada saat jantung berdetak dan 80 mmHg diastolik yaitu pada saat jantung berelaksasi. Jika nilai tekanan melewati batas itu, maka bi dikatakan bahwa tekanan darah seseorang tinggi, Seperti yang diketahui bahwa darah dibawa keseluruh tubuh dari jantung melewati pembuluh darah. Setiap kali jantung berdetak untuk memompa darah, maka tekanan darah akan tercipta dan mendorong dinding pembuluh darah (*arteri*). Jika tekanan darah semakin tinggi, maka secara otomatis jantung akan semakin keras memompa darah. Hipertensi dapat menghadirkan beragam penyakit serius mulai dari jantung, ginjal, hingga otak. risiko hipertensi sendiri saat ini lebih banyak ditemukan di negara-negara berkembang yang memiliki penghasilan rendah. Hipertensi sendiri dikenal sebagai “*silent killer*” atau pembunuh diam-diam dimana orang yang memiliki hipertensi tidak memiliki gejala sama sekali

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan sebelumnya , maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimana

hubungan perokok pasif dan aktif terhadap hipertensi di Puskesmas Penebel 1”

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum:

Untuk mengetahui gambaran bagaimana hubungan lingkungan perokok pada perokok pasif dan aktif

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui hubungan perokok aktif dan pasif terhadap hipertensi
- b. Mengetahui perbedaan perokok pasif dan aktif

D. MANFAAT PENELITIAN

Memaparkan bagaimana pengaruh rokok paif dan aktif bagi lingkungan sekitar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP ROKOK

1. Definisi Rokok

Rokok adalah lintingan atau gulungan tembakau yang digulung / dibungkus dengan kertas, daun, atau kulit jagung, sebesar kelingking dengan panjang 8-10 cm, biasanya dihisap seseorang setelah dibakar ujungnya. Rokok merupakan pabrik bahan kimia berbahaya. Hanya dengan membakar dan menghisap sebatang rokok saja, dapat diproduksi lebih dari 4000 jenis bahan kimia. 400 diantaranya beracun dan 40 diantaranya bisa berakumulasi dalam tubuh dan dapat menyebabkan kanker. Rokok juga termasuk zat adiktif karena dapat menyebabkan adiksi (ketagihan) dan dependensi (ketergantungan) bagi orang yang menghisapnya. Dengan kata lain, rokok termasuk golongan NAPZA (Narkotika, Psikotropika, Alkohol, dan Zat Adiktif).

Nikotin adalah zat atau bahan senyawa yang terdapat *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang bersifat adiktif dapat mengakibatkan ketergantungan. Nikotin juga dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah termasuk pembuluh darah koroner yang membawa oksigen pada jantung dan juga dapat menyebabkan pengumpulan sel darah (PP RI No. 109, 2012).

Karbon monoksida adalah zat yang kerap ditemukan pada asap knalpot mobil dan merupakan gas yang beracun yang menurunkan kadar oksigen dalam darah (Kemenkes RI, 2012). Tar adalah kondensat asap yang merupakan total residu dihasilkan saat rokok dibakar setelah dikurangi nikotin dan air yang bersifat karsinogenik (PP RI No. 109, 2012). Asap rokok mengandung tar berkisar antara 3 sampai 40 mg (Mukono, 2002). Merokok ada hubungannya

dengan kejadian hipertensi dan hal tersebut dapat dilihat secara jelas dari lama merokok, jenis rokok dan jumlah rokok yang dikonsumsi.

- Lama merokok
Semakin lama seseorang mengonsumsi rokok semakin besar juga resiko menderita hipertensi. Penelitian Setyanda *et al* (2015) di kota Padang menemukan ada hubungan antara lama merokok dan kejadian hipertensi dimana hasil penelitiannya mendapatkan hasil $p= 0,017$ dengan kelompok lama merokok <10 tahun, 10-20 tahun dan >20 tahun.
- Jenis rokok
Ada dua jenis rokok yang dikonsumsi oleh masyarakat yaitu rokok dengan filter dan rokok non filter. Penelitian Setyanda,dkk (2015) menyebutkan bahwa jenis rokok yang digunakan yaitu rokok filter dan non filter berpengaruh terhadap kejadian hipertensi
- Jumlah rokok yang dikonsumsi
Jumlah rokok yang dikonsumsi memiliki hubungan dengan tekanan darah sistolik dan diastolik, responden yang digolongkan pada kelompok perokok berat yaitu yang menghisap rokok 10 -20 batang setiap hari dan yang ringan adalah yang menghisap ≤ 10 batang setiap hari (Kurniati, dkk, 2012). Bustan (2007), membagi perokok dibagi atas tiga kategori, yaitu ringan (1- 10 batang perhari), sedang (11-20 batang perhari) dan berat (lebih dari 20 batang perhari).

2. Definisi perokok Aktif

Perokok Aktif adalah seseorang yang dengan sengaja menghisap lintingan atau gulungan tembakau yang dibungkus biasanya dengan kertas, daun, dan kulit jagung. Secara langsung mereka juga menghirup asap rokok yang mereka hembuskan dari mulut mereka. Tujuan mereka merokok pada umumnya adalah untuk menghangatkan badan mereka dari suhu yang dingin. Tapi

seiring perjalanan waktu pemanfaatan rokok disalah artikan, sekarang rokok dianggap sebagai suatu sarana untuk pembuktian jati diri bahwa mereka yang merokok adalah "keren".

3. Definisi perokok Pasif

Perokok Pasif adalah seseorang atau sekelompok orang yang menghirup asap rokok orang lain. Telah terbukti bahwa perokok pasif mengalami risiko gangguan kesehatan yang sama seperti perokok aktif, yaitu orang yang menghirup asap rokoknya sendiri.

4. Etiologi Rokok

Etiologi tobacco use disorder adalah perilaku merokok. Nikotin adalah pestisida natural yang ditemukan di daun tembakau. Nikotin adalah substansi adiktif. Ketika nikotin dikonsumsi secara inhalasi melalui perilaku merokok, nikotin dengan cepat mencapai alveolus dan segera mencapai otak melalui peredaran darah.

5. Manifestasi klinis merokok

- Kanker paru-paru
- Asma
- Tuberkulosis
- Diabetes tipe 2
- Kanker tenggorokan
- Kanker mulut
- Penyakit kardiovaskular

6. Gejala yang ditimbulkan rokok

Ciri-ciri fisik seorang perokok :

- Gigi kuning karena nikotin.
- Kuku kotor karena nikotin.
- Mata pedih.
- Sering batuk – batuk.

- Mulut dan nafas bau rokok

Adapun gejala awal yang dapat timbul pada perokok pasif :

- Mata pedih
- Hidung beringsus
- Tekak yang serak
- Pening / pusing kepala

7. Kandungan Rokok

Asap rokok (tembakau) mengandung kurang lebih 4000 komponen. Beberapa di antaranya bersifat racun (toksik), beberapa lainnya dapat mengubah sifat sel-sel tubuh menjadi ganas (onkogenik). Setidaknya ada 43 zat dalam tembakau yang sudah diketahui dapat menyebabkan kanker. Zat-zat dalam rokok yang paling besar memberikan dampak kesehatan antara lain nikotin, tar, dan karbon monoksida (CO).

- Nikotin

Nikotin (β -pyridil- α -N-methyl pyrrolidine) merupakan senyawa organik spesifik yang terkandung dalam daun tembakau. Apabila diisap senyawa ini akan menimbulkan rangsangan psikologis bagi perokok dan membuatnya menjadi ketagihan. Dalam rokok, nikotin berpengaruh terhadap beratnya rasa isap. Semakin tinggi kadar nikotin rasa isapnya semakin berat, sebaliknya tembakau (rokok) yang berkadar nikotin rendah rasanya hambar (Tirtosastro, 2010).

- Tar

Tar adalah senyawa polinuklin hidrokarbon aromatika yang bersifat karsinogenik. Dengan adanya kandungan tar yang beracun ini, sebagian dapat merusak sel paru karena dapat lengket dan menempel pada jalan nafas dan paru-paru sehingga mengakibatkan terjadinya kanker. Pada saat rokok diisap, tar masuk ke dalam rongga mulut sebagai uap padat asap rokok. Tar adalah substansi hidrokarbon yang bersifat lengket dan

menempel pada paru-paru, mengandung bahan-bahan karsinogen. Setelah dingin akan menjadi padat dan membentuk endapan berwarna coklat pada permukaan gigi, saluran pernafasan dan paru-paru. Pengendapan ini bervariasi antara 3-40 mg per batang rokok, sementara kadar dalam rokok berkisar 24-45 mg. Sedangkan bagi rokok yang menggunakan filter dapat mengalami 6 penurunan 5-15 mg. Walaupun rokok diberi filter, agen karsinogenik tetap bisa masuk dalam paru-paru (Tirtosastro, 2010).

- Karbon monoksida (CO)

Karbon monoksida (CO) Merupakan gas berbahaya yang terkandung dalam asap pembuangan kendaraan bermotor. Unsur ini dihasilkan oleh pembakaran yang tidak sempurna dari unsur zat arang atau karbon. CO menggantikan 15% oksigen yang seharusnya dibawa oleh sel-sel darah merah. CO juga dapat merusak lapisan dalam pembuluh darah dan meninggikan endapan lemak pada dinding pembuluh darah, menyebabkan pembuluh darah tersumbat (Tirtosastro, 2010).

B. Konsep Tekanan darah

1. Definisi Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan tekanan yang ditimbulkan dari kegiatan jantung ketika memompa mengisi darah. Jantung memompa darah ke seluruh tubuh melewati pembuluh darah, yaitu bilik kiri jantung yang memompa darah dari pembuluh darah aorta ke pembuluh darah yang lebih kecil ke seluruh tubuh. Kegiatan jantung ini menimbulkan tekanan tertentu dan diperiksa dengan alat yang dinamakan tensimeter. Kegiatan jantung ini terdiri dari dua tahap, yaitu tahap memompa dan fase istirahat. Pada fase tahap memompa yang sering dikenal dengan istilah sistolik jantung berkontraksi atau memompa darah yang sudah terisi didalam jantung ke pembuluh darah besar. Setelah selesai memompa maka jantung akan memasuki

fase isitirahat yaitu mengisi kembali darah ke dalam jantung dan sering dikenal dengan istilah diastolik. Jadi tekanan darah merupakan hasil tekanan pompa jantung (Pakpahan, 2014).

2. Definisi Hipertensi

JNC VII 2003 menyebutkan hipertensi adalah suatu keadaan

dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolic ≥ 90 mmHg. Peningkatan tekanan darah dalam waktu lama akan dapat menimbulkan kerusakan pada organ-organ didalam tubuh seperti jantung, ginjal, otak (stroke) yang tinggi ini bila tidak terdeteksi sejak dini dan diberikan penanganan yang sesuai. Hipertensi adalah keadaan peningkatan tekanan darah yang memberi gejala yang akan berlanjut ke suatu organ target seperti stroke (bila yang diserang otak), penyakit jantung koroner (untuk pembuluh darah jantung). Dengan target pada otak menyebabkan hipertensi sebagai penyebab utama stroke yang membawa angka kematian yang tinggi (Bustan, 2007). Pasien yang menderita hipertensi memiliki risiko 6,18 kali lebih besar mengalami stroke dibandingkan dengan yang tidak hipertensi (Khairatunnisa dan Sari, 2017).

Berikut ini adalah klasifikasi tekanan darah menurut JNC VII

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekann Darah menuru JNC VII. 2003

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120 – 139	80 -89
Hiperensi derajat 1	140 – 159	90- 99
Hipertensi deraja 2	≥ 160	≥ 100

3. Patofisiologi Hipertensi

Secara garis besar faktor yang berpengaruh pada tekanan darah arteri adalah curah jantung dan tahanan perifer. Kondisi curah jantung tergantung dari frekuensi denyut jantung dan isi sekuncup, dimana frekuensi denyut jantung diatur oleh reseptor beta-1 dan reseptor kolinergik, sedangkan isi sekuncup ditentukan oleh kekuatan kontraksi dan tekanan pengisian (yang ditentukan oleh daya renggang vena dan volume cairan intravaskuler). Tahanan perifer dipengaruhi oleh faktor-faktor neural, humoral dan renal, dimana mekanisme ginjal bertugas untuk pemeliharaan jangka panjang pada tekanan darah arteri, sedangkan untuk mekanisme neural bertanggung jawab atas pengaturan cepat. Pada saat titik baku arteri secara abnormal tinggi maka mekanisme cairan renal yang bertugas menaggulangi kondisi tersebut dan mencegah peningkatan tekanan arteri dalam jangka panjang (Sobel, 1998).

Merokok dapat menyebabkan iritan yang ada didalam rokok berpengaruh langsung pada paru-paru yang menyebabkan batuk, sesak dan kanker paru, selain itu bahan toksik yang masuk ke dalam pembuluh darah akan mengakibatkan perubahan pada tubuh diantaranya denyut jantung menjadi lebih cepat, pembuluh darah cepat kaku dan mudah spasme, sel-sel darah lebih gampang menggumpal (Kabo, 2014). Arteriosklerosis yang merupakan proses awal mulainya terjadinya hipertensi yaitu gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang kemudian berlanjut dengan kekakuan pembuluh darah. Kekakuan pembuluh darah dapat juga bersamaan dengan penyempitan dan kemungkinan pembesaran plaque yang akan mengganggu aliran atau peredaran darah di perifer. Kekakuan dan lambatnya aliran darah tersebut membuat beban jantung semakin berat yang akhirnya dikompensasi dengan peningkatan upaya jantung untuk memompa lebih sering yang memberikan gambaran peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi (Suiraoaka, 2012). Salah satu faktor risiko aterosklerosis

adalah penyakit diabetes melitus dimana kadar gula darah yang tinggi menyebabkan pembuluh darah menjadi kaku dan bersifat asam . Struktur dinding pembuluh darah mengalami kerusakan dan tidak mampu berdilatasi dengan baik dan merupakan tahap awal terjadi arterosklerosis (Kabo, 2014).

4. Jenis Hipertensi

a. Hipertensi digolongkan berdasarkan penyebab dan jenisnya yaitu sebagai berikut:

- **Hipertensi Esensial**

Hipertensi esensial adalah suatu peningkatan persisten tekanan arteri yang dihasilkan oleh ketidakaturan mekanisme kontrol homeostatik tanpa penyebab sekunder yang jelas (Sobel, 1998). Hipertensi primer/esensial penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun sering dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivitas) dan pola makan dan hipertensi jenis ini terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi.

- **Hipertensi sekunder**

Hipertensi sekunder adalah yang diketahui penyebabnya. ditemukan sekitar 5 -10 % penderita hipertensi adalah penyakit ginjal dan sekitar 1-2 % adalah karena adanya kelainan hormonal atau pemakaian KB.

b. Hipertensi berdasarkan bentuknya.

Ada tiga bentuk hipertensi yaitu hipertensi diastolik, hipertensi sistolik dan hipertensi campuran.

5. Faktor Resiko Hipertensi

Faktor risiko hipertensi ada yang dapat dirubah dan yang tidak dapat dirubah. Faktor risiko yang dapat dirubah adalah yaitu faktor usia,

genetik (keturunan) dan jenis kelamin, dan faktor yang dapat dirubah adalah pola makan, perilaku merokok, konsumsi alkohol dan obesitas (Bustan, 2007). Faktor risiko hipertensi ada yang tidak dapat dirubah dan yang dapat dirubah, beberapa diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Faktor tidak dapat dirubah/diperbaiki

1) Keturunan

Hasil penelitian menyebutkan bahwa jika seseorang yang salah satu orang tua dengan menderita hipertensi maka orang tersebut akan memiliki risiko lebih besar terkena hipertensi daripada pada orang yang orang tua tidak menderita hipertensi. Riwayat keturunan keluarga yang menderita hipertensi merupakan salah satu risiko terjadinya hipertensi pada seseorang, seperti hasil penelitian Fitriana,dkk (2012) yang menyatakan bahwa responden yang mempunyai riwayat keturunan hipertensi mempunyai risiko menderita hipertensi sebesar 7,68 kali daripada yang tidak.

2) Jenis Kelamin

Pada umumnya laki-laki lebih resiko menderita hipertensi dibandingkan wanita, penelitian (Putra dan Ulfah, 2016) menyebutkan bahwa jenis kelamin memiliki faktor risiko dengan kejadian hipertensi, jenis kelamin laki-laki berisiko terkena hipertensi 0,928 kali lebih besar dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan yang terkena hipertensi.

3) Umur

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya usia maka risiko hipertensi menjadi lebih tinggi. Insiden hipertensi yang makin meningkat dengan bertambahnya usia, disebabkan oleh perubahan alamiah dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon. Semakin bertambahnya usia,

risiko terkena hipertensi lebih besar sehingga prevalensi dikalangan usia lanjut berdasarkan data pada survey kesehatan dasar tahun 2013 dimana ditemukan data hipertensi berdasarkan pengukuran pada usia 45- 54 sebesar 35,6 % dan semakin besar pada usia 55-64 sebesar 45,9 %.

b. Faktor yang dapat dirubah/diperbaiki

1) Obesitas

Hasil penelitian menyebutkan hipertensi akan sangat mudah terjadi pada orang yang mengalami kelebihan berat badan atau kegemukan (Suiraoaka, 2012). Pengukuran yang dilakukan untuk mengetahui status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran IMT (Indeks Masa Tubuh), IMT merupakan hasil perhitungan berat badan dalam kg dengan tinggi badan dalam meter dengan rumus BB/TB^2 (kg/m^2) dengan klasifikasi hasil sebagai berikut:

Tabel 2. 2 Klasifikasi Nilai IMT

No S	Nilai IMT perempuan	Nilai IMT laki-laki	Klasifikasi
1	$< \frac{17}{m}$	<18	Kurus
2	17-23	18-25	Normal
3	23-27	25-27	Kegemukan
4	$> \frac{27}{r}$:	>27	Obesitas

Pedoman Praktis terapi gizi medis

Departemen Kesehatan RI 2003

2) Pola makan

Mahmudah dkk., (2015) juga menyebutkan hal yang sama dalam penelitiannya mengenai hubungan antara gaya hidup dan pola makan yang mendapatkan hasil bahwa ada hubungan antara pola makan dan hipertensi, pola makan yang

dimaksud adalah konsumsi natrium dan lemak yang diatas nilai normal. Kemajuan teknologi untuk pengolahan makanan menawarkan berbagai pilihan makanan, banyak dari makanan tersebut mengandung nilai gizi yang tidak seimbang namu sangat digemari oleh masyarakat luas. Konsumsi garam yang berlebih merupakan salah satu faktor terjadinya hipertensi, konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkan kembali maka cairan intraseluler harus ditarik keluar sehinga cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan peningkatan volume darah, sehingga berdampak pada terjadinya hipertensi (Sutanto,2010 dalam Suraoka,2012). Konsumsi makanan dengan pola makan yang tidak sehat salah satunya yaitu konsumsi lemak dan berkolesterol yang tinggi menunjukkan ada hubungan dengan kejadian hipertensi dengan hasil yaitu nilai 0,001 ($p < 0,05$) (Hamidi, 2014).

3) Aktivitas Fisik

Iswahyuni (2017) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa ada hubungan antara aktivitas fisik dengan kejadian hipertensi pada lansia di desa Jetiskarangpung. Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan „cukup“ apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu (Depkes RI, 2008).

4) Merokok

Peraturan Pemerintah RI No 109 tahun 2012 menyebutkan bahwa rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar dan diisap dan atau dihirup asapnya, termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana*

tabacum, *Nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan. Merokok sangat berbahaya bagi kesehatan karena dalam rokok ada banyak zat yang berbahaya bagi tubuh diantaranya adalah nikotin, tar dan karbon monoksida. Nikotin yang terdapat dalam rokok dapat meningkatkan risiko terjadinya pengumpulan darah dalam pembuluh darah dan juga nikotin dapat menyebabkan pengapuran pada dinding pembuluh darah. Nikotin dalam asap rokok merangsang tubuh melepaskan adrenalin yang menyebabkan peningkatan detak jantung dan tekanan darah (Suiraoaka, 2012).

BAB III

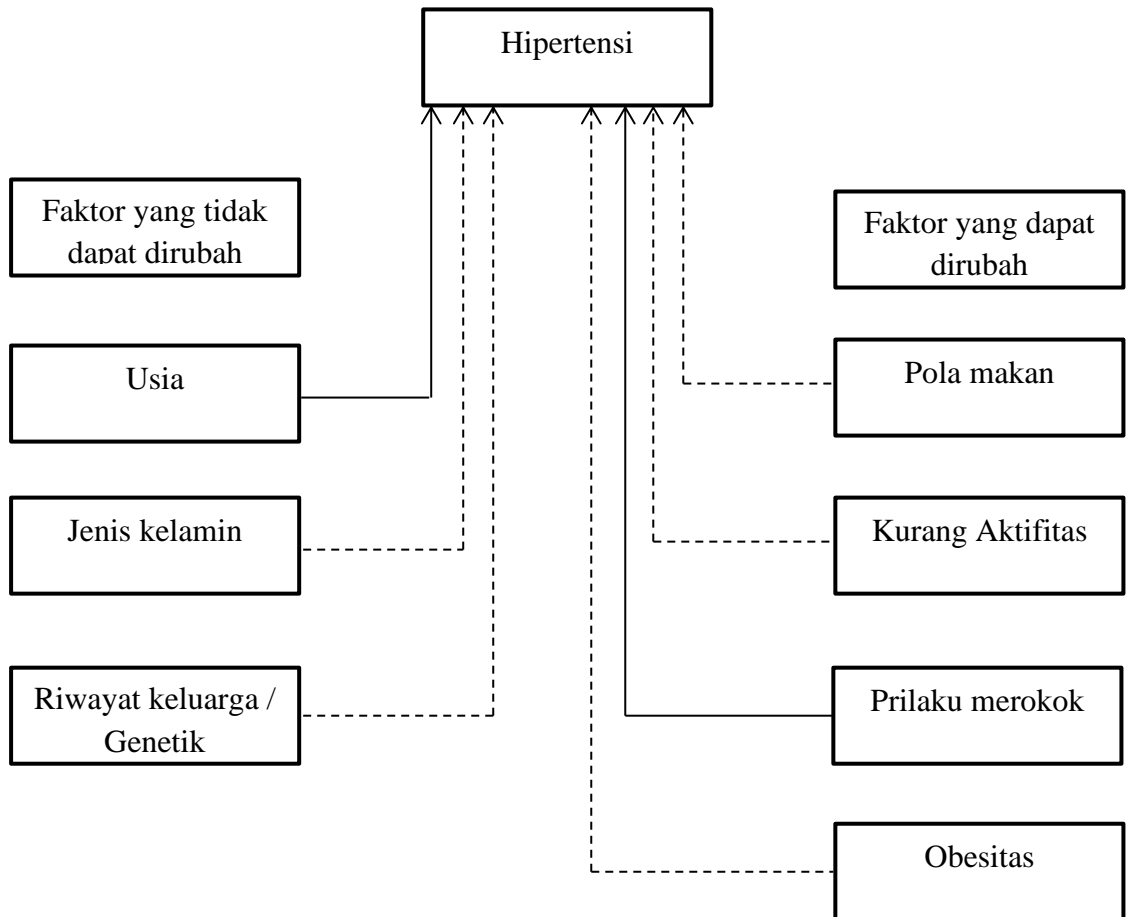
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep (*conceptual framework*) adalah model pendahuluan dari sebuah masalah penelitian dan merupakan refleksi dari hubungan variable-variable yang diteliti. Kerangka konsep dibuat berdasarkan literatur dan teori yang sudah ada (Swarjana, 2015)

Berdasarkan tinjauan pustaka, maka kerangka konsep yang peneliti gunakan sebagai berikut.

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Hubungan perokokaktif dan pasif di Puskesmas Penebel 1.



Keterangan:

—————▶ = Variabel yang diteliti

- - - - -▶ = Variabel yang tidak diteliti

Gambar kerangka konsep di atas menunjukkan faktor-faktor risiko hipertensi baik dari faktor yang dapat dirubah dan faktor yang tidak dapat dirubah, pada penelitian ini peneliti hanya akan meneliti beberapa faktor saja yaitu faktor usia dan riwayat keluarga/genetik dari faktor yang tidak dapat dirubah sedangkan untuk faktor yang dapat dirubah adalah faktor perilakumerokok.

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah hasil yang diharapkan atau hasil yang di antisipasi dari sebuah penelitian (Swarjana, 2015).

Dalam penelitian terdapat dua jenis hipotesis yaitu alternative hypothesis (H_a) dan null hypothesis (H_0). Alternative hypothesis (H_a) yang disebut juga hipotesis kerja. (H_a) yaitu hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara dua variable. Null hypothesis (H_0) menyatakan bahwa tidak ada hubungan di antara variabel.

hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah alternative hypothesis (H_a) yaitu Hubungan Perokok Pasif dan aktif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1.

C. Variabel Penelitian

Variabel penelitian pada pada dasarnya adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2018). Variable yang terlibat dalam penelitian ini sebagai berikut :

a. Variabel Independent adalah

variabel yang mempengaruhi atau nilai menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulas, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungan dan pengaruhnya terhadap variable lain (Nursalam, 2015)

Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan dan sikap siswa.

b. Variabel dependent adalah

variabel dapat dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel terkait adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2015).

Variabel terkait yang digunakan dalam penelitian ini adalah kepatuhan protokol kesehatan.

c. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel adalah teori pada variabel yang bersifat operasional agar variabel tersebut dapat diukur atau bahkan dapat diuji baik oleh peneliti maupun peneliti lain. Pada umumnya, definisi dibuat secara naratif, namun ada juga yang membuat dalam bentuk tabel yang terdiri dari beberapa kolom (Swarjana, 2015)

No	Variabel	Definisi Oprasional	Cara dan alat pengumpulan data	Hasil Ukur	Sekala
1	perokok pasif	perokok pasif adalah orang yang tidak merokok, tetapi menghirup asap rokok orang lain	Pengumpulan data dilakukan dengan alat ukur berupa lembar kuesioner penilaian yang berjumlah 10 pertanyaan :	Hasil dikategorikan menjadi semakin tinggi menunjukkan tingkat pengetahuan semakin rendah kasus hipertensi tentang rokok	infasif
			- YA : 1 -TIDAK:0	Berdasarkan: -rendah: 1-3 -sedang :4-6 -tinggi : 7-10	
2	perokok aktif	seseorang yang dengan sengaja menghisap lintingan atau gulungan	Pengumpulan data dilakukan dengan alat ukur berupa lembar kuesioner penilaian	Hasil dikategorikan menjadi semakin tinggi menunjukkan tingkat pengetahuan semakin rendah kasus hipertensi	infasif

	<p>tembakau yang berjumlah 10 pertanyaan : -rendah:9-18 -sedang :19-27 -tinggi:28-36</p> <p>Secara langsung mereka juga menghirup asap rokok yang mereka hembuskan dari mulut mereka.</p>	<p>yang berjumlah 10 pertanyaan : -rendah:9-18 -sedang :19-27 -tinggi:28-36</p> <p>Pengumpulan data dilakukan dengan alat ukur berupa lembar kuesioner penilaian yang berjumlah 10 pertanyaan : -rendah: 10-20 -sedang: 20-30 -tinggi: 31-40</p>	<p>tentang rokok</p> <p>Berdasarkan: -selalu : 4 -sering : 3 -kadang-kadang: 2 -tidak pernah : 1</p> <p>Hasil ukur dikategorikan menjadi semakin tinggi skor menunjukkan semakin tinggi tingkat pengetahuan semakin rendah kasus hipertensi tentang rokok</p> <p>Berdasarkan: -sangat tidak setuju: 1 -tidak setuju : 2 -setuju :3 -sangat setuju : 4</p>
<p>3 Hipertensi</p>	<p>tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang</p>		

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.

Tipe dan Desain Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan desain penelitian cross sectional untuk mengetahui dampak kebiasaan merokok terhadap peningkatan tekanan darah masyarakat di Desa Penatahan, Kecamatan Penebel, Kabupaten Tabanan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian.

Penelitian di lakukan pada Masyarakat di Desa Penatahan, yang beralamat di Kecamatan Penebel, Kabupaten Tabanan. Dilakukannya penelitian di Desa ini dikarenakan sebagian penduduk di desa Penatatahan adalah perokok pasif.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dimulai dari awal pembuatan proposal yaitu dari akhir bulan November 2021. Pengumpulan data akan dilakukukan pada bulan february 2022. Pengolahan data Analisa data serta penyusunan hasil akan dilakukan pada bulan Februari sampai Maret 2022.

C. Populasi , Sempel dan Sampling.

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk mempelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya menurut Sugiyono(2012:61). Sedangkan menurut Arikunto (2013:173), “Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian”. Populasi penelitian ini adalah seluruh Warga Desa Penebel dengan jumlah sebanyak 125 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling, dan harus memenuhi syarat sampel yaitu representative dan sample dan harus cukup banyak (Nursalam, 2013).

- a. Besar Sampel Besar sampel pada penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus Daniel & Terrel (Daniel & Terrel, 1986:202).

$$\frac{N \cdot z^2 \cdot p(1 - p)}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p(1 - p)}$$

Keterangan:

n : perkiraan besar sampel

N : perkiraan besar populasi

z : nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p : perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q : $1 - p$ (100% - p)

d : tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$)

- 1) Perhitungan besar sampel

$$\frac{N \cdot z^2 \cdot p(1 - p)}{d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p(1 - p)}$$

$$n = \frac{6959 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)}{0,05^2(6959 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{(6959 \cdot (3,8416) \cdot 0,25)}{0,0025(6958) + (3,8416) \cdot 0,25}$$

$$n = \frac{6683}{17,395 + 0,9604}$$

$$n = \frac{6683}{18,3554}$$

$$n = 114$$

Berdasarkan dari hasil perhitungan rumus di atas, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 114 responden. Untuk mengantisipasi *drop out sample* maka sample minimal akan ditambah sejumlah 10% sehingga sample yang akan digunakan adalah 125 sample.

Adapun kriteria inklusi dari penelitian ini antara lain:

- Merupakan masyarakat di Desa Penebel yang dibuktikan dengan kartu identitas (KTP atau SIM)
 - Berusia 27 tahun keatas
 - Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini
- a. Adapun kriteria eksklusi dari penelitian ini antara lain:
- Masyarakat Desa Penebel yang sedang menjalani terapi hipertensi
 - Masyarakat yang tidak bersedia menjadi responden.
 - Masyarakat yang mengalami penyakit hipertensi dengan komplikasi diabetes militus, jantung koronor, dan gagal ginjal.
 - Berusia di bawah 27 tahun

3. Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk data mewakili populasi (Nursalam,2013). Pada penelitian ini teknik pengambilan sampel yang akan digunakan adalah tektik *non probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/ kesempatan sama bagi setiap unsur / anggota populasi untuk dipilih menjadi semple dengan metode *total sampling* atau *sampling jenuh* yaitu penentuan sampel jika seluruh anggota populasi dijadikan sebagai semple (Sugiyono,

2017). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat di Desa Penatahan. dan kemudian akan dipilih sesuai kriteria inklusi akan dijadikan sebagai sampel. Berikutnya peneliti akan menyeleksi sampel yang memenuhi kriteria yang sudah diterapkan.

D. Pengumpulan Data

1. Metode Pengumpulan Data

Data adalah hasil pencatatan penelitian, baik yang berupa fakta maupun angka-angka. Pada penelitian ini data yang dikumpulkan adalah data primer yaitu data yang didapat langsung dari responden yaitu tentang hubungan lingkungan perokok pada perokok aktif dan pasif terhadap kejadian hipertensi akuratnya data penelitian yang dikumpulkan sangat mempengaruhi hasil penelitian. Agar data yang dikumpulkan tersebut akurat maka diperlukan alat pengumpulan data (Instrumen penelitian) yang tidak saja valid tetapi juga reliable, selain ketepatan instrumen penelitian, metoda pengumpulan data pun sebaiknya tepat atau sesuai dengan data yang akan dikumpulkan (Swarjana, 2015). Metoda pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metoda survey dengan menyebar kuisisioner.

2. Alat Pengumpulan Data

a. Data demografi responden

Kuesioner ini berisikan tentang identitas responden, yaitu identitas meliputi inisial nama, jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendidikan terakhir.

b. Lembar kuisisioner

Kuesioner merupakan sebuah formulir yang berisikan pertanyaan-pertanyaan yang telah ditentukan dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data dari orang-orang sebagai bagian dari sebuah survei. Kuisisioner dalam penelitian ini menggunakan skala guttman. Kuisisioner yang

digunakan pada penelitian ini merupakan kuisisioner yang tidak baku sehingga dikembangkan lagi oleh peneliti. Kuisisioner yang dibuat oleh peneliti sesuai dengan tujuan penelitian.

c. Uji validitas

Uji validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan sebuah data. Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengujikan alat ukur yang digunakan untuk mengetahui apakah alat ukur tersebut valid atau tidak melalui uji validitas (Nursalam, 2015). Uji validitas dilakukan untuk menguji apakah kuisisioner dianggap valid atau tidak, maka perlu dilakukan uji coba dan analisa. Penelitian ini sudah menggunakan uji *face validity*. *Face validity* adalah pernyataan yang telah disusun terlihat sudah valid, setelah peneliti membuat alat ukur atau instrumen penelitian atau kuisisioner dan peneliti menganggap bahwa instrumen tersebut telah valid, maka selanjutnya peneliti dapat menggunakannya (Bryan, 2004 dalam Swarjana, 2016).

3. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan membagikan kuisisioner untuk masyarakat yang merokok.

a. Tahap Persiapan

Hal-hal yang perlu dipersiapkan dalam tahap ini antara lain:

- 1) Peneliti mempersiapkan proposal lengkap terlebih dahulu dan mengkonsultasikan kepada Dosen Pembimbing 1 dan 2.
- 2) Setelah surat izin keluar peneliti akan mengurus legal etik penelitian di Komisi Etik Penelitian ITEKES BALI.
- 3) Peneliti akan menyerahkan surat tersebut kepada Kepala Desa Penatahan.

- 4) Setelah peneliti mendapatkan surat izin melalukan penelitian di Banjar Penatahan kaja dan surat keterangan Etik Penelitian dari ITEKES BALI maka peneliti akan memproses lanjut detail waktu pelaksanaan pengumpulan data.
 - 5) Sebelum penelitian, peneliti menyiapkan permohonan untuk menjadi responden dan persetujuan menjadi responden (*inform consent*). Lembar permohonan menjadi responden terlampir pada lampiran 3 dan lembar persetujuan (*inform consent*) pada lampiran 4.
 - 6) Setelah responden menjawab formulir kuesioner, peneliti akan mengecek kembali formulif kuesioner yang telah dikumpulkan.
 - 7) Peneliti mempersiapkan alat-alat yang digunakan dalam pengumpulan data.
 - 8) Menyerahkan surat izin penelitian guna memohon izin untuk dilakukan penelitian tersebut.
 - 9) Selanjutnya setelah penelitian ini lolos uji etik maka peneliti akan mempersiapkan kuesioner yang nantinya akan disebarakan kepada masyarakat di banjar penatahan kaja, yang sudah dikumpulkan di balai banjar setempat.
- b. Tahap pelaksanaan
- Setelah izin penelitian diperoleh selanjutnya ke tahap pelaksanaan:
- 1) Peneliti melakukan koordinasi untuk ijin penelitian dengan Kepala Desa di Desa Penathan.
 - 2) Peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara peneliti membagikan kuisisioner kepada responden.
 - 3) Peneliti menentukan responden dengan menggunakan teknik Convinience sampling sampai jumlah sampel tepenuhi.

- 4) Peneliti kemudian menjelaskan tujuan penelitian dan tata cara pengisian kuisisioner kepada responden.
- 5) Peneliti menyerahkan surat permohonan untuk menjadi responden kepada setiap calon responden. Saat responden bersedia, maka responden wajib menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (informed consent).
- 6) Setelah responden setuju, peneliti kemudian memberikan kuisisioner kepada responden untuk diisi.
- 7) Responden kemudian menyerahkan kuisisioner yang telah diisi kepada peneliti, hasilnya responden telah mengisi kuisisioner dengan lengkap tanpa ada soal yang terlewat.
- 8) Setelah semua kuisisioner terkumpul, peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden yang telah bersedia untuk mengisi kuisisioner.

E. Analisa Data

1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu hal sangat penting pada tahapan penelitian yang harus dikerjakan dan diakui oleh seseorang peneliti (Swarjana,2015). Metode pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk pemeriksaan kembali data yang diperoleh atau yang sudah dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan atau setelah data terkumpul. Dalam penelitian ini *editing* akan dilakukan pada tahap setelah data terkumpul dengan memeriksa kembali kelengkapan kuisisioner, yaitu kelengkapan data umum (nama, umur, pekerjaan, pendidikan terakhir), setelah itu memastikan bahwa setiap pernyataan data kuisisioner telah terisi semua.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan setelah kuesioner diedit atau disunting. Tahap ini merupakan tahap pemberian kode atau coding dilakukan yakni dengan mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

c. *Entry*

Entry data merupakan kegiatan untuk memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer dengan bantuan *Microsoft excel*. Dalam penelitian ini, peneliti memasukkan data yang sudah lengkap dalam tabel dan dianalisis dengan menggunakan *SPSS for Windows*

d. *Cleaning (Tabulasi)*

Cleaning (tabulasi) merupakan proses pengecekan data yang telah di *entry* apakah terdapat kesalahan atau tidak. Kemungkinan bila ada kesalahan itu terjadi pada saat proses peng-*entry*-an data ke computer. Pada proses ini peneliti kembali melakukan pengecekan data untuk menghindari kesalahan pada *entry-an* sampai tidak ada *missing* data.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan menyajikan hasil penelitian yang dikelompokkan menjadi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden yang meliputi umur, jurusan dan kelas, serta hasil penelitian tentang variabel pengetahuan, variabel sikap dan variabel kepatuhan protokol kesehatan

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas penebel 1 yang beralamat di Jl. Raya Buruan, Pitra, Penebel, kabupaten Tabanan. Dengan jumlah pegawai Dokter Umum :6 orang, Dokter Gigi: 3 orang, Perawat: 19 orang, Perawat Gigi: 4 orang, Bidan: 35 orang, Tenaga gizi: 3 orang, Farmasi: 3 orang, Kesehatan lingkungan: 4 orang, Administrasi: 7 orang. CS, sopir dan satpam sebanyak: 7 orang. jadi total pegawai puskesmas penebel 1 adalah 94 orang. Sumber daya sarana kesehatan Pemerintah yang ada di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Penebel I tahun 2020 adalah 1 buah Puskesmas Induk Perawatan, 7 buah Puskesmas Pembantu, 2 Unit Puskesmas Keliling, 69 Posyandu, 2 Poskesdes.

B. Karakteristik Responden

Sampel penelitian ini adalah warga penebel yang datang berobat ke puskesmas penebel 1 sebanyak 125 responden yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun karakteristik responden dalam penelitian ini yang di uraikan berdasarkan umur selanjutnya akan disajikan dalam bentuk table sebagai berikut :

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur Pada Puskesmas Penebel 1

Karakteristik Responden	Frekuensi (n)	Presentase (f)
Umur Median- Rentang	34	27-60

Variabel umur responden pada penelitian ini merupakan variable numerik. Sehingga dilakukan uji normaliti data dengan *Kolmogorov Smirnov* dengan

didapatkan hasil p-value 0,06 yang artinya data tidak berdistribusi normal. Sehingga umur dilaporkan dalam nilai median dan nilai rentang. Median umur responden adalah 34 tahun dengan umur terendah 27 tahun dan umur responden tertinggi adalah 60 tahun.

C. Analisa Univariat Berdasarkan Variabel

Pada sub bab ini merupakan hasil penelitian pada masing-masing variable yaitu variable perokok pasif, perokok aktif dan hipertensi, serta menyajikan kategori perokok pasif, perokok aktif dan hipertensi dalam bentuk table dengan menampilkan nilai frekuensi dan presentase.

1. Perokok Pasif

katagori penilaian pada perokok pasif dibagi berdasarkan presentase total yang mana 7-10 perokok pasif tinggi, 4-6 berarti perokok pasif sedang, dan 1-3 berarti perokok pasif rendah. Distribusi item pernyataan perokok pasif diuraikan 10 item pernyataan dengan 2 pilihan jawaban diantaranya untuk pernyataan YA bernilai 1 dan pernyataan Tidak bernilai 0 yang disajikan dalam bentuk tabel

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap Pernyataan Perokok Pasif Tahun 2022 (n=125)

Pertanyaan	Ya n(%)	Tidak(%)
1. Perokok pasif adalah orang yang merokok dan juga menghirup asap rokok	92 (73,6)	33 (26,4)
2. Perokok pasif adalah orang yang tidak merokok tetapi terpaksa menghirup asap rokok dari orang yang merokok	111 (88,8)	14(11,2)
3. Asap rokok banyak mengandung zat kimia	107 (85,6)	18 (14,4)

	berbahaya penyebab kanker dan penyakit-penyakit lain.		
4.	Menghirup asap rokok lebih berbahaya dari pada merokok secara langsung.	105 (84,0)	20 (16,0)
5.	Racun utama yang terkandung dalam rokok adalah nikotin , tar dan akrolein	103 (82,4)	21 (16,8)
6.	kandungan dalam rokok yang menyebabkan kanker adalah karbon monoksida	90 (72,0)	35 (28,0)
7.	Jika berada dalam satu ruangan dengan orang yang meroko, apakah anda akan keluar dari ruangan tersebut atau tidak.	95 (76,0)	30 (24,0)
8.	Apakah anda memiliki keinginan untuk merokok, setelah melihat iklan rokok?	95 (76,0)	30 (24,0)
9.	Salah satu bahaya dari rokok adalah radang tenggorokan	103 (82,4)	22 (17,6)
10.	Lebih berbahaya menghirup rokok secara langsung dari pada terhirup asap yang ditimbulkan perokok.	100 (80,0)	25 (20,0)

Berdasarkan Tabel 5.2 menyajikan 10 pernyataan untuk menunjukkan tentang Hubungan perokok pasif terhadap hipertensi di Puskesmas Penebel 1. Responden yang menjawab pernyataan dengan kategori jawaban benar paling tinggi yaitu pertanyaan “Asap rokok banyak mengandung zat kimia berbahaya penyebab kanker dan penyakit-penyakit lain.” sebanyak 107 responden (85,6%), “Menghirup asap rokok lebih berbahaya dari pada merokok secara langsung.” sebanyak 105 (84,0%), “Racun utama yang terkandung dalam rokok adalah nikotin , tar dan akrolein” sebanyak 103 (82,4%), “Perokok pasif adalah orang yang tidak merokok tetapi terpaksa menghirup asap rokok dari orang yang merokok” sebanyak 111 (88,8%) dan responden yang menjawab pernyataan dengan kategori jawaban benar paling rendah yaitu pernyataan “kandungan dalam rokok yang menyebabkan kanker adalah karbon monoksida” sebanyak 90 responden (72,0%).

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Kategori Perokok Pasif (n=125)

Perokok Pasif	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Tinggi	89	71,2
Sedang	32	25,6
Rendah	4	3,2

Berdasarkan Tabel 5.3 diatas dapat dilihat perokok pasif menunjukkan bahwa 125 responden, responden yang perokok pasif tinggi sebanyak 89 responden (71,2%), responden yang perokok pasif sedang sebanyak 32 responden (25,6%), responden yang perokok pasif rendah sebanyak 4 responden (3,2%).

2. Perokok aktif

katagori penilaian pada perokok aktif dibagi berdasarkan presentase total yang mana 9-18 perokok aktif rendah, 19-27 berarti perokok aktif sedang, dan 28-36 berarti perokok aktif tinggi . Distribusi item pernyataan perokok pasif diuraikan 10 item pernyataan dengan 4 pilihan jawaban diantaranya untuk pernyataan selalu bernilai 4, sering bernilai 3, kadang-kadang bernilai 2 dan pernyataan Tidak pernah bernilai 1 yang disajikan dalam bentuk tabel

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap

Pernyataan Perokok Aktif Tahun 2022 (n=125)

Pertanyaan	Tidak Pernah (n)	kadang-kadang (n)	sering (n)	Selalu (n)
1. saya merokok terutama saat merasa cemas/gelisah/jenuh/kesal	11(8,8)	21(16,8)	52(41,6)	41(32,8)
2. saya merokok baik saat saya merasa gelisah ataupun tenang	11(8,8)	25(20,0)	63(50,4)	26(20,8)
3. saya merokok saat mulut saya terasa asam	14(11,2)	24(19,2)	64(51,2)	23(18,4)
4. saya merokok kapanpun saya mau	8(6,4)	28(22,4)	68(54,4)	21(16,8)
5. saya merasa pusing jika tidak merokok dalam satu hari	16(12,8)	22(17,6)	68(54,4)	19(15,2)
6. saya merokok baik saat cuaca dingin maupun panas	12(9,6)	24(19,2)	67(53,6)	22(17,6)
7. saya merokok terutama setelah makan	11(8,8)	24(19,2)	70(56,0)	20(16,0)
8. saya merokok saat cuaca dingin	10(8,0)	28(22,4)	65(52,0)	22(17,0)
9. saya menghabiskan beberapa batang rokok setiap hari	8(6,4)	31(24,8)	64(51,2)	22(17,6)

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan tentang perokok aktif. Sebanyak 125 responden menjawab pertanyaan dengan katagori tidak pernah (TK) paling tinggi sebanyak 16 yaitu “saya merasa pusing jika tidak merokok dalam satu hari” sebesar (12,8%), “saya merokok saat mulut saya terasa asam” sebanyak 14 (11,2%), “saya merokok baik saat cuaca dingin maupun panas” sebanyak 12 (9,6%), “saya merokok terutama saat merasa cemas/gelisah/jenuh/kesal” 11 (8,8%) dan sebanyak 8 responden yang menjawab selalu (S) paling rendah yaitu “saya merokok kapanpun saya mau” sebesar (6,4%).

Tabel 5.5 Distribusi Kategori Perokok Aktif (n=125)

Pertanyaan	Frekuensi(n)	Persentase (%)
Tinggi	34	27,2
Sedang	77	61,6
Rendah	14	11,2

Berdasarkan Tabel 5.5 dapat dilihat di atas perokok aktif menunjukkan bahwa 125 responden yang perokok aktif tinggi sebanyak 34 responden (27,2%), responden dengan perokok aktif sedang sebanyak 77 responden (61,6%) dan responden yang perokok rendah sebanyak 14 responden (11,2%).

3. Hipertensi

Katagori Hipertensi ada 3 yaitu, Pre-Hipertensi, Grade I dan Grade II. Pre-Hipertensi adalah kondisi kesehatan yang terjadi ketika tekanan darah mengalami kenaikan, tetapi tidak cukup tinggi untuk dikategorikan sebagai hipertensi. Seseorang disebut mengalami prehipertensi bila tekanan darahnya berada di antara 120/80 mmHg dan 139/89 mmHg, sedangkan hipertensi grade I ditandai oleh peningkatan tekanan yang stabil atau sering, dan tidak hanya dalam situasi stres, terlalu banyak atau kelebihan beban fisik. Dalam

kondisi seperti ini, tekanan yang meningkat dianggap sebagai varian dari norma. Namun kenaikan indikator tanpa sebab jelas sampai 140/90 mmHg. Seni. Dan yang lebih tinggi mungkin menunjukkan perkembangan tahap hipertensi ringan pada grade I, dan Hipertensi grade II yang ditandai dengan tekanan sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 100 mmHg. Penderita biasanya sudah mulai mengalami kerusakan organ tubuh dan kelainan kardiovaskular. Hipertensi krisis, yakni tekanan darah yang telah melebihi 180/120 mmHg.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Kategori hubungan Rokok Terhadap Hipertensi (n=125)

Pertanyaan	Frekuensi(n)	Presentase(%)
Pre-Hipertensi	12	9,6
Grade I	107	85,6
Grade II	6	4,8

Berdasarkan Tabel 5.6 dapat dilihat di atas hubungan perokok terhadap hipertensi. menunjukkan bahwa dari 125 responden, yang memiliki hubungan perokok terhadap pre_hipertensi tinggi sebanyak 12 responden (9,6%) dan yang memiliki hubungan perokok terhadap hipertensi grade I sebanyak 107 responden (85,6%) dan yang memiliki hubungan perokok terhadap hipertensi grade II sebanyak 6 responden (4,8%).

D. Hasil Analisa Bivariat

Pada sub bab ini merupakan hasil penelitian berupa hubungan perokok aktif dan pasif terhadap hipertensi yang disajikan dalam bentuk tabel. uji korelasi yang digunakan adalah uji non parametric yaitu Sperman (ρ). Hasil Analisa diuraikan sebagai berikut

Tabel 5.7 Hubungan Perokok Pasif terhadap Hipertensi

Variable	Hipertensi	
Perokok Pasif	r	0,243
	p	0,06
	n	125

Berdasarkan Tabel 5.7 diketahui secara statistic tidak ada hubungan antara Perokok Pasif dengan Kejadian Hipertensi dengan p-value 0,06 (>0.05). kekuatan Hubungan adalah rendah dengan nilai $r = 0,24$ arah kolerasi positif artinya semakin tinggi Perokok Pasif maka semakin tinggi grade Hipertensi.

Tabel 5.8 Hubungan Perokok Aktif dengan Hipertensi

Variable	Hipertensi	
Perokok Aktif	r	0,578
	p	0,00
	n	124

Berdasarkan Tabel 5.8 diketahui ada hubungan antara Perokok Aktif dengan Hipertensi (p-value 0,01 lebih kecil dari p-value 0,05). Kekuatan kolerasi sedang dengan nilai $r = 0,578$. Arah Hubungan positif artinya semakin tinggi Perokok Aktif semakin tinggi grade Hipertensi.

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab VI ini akan membahas lebih lengkap hasil penelitian yang telah dijelaskan pada bab V yang meliputi Hubungan perokok aktif dan pasif di Puskesmas Penebel 1. Penelitian ini juga menjelaskan keterbatasan dalam melakukan penelitian.

A. Perokok Aktif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pada puskesmas penebel 1 dari 125 responden menunjukkan bahwa perokok aktif dapat dibagi menjadi 3 (tiga) kategori yaitu tinggi, sedang, rendah. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 37 responden (27,2%) sebagai perokok pasif yang tinggi, sebanyak 77 responden yang sebagai perokok aktif sedang (61,6) dan sebanyak 14 responden (11,1%) sebagai perokok aktif rendah. Sebagian besar responden pada puskesmas penebel 1 memiliki kategori perokok aktif yang sedang.

Perokok aktif adalah seseorang yang sudah menghabiskan 100 batang rokok dan tetap merokok dalam satu tahun terakhir. Menurut Kesowo (2003) rokok adalah hasil olahan tembakau yang terbungkus, sejenis cerutu atau bentuk lainnya yang di hasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica* dan sejenisnya. sedangkan menurut Adi Tama asap rokok mengandung 4000 bahan kimia. Hasil ini sejalan dengan penelitian Yashinta Octavian, dkk (2015). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 11 responden (84,6%) sebagai perokok aktif dalam kategori tinggi, sebanyak 21 responden (77,8%) sebagai perokok aktif dalam kategori sedang dan sebanyak 10 responden (58,8%) sebagai perokok aktif dengan kategori rendah. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Irene Megawati Umbas, dkk (2019). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 31 responden (41,9%) sebagai

perokok aktif dengan kategori tinggi dan sebanyak 43 responden (58,1%) sebagai perokok aktif dengan kategori sedang..

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa sebagian besar perokok aktif dengan katagori sedang sebanyak 43 responden (58,1%). Penelitian ini menunjukkan bahwa perokok selalu ingin merokok saat cuaca dingin maupun panas, mulut mulai terasa asam dan jika tidak merokok responden merasa pusing.

B. Perokok Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pada puskesmas penebel 1 dari 125 responden menunjukkan bahwa perokok pasif dapat dibagi menjadi 3(tiga) katagori yaitu tinggi, sedang, rendah. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 89 responden (71,2%) sebagai perokok pasif dengan kategori tinggi, sebanyak 32 responden (25,6) sebagai perokok pasif dengan kategori sedang dan sebanyak 4 responden (3,2%) sebagai perokok pasif dengan kategori rendah.

Merokok adalah salah satu zat adiktif yang bila digunakan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu. Merokok adalah perilaku menghisap rokok yang diminati oleh banyak kaum laki-laki. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan ada lebih dari 1,1 miliar perokok di seluruh dunia, dengan lebih dari 80% dari anggota yang tinggal di negaranegara berpenghasilan rendah dan menengah. Terutama bermasalah adalah bahwa penggunaan tembakau, termasuk bentuk-bentuk penggunaan lain selain rokok, terus meningkat di kalangan remaja di banyak negara, dan cenderung membahayakan kemajuan dalam mengurangi penyakit kronis dan kematian yang berhubungan dengan tembakau (WHO, 2014). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Melda Erman, dkk (2021) didapatkan hasil dari 47 responden sebanyak 1 responden (2,1%) sebagai perokok pasif dengan katagori tinggi, sebanyak 38 responden (80,9%) sebagai perokok pasif dengan kategori sedang

dan sebanyak 8 responden (17,0%) sebagai perokok pasif dengan kategori rendah. Hasil ini sejalan dengan penelitian Irene Megawati Umbas, dkk (2019) didapatkan hasil 74 responden, sebanyak 43 responden (41,9) sebagai perokok pasif dengan katagori tinggi dan sebanyak 31 responden (58,1) sebagai perokok pasif dengan kategori sedang.

Berdasarkan penelitian maka hasil dapat disimpulkan sebanyak 89 responden (71,2%) sebagai perokok pasif dengan kategori tinggi. Jika semakin tinggi perokok pasif maka hipertensi akan semakin menurun. Maka perokok pasif mengenai hipertensi harus ditingkatkan Agar masyarakat yang datang ke puskesmas dapat mengetahui pencegahan hipertensi

C. Hubungan Perokok Aktif Terhadap Hipertensi Di Puskesmas penebel 1

Dari hasil analisa yang digunakan yaitu Spearman's Rho tentang hubungan perokok aktif dan pasif terhadap hipertensi di puskesmas penebel 1 didapat hasil p-value 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya terdapat hubungan antara perokok aktif dan pasif terhadap hipertensi. Berdasarkan nilai kekuatan korelasi (r) = 0,578 yang berarti hubungan kekuatan korelasi berarah positif artinya semakin tinggi perokok aktif semakin tinggi grade hipertensi.

Rokok adalah gulungan tembakau (kira-kira sebesar jari kelingking) yang dibungkus dun nimpah atau kertas (KBBI, 2016). Menurut PP. Ri. No. 109, 2012 rokok adalah produk tembakau yang penggunaannya dengan cara dibakar dan dihisap asapnya atau di hirup asapnya yang dihasilkan dari tanaman nocotiana, tabacum, nicotinia rustica dan spesies lainnya atau sintetis yang asapnya mengandung nikotin tanpa bahan tambahan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh weken, dkk (2015). Yang dilaksanakan di desa tandengan kecamatan eris mendapatkan nilai signifikan sebesar $p=0,004 < 0,05$ dimana nilai tersebut berarti terdapat hubungan antara kedua variabel yaitu

perokok aktif dan pasif terhadap hipertensi. hasil ini sejalan dengan penelitian Fatihyatun (2019). Yang dilaksanakan di desa tambar kabupaten jombang mendapat nilai signifikan sebesar $p=0,05 < 0,05$ dimana nilai tersebut berarti terdapat hubungan antara kedua variabel yaitu perokok aktif dan pasif terhadap hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang mendukung penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa perokok aktif dan pasif berpengaruh terhadap hipertensi. Dengan kata lain semakin tinggi perokok aktif dan pasif maka akan semakin meningkat grade hipertensi. Sehingga perokok aktif dapat dikurangi agar hipertensi dapat menurun.

D. Hubungan Perokok Pasif Terhadap Hipertensi Di Puskesmas penebel 1

Dari hasil analisa yang digunakan yaitu Spearman's Rho tentang hubungan perokok pasif terhadap hipertensi di puskesmas penebel 1 didapat hasil p-value 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya tidak terdapat hubungan antara perokok pasif terhadap hipertensi. Berdasarkan nilai kekuatan korelasi (r) = -0,243 yang berarti hubungan kekuatan korelasi berarah negatif artinya semakin tinggi perokok pasif semakin menurun grade hipertensi. Peneliti berasumsi bahwa semakin tinggi perokok pasif maka grade hipertensi akan semakin menurun.

Rokok adalah gulungan tembakau (kira-kira sebesar jari kelingking) yang dibungkus dun nimpah atau kertas (KBBI, 2016). Menurut PP. Ri. No. 109, 2012 rokok adalah produk tembakau yang penggunaannya dengan cara dibakar dan dihisap asapnya atau di hirup asapnya yang dihasilkan dari tanaman *nocotiana*, *tabacum*, *nicotinia rustica* dan spesies lainnya atau sintetis yang asapnya mengandung nikotin tanpa bahan tambahan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Syahraen, dkk (2022), yang dilaksanakan di Kota Parepare mendapatkan nilai signifikan sebesar ($p= 0,791$) dimana nilai tersebut berarti tidak terdapat hubungan antara perokok pasif

dengan hipertensi. Hasil ini sejalan dengan penelitian Yashinta Octavian Gita Setyanda, dkk (2015) yang dilaksanakan di Kota Padang mendapat nilai signifikan sebesar ($p=0,017$) dimana nilai tersebut berarti tidak terdapat hubungan antara perokok pasif dengan hipertensi.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang mendukung penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa perokok pasif berpengaruh terhadap hipertensi. Dengan kata lain semakin tinggi perokok pasif maka akan semakin menurun grade hipertensi dengan didapatkan nilai.

E. Keterbatasan penelitian

Adapun keterbatasan atau kesulitan yang dialami oleh peneliti dalam melakukan penelitian dari sejak penyusunan sampai terbentuknya skripsi ini yaitu :

1. Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian yang dihadapi peneliti. Keterbatasan yang dialami dalam penelitian ini adalah waktu pengumpulan data. Terdapat beberapa responden yang kurang paham saat pengisian yang di sebarakan melalui google form, pelaksanaan pengumpulan data direncanakan selama 1 bulan dan pada saat pengumpulan data terhalang libur nasional yaitu hari raya idul fitri dan keterlambata data yang di cari di puskesmas sehingga pengisian kuesioner menjadi terlambat.

BAB VII

KESIMPULAN

Pada bab ini menjelaskan semua hasil penelitian dan pembahasan tentang temuan-temuan penelitian yang telah di uraikan secara lengkap dalam bab sebelumnya, serta dibuatkan saran-saran sebagai tindakan penelitian ini.

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian Hubungan perokok pasif dan aktif terhadap hipertensi di Puskesmas Penebel 1 maka disimpulkan hasil sebagai berikut:

1. Berdasarkan penelitian pada Puskesmas Penebel 1 sebagian besar perokok aktif dengan katagaori yang tinggi sebanyak 34 (27,2%)
2. Berdasarkan penelitian pada Puskesmas Penebel 1 sebagian besar perokok pasif dengan katagori yang tinggi sebanyak 89 (71,2%)
3. Terdapat hubungan antara hubungan perokok aktif terhadap hipertensi, dengan mendapatkan nilai signifikan sebesar p-vaule 0,578 hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara perokok aktif dengan hipertensi.
4. Tidak terdapat hubungan anatara perokok pasif terhadap hipertensi, dengan mendapatkan nilai signifikan sebesar p-vaule 0,243 hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perokok pasif dengan hipertensi

B. Saran

Diharapkan bagi masyarakat dapat menghindari rokok dan untuk perokok aktif dapat dikurangi agar kejadian Hipertensi tidak tinggi, jika semakin rendah perokok pasif dan aktif maka hipertensi akan semakin menurun. Maka perokok pasif dan aktif

mengenai hipertensi harus hipertensi harus ditingkatkan Agar masyarakat yang datang ke puskesmas dapat mengetahui pencegahan hipertensi

DAFTAR PUSTAKA

- Bustan, M. N. (2007). *Epidemiologi : Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: PT. RINEKA CIPTA.
- Depkes RI. (2008). *Riset kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Depertemen Kesehatan RI.
- Fitriana, R., Lipocto, N. I., Triana, V. (2012). Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Remaja Diwilayah Kerja Puskesmas Rawat Inap Sidomulyo Kota Pekanbaru. *Jurnal Kkesehatan Masyarakat*, 7(1), 10-15.
- Iswahyuni, S. (2017). *Hubungan Antara Aktivitas Fisik dan Hipertensi Pada Lansia*. Jakarta: Penerbit Pustaka Nauli.
- Kabo, P. (2014). *Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Atau Proses Alamiah*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kemenkes RI. (2012). *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan. Volume 2. Semester 2*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Khairatunnisa., Sari, D. M. (2017) „Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Pasien Di Rsu H. Sahudin Kutacane Kabupaten Aceh Tenggara“, *Jurnal JUMANTIK*, 2(1), p. 60. Available at: file:///C:/Users/Acer ES1-132-C7SF/Downloads/962-2239-1-PB (1).pdf.
- Kurniati, A., Udiyono, A., Saraswati, L. D. (2012). Gambaran Kebiasaan Merokok dengan Profiltekanan Darah pada Mahasiswa Perokok Laki-laki Usia 18-22 Tahun (Studi Kasus di Fakultas Teknik Jurusan Geologi Universitas Diponegoro Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*, 1(2), 251-261.
- Mahmudah, S., Maryusman, T., Arini, F. A., Malkan, I. (2016). Hubungan Gaya Hidup dan Pola Makan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia di Kelurahan Sawangan Baru Kota Depok Tahun 2015. *Biomedika*, 8(2), 39- 47.
- Mukono, J. H. (2002). *Epidemiologi Lingkungan*. Surabaya: Pusat Penerbitan dan percetakan Unair.
- Pakpahan, H. A. (2014). *Yuk, Cegah dan Kenali Penyakit Jantung Koroner*. *PROFESI*, 14(2), 1-4.
- Putra, A. M. (2016). Analisis Faktor Risiko Hipertensi di Puskesmas Kelayan Timur Kota Banjarmasin. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina*, 1.No 2, 256- 264.

- Setyanda, Y. O., Demi, S., Lestari, Y. (2015). Hubungan Merokok dengan Kejadian Hipertensi pada Laki- Laki Usia 35-65 Tahun di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2), 434-440.
- Sobel, B. J. (1998). *Pedoman Klinis Diagnosis & Terapi Hipertensi*. Jakarta : Hipokrates.
- Suiraoaka, I. (2012). *Penyakit Degeneratif: Mengenal, Mencegah dan Mengurangi Faktor Risiko 9 Penyakit Degeneratif*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tirtosastro, S. & Murdiyati, A. S. 2010. Kandungan Kimia Tembakau dan Rokok. *Buletin Tanaman Tembakau, Serat dan Minyak Industri*, 2: 33-43.

LEMBAR INFORMASI RESPONDEN

Judul Penelitian : Hubungan perokok pada perokok aktif dan pasif terhadap hipertensi di Puskesmas Penebel 1.

Nama Peneliti : Ni Wayan Wanda Pradnyawati

Pekerjaan : Mahasiswi ITEKES Bali

Alamat Kampus : Jalan Tukad Balian No. 180 Renon, Denpasar-Bali

Alamat Rumah : Br. Penatahan Kaja, Desa Penatahan , Penebel, Tabanan.

No. Telp Kampus : (0361)8956208

No. Telp Peneliti : 081329755173

Email : pradnya.wand99@gmail.com

Anda akan saya ikut sertakan dalam sebuah penelitian saya dengan judul Hubungan Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1. Sebelum anda menyetujui untuk ikut serta, saya akan memberikan informasi yang penting mengenai penelitian ini. Saya mohon sedikit waktu anda untuk membaca informasi berikut dengan seksama dan anda dapat menghubungi saya pada nomor telepon di atas apabila terdapat pertanyaan atau pernyataan yang ingin segera anda ketahui.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1. Saya sudah mendapat izin untuk melakukan rencana penelitian ini dari Ketua Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali. Anda akan diikutsertakan dalam penelitian ini karena sesuai dengan kriteria penelitian. Hasil penelitian ini dapat mengetahui Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1 . Setelah anda mengerti tentang informasi yang

diberikan dan bersedia menandatangani surat persetujuan menjadi responden, saya akan meminta anda untuk mengisi kuesioner Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1. Saya memberikan waktu untuk mengisi *form* tidak lebih dari 15 menit. Pada saat pengisian diharapkan mengisi secara lengkap, namun khusus untuk pengisian nama, anda cukup menuliskan inisial nama anda pada lampiran kuesioner untuk menjaga kerahasiaan dalam penelitian ini. Data ini akan saya simpan dalam dokumen terkunci dan hanya saya sebagai peneliti yang dapat mengaksesnya.

Demikian informasi ini saya sampaikan atas perhatian, kerjasama dan kesediaanya saya mengucapkan terima kasih.

Denpasar,.....2022

Peneliti



Ni Wayan Wanda Pradnyawati

NIM 17C10134

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada:

Yth. Sodara calon responden penelitian
di Desa Penebel.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ni Wayan Wanda Pradnyawati

NIM : 17C10134

Pekerjaan : Mahasiswi Semester VII Program Studi Ilmu
Keperawatan ITEKES Bali

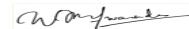
Alamat : Br. Penatahan Kaja, Desa Penatahan,
Penebel , Tabanan

Bersama ini saya mengajukan permohonan kepada saudara untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian saya yang berjudul “Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1”, yang pengumpulan data dilaksanakan pada bulan November 2020. Adapun dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1”

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas perhatian, kerjasama dan kesediaannya saya mengucapkan terima kasih.

Denpasar, Januari 2022

Peneliti



Ni wayan Wanda Pradnyawati

NIM 17C10134

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Setelah membaca Lembar Permohonan Menjadi Responden yang diajukan oleh Ni Wayan Wanda Pradnyawati, Mahasiswa semester VII Program Studi Ilmu Keperawatan ITEKES Bali, yang penelitiannya berjudul “Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1, maka dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut, secara suka rela dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

Demikian persetujuan ini saya berikan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar,
Responden

.....

Lampiran 5

KISI-KISI KUESIONER

Hubungan perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Puskesmas Penebel 1

	Variabel	No Pertanyaan	Jumlah
1	Perokok Aktif	1-9	9
2	Perokok Pasif	1-10	10

Lampiran 6

KUESIONER PENELITIAN

KUESIONER TENTANG HUBUNGAN PEROKOK AKTIF DAN PASIF TERHADAP HIPERTENSI

TAHUN 2022

KODE RESPONDEN : _____ (diisi oleh
peneliti)

PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER:

1. Bacalah petunjuk dibawah ini dengan teliti
2. Responden telah membaca dan mengisi lembar persetujuan menjadi responden. Berikan tanda (√) pada kolom yang telah disediakan.
3. Untuk nama ditulis oleh responden dan nama hanya ditulis 2 abjad atau “inisial” (contoh: wanda pradnyawati, ditulis menjadi “WP”)
4. Peneliti menjamin kerahasiaan identitas yang diberikan responden.

A. Data Umum

1. Nama (inisial) : (Diisi oleh responden)
2. Jenis Kelamin : Laki-Laki
 Perempuan
3. Umur : _____
4. Kelas : _____
5. Alamat : _____
6. Keterangan:
 - i. Selalu
 - ii. Sering
 - iii. Kadang- kadang
 - iv. Tidak pernah

1. KUISIONER PEROKOK AKTIF

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saya merokok, terutama saat merasa cemas/gelisah/jenuh/kesal.				
2.	Saya merokok, baik saat merasa gelisah ataupun tenang.				
3.	Saya merokok jika mulut saya terasa asam.				
4.	Saya merokok, kapanpun saya mau.				
5.	Saya merasa pusing jika tidak merokok dalam satu hari.				
6.	Saya merokok, baik saat cuaca dingin maupun panas.				
7.	Saya merokok, terutama setelah makan.				
8.	Saya merokok saat cuaca dingin.				
9.	Saya menghabiskan beberapa batang rokok setiap hari				

KUISIONER PEROKOK PASIF

Pilihlah jawaban yang anda anggap benar dengan memilih (YA) atau (TIDAK) pada pilihan jawaban anda

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Perokok pasif adalah orang yang merokok dan juga menghirup asap rokok.		
2.	Perokok pasif adalah orang yang tidak merokok tetapi terpaksa menghirup asap rokok dari orang yang merokok.		
3.	Asap rokok mengandung banyak zat kimia berbahaya penyebab kanker dan penyakit-penyakit lain.		
4.	Menghirup asap rokok lebih berbahaya daripada merokok secara langsung.		
5.	racun utama yang terkandung dalam rokok adalah nikotin , tar dan akrolein		
6.	kandungan dalam rokok yang menyebabkan kanker adalah karbonmonksida		
7.	jika berada dalam satu ruangan dengan orang yang merokok , apakah anda akan keluar dari ruangan tersebut atau tidak		
8.	Apakah Anda mempunyai keinginan untuk merokok setelah melihat iklan rokok?		
9.	salah satu bahaya dari merokok adalah radang tenggorokan		

10	lebih berbahaya menghirup rokok secara langsung dari pada terhirup asap yang ditimbulkan perokok		
----	--	--	--


KUISIONER HIPERTENSI

Pilih salah satu jawaban yang Bapak yakini paling benar dengan memberikan tanda ceklist (✓) : Keterangan: STS = Sangat Tidak Setuju TS = Tidak Setuju S = Setuju SS = Sangat Setuju

NO	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1.	Saya merasa pusing jika tekanan darah saya tinggi				
2.	Ketika saya merasa pusing saya minum obat				
3.	Obat yang saya konsumsi yaitu obat yang harganya terjangkau				
4.	Saya menyukai dan meminum minuman beralkohol				
5.	Saya melakukan jenis jalan santai /jogging/gerak-gerak badan sampai berkeringat				
6.	Merokok dapat memicu terjadinya hipertensi				

7.	Kebiasaan merokok dan minuman beralkohol dapat mengakibatkan hipertensi				
8.	Saya jadi kurang tidur				
9.	Saya sering sulit tidur				
10.	Saya sering merasa sakit kepala				

Lampiran 7


PEMERINTAH KABUPATEN TABANAN
DINAS KESEHATAN
JALAN GUNUNG AGUNG NOMOR 82, TABANAN, TELEPON : (0361) 811419
Website: <http://dikes.tabanankab.go.id> dan Email: dikes@tabanankab.go.id

Nomor : 071/625/Dikes
Lampiran : -
Hal : Pengumpulan Data Awal

Kepada :
Ketua ITEKES BALI
di Tempat


Berdasarkan surat saudara tertanggal 27 April 2022, Nomor :DL.02.02.1796 TU.IV.2022 , perihal permohonan Studi Pendahuluan:

Nama : Ni Wayan Winda Pradnyawati
Nim : 17C10134
Judul Studi Pendahuluan : Hubungan Perokok Aktif dan Pasif Terhadap Hipertensi di Desa Penebel

Maka bersama ini disampaikan bahwa hanya diperbolehkan mengumpulkan data pendahuluan (awal), sedangkan jika sudah melakukan penelitian /survei/ maka diharapkan saudara dapat melengkapi administrasi tentang Ijin Penelitian/Survei/Magang, dsb.

Demikian untuk digunakan seperlunya dan atas kerjasamanya diucapkan terimakasih.


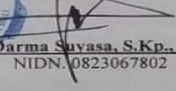
Tabanan, 09 Mei 2021
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Tabanan


dr. Nyoman Susila, M.Kes
Pembina Utama Muda IV-c
NIP. 19630222 198903 1 008

TEMBUSAN disampaikan kepada Yth.

1. Ka. UPTD Puskesmas Penebel I Tabanan
2. Yang bersangkutan
3. Arsip.

Lampiran 8

	<p>YAYASAN PENYELENGGARA PENDIDIKAN LATIHAN DAN PELAYANAN KESEHATAN BALI INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI (ITEKES BALI) Ijin No. 197/KPT/I/2019 Tanggal 14 Maret 2019 Kampus I: Jalan Tukad Pakersan No. 90, Panjer, Denpasar, Bali. Telp. 0361-221795, Fax. 0361-256937 Kampus II: Jalan Tukad Balian No. 180, Renon, Denpasar, Bali. Telp. 0361-8956208, Fax. 0361-8956210 Website: http://www.itekes-bali.ac.id</p>
<hr/>	
Nomor : DL.02.02.1441.TU.III.2022	Denpasar, 21 Maret 2022
Sifat : Penting	Kepada:
Lampiran : I (gabung)	Yth. Kepala Puskesmas Penebel
Hal : Permohonan Data	di
	Tempat
<p>Dengan hormat,</p> <p>Dalam rangka memenuhi tugas akhir bagi mahasiswa tingkat IV / semester VII Program Studi Sarjana Keperawatan ITEKES Bali, maka mahasiswa yang bersangkutan diharuskan untuk melaksanakan penelitian.</p> <p>Adapun mahasiswa yang akan melakukan penelitian tersebut atas nama:</p> <p>Nama : Ni Wayan Wanda Pradnyawati NIM : 17C10134 Tempat/Tanggal Lahir : Penatahan, 11 November 1999 Alamat : Banjar Penatahan Kaja, Desa Penatahan, Penebel, Tabanan. Judul Penelitian : Hubungan Perokok Aktif dan Pasif terhadap Hipertensi di Desa Penebel Tempat Penelitian : Puskesmas Penebel Data yang diperlukan : Informasi mengenai jumlah perokok aktif dan pasif terhadap hipertensi di desa Penebel.</p> <p>Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik selama ini kami mengucapkan terima kasih.</p>	
	 Institut Teknologi Dan Kesehatan (ITEKES) Bali Rektor I Gede Puta Darma Suwasa, S.Kp., M.Ng., Ph.D NIDN. 0823067802
<p><u>Tembusan disampaikan kepada Yth :</u> 1 Ketua YPPI PK Bali di Denpasar</p>	

Lampiran 11

Statistics

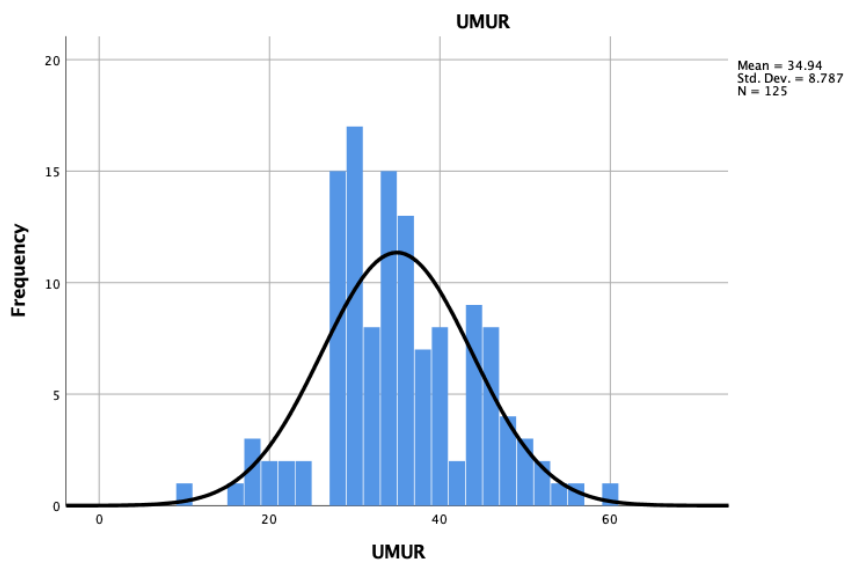
		UMUR	PEROKOK AKTIF	PEROKOK PASIF	HIPERTENSI
N	Valid	125	125	125	125
	Missing	0	0	0	0
Mean		34.94	1.84	1.32	1.95
Std. Error of Mean		.786	.054	.048	.034
Median		34.00	2.00	1.00	2.00
Mode		30	2	1	2
Std. Deviation		8.787	.601	.533	.378
Variance		77.215	.361	.284	.143
Skewness		.128	.076	1.415	-.522
Std. Error of Skewness		.217	.217	.217	.217
Kurtosis		.229	-.329	1.090	4.018
Std. Error of Kurtosis		.430	.430	.430	.430
Minimum		10	1	1	1
Maximum		60	3	3	3

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10	1	.8	.8	.8
	15	1	.8	.8	1.6
	17	1	.8	.8	2.4

18	2	1.6	1.6	4.0
20	2	1.6	1.6	5.6
21	1	.8	.8	6.4
22	1	.8	.8	7.2
23	2	1.6	1.6	8.8
27	10	8.0	8.0	16.8
28	5	4.0	4.0	20.8
29	5	4.0	4.0	24.8
30	12	9.6	9.6	34.4
31	3	2.4	2.4	36.8
32	5	4.0	4.0	40.8
33	9	7.2	7.2	48.0
34	6	4.8	4.8	52.8
35	5	4.0	4.0	56.8
36	8	6.4	6.4	63.2
37	3	2.4	2.4	65.6
38	4	3.2	3.2	68.8
39	3	2.4	2.4	71.2
40	5	4.0	4.0	75.2
41	1	.8	.8	76.0
42	1	.8	.8	76.8
43	3	2.4	2.4	79.2
44	6	4.8	4.8	84.0
45	8	6.4	6.4	90.4

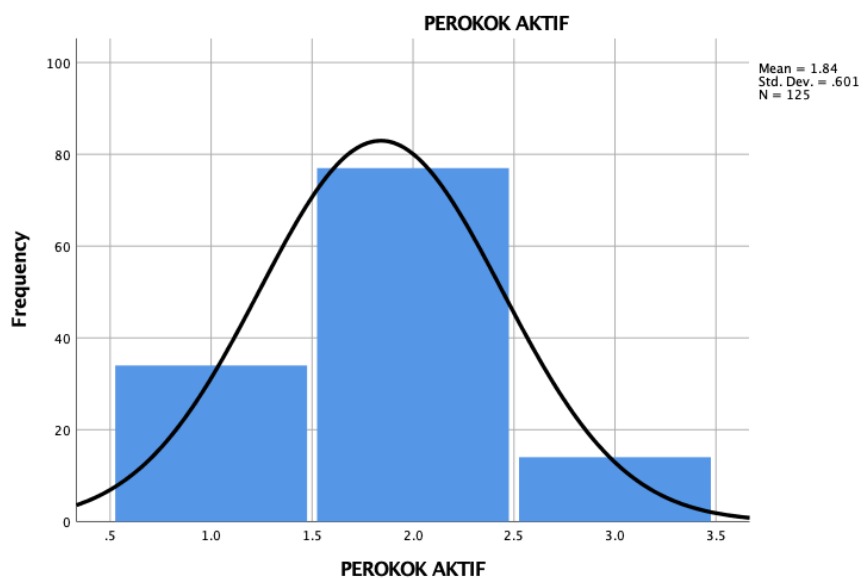
48	4	3.2	3.2	93.6
49	1	.8	.8	94.4
50	2	1.6	1.6	96.0
51	1	.8	.8	96.8
52	1	.8	.8	97.6
54	1	.8	.8	98.4
55	1	.8	.8	99.2
60	1	.8	.8	100.0
Total	125	100.0	100.0	



PEROKOK AKTIF

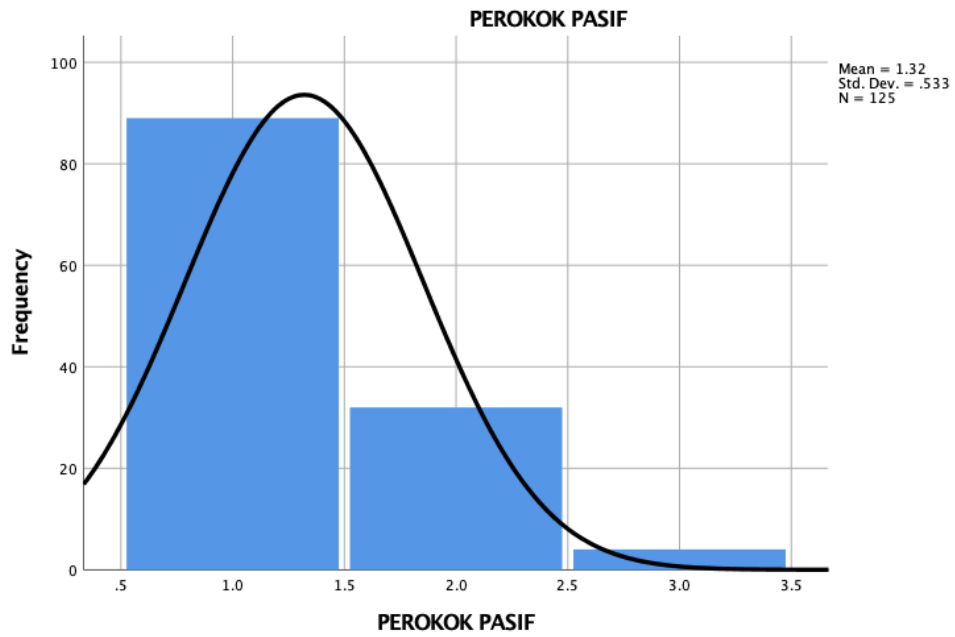
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TINGGI	34	27.2	27.2	27.2
	SEDANG	77	61.6	61.6	88.8

RENDAH	14	11.2	11.2	100.0
Total	125	100.0	100.0	



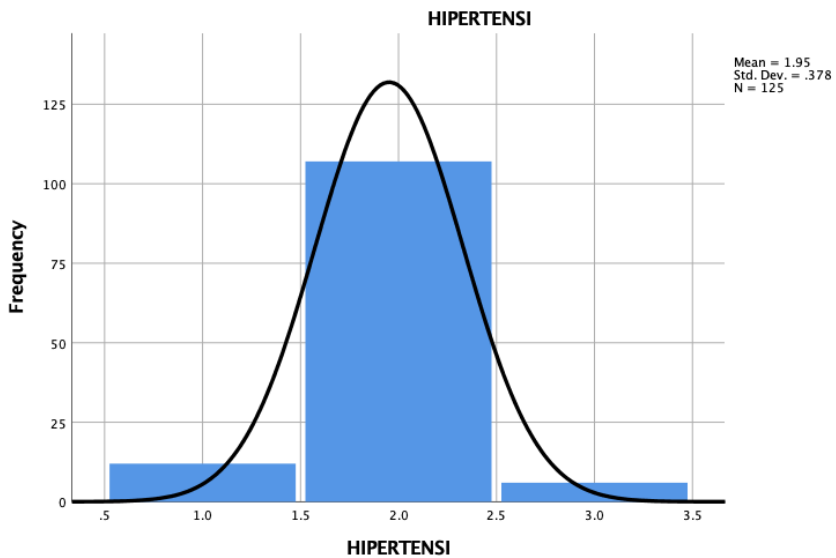
PEROKOK PASIF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TINGGI	89	71.2	71.2	71.2
	SEDANG	32	25.6	25.6	96.8
	RENDAH	4	3.2	3.2	100.0
	Total	125	100.0	100.0	



HIPERTENSI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TINGGI	12	9.6	9.6	9.6
	SEDANG	107	85.6	85.6	95.2
	RENDAH	6	4.8	4.8	100.0
Total		125	100.0	100.0	



Tests of Normality

HIPERTENSI	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
PEROKOK AKTIF	TINGGI	.209	12	.153	.824	12	.018
	SEDANG	.349	107	.000	.744	107	.000
	RENDAH	.492	6	.000	.496	6	.000
PEROKOK PASIF	TINGGI	.499	12	.000	.465	12	.000
	SEDANG	.450	107	.000	.586	107	.000
	RENDAH	.254	6	.200*	.866	6	.212

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Karena data tidak berdistribusi normal, maka akan di lakukan uji korelasi dengan spearman rho

Correlations

			PEROKOK AKTIF	HIPERTENSI
Spearman's rho	PEROKOK AKTIF	Correlation Coefficient	1.000	.243**
		Sig. (2-tailed)	.	.006
		N	125	125
	HIPERTENSI	Correlation Coefficient	.243**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.006	.
		N	125	125

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Berdasarkan uji spearman rho di atas di dapatkan bahwa nilai sig. > 0.05 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada korelasi antara perokok aktif dan hipertensi.

Correlations

			HIPERTENSI	PEROKOK PASIF
Spearman's rho	HIPERTENSI	Correlation Coefficient	1.000	.578**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	125	125
	PEROKOK PASIF	Correlation Coefficient	.578**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	125	125

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Berdasarkan uji spearman rho di atas di dapatkan bahwa nilai sig. < 0.05 maka dapat disimpulkan bahwa terdapat korelasi antara perokok Pasif dan hipertensi.

HASIL ANALISA DATA SETIAP PERTANYAAN

PEROKOK AKTIF

Statistics

		PA1	PA2	PA3	PA4	PA5	PA6	PA7	PA8	PA9
N	Valid	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2.98	2.83	2.77	2.82	2.72	2.79	2.79	2.79	2.80
Std. Error of Mean		.083	.077	.079	.070	.078	.076	.073	.074	.072
Median		3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Mode		3	3	3	3	3	3	3	3	3
Std. Deviation		.924	.859	.881	.787	.876	.845	.816	.826	.803
Variance		.855	.738	.776	.619	.768	.714	.666	.682	.645

Skewness		-.653	-.521	-.532	-.468	-.588	-.564	-.593	-.467	-.380
Std. Error of Skewness	of	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217
Kurtosis		-.364	-.207	-.289	.035	-.240	-.086	.086	-.144	-.178
Std. Error of Kurtosis		.430	.430	.430	.430	.430	.430	.430	.430	.430
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4	4	4

PA1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	11	8.8	8.8	8.8
	Kadang - Kadang	21	16.8	16.8	25.6
	Sering	52	41.6	41.6	67.2
	Selalu	41	32.8	32.8	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PA2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	11	8.8	8.8	8.8
	Kadang - Kadang	25	20.0	20.0	28.8
	Sering	63	50.4	50.4	79.2
	Selalu	26	20.8	20.8	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PA3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	14	11.2	11.2	11.2
	Kadang - Kadang	24	19.2	19.2	30.4
	Sering	64	51.2	51.2	81.6
	Selalu	23	18.4	18.4	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PA4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	8	6.4	6.4	6.4
	Kadang - Kadang	28	22.4	22.4	28.8
	Sering	68	54.4	54.4	83.2
	Selalu	21	16.8	16.8	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PA5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	16	12.8	12.8	12.8
	Kadang - Kadang	22	17.6	17.6	30.4
	Sering	68	54.4	54.4	84.8
	Selalu	19	15.2	15.2	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PA6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	12	9.6	9.6	9.6
	Kadang - Kadang	24	19.2	19.2	28.8
	Sering	67	53.6	53.6	82.4
	Selalu	22	17.6	17.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PA7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	11	8.8	8.8	8.8
	Kadang - Kadang	24	19.2	19.2	28.0
	Sering	70	56.0	56.0	84.0
	Selalu	20	16.0	16.0	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PA8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	10	8.0	8.0	8.0
	Kadang - Kadang	28	22.4	22.4	30.4
	Sering	65	52.0	52.0	82.4
	Selalu	22	17.6	17.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PA9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	8	6.4	6.4	6.4
	Kadang - Kadang	31	24.8	24.8	31.2
	Sering	64	51.2	51.2	82.4
	Selalu	22	17.6	17.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PEROKOK PASIF**Statistics**

		PP1	PP2	PP3	PP4	PP5	PP6	PP7	PP8	PP9	PP10
N	Valid	125	125	125	125	124	125	125	125	125	125
	Missing	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Mean		.74	.89	.86	.84	.83	.72	.76	.76	.82	.80
Std. Error of Mean		.040	.028	.032	.033	.034	.040	.038	.038	.034	.036
Median		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mode		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Std. Deviation		.443	.317	.353	.368	.377	.451	.429	.429	.382	.402
Variance		.196	.100	.124	.135	.142	.203	.184	.184	.146	.161
Skewness		-1.084	-2.491	-2.053	-1.877	-1.785	-.992	-1.232	-1.232	-1.722	-1.518
Std. Error of Skewness		.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217
Kurtosis		-.839	4.271	2.249	1.549	1.205	-1.033	-.489	-.489	.982	.310

Std. Error of Kurtosis	.430	.430	.430	.430	.431	.430	.430	.430	.430	.430
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

PP1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	33	26.4	26.4	26.4
	YA	92	73.6	73.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PP2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	14	11.2	11.2	11.2
	YA	111	88.8	88.8	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PP3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	18	14.4	14.4	14.4
	YA	107	85.6	85.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PP4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	20	16.0	16.0	16.0
	YA	105	84.0	84.0	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PP5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	21	16.8	16.9	16.9
	YA	103	82.4	83.1	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

PP6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	35	28.0	28.0	28.0
	YA	90	72.0	72.0	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PP7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	30	24.0	24.0	24.0
	YA	95	76.0	76.0	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PP8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	30	24.0	24.0	24.0
	YA	95	76.0	76.0	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PP9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	22	17.6	17.6	17.6
	YA	103	82.4	82.4	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

PP10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	25	20.0	20.0	20.0
	YA	100	80.0	80.0	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

Statistics

		H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10
N	Valid	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2.70	2.79	2.84	2.90	2.82	2.93	2.90	2.83	2.93	2.87
Std. Error of Mean		.065	.058	.057	.061	.057	.055	.053	.059	.058	.058
Median		3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Mode		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Std. Deviation		.730	.651	.640	.677	.636	.611	.593	.657	.650	.647
Variance		.533	.424	.410	.458	.404	.374	.352	.431	.422	.419
Skewness		-1.120	-1.189	-1.347	-1.307	-1.175	-1.038	-1.148	-1.374	-1.184	-1.323
Std. Error of Skewness		.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217	.217
Kurtosis		.937	1.951	2.702	2.718	2.241	2.815	3.073	2.568	2.812	2.830
Std. Error of Kurtosis		.430	.430	.430	.430	.430	.430	.430	.430	.430	.430
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

HIPERTENSI

H1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	13	10.4	10.4	10.4
	Tidak Setuju	18	14.4	14.4	24.8
	Setuju	87	69.6	69.6	94.4

	Sangat Setuju	7	5.6	5.6	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

H2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	8	6.4	6.4	6.4
	Tidak Setuju	18	14.4	14.4	20.8
	Setuju	91	72.8	72.8	93.6
	Sangat Setuju	8	6.4	6.4	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

H3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	8	6.4	6.4	6.4
	Tidak Setuju	13	10.4	10.4	16.8
	Setuju	95	76.0	76.0	92.8
	Sangat Setuju	9	7.2	7.2	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

H4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	9	7.2	7.2	7.2
	Tidak Setuju	8	6.4	6.4	13.6

	Setuju	94	75.2	75.2	88.8
	Sangat Setuju	14	11.2	11.2	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

H5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	7	5.6	5.6	5.6
	Tidak Setuju	17	13.6	13.6	19.2
	Setuju	92	73.6	73.6	92.8
	Sangat Setuju	9	7.2	7.2	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

H6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	5	4.0	4.0	4.0
	Tidak Setuju	13	10.4	10.4	14.4
	Setuju	93	74.4	74.4	88.8
	Sangat Setuju	14	11.2	11.2	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

H7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	5	4.0	4.0	4.0

Tidak Setuju	14	11.2	11.2	15.2
Setuju	95	76.0	76.0	91.2
Sangat Setuju	11	8.8	8.8	100.0
Total	125	100.0	100.0	

H8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	9	7.2	7.2	7.2
	Tidak Setuju	12	9.6	9.6	16.8
	Setuju	95	76.0	76.0	92.8
	Sangat Setuju	9	7.2	7.2	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

H9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	7	5.6	5.6	5.6
	Tidak Setuju	10	8.0	8.0	13.6
	Setuju	93	74.4	74.4	88.0
	Sangat Setuju	15	12.0	12.0	100.0
	Total	125	100.0	100.0	

H10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat Tidak Setuju	8	6.4	6.4	6.4
	Tidak Setuju	11	8.8	8.8	15.2
	Setuju	95	76.0	76.0	91.2
	Sangat Setuju	11	8.8	8.8	100.0
	Total	125	100.0	100.0	