



**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN
PERILAKU PENCEGAHAN KOMPLIKASI STROKE PADA
PENDERITA HIPERTENSI USIA \leq 45 TAHUN DI
PUSKESMAS NGEEMPLAK SIMONGAN KOTA SEMARANG**

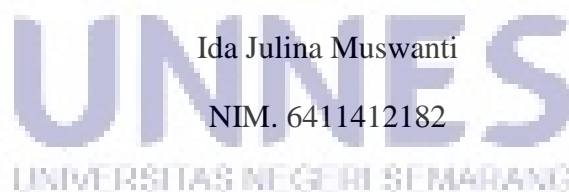
SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Ida Julina Muswanti

NIM. 6411412182



JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

2016

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Keolahragaan

Universitas Negeri Semarang

Agustus 2016

ABSTRAK

Ida Julina Muswanti

Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Komplikasi Stroke pada Penderita Hipertensi Usia ≤ 45 Tahun di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang

XV +119 halaman + 13 tabel + 5 gambar + 9 lampiran

Hipertensi atau darah tinggi merupakan penyakit yang dapat meningkatkan resiko stroke 2-4 kali lipat. Permasalahan yang timbul adalah apakah ada hubungan antara pengetahuan dan sikap terhadap perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang. Metode Penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain penelitian survey analitik dan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling* dengan jumlah sampel 66 orang. Dari hasil penelitian pengetahuan responden sebagian besar dalam kategori baik yakni sebanyak 31 responden (47%). Kategori sikap positif dan negatif responden memiliki jumlah yang sama yakni masing-masing 33 responden (50%). Perilaku responden sebagian besar masih kurang baik yakni sebanyak 49 responden (74,2%). Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun ($p=0,003$) dan ($p=0,005$). Saran tetap menjaga kesehatan dengan berperilaku hidup sehat agar terhindar dari penyakit degeneratif.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Perilaku, Stroke, Hipertensi

Public Health Science Department

Faculty of Sport Science

Semarang State University

August 2016

ABSTRACT

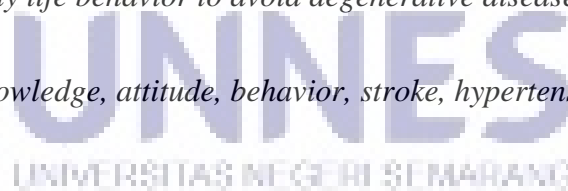
Ida Julina Muswanti

Association between Knowledge and Attitude with Practice of Stroke Hypertension Patients \leq 45 Years Old in Puskesmas Ngeplak Simongan Semarang City

XV +119 pages+ 13 tables + 5 images + 9 attachments

Hypertension or high blood pressure is a disease that can increase risk of stroke 2-4 times. The problem that arises is whether there is association between knowledge and attitude with practice of stroke hypertension patients \leq 45 years old in Puskesmas Ngeplak Simongan Semarang City. Methods of study was a quantitative research design and analytic survey using cross sectional approach. The study using simple random sampling technique with a sample of 66 people. The results of study is the most of respondent's knowledge in good categories is 31 respondents (47%). Category of positive and negative attitudes respondent had equal quantity that each of the 33 respondents (50%). The behavior of respondents mostly been not good that is 49 respondents (74,2%). There was a significant correlation between knowledge and attitude with behavior of prevention to stroke in hypertensive aged \leq 45 years ($p = 0.003$) and ($p = 0.005$). Suggestions maintain health by healthy life behavior to avoid degenerative disease.

Keywords : *knowledge, attitude, behavior, stroke, hypertension*



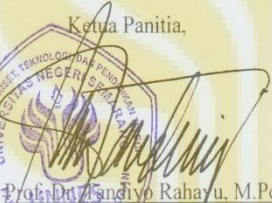
PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Ida Julina Muswanti, NIM: 6411412182, dengan judul "Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Komplikasi Stroke pada Penderita Hipertensi Usia \leq 45 Tahun di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang"

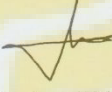
Pada hari : Selasa
Tanggal : 16 Agustus 2016

Panitia Ujian

Ketua Panitia,


Prof. Dr. Fandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Sekretaris,


Drs. Bambang Wahyono, M.Kes
NIP. 196006101987031002

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji 1. Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes.
(Penguji 1) NIP. 198205182012121002

15/8-2016

Anggota Penguji 2. Galuh Nita Praneswari, S.KM., M.Si.
(Penguji 2) NIP. 198006132008122002

21/8-2016

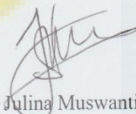
Anggota Penguji 3. Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes.
(Penguji 3) NIP. 197607192008121002

26/8-2016

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka.

Semarang, Agustus 2016


Ida Julina Muswanti

NIM.6411412182



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

“ Kesuksesan hanya dapat diraih dengan segala upaya dan usaha yang disertai dengan doa, karena sesungguhnya nasib seseorang manusia tidak akan berubah tanpa berusaha ”

“ Look at the sky and you will be alright ”

Persembahan

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT saya persembahkan Skripsi ini untuk :

1. Kedua orang tua saya Papa Edy Iswanto dan Mama Muslichah yang tercinta.
2. Kakak saya, Iva Agustina Muswanti atas doa-doanya.
3. Sahabat-sahabat yang selalu ada untuk menyemangatiku.
4. Almamaterku UNNES.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Komplikasi Stroke pada Penderita Hipertensi Usia \leq 45 Tahun di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas akhir mata kuliah skripsi. Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang
3. Bapak Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Skripsi, atas bimbingan, saran, dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Penguji I, Bapak Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes, atas arahan dan bimbingannya dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Penguji II Ibu Galuh Nita Prameswari, S.KM., M.Si, atas arahan dan bimbingannya dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang, atas izin yang telah diberikan agar terselesaikannya skripsi ini.
7. Kepala Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang yang telah memberikan persetujuan penelitian.

8. Kepala Kelurahan Ngemplak Simongan dan Kelurahan Bongsari yang memberikan persetujuan penelitian
9. Para penderita hipertensi yang berobat di Puskesmas Ngemplak Simongan Semarang, yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti.
10. Kedua orang tuaku tercinta, Papa Edy Iswanto dan Mama Muslichah atas segala perhatian, dukungan moral maupun materil, serta motivasi yang sungguh berarti bagi peneliti, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
11. Kakakku tercinta Iva Agustina Muswanti atas semangat, dukungan doa, dan kasih sayang yang selama ini diberikan.
12. Sahabat-sahabatku tersayang Anis Fitriani, Nurur Rosida, Anisah Ayu S, M.Tazyinul, Abdi, Aldi atas kebersamaan, semangat, dan motivasi yang telah diberikan dalam penyelesaian skripsi ini.
13. Seluruh Teman-teman IKM angkatan 2012 atas kebersamaan dan semangat selama di bangku perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.
14. Semua pihak yang terlibat dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini. Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan.

Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan. Atas saran dan Masukan yang diberikan, penulis mengucapkan terimakasih.

Semarang, Agustus 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan	6
1.4 Manfaat	7
1.5 Keaslian Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	9
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	9
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	10
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan	10

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Landasan Teori.....	11
2.1.1 Hipertensi.....	11
2.1.1.1 Pengertian	11
2.1.1.2 Patofisiologi	12
2.1.1.3 Jenis Hipertensi	12
2.1.1.4 Penyebab dan Faktor Resiko Hipertensi	13
2.1.1.5 Pencegahan Hipertensi	15
2.1.1.6 Komplikasi Hipertensi	16
2.1.2 Stroke.....	19
2.1.2.1 Pengertian Stroke	19
2.1.2.2 Pencegahan Stroke atau Pengendalian Hipertensi	19
2.1.3 Pengetahuan	24
2.1.3.1 Pengertian Pengetahuan	24
2.1.3.2 Tingkat Pengetahuan.....	25
2.1.3.3 Cara Pengukuran Pengetahuan	27
2.1.4 Sikap	27
2.1.4.1 Pengertian Sikap	27
2.1.4.2 Komponen Sikap.....	28
2.1.4.3 Karakteristik Sikap.....	28
2.1.4.4 Fungsi Sikap.....	28
2.1.4.5 Tingkatan Sikap	29
2.1.4.6 Pengukuran Sikap	30

2.1.5 Perilaku	30
2.1.5.1 Batasan Perilaku.....	30
2.1.5.2 Pembentukan Perilaku	32
2.1.5.3 Perilaku Kesehatan.....	32
2.1.6 Teori Lawrence Green	34
2.2 Kerangka Teori.....	41
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	42
3.1 Kerangka Konsep	42
3.2 Variabel Penelitian	42
3.2.1 Variabel Bebas	43
3.2.2 Variabel terikat	43
3.2.3 Variabel Perancu	43
3.3 Hipotesis Penelitian.....	43
3.4 Definisi Operasional.....	44
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	46
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian	47
3.6.1 Populasi Penelitian	47
3.6.2 Sampel Penelitian	47
3.7 Sumber Data Penelitian.....	49
3.7.1 Data Primer.....	48
3.7.2 Data Sekunder	48
3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	49
3.8.1 Instrumen Penelitian.....	49

3.8.2 Teknik Pengambilan Data	50
3.9 Prosedur Penelitian.....	51
3.10 Teknik Analisis Data.....	52
3.11 Uji Normalitas Data	53
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	55
4.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian	55
4.2 Hasil Penelitian	57
BAB V PEMBAHASAN	64
5.1 Pembahasan.....	64
5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	70
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	72
6.1 Simpulan	72
6.2. Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN.....	79



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	44
Tabel 3.2 Uji Normalitas data sikap responden.....	54
Tabel 3.3 Uji Normalitas data perilaku responden.....	54
Tabel 4.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.....	56
Tabel 4.2 Distribusi responden berdasarkan umur.....	56
Tabel 4.3 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan terakhir.....	57
Tabel 4.4 Distribusi tingkat pengetahuan pencegahan stroke	57
Tabel 4.5 Distribusi sikap responden tentang pencegahan stroke.....	58
Tabel 4.6 Distribusi perilaku responden mengenai pencegahan stroke.....	58
Tabel 4.7 Distribusi perilaku responden dalam mengurangi resiko komplikasi stroke.....	59
Tabel 4.8 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Stroke.....	62
Tabel 4.9 Hubungan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Stroke.....	63

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

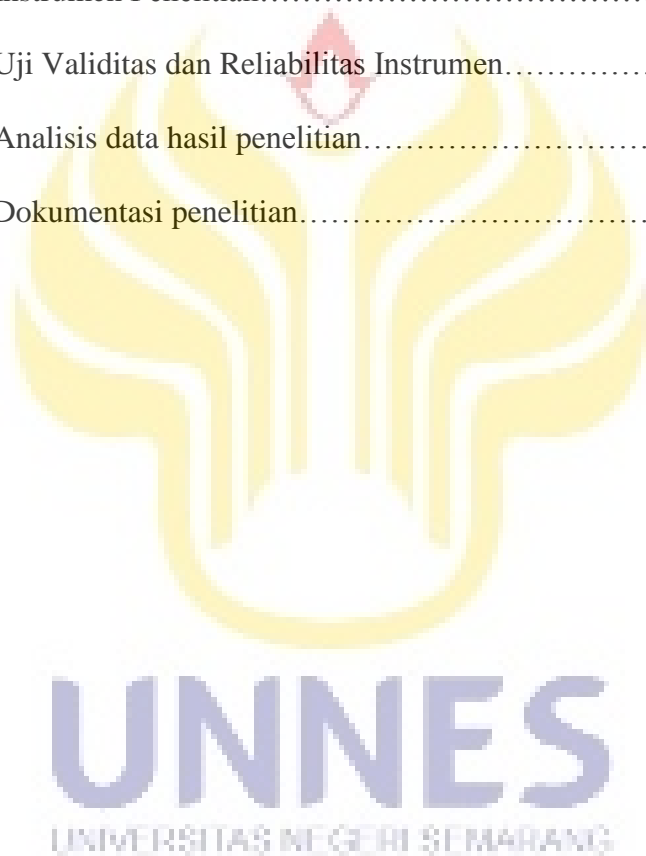
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Precede-Proceed models.....	35
Gambar 2.2 Categories of factors contributing to health behavior.....	39
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	41
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	42
Gambar 4.1 Wilayah Kerja Puskesmas Ngemplak Simongan.....	55



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Tugas Pembimbing.....	79
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian.....	80
Lampiran 3 Surat keterangan telah melakukan penelitian.....	86
Lampiran 4 Daftar data responden.....	88
Lampiran 5 Instrumen Penelitian.....	91
Lampiran 6 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	95
Lampiran 7 Analisis data hasil penelitian.....	106
Lampiran 8 Dokumentasi penelitian.....	117



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Junaidi, 2011:18). Masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting dan mendesak, karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia terbanyak di Asia. Jumlah penderita stroke dengan rata-rata berusia 60 tahun ke atas berada di urutan kedua terbanyak di Asia, sedangkan usia 15-59 tahun berada di urutan ke lima terbanyak di Asia (Yayasan Stroke Indonesia, 2010). Jumlah penderita stroke mencapai 8,3 per 100 populasi di Indonesia dengan populasi sekitar 211 juta jiwa, berarti terdapat sekitar 1,7 juta penderita stroke di Indonesia (Depkes, 2007).

Hipertensi atau darah tinggi merupakan faktor resiko stroke yang paling konsisten dari berbagai penelitian terdahulu. Hipertensi atau penyakit tekanan darah tinggi adalah suatu gangguan pada pembuluh darah yang menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Apriany, 2012). Hipertensi merupakan faktor resiko stroke yang dapat meningkatkan resiko stroke 2-4 kali lipat, tidak tergantung

pada factor resiko lainnya. Peningkatan tekanan sistolik maupun diastolik berkaitan dengan resiko yang lebih tinggi. Untuk setiap kenaikan tekanan darah diastolik sebesar 7,5 mmHg maka resiko stroke meningkat 2 kali lipat. Apabila hipertensi dapat dikendalikan dengan baik maka resiko stroke turun sebanyak 28-38% (Nurrahmani, 2012: 13-14). Pada penelitian yang dilakukan oleh Cintya dkk pada tahun 2010-2012 mengenai faktor resiko stroke itu sendiri hipertensi menjadi faktor resiko pertama untuk kejadian stroke hemorrhagic dan pada pasien stroke iskemik memiliki faktor resiko hipertensi dan gula darah tinggi.

Jumlah penderita hipertensi di Indonesia sebesar 15 juta dan yang terkontrol hanya 4%. Jumlah ini akan terus meningkat seiring dengan perubahan gaya hidup *modern* sehingga hipertensi menjadi masalah kesehatan yang serius. Hipertensi sampai saat ini menjadi masalah kesehatan karena sekitar 90% tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi disebut sebagai *The Silent Killer* karena sering dijumpai tanpa gejala, yang apabila tidak diobati dan ditangani akan menimbulkan komplikasi seperti stroke, penyakit jantung dan pembuluh darah, gangguan ginjal dan lainnya yang pada akhirnya dapat mengakibatkan cacat maupun kematian (Bustan, 2007:60). Faktor yang mempertinggi hipertensi antara lain daya tahan tubuh terhadap penyakit, umur, adat kebiasaan, pekerjaan, gaya hidup dan pola makan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam upaya pengendalian hipertensi antara lain dengan olah raga teratur, istirahat yang cukup, cara medis, cara tradisional, cara mengatur pola makan, mengurangi konsumsi garam satu sendok teh perhari (Muhammadun, 2010:45).

Pada penelitian Rico J. Sitorus dkk pada tahun mendapatkan hasil pada hipertensi yang definit, dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 dan diastolik ≥ 90 mmHg. Semakin bertambahnya umur, hipertensi merupakan salah satu faktor risiko terpenting yang dapat dimodifikasi untuk terjadinya serangan stroke. Pada penelitian ini, riwayat hipertensi, memberikan pengaruh yang bermakna untuk mengalami stroke pada usia muda. ($p = 0,001$) dengan tingkat risiko 5,76 kali dibandingkan dengan yang tidak mempunyai riwayat hipertensi. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Husni A Laksmawati tentang faktor yang mempengaruhi terjadinya stroke non hemoragik ulang yang dilakukan di RSUD Dr. Karyadi Semarang mendapatkan OR=3,87 pada pasien hipertensi tekanan darah sistolik dan 2,49 pada pasien hipertensi tekanan darah diastolic, hal ini menunjukkan bahwa pasien hipertensi mempunyai resiko lebih besar untuk terjadinya stroke berulang. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Friday dkk tahun 2002 dengan desain penelitian kohort melaporkan kejadian stroke berulang sebesar 9,7 % diantara 535 pasien dengan follow-up tekanan darah. Dikemukakan bahwa pasien dengan tekanan darah diastolic ≥ 80 mmHg mempunyai resiko 2,4 kali lebih besar untuk kejadian stroke berulang dibandingkan dengan tekanan darah diastolik < 80 mmHg, begitu pula pasien dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dibandingkan dengan tekanan darah sistolik < 140 mmHg. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yuliaji Siswanto tahun 2005 tekanan darah sistolik terbukti memiliki hubungan bermakna dengan kejadian stroke berulang. Resiko untuk terjadinya stroke berulang pada subyek dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg sebesar 5,52 kali dibandingkan subyek dengan

tekanan darah sistolik <140 mmHg. Subyek pada tekanan darah diastolic \geq 90 mmHg beresiko terkena stroke berulang sebesar 3,22 kali dan terbukti memiliki hubungan.

Menurut Gunawan (2001), untuk menghindari terjadinya komplikasi hipertensi yang fatal, maka perlu mengambil tindakan pencegahan yang baik (stop high blood pressure) sebagai berikut: Mengurangi konsumsi garam, menghindari kegemukan (obesitas), membatasi konsumsi lemak, Olahraga teratur, makan banyak buah dan sayuran segar, tidak merokok dan tidak mengkonsumsi minuman beralkohol, melakukan relaksasi atau meditasi, dan berusaha membina hidup yang positif.

Namun, banyak orang yang kurang memahami mengenai bahaya tekanan darah tinggi. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behavior). Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan perilaku yang tidak didasarkan pada pengetahuan (Notoatmodjo, 2012:138). Pengetahuan inilah yang dapat mempengaruhi pasien hipertensi dalam melakukan upaya pencegahan terjadinya komplikasi stroke. Sedangkan sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Menurut Newcomb, salah satu ahli psikologis social menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas melainkan predisposisi tindakan suatu perilaku. Dalam penentuan sikap yang utuh diperlukan pengetahuan, pikiran keyakinan dan emosi memegang

peranan penting (Notoatmodjo,2012:140). Sehingga dalam pelaksanaan perilaku pencegahan komplikasi stroke pada penderita hipertensi dapat dipengaruhi oleh sikap dan pengetahuan. Menurut WHO, perilaku seseorang adalah penyebab utama menimbulkan masalah kesehatan, tetapi juga merupakan kunci utama pemecahan.

Di Puskesmas Ngemplak Simongan, berdasarkan data bulan Juli 2015 terdapat jumlah kasus hipertensi pada usia ≤ 45 tahun sebanyak 53 kasus dan penderita stroke sebanyak 2 orang. Pada bulan Agustus 2015 jumlah kasus ini meningkat menjadi 75 kasus dengan 60 orang diantaranya adalah pasien lama. Pada bulan September 2015 didapat kasus penderita hipertensi sebanyak 59 kasus dan penderita stroke sebanyak 1 orang. Hal ini menunjukkan bahwa hipertensi sudah mulai menyerang kaum muda khususnya usia ≤ 45 tahun. Tak hanya itu, hipertensi juga dapat kambuh kapan saja jika tidak diperhatikan atau dikendalikan dengan baik dan ditakutkan dapat berdampak langsung terjadinya stroke itu sendiri bahkan diusia muda sekalipun.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada penderita hipertensi 3 orang pasien yakni usia 34 tahun, 37 tahun dan 44 tahun di Puskesmas Ngemplak Simongan Semarang yang dilakukan pada November 2015, didapatkan hasil bahwa para penderita mengatakan telah mengetahui mengenai hipertensi atau biasa disebut darah tinggi namun mereka belum mengetahui secara pasti mengapa hipertensi dapat menyebabkan stroke dan dari segi perilaku penderita terkadang juga merasa acuh terhadap diit yang disarankan oleh petugas puskesmas.

Pada bulan Maret 2016 peneliti melakukan studi pendahuluan kembali kepada keluarga pasien dan petugas kesehatan. Sehingga mendapatkan hasil bahwa petugas

kesehatan sendiri telah memberikan pengarahannya jika pasien tersebut berobat kembali dengan menyarankan program diet hipertensi. Sedangkan hasil wawancara terhadap keluarga pasien hipertensi satu diantara 2 sanak saudara menyatakan bahwa mereka sudah tahu jika hipertensi dapat mengakibatkan stroke namun belum tahu bagaimana secara pasti hipertensi dapat menjadi stroke sedangkan dua diantaranya merasa hipertensi sudah biasa terjadi dan biasa saja. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dengan Perilaku Pencegahan Komplikasi Stroke Pada Penderita Hipertensi Usia ≤ 45 Tahun Di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang peneliti dapat merumuskan masalah penelitian “apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan komplikasi stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun di puskesmas Ngemplak Simongan kota Semarang?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan dari pelaksanaan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan komplikasi stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun di puskesmas Ngemplak Simongan kota Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun dalam pencegahan komplikasi stroke di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang
2. Mengidentifikasi sikap penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun dalam pencegahan komplikasi stroke di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang
3. Mengidentifikasi perilaku penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun dalam pencegahan komplikasi stroke di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang
4. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan perilaku pencegahan komplikasi stroke di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang
5. Menganalisis hubungan antara sikap dengan perilaku pencegahan komplikasi stroke di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari pelaksanaan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1.4.1. Bagi Peneliti

1. Penelitian ini dapat memberikan tambahan pengetahuan tentang hubungan pengetahuan keluarga dan sikap dengan perilaku pencegahan komplikasi stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun di puskesmas ngemplak simongan kota semarang tahun 2015.
2. Mampu menerapkan teori yang didapat selama perkuliahan diantaranya adalah metodologi penelitian, statistik, teori perilaku kesehatan, hipertensi dan pencegahan stroke.

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan referensi tentang keilmuan kesehatan masyarakat, khususnya mengenai hubungan pengetahuan keluarga dan sikap dengan perilaku pencegahan komplikasi stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun di puskesmas ngemplak simongan kota semarang.

1.4.3. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna dalam menambah pengetahuan kepada masyarakat mengenai upaya pencegahan stroke yang bisa dilakukan oleh para penderita hipertensi khususnya penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pasien diit hipertensi (studi pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2013)	Arista Novian	2013, Semarang	Penelitian explanation research dengan pendekatan <i>cross sectional</i>		Adanya hubungan antara tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, peran keluarga, peran petugas kesehatan dengan kepatuhan diit hipertensi, dan tidak ada hubungan antara umur, jenis kelamin, pekerjaan dengan kepatuhan diit hipertensi

2	Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Perilaku Pasien Hipertensi Terhadap Pencegahan Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar	Sulastriati, Mahyudin, Yusran Haskas	2013, Makassar	Penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Variabel terikat : Perilaku pasien hipertensi terhadap pencegahan stroke Variabel bebas : Pengetahuan dan sikap	Ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku pasien hipertensi terhadap pencegahan stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar.
3	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kontrol Hipertensi Pada Lansia Di Pos Pelayanan Terpadu Wilayah Kerja Puskesmas Mojosongo Boyolali	Dyah Ayu Pithaloka Dalyoko, Yuli Kusumawati, dan Ambarwati	2011, Boyolali	Penelitian ini merupakan penelitian observasional. Rancangan pada penelitian ini menggunakan <i>cross-sectional</i>	Ada hubungan antara tingkat pengetahuan, sikap, dan pengawasan keluarga penderita dengan upaya pengendalian hipertensi.	

hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah :

1. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang pada 2016
2. Responden penelitian adalah penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun
3. Metode yang digunakan adalah survei analitik

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Ruang lingkup waktu berkaitan dengan pelaksanaan penelitian yang dilaksanakan pada 2016

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup keilmuan yang dibahas dalam penelitian ini yaitu mengenai ilmu kesehatan masyarakat yang berfokus pada hubungan pengetahuan keluarga dan sikap dengan perilaku pencegahan komplikasi stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Hipertensi

2.1.1.1 Pengertian

Hipertensi atau darah tinggi adalah penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah. Tidak ada tanda-tanda yang dirasakan pasien. Darah tinggi seakan menjadi ancaman karena dengan tiba-tiba seseorang dapat divonis menderita darah tinggi. Dan penyakit hipertensi adalah yang menduduki peringkat pertama penyebab stroke dan jantung. Menurut Hanns Peter Wolf, dalam bukunya *Speaking of High Blood Pressure*, satu dari setiap lima orang menderita tekanan darah tinggi dan sepertiganya tidak menyadarinya. Padahal, darah tinggilah yang menyebabkan kematian dibawah umur 65 tahun. Presentasinya menunjukkan 40 %. Penyakit ini sudah ada sejak lama, apalagi di zaman modern sekarang ini. Banyak pasien tidak menyadari gejala hipertensi yang sering muncul dan tenggelam. Ketika pasien dinyatakan hipertensi dan meminum obat sehingga darahnya normal kembali, pasien akan menganggap kesembuhannya permanen. Tetapi tidak demikian, sekali sudah divonis hipertensi maka penyakit ini akan melekat sepanjang hidup. Pada kasus tertentu hipertensi dapat disembuhkan secara total namun presentasinya sangat kecil. Seperti halnya pasien Diabetes Mellitus selalu siaga dengan insulin begitu juga dengan pasien hipertensi harus sedia obat penurun hipertensi dan memeriksakan tekanan darahnya secara rutin (Dewi dan Familia, 2010:20-22).

Menurut WHO menggunakan batasan berikut Hipertensi jika TDS > 160 mmHg atau TDD > 95 mmHg. Dan untuk macam Hipertensi menurut tinggi rendahnya:

1. Hipertensi Ringan : TDD 90-100 mmHg
2. Hipertensi Sedang : TDD 110-130 mmHg
3. Hipertensi Berat : lebih dari 130 mmHg (Bustan, 2007: 62).

2.1.1.2 Patofisiologi

Patofisiologis dimulai dengan atherosclerosis, gangguan struktur anatomi pembuluh darah perifer yang berlanjut dengan kekuatan pembuluh darah. Kekakuan pembuluh darah disertai dengan penyempitan dan kemungkinan pembesaran plaque yang menghambat gangguan peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelembaban aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang akhirnya dikompensasi dengan upaya peningkatan jantung yang memberikan gambaran peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi (Bustan, 2007: 61).

2.1.1.3 Jenis Hipertensi

Pengelompokan hipertensi ada berbagai macam yakni :

1. Menurut kasusnya, dibedakan atas hipertensi esensial dan hipertensi sekunder.
2. Menurut gangguan tekanan darah, dibedakan atas hipertensi sistolik dan hipertensi diastolik.
3. Menurut beratnya atau tingginya tekanan darah, dibedakan atas hipertensi ringan, hipertensi sedang dan hipertensi berat (Bustan, 2007: 61).

2.1.1.4 Penyebab dan Faktor Resiko Hipertensi

Faktor-faktor yang dapat dimasukkan sebagai faktor resiko hipertensi adalah :

1. Umur : tekanan darah meningkat sesuai umur, dimulai sejak umur 40 tahun
2. Ras/suku : orang kulit hitam lebih banyak dibandingkan dengan orang kulit putih, sementara di Indonesia ditemukan variasi antar suku. Terendah di Lembah Baliem Jaya, Papua (0,6%) dan tertinggi di Sukabumi, Jabar (28,6%)
3. Urban/rural : Di wilayah perkotaan kecenderungan memiliki pola makan yang kurang sehat dengan sering mengkonsumsi *junkfood* karena lebih mudah untuk ditemukan dibandingkan dipedesaan sehingga menjadikan kota lebih beresiko dibandingkan dengan pedesaan.
4. Geografis : Di daerah pantai memiliki resiko lebih tinggi terkena hipertensi daripada di daerah pegunungan karena di pantai memiliki akses yang lebih mudah untuk mendapatkan makanan yang mengandung natrium atau sodium yang lebih tinggi contohnya adalah seperti ikan asin.
5. Seks : Menurut jenis kelamin wanita beresiko lebih besar mengidap hipertensi dibandingkan dengan pria, salah satu faktornya adalah pemberian kontrasepsi oral secara terus menerus. Kontrasepsi oral dapat mengakibatkan hipertensi dengan mekanisme peningkatan volume darah melalui RAA (Rennin-angiotenin-aldosteron).
6. Obesitas : Kondisi gemuk atau obesitas cenderung akan lebih beresiko dibandingkan dengan kondisi badan yang ideal. Massa tubuh yang besar membutuhkan lebih banyak oksigen dan makanan ke jaringan tubuh, artinya

darah yang mengalir ke pembuluh darah semakin banyak dan dinding arteri mendapatkan tekanan yang lebih besar.

7. Stress, tekanan darah bias sangat tinggi saat stress, walaupun bersifat sementara namun jika terus menerus hal ini dapat meningkatnya resiko terjadinya hipertensi.
8. Personality tipe A akan lebih beresiko dibandingkan dengan tipe B karena tipe A memiliki sifat atau kepribadian yang senang akan mengejar segala sesuatu dengan agresif dan mendapatkan segala sesuatu yang lebih daripada sekarang sehingga cenderung lebih senang bekerja dan tuntutan, hal ini menjadikan tipe A mudah terkena stress akibat pekerjaan disbandingkan dengan tipe B sehingga berawal dari stress tersebut menjadikan seseorang beresiko terkena hipertensi.
9. Konsumsi garam berlebihan menyebabkan tubuh meretensi cairan yang dapat meningkatkan volume darah. Asupan natrium yang berlebih dapat mengecilkan diameter pembuluh darah arteri, menyebabkan jantung harus memompa keras untuk mendorong volume darah melalui ruang yang makin sempit, sehingga tekanan darah menjadi naik akibatnya terjadi hipertensi.
10. Diabetes Mellitus, penyakit ini disebabkan oleh keadaan hyperinsulinemia yakni kebanyakan kadar insulin dalam peredaran darah, hal ini menyebabkan tubuh mengkonsumsi lebih banyak garam yang menstimulasi system saraf simpatetik, dan pada hal ini akan mempengaruhi struktur pembuluh darah dan jantung. Gangguan pembuluh darah yang terjadi saat diabetes bisa lebih buruk jika tekanan darahnya meningkat. Dengan adanya garam dan penahanan cairan maka volume dalam darah ini akan meningkat.

11. Konsumsi alkohol. Sekitar 5-20% kasus hipertensi diakibatkan oleh alkohol, resiko hipertensi akan meningkat 2 kali lipat jika mengkonsumsi alkohol 3 gelas setiap hari secara rutin.
12. Kebiasaan merokok, dalam rokok mengandung berbagai macam zat-zat kimia berbahaya contohnya adalah nikotin dalam rokok akan membuat jantung bekerja lebih keras untuk memompa darah.
13. Kebiasaan minum kopi, kopi mengandung kafein yang dapat memicu meningkatkan debar jantung dan kenaikan tekanan darah.
14. Penggunaan Alat Kontrasepsi Oral hal ini yang menyebabkan wanita lebih beresiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan pria (Bustan, 2007: 63-64).

2.1.1.5 Pencegahan Hipertensi

Pencegahan hipertensi dengan mengatur pola makan, yaitu dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Kurangi minum minuman yang mengandung soda, minuman kaleng dan botol. Minuman bersoda dan mengandung bahan pengawet banyak mengandung sodium (*natrium*).
2. Kurangi makan daging, ikan, kerang, kepiting, dan susu, camilan atau snack yang asin dan gurih.
3. Hindari makan makanan ikan asin, telur asin, otak, vitsin (*monosodium glutamate / MSG*), soda kue, jeroan, sarden, udang, dan cumi-cumi.
4. Konsumsi makanan yang dianjurkan seperti sayuran segar, buah segar, tempe, tahu, kacang-kacangan, ayam dan telur.

5. Diet rendah kolesterol. Makanan yang dikonsumsi sebaiknya mengandung lemak baik dan sedikit mengandung lemak jahat seperti kolesterol, seperti makanan mengandung gula murni, daging, ayam, kuning telur, dan sarden. Selain itu, juga diimbangi dengan berolahraga secara teratur dan hidup sehat serta tidak merokok (Muhammadun, 2010:55).

2.1.1.6 Komplikasi Hipertensi

Hipertensi juga dapat berindikasi pada organ tubuh lainnya. Terkadang hal ini tidak dirasakan oleh pasien sehingga pencegahan ini sulit untuk dilakukan. Oleh sebab itu, banyak pasien yang berakhir pada kematian. Untuk mewaspadai hal tersebut hal yang paling mudah untuk dilakukan adalah pengontrolan tekanan darah. Komplikasi hipertensi terjadi karena adanya kerusakan salah satu bahkan lebih pada organ tubuh. Hal ini dikarenakan peningkatan tekanan darah sangat tinggi dalam waktu lama sehingga organ tidak mampu bertahan dalam keadaan itu. Organ-organ ini disebut dengan target organ hipertensi. Organ-organ itu meliputi otak, mata, jantung, pembuluh darah arteri dan ginjal. Pada otak hipertensi akan menimbulkan komplikasi yang cukup parah yaitu stroke. Selain stroke hipertensi juga mengakibatkan daya ingat menurun atau mulai pikun (*dimensia*) dan kehilangan kemampuan mental yang lain (Dewi dan Familia, 2010:53-54).

Hipertensi dapat berpotensi menjadi komplikasi berbagai penyakit. Menurut buku Penyakit Kardiovaskuler karya Edward K. Chung komplikasi hipertensi diantaranya :

1. Stroke, SG “Silent Killer

Salah satu komplikasi darah tinggi adalah stroke. Penyakit stroke dapat menyerang siapa saja tanpa pandang bulu. Semua tingkatan sosial maupun ekonomi dapat terkena penyakit stroke ini. Stroke merupakan manifestasi gangguan saraf umum yang timbul mendadak dalam waktu singkat akibat gangguan aliran darah ke otak karena penyumbatan atau karena pendarahan. Dengan kata lain, menurut cara terjadinya stroke dibedakan menjadi dua macam yaitu stroke iskemik dan stroke hemorragik. Stroke hemorragik inilah yang biasanya merupakan komplikasi hipertensi. Stroke hemorragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, pecahnya pembuluh darah mengakibatkan darah mengalir ke rongga sekitar jaringan otak. Karena tidak menerima oksigen dari bahan makanan dari darah, sel-sel dan jaringan otakpun akan mati. Kematian jaringan otak akan terjadi dalam waktu empat sampai sepuluh menit setelah suplai darah terhenti. Hampir 70% kasus stroke hemorragik terjadi pada penderita hipertensi.

2. Penyakit Jantung Hipertensi

Peningkatan tekanan darah secara sistemik meningkatkan resistensi terhadap pemompaan darah dari ventrikel kiri sehingga beban jantung bertambah. Sebagai akibatnya, terjadi hipertrofi ventrikel kiri untuk meningkatkan kontraksi. Hipertrofi ini ditandai dengan ketebalan dinding jantung bertambah, fungsi ruang yang memburuk dan dilatasi ruang jantung. Akan tetapi kemampuan ventrikel untuk mempertahankan curah jantung dengan hipertrofi

kompensasi akhirnya terlampaui dan terjadi dilatasi dan “payah jantung”. Jantung semakin terancam dengan adanya *aterosklerosis coronar*.

3. Penyakit Arteri koronaria

Hipertensi umumnya diakui sebagai factor resiko utama penyakit arteri koronaria bersama dengan diabetes mellitus. Plak terbentuk pada pecabangan arteri yang ke arah arteri koronaria kiri, arteri koronaria kanan dan agak jarang pada arteri sirkumfleksi. Aliran darah ke distal dapat mengalami obstruksi secara permanen maupun sementara yang disebabkan oleh akumulasi plak dan penggumpalan. Sirkulasi kolateral yang menghambat pertukaran gas dan nutrisi ke miokardium sehingga kegagalan sirkulasi untuk menyediakan oksigen yang adekuat ke sel yang berakibat terjadinya arteri koronaria.

4. Aneurisma

Pembuluh darah terdiri dari beberapa lapisan tetapi ada juga yang terpisah sehingga ada ruang yang memungkinkan darah masuk. Pelebaran pembuluh darah bias timbul karena dinding pembuluh darah terpisah atau disebut aorta disekans. Hal ini dapat menimbulkan aneurisma. Aneurisma pada perut dan dada penyebab utamanya pengerasan dinding pembuluh darah karena proses penuaan (*aterosklerosis*) dan tekanan darah tinggi memicu timbulnya aneurisma.

5. Gagal Ginjal

Merupakan suatu keadaan klinis kerusakan ginjal yang progresif dan tidak dapat diperbaiki dari berbagai penyebab. Mekanisme gagal ginjal pada

penderita hipertensi karena penimbunan garam dan air, atau *system Renin Angiotensin Aldosterone (RAA)*.

6. Ensefalopati Hipertensi

Ensefalopati hipertensi merupakan suatu keadaan peningkatan parah tekanan arteri disertai dengan mual, muntah, dan nyeri kepala yang berlanjut ke koma disertai tanda klinik deficit neurologi. Jika kasus ini tidak diterpi secara dini, sindrom ini akan berlanjut menjadi stroke, ensefalopati menahun, atau hipertensi maligna. Kemudian, sifat reversibilitas jauh lebih lambat dan jauh lebih meragukan (Shanty, 2011:15-21).

2.1.2 Stroke

2.1.2.1 Pengertian Stroke

Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Junaidi, 2011:18).

2.1.2.2 Pencegahan Stroke dengan cara Pengendalian Hipertensi

2.1.2.2.1 Pemenuhan Diit Hipertensi

1. Diet Rendah Natrium

Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan tubuh meretensi cairan yang dapat meningkatkan volume darah. Asupan natrium yang berlebih dapat

mengecilkan diameter pembuluh darah arteri, menyebabkan jantung harus memompa keras untuk mendorong volume darah melalui ruang yang makin sempit, sehingga tekanan darah menjadi naik akibatnya terjadi hipertensi (Apriany, 2012).

Macam diet dan indikasi pemberian (Almatsier, 2006: 136):

- 1) Diet Garam Rendah I (200-400 mg Na), diberikan pada penderita hipertensi berat dengan tekanan darah sistolik 180-209 mmHg dan tekanan darah diastolik 110-119 mmHg (Smeltzer&Bare, 2002). Pada pengolahan makanannya tidak ditambahkan garam dapur. Dihindari bahan makanan yang yang tinggi kadar natriumnya.
- 2) Diet Garam Rendah II (600-800 mg Na), diberikan pada penderita hipertensi sedang dengan tekanan darah sistolik 160-179 mmHg dan tekanan darah diastolik 100-109 mmHg (Smeltzer&Bare, 2002) . Pada pengolahan makanannya boleh menggunakan 1/2 sdt garam dapur (2g). Dihindari bahan makanan yang tinggi kadar natriumnya.
- 3) Diet Garam Rendah III (1000-1200 mg Na), diberikan pada penderita hipertensi ringan dengan tekanan darah sistolik 140-159 mmHg dan tekanan darah diastolic 90-99 mmHg. Pada pengolahan makanannya boleh menggunakan 1 sdt (4g) garam dapur.

2. Diet Rendah Kolesterol

Kolesterol merupakan lemak seperti lilin dan berwarna kekuningan. Kadar kolesterol dalam darah dipengaruhi oleh asupan makanan dan sebagian besar hasil sistesa hati. Apabila jumlahnya normal, kolesterol sebenarnya bermanfaat

memperlancar metabolisme tubuh seperti bahan pembentuk dinding sel, pembentukan hormon, pembungkus jaringan saraf, garam empedu, membuat vitamin D, dan juga membantu perkembangan otak pada anak-anak. Namun bila kadar kolesterol dalam darah jumlahnya berlebihan, dapat membahayakan tubuh karena memicu timbulnya penyakit. Agar kolesterol tidak memicu timbulnya penyakit, kadarnya harus dikendalikan yaitu dengan mengatur pola makan. Memperbanyak konsumsi makanan rendah kolesterol, serta membatasi konsumsi lemak. Caranya yaitu dengan meningkatkan asupan makanan nabati dan mengganti lemak berbahaya dengan lemak sehat (Sutomo, 2008: 34).

2.1.2.2.2 Aktivitas Fisik dan Olahraga Teratur

Aktivitas fisik juga sangat berperan dalam menurunkan tekanan darah. Aktivitas fisik (olahraga) dapat memperbaiki profil lemak darah, yaitu menurunkan kadar total kolesterol, LDL (*Low Density Lipoprotein*) dan trigliserida. Bahkan yang lebih penting, olahraga dapat memperbaiki HDL (*High Density Lipoprotein*). Takaran olahraga yang tepat dapat menurunkan hipertensi, obesitas, serta diabetes mellitus. Hasil penelitian dengan olahraga saja sama efektifnya dengan kombinasi antara olahraga dan obat (Soeharto, 2004: 67).

Olahraga teratur yang tidak terlalu berat, penderita hipertensi tidak perlu membatasi aktivitasnya selama tekanan darahnya terkendali. Selain meningkatkan perasaan sehat dan kemampuan untuk mengatasi stress, keuntungan latihan aerobik yang teratur adalah meningkatnya kadar HDL-C, menurunnya kadar LDL-C, menurunnya tekanan darah, berkurangnya obesitas, berkurangnya frekuensi

denyut jantung saat istirahat dan menurunnya resistensi insulin (Sylvia A. Price dan Wilson, 2005: 85).

Menurut penelitian, olahraga secara teratur dapat mengurangi atau menghilangkan endapan kolesterol pada pembuluh darah. Olahraga yang dimaksud adalah latihan aerobik menggerakkan semua nadi dan otot tubuh seperti gerak jalan/jalan kaki, senam, jogging, berenang, naik sepeda. Tidak dianjurkan melakukan olahraga yang menegangkan (Bustan, 2007: 59).

2.1.2.2.3 Istirahat Tidur

Tidur merupakan suatu keadaan tidak sadar di mana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun atau menghilang, dan dapat dibangun kembali dengan indra atau rangsangan yang cukup (Asmadi, 2008:88). Tidur merupakan suatu proses perubahan kesadaran yang terjadi berulang-ulang selama periode tertentu. Satu teori fungsi tidur adalah berhubungan dengan penyembuhan. Teori lain tentang kegunaan tidur adalah tubuh menyimpan energy selama tidur, otot skeletal berelaksasi secara progresif, dan tidak adanya kontraksi otot menyimpan energy kimia untuk proses selular. Penurunan laju metabolik basal lebih jauh menyimpan persediaan energy tubuh (Potter&Perry, 2005: 78).

Seseorang yang tidur kurang dari 5 jam setiap malamnya memiliki resiko lebih tinggi 39% terkena penyakit jantung dibandingkan dengan yang tidur 8 jam. Seseorang yang tidur kurang dari 6 jam memiliki resiko lebih tinggi 18% terkena sumbatan arteri dan orang yang tidur 9 jam atau lebih diperkirakan memiliki resiko

lebih tinggi 37% terkena penyakit jantung (Widyaningsih, 2008). Menurut (Anggraini dkk, 2009), klasifikasi tidur adalah :

1. Kurang jika waktu tidur < 6 jam perhari.
2. Sedang jika waktu tidur 6-8 jam perhari.
3. Lebih jika waktu tidur > 8 jam perhari.

2.1.2.2.4 Manajemen Stress

Hubungan antara stres dengan hipertensi diduga melalui aktivitas saraf simpatis, yang dapat meningkatkan tekanan darah secara bertahap. Stres atau ketegangan jiwa (rasa tertekan, murung, bingung, cemas, berdebar-debar, rasa marah, dendam, rasa takut, rasa bersalah) dapat merangsang kelenjar anak ginjal melepaskan hormon adrenalin dan memacu jantung berdenyut lebih cepat serta lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat (Mahendra, 2004: 34).

Mengelola stres membantu mengurangi tekanan darah. Namun, langkah-langkah untuk mengatasi stres dapat berbeda untuk setiap orang. Relaksasi dan manajemen stres diperlukan untuk penderita hipertensi agar dapat mengendalikan tekanan darah seperti rileks/santai, berpikir positif, rekreasi, istirahat yang cukup, tarik napas dalam secara teratur, bercerita kepada orang lain akan masalah yang dialaminya (Gunarya, 2008: 65).

2.1.2.2.5 Tidak Mengonsumsi Rokok dan Alkohol

Kebiasaan merokok juga harus dikurangi bahkan dihindari, karena keadaan jantung dan paru-paru mereka yang merokok tidak akan dapat bekerja secara efisien. Asap rokok mengandung nikotin yang memacu pengeluaran zat-zat seperti adrenalin yang dapat merangsang denyutan jantung dan tekanan darah.

Merokok terus-menerus dalam jangka panjang berpeluang besar untuk menimbulkan penyumbatan arteri dileher. Penelitian Framingham Heart Study menemukan bahwa merokok menurunkan kadar kolesterol baik / *High Density Lipoprotein* (HDL). Penelitian lain menunjukkan mereka yang merokok 20 batang atau lebih per hari mengalami penurunan HDL sekitar 11% untuk laki-laki dan 14% untuk perempuan dibandingkan mereka yang tidak merokok (Soeharto, 2004: 67).

Menurut Bustan (2007: 55), Semakin awal/berusia muda seseorang mulai merokok, maka makin sulit untuk berhenti merokok. Rokok juga punya *doseresponse effect*, artinya semakin muda usia merokok, akan semakin besar pengaruhnya.

Merokok sebatang setiap hari akan meningkatkan tekanan sistolik 10-25 mmHg dan menambah detak jantung 5-20 kali per menit. Semakin banyak jumlah rokok yang dihisap semakin berpengaruh juga terhadap peningkatan tekanan darah (Apriana Kurniati, 2012). Seseorang dikatakan perokok dengan kategori :

1. Perokok ringan bila rokok yang dihisap kurang dari 10 batang/hari.
2. Perokok sedang bila rokok yang dihisap sebanyak 10-20 batang/hari
3. Perokok berat bila menghisap rokok lebih dari 20 batang/hari.

Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menyebabkan kematian kardiovaskular. Penelitian pada lebih dari 700 pria yang diotopsi dengan usia 30-69 tahun, terdapat aterosklerosis koroner yang luas diantara sampel yang mengkonsumsi alkohol dalam 16 hari atau lebih setiap bulannya daripada peminum sedang atau bukan peminum (Sutomo, 2008: 34).

2.1.3 Pengetahuan (*knowledge*)

2.1.3.1 *Pengertian*

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, pengetahuan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2012:138).

Proses yang didasari oleh pengetahuan kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku tersebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2012: 138).

2.1.3.2 *Tingkat pengetahuan*

Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yakni sebagai berikut:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan (Notoatmodjo, 2012:138).

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari, misalnya dapat menjelaskan mengapa harus datang ke Posyandu (Notoatmodjo, 2012:138-139).

3. Analisis (*analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan (Notoatmodjo, 2012:139).

4. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, dan prinsip (Notoatmodjo, 2012:139).

5. Sintesis (*synthesis*).

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

Misalnya: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada (Notoatmodjo, 2012: 139).

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaianpenilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang ada (Notoatmodjo, 2012: 139).

2.1.3.3 Cara Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau memberikan seperangkat alat tes/kuesioner tentang isi materi yang ingin diukur. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2012: 140).

2.1.4 Sikap

2.1.4.1 Pengertian

Menurut Azwar dalam Tri Dayakisni dan Hudaniah (2003: 95), beberapa ahli mengemukakan pengertian sikap diantaranya :

1. Thurstone : Berpandangan bahwa sikap merupakan suatu tingkatan efek, baik itu bersifat positif maupun negative dalam hubungannya dengan objek-objek psikologis.
2. Kimball Young : Menyatakan bahwa sikap merupakan suatu predisposisi mental untuk melakukan tindakan.

3. Fishbein & Ajzen : Menyebutkan bahwa sikap sebagai predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara konsisten dalam cara tertentu berkenaan dengan objek tertentu.
4. Sherif : Sikap menentukan keajegan dan kekhasan perilaku seseorang dalam hubungannya dengan stimulus manusia atau kejadian-kejadian tertentu. Sikap merupakan suatu keadaan yang memungkinkan timbul suatu tindakan atau tingkah laku.

Dari beberapa pengertian sikap menurut para ahli dapat ditemukan unsur yang hampir sama bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak untuk beraksi terhadap suatu rangsangan atau stimulus.

2.1.4.2 Komponen Sikap

Komponen sikap menurut Alloport ada tiga komponen, yaitu :

1. Komponen Kognitif, merupakan komponen yang tersusun atas dasar pengetahuan atau informasi yang dimiliki seseorang tentang objek sikap. Dari pengetahuan kemudian akan terbentuk suatu keyakinan tertentu tentang objek sikap tersebut.
2. Komponen afektif, yaitu berhubungan dengan ras senang atau tidak senang. Jadi sifatnya evaluative yang berhubungan erat dengan nilai-nilai kebudayaan dan system nilai yang dimilikinya.
3. Komponen konatif, merupakan kesiapan seseorang untuk bertingkah laku yang berhubungan dengan objek sikap (Dayakisni dan hudaniah, 2003:96).

2.1.4.3 Karakteristik Sikap

Karakteristik sikap menurut Brigham terdapat beberapa ciri dasar dari sikap, yaitu:

1. Sikap disimpulkan dari cara-cara individu bertingkah laku.
2. Sikap diajukan mengarah kepada objek psikologis atau kategori.
3. Sikap dapat dipelajari.
4. Sikap mempengaruhi perilaku (Dayakisni dan hudaniah, 2003:97).

2.1.4.4 Fungsi Sikap

Ada empat fungsi sikap menurut Katz :

1. *Utilitarian function* : sikap memungkinkan seseorang untuk memperoleh atau memaksimalkan ganjaran atau persetujuan dan meminimalkan hukuman. Dengan kata lain sikap dapat berfungsi sebagai penyesuai sosial.
2. *Knowledge function* : sikap membantu dalam memahami lingkungan dengan melengkapi ringkasan evaluasi tentang objek dan kelompok objek atau segala sesuatu yang dijumpai.
3. *Value-expressif function* : sikap mengkomunikasikan nilai dan identitas yang dimiliki seseorang terhadap orang lain.
4. *Ego defensive function* : sikap melindungi diri, menutupi kesalahan, agresi dan sebagainya dalam mempertahankan diri. (Dayakisni dan hudaniah, 2003:97).

2.1.4.5 Tingkatan Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan sikap juga memiliki berbagai tingkatan yakni:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikaan (objek).

2. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat ketiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (Notoatmodjo, 2012:141-142).

2.1.4.6 Pengukuran Sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan respondes terhadap suatu objek. Secara langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan kepada responden (Notoatmodjo, 2012:142).

2.1.5 Perilaku

2.1.5.1 Batasan Perilaku

Dari segi biologis perilaku adalah kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup itu berperilaku karena mereka memiliki aktivitas masing-

masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas anatar lain: berjalan, berbicara, membaca, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena itu, perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons. Skinner membedakan adanya dua respons yakni :

1. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut dengan *eliciting stimulation* karena menimbulkan respons-respons yang relative tetap.
2. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforce*, kearena memperkuat respons.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua yakni :

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas

pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu biasa disebut *convert behavior* atau *unobservable behavior*.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*) yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut dengan *overt behavior* berupa tindakan nyata atau praktek (*practice*) (Notoatmodjo, 2003: 114-115).

2.1.5.2 Pembentukan Perilaku

Prosedur pembentukan perilaku menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2003:116) sebagai berikut:

1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
3. Menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforce* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.

4. Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah disusun itu.

2.1.5.3 Perilaku Kesehatan

Dari batasan perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yakni (Notoatmodjo, 2003: 117-120) :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintance*)

Merupakan perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Terdiri dari 3 aspek yaitu:

- 1) Perilaku pencegahan sakit dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari sakit.
- 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.
- 3) Perilaku gizi (makanan) dan minuman.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan

atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan perilaku ini dimuali dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Menurut Becker (1979) mengklasifikasikan perilaku kesehatan ini menjadi 3 yakni:

1) Perilaku hidup sehat

Perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya.

2) Perilaku Sakit

Perilaku sakit ini mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya.

3) Perilaku Peran sakit

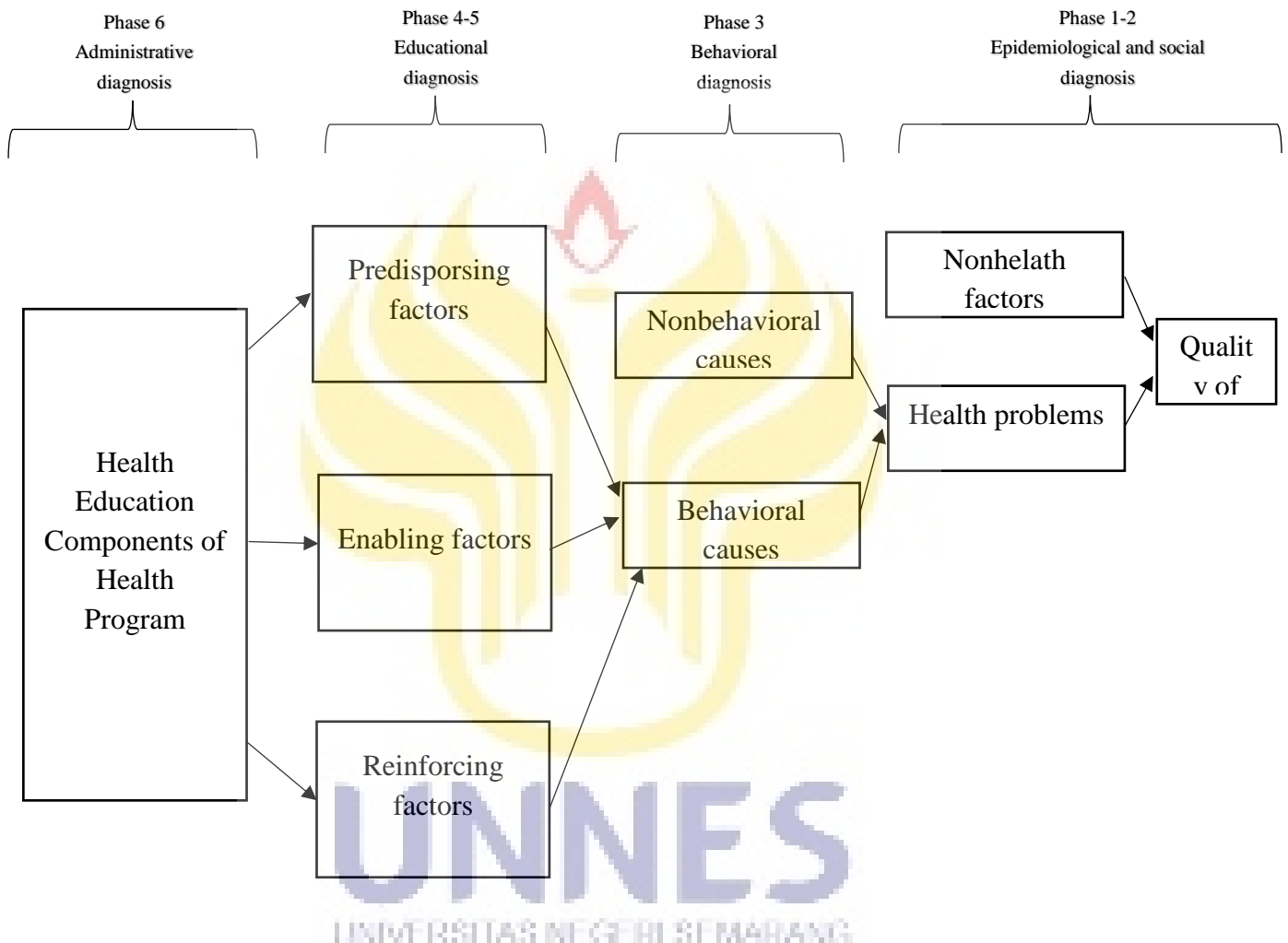
Dari segi sosiologi orang sakit mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit dan kewajiban sebagai orang sakit. Perilaku ini meliputi : Tindakan memperoleh kesembuhan, mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan untuk penyembuhan penyakit, dan mengetahui hak dan kewajiban orang sakit.

2.1.6 Teori Lawrence Green

Teori Lawrence Green merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan ataupun sebagai alat untuk merencanakan suatu kegiatan perencanaan kesehatan atau mengembangkan suatu model pendekatan yang dapat digunakan untuk perencanaan kesehatan yang dikenal dengan kerangka kerja *Precede* dan *Proceed*. Kerangka kerja *precede* mempertimbangkan beberapa faktor yang membentuk status kesehatan dan membantu perencana terfokus pada faktor tersebut sebagai target untuk intervensi. *Precede* juga menghasilkan tujuan spesifik dan kriteria untuk

evaluasi. Kerangka *proceed* menyediakan langkah-langkah tambahan untuk mengembangkan kebijakan dan memulai pelaksanaan dan proses evaluasi.

Gambar 2.1 Precede-proceed models



The PRECEDE-PROCEED models for health promotion planning and evaluation
(L.Green, 1980: 3)

Menurut Green (1980) penggunaan kerangka kerja *PRECEDE and PROCEED* adalah sebagai berikut:

PRECEDE terdiri dari :

1. Predisposing
2. Reinforcing

3. Enabling cause in educational diagnosis and evaluation

Akan memberi wawasan spesifik menyangkut evaluasi. Kerangka kerja ini menunjukkan sasaran yang sangat terarah untuk intervensi. *PRECEDE* digunakan pada fase diagnosis masalah penetapan prioritas dan tujuan program.

PROCEED terdiri dari :

1. Policy
2. Regulation
3. Organizational and environmental development

Menampilkan kriteria tahapan kebijakan dan implementasi serta evaluasi

Precede mengarahkan perhatian awal pendidik kesehatan terhadap keluaran bukan terhadap masukan dan memaksanya memulai proses perencanaan pendidikan kesehatan dari ujung “keluaran”. Ini mendorong munculnya pertanyaan “mengapa” sebelum pertanyaan “bagaimana”. Dari sudut pandang perencanaan, apa yang terlihat sebagai ujung yang salah sebagai tempat untuk memulai, kenyataannya adalah sesuatu yang benar. Orang mulai dengan keluaran akhir, kemudian bertanya tentang apa yang harus mendahului keluaran itu, yakni dengan cara menentukan sebab akibat keluaran itu. Dinyatakan dalam cara lain, semua faktor yang penting untuk suatu keluaran harus didiagnosis sebelum intervensi dirancang, jika tidak intervensi akan didasarkan atas dasar tebakan dan mempunyai resiko salah arah. Bekerja menggunakan *precede-proceed* mengajak orang berfikir deduktif untuk memulai dengan akibat akhir dan bekerja kebelakang kearah sebab-sebab yang asli.

Berikut penjelasan teori *Precede* dan *Proceed* pada tiap fasenya :

1. Fase 1 (diagnosa sosial)

Merupakan proses penentuan persepsi seseorang terhadap kebutuhan dan kualitas hidupnya dan spirasi untuk lebih baik lagi, dengan penerapan berbagai informasi yang didesain sebelumnya. Partisipasi masyarakat adalah sebuah konsep pondasi dalam diagnosis sosial dan telah lama menjadi prinsip dasar bagi kesehatan dan pembangunan komunitas. Hubungan sehat dengan kualitas hidup merupakan sebab-akibat. Pada fase ini membantu penilaian kualitas hidup tetapi tidak hanya di bidang kesehatan.

2. Fase 2 (diagnosa epidemiologi)

Masalah kesehatan adalah hal yang sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang, baik langsung maupun tidak langsung. Yakni penelusuran masalah-masalah kesehatan yang dapat menjadi penyebab dari diagnose sosial yang telah diprioritaskan. Hal ini bias dilihat melalui angka morbiditas, mortalitas dan angka harapan hidup, cakupan air bersih dan cakupan rumah sehat.

3. Fase 3 (diagnosa perilaku dan lingkungan)

Untuk mengidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi status kesehatan digunakan indicator perilaku seperti: pemanfaatan pelayanan kesehatan, upaya pencegahan, pola konsumsi makanan, kepatuhan, upaya pemeliharaan sendiri. Sedangkan untuk mendiagnosis lingkungan diperlukan lima tahap, yaitu: membedakan penyebab perilaku dan nonperilaku, menghilangkan penyebab

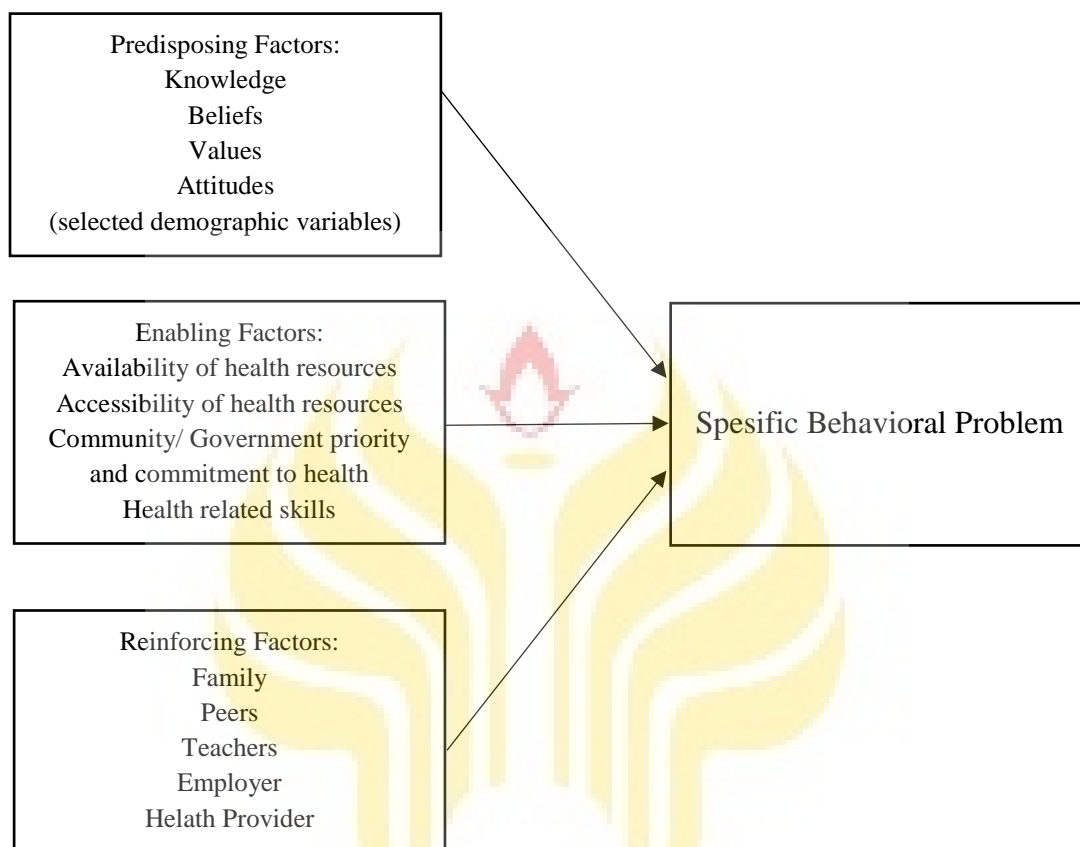
nonperilaku yang tidak bias diubah, melihat kegawatan factor lingkungan, melihat changeability factor lingkungan, memilih target lingkungan.

4. Fase 4 (diagnosa pendidikan dan organisasi)

Mengidentifikasi kondisi-kondisi perilaku dan lingkungan yang status kesehatan atau kualitas hidup dengan memperhatikan factor-faktor penyebabnya. Mengidentifikasi factor-faktor yang harus diubah untuk kelangsungan perubahan perilaku dan lingkungan. Terdapat 3 kelompok masalah yang berpengaruh terhadap perilaku yaitu:

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*): meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai, dll.
- 2) Faktor penguat (*reinforcing factor*): perilaku petugas kesehatan dan petugas lainnya, dll.
- 3) Faktor pemungkin (*enabling factor*): lingkungan fisik tersedia atau tidaknya fasilitas dan sarana kesehatan, dll.

Gambar 2.2 categories of factors contributing to health behavior



Three categories of factors contributing to health behavior (L.Green, 1980: 71)

5. Fase 5 (diagnosa administrasi dan kebijakan)

Pada fase ini dilakukan analisis mengenai kebijakan, sumber daya dan kejadian-kejadian dalam organisasi yang mendukung atau menghambat perkembangan promosi kesehatan.

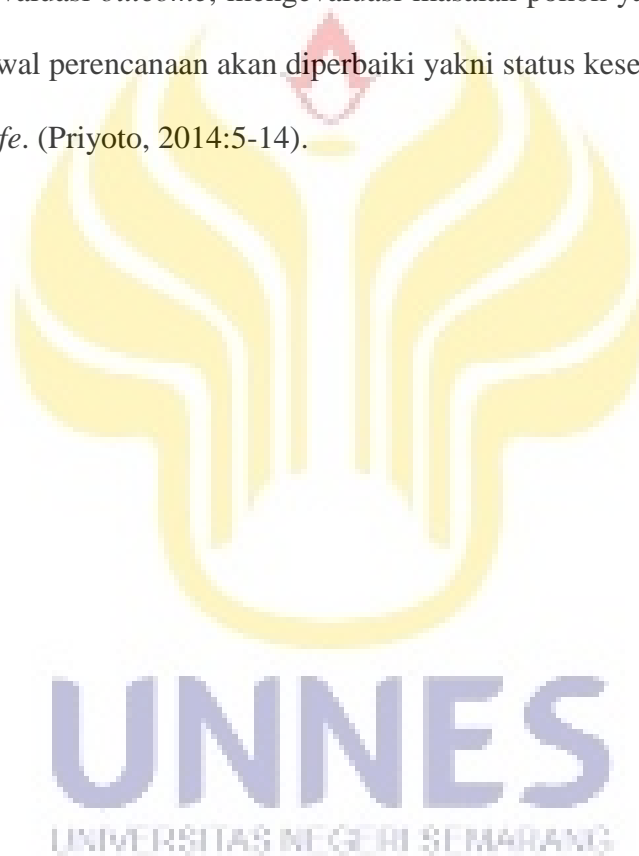
6. Fase 6 (implementasi)

Kunci dalam keberhasilan implementasi adalah: pengalaman, sensitif terhadap kebutuhan, fleksibel dalam situasi kondisi, fokus pada tujuan, *sense of humor*.

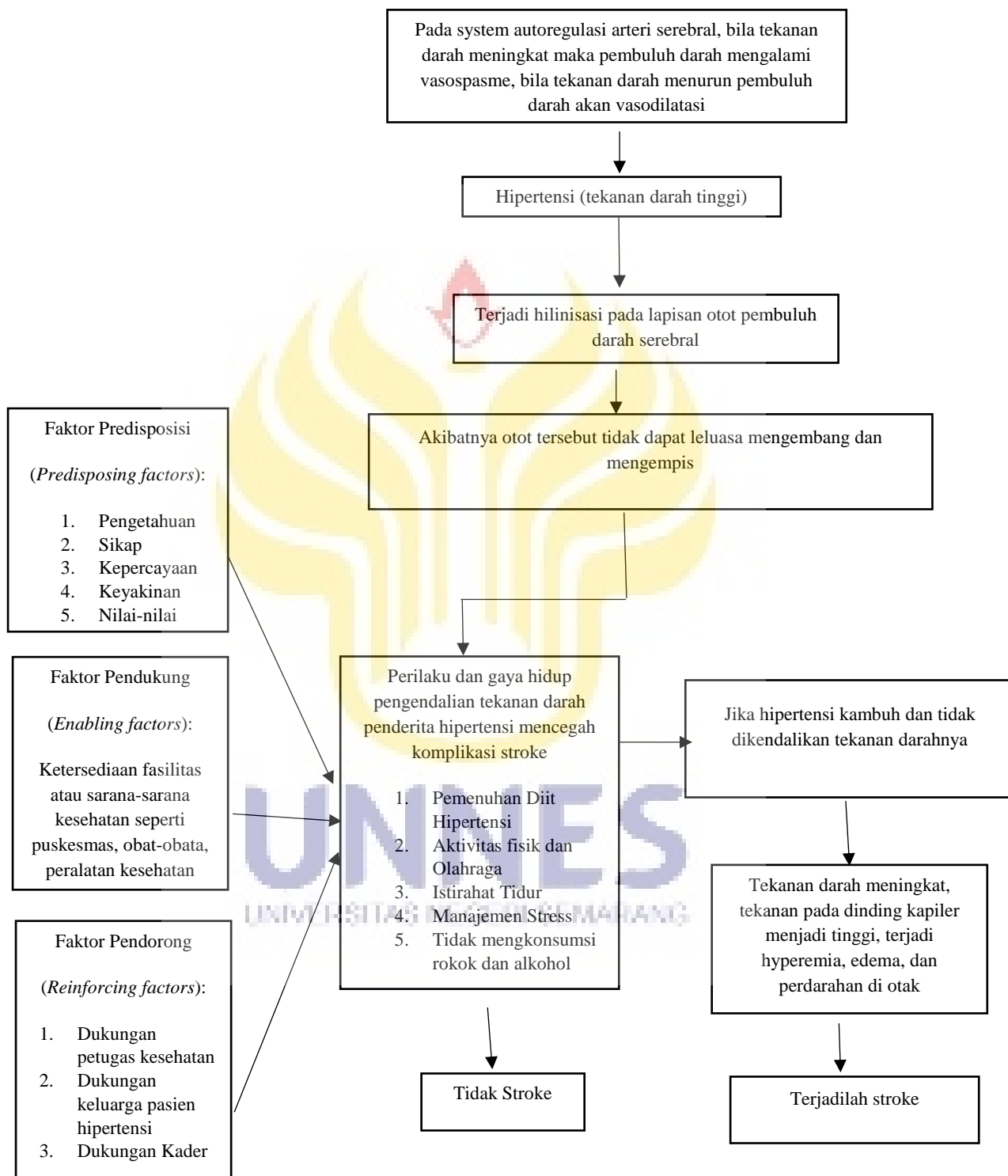
7. Fase 7,8,9 (proses evaluasi)

Tingkatan evaluasi ada 3 yakni :

- 1) Evaluasi Proses, evaluasi dari program kerja yang dilaksanakan.
- 2) Evaluasi *impact*, menilai efek langsung dari program pada target perilaku dan lingkungan.
- 3) Evaluasi *outcome*, mengevaluasi masalah pokok yang ada pada proses awal perencanaan akan diperbaiki yakni status kesehatan dan *quality of life*. (Priyoto, 2014:5-14).



2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka teori (Sumber: Lawrence Green, 1980: 71 ; Sofia Dewi dan

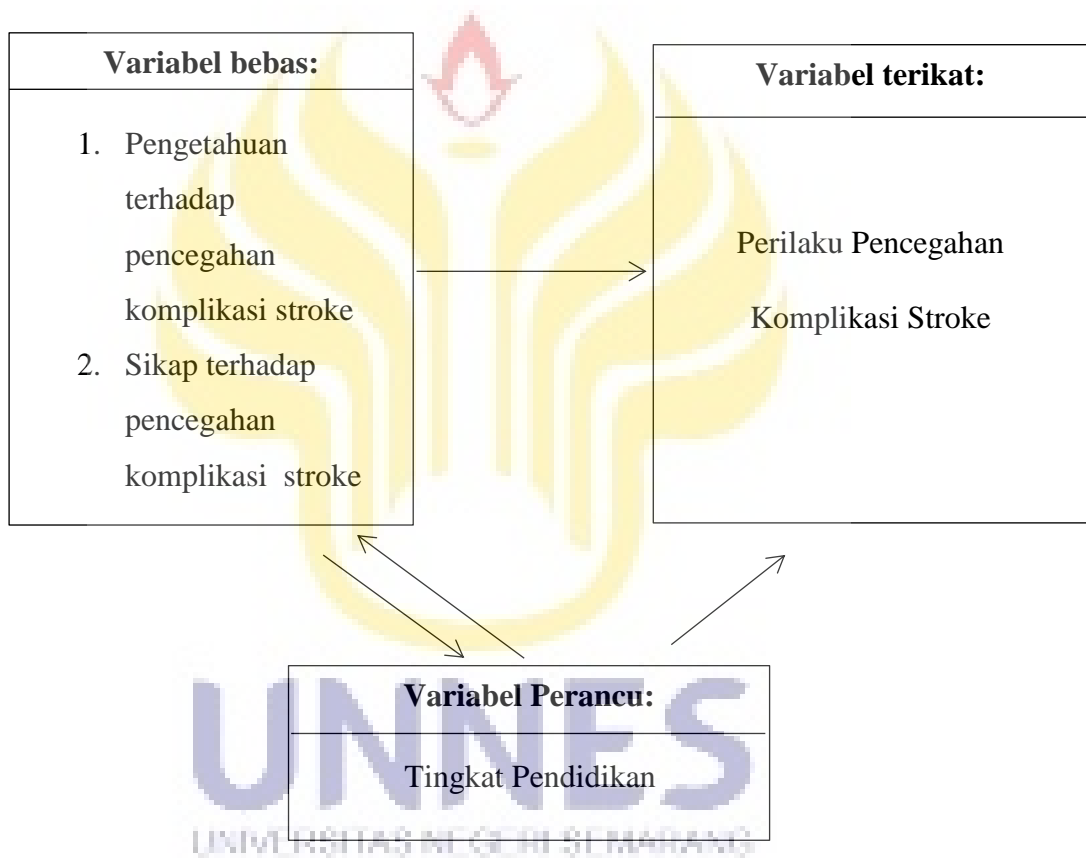
Digi Familia, 2010:58-59)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut



Gambar 3.1 Kerangka konsep

3.2 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang menyebabkan atau mempengaruhi variabel lain, yakni mengenai faktor-faktor yang akan diukur untuk menentukan hubungan antara fenomena yang akan diobservasi atau teliti. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap terhadap perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun .

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat dari perubahan variabel lain dan merupakan factor yang diteliti atau diobservasi untuk menentukan pengaruh dari variabel bebas yakni faktor yang muncul atau tidak muncul . Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun.

3.2.3 Variabel Perancu

Variabel perancu pada penelitian ini adalah tingkat pendidikan. Dalam penelitian ini, variabel tingkat pendidikan pada penelitian ini dibatasi pada tingkat pendidikan minimal SMP disesuaikan dengan karakteristik responden yang memiliki pendidikan minimal SMP.

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan, dugaan, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut, setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Notoatmojo, 2005: 45).

Berdasarkan pada masalah yang akan diajukan dan teori serta kerangka konsep yang ada, maka dapat dirumuskan hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara pengetahuan terhadap perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun
2. Ada hubungan antara sikap terhadap perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Kategori	Skala
1	Pengetahuan terhadap pencegahan stroke	Kemampuan responden dalam mengetahui, memahami mengenai pencegahan komplikasi stroke yaitu pemenuhan diit hipertensi, aktivitas fisik dan olahraga, istirahat tidur, manajemen stress, tidak mengkonsumsi rokok dan alkohol	Wawancara menggunakan kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kategori kurang jika $< 60\%$ jawaban benar (13 pertanyaan) 2. Kategori cukup jika $60\%-80\%$ jawaban benar (14-18 pertanyaan) 3. Kategori Baik jika $> 80\%$ jawaban benar (19-23 pertanyaan) (Yayuk Farida Baliwati, 2004:117) 	Ordinal
2	Sikap terhadap pencegahan stroke	Respon, tanggapan dan pendapat responden terhadap pencegahan komplikasi stroke yaitu pemenuhan diit hipertensi, aktivitas fisik dan olahraga, istirahat tidur, manajemen stress, tidak	<p>Wawancara menggunakan kuesioner</p> <p>Untuk Pertanyaan <i>favorable</i>: “SS” diberi skor 4, “S” diberi skor 3, “TS” diberi skor 2,</p>	Berdasarkan hasil uji normalitas, diketahui sebaran data tidak terdistribusi normal, sehingga kategori dibagi menjadi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Negatif : jika total skor $<$ median (41,5) 2. Positif : Jika Total skor \geq median (41,5) 	Ordinal

		mengonsumsi rokok dan alcohol	<p>“STS” diberi skor 1. Untuk pertanyaan <i>unfavorable</i>“SS” diberi skor 1, “S” diberi skor 2, “TS” diberi skor 3, “STS”diberi skor 4.</p>		
3	Perilaku Pencegahan Stroke	Praktik atau tindakan yang dilakukan responden untuk mengurangi resiko atau pencegahan komplikasi stroke yakni dengan cara mengendalikan tekanan darahnya	<p>Wawancara dengan menggunakan kuesioner</p> <p>Kuesioner ini memberikan alternatif jawaban Untuk pertanyaan <i>favorable</i> “Ya” diberi skor 1 “Tidak” diberi skor 0 Untuk pertanyaan <i>unfavorable</i> “Ya” diberi skor 0 “Tidak” diberi skor 1</p>	<p>Berdasarkan hasil uji normalitas, diketahui sebaran data tidak terdistribusi normal, sehingga kategori dibagi menjadi:</p> <p>1. Kategori Kurang Baik jika total skor < median (7) *Jika responden : -<i>Tidak</i> melakukan diit hipertensi (membatasi konsumsi garam \leq 6gr/ hari atau 1 sdt/ hari), <i>Tidak</i> membatasi makanan kaleng dan instan,<i>Tidak</i> makan buah dan sayur - <i>Tidak</i> olahraga secara teratur (3-5 kali seminggu), - istirahat tidur yang kurang (waktu tidur < 6jam/hari), - <i>tidak</i> me-manajemen stress dengan cara berfikir positif, -mengonsumsi alkohol,</p>	Ordinal

-mengonsumsi rokok (Saraswati, 2009 ; Dourman, 2013; Nurrahmani,2012)

2. Kategori Baik jika total skor responden \geq median (7)
 *Jika responden melakukan diit hipertensi dengan (membatasi konsumsi garam \leq 6gr/ hari atau 1 sdt/ hari, membatasi makanan kaleng dan instan, mengonsumsi buah dan sayur setiap hari), olahraga secara teratur (3-5 kali seminggu),istirahat tidur yang cukup (waktu tidur 6-8jam/hari), manajemen stress dengan cara berfikir positif, tidak mengonsumsi alkohol, tidak mengonsumsi rokok (Saraswati, 2009 ; Dourman, 2013; Nurrahmani,2012)

3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian survei analitik yaitu penelitian yang bertujuan untuk mempelajari bagaimans dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi, dengan

mengetahui hubungan antara faktor resiko dan efek dengan melakukan observasi atau pengukuran terhadap variabel bebas dan terikat. Dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada saat tertentu yang artinya setiap subyek hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut. Jadi pada saat studi peneliti tidak melakukan tindak lanjut terhadap pengukuran yang dilakukan (Sastroasmoro, 2002:66).

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian. Penentuan sumber data sangat penting dan menentukan keakuratan hasil penelitian (Saryono dan Anggraeni, 2013: 165).

Pada penelitian ini populasi yang dimaksud adalah seluruh penderita hipertensi yang berobat di Puskesmas Ngemplak Simongan Semarang usia ≤ 45 tahun yang berobat pada bulan November 2015 hingga Februari 2016 yang berjumlah 79 orang.

3.6.2 Sampel Penelitian

Populasi yang akan diteliti terkadang jumlahnya sangat melimpah, tempatnya sangat luas dan berasal dari strata atau tingkatan yang berbeda. Adanya keterbatasan waktu, tenaga dan biaya menjadikan penelitian hanya menggunakan sebagian dari populasi sebagai sumber data. Sebagian dari populasi yang mewakili suatu populasi disebut sebagai sampel (Saryono dan Anggraeni, 2013: 167). Adapun

besar sampel yang dihitung menggunakan rumus sebagai berikut dengan populasi

N sudah diketahui (Riyanto, 2011:102) :

$$n = \frac{NZ_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 P(1-P)}{N \cdot d^2 + Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 P(1-P)}$$

Keterangan:

n = Besar sampel

N = Besar populasi diketahui

d = besar penyimpangan 0,05

P = proporsi kejadian, jika tidak diketahui dianjurkan 0,5

$Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$ = nilai sebaran normal baku, dengan tingkat kepercayaan 95 % = 1,96

Maka perhitungan sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{NZ_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 P(1-P)}{N \cdot d^2 + Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 P(1-P)}$$

$$n = \frac{79 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{79 \times (0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{79 \times 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}{79 \times 0,0025 + 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{75,8716}{0,1975 + 0,9604} = \frac{75,8716}{1,1579} = 65,525 \sim 66$$

Berdasarkan rumus tersebut, maka jumlah sampel minimal dapat diperoleh sebesar 66 responden.

Pada penelitian ini sampel diambil dengan menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel acak sederhana seperti undian dan setiap individu memiliki peluang yang sama (Saryono dan Anggraeni,2013: 173).

3.7 Sumber Data Penelitian

3.7.1 Data Primer

Data primer adalah data yang secara langsung diambil dari objek/subjek penelitian oleh peneliti perorangan maupun organisasi. Dalam penelitian ini, data primer diperoleh langsung dari responden, dikumpulkan melalui wawancara yang dilakukan dengan tanya jawab kepada responden dengan menggunakan kuesioner sebagai panduan wawancara serta hasil observasi.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh tidak secara langsung dari objek penelitian. Data sekunder diperoleh dari instansi-instansi kesehatan seperti Dinas Kesehatan Kota Semarang, Puskesmas Ngemplak Simongan Semarang serta website dari instansi-instansi terkait guna memperoleh informasi tambahan berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan.

3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.8.1 Instrumen Penelitian

3.8.1.1 Kuesioner

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner diartikan sebagai daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, dimana dalam

kuesioner tersebut berisi pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab dan diisi oleh responden (Notoatmojo, 2005: 130). Penelitian ini menggunakan kuesioner untuk melakukan pengukuran pengetahuan dan sikap terhadap perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun.

Uji validitas dan reliabilitas instrument diuji hubungan *Product Moment*, dengan menggunakan tes-tes ulang yaitu kuesioner penelitian diujikan kepada kelompok responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan sampel penelitian (Arikunto, 2006:170). Dalam penelitian ini uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada pasien Hipertensi di Puskesmas Pudak Payung dengan jumlah 30 orang.

Hasil uji validitas mendapatkan hasil dari 31 pertanyaan pengetahuan terdapat 8 pertanyaan yang tidak valid yaitu p1, p6, p8, p11, p16, p29, p30, p31. Dan untuk pertanyaan sikap dari 17 pertanyaan yang tidak valid sebanyak 3 pertanyaan yaitu p8, p10 dan p12. Pertanyaan yang tidak valid dihilangkan.

3.8.2 Teknik Pengambilan Data

3.8.2.1 Wawancara (*interview*)

Metode ini pengumpulan data dilakukan dengan Tanya jawab (dialog) langsung antara pewawancara dengan responden. Oleh karena itu kegiatan dilakukan secara berhadapan langsung, maka faktor internal pewawancara sangat berpengaruh sehingga pewawancara perlu latihan. Untuk memudahkan wawancara diperlukan pedoman wawancara. Pedoman wawancara ini berisi pokok-pokok pembicaraan yang ingin ditanyakan (Saryono dan Anggraeni, 2013: 180).

3.8.2.2 Dokumentasi

Merupakan kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi ini adalah benda mati (Saryono dan Anggraeni, 2013: 182).

3.8.2.3 Kuesioner

Kuesioner merupakan sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi atau jawaban dari responden. Pengumpulan data dengan kuesioner ini berbentuk pertanyaan yang akan diisi atau dijawab oleh responden (Saryono dan Anggraeni, 2013: 187).

3.9 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilaksanakan dalam 3 tahap yaitu :

3.9.1 Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan, terdapat beberapa hal yang harus dilakukan. Hal-hal tersebut, meliputi :

1. Menentukan tema penelitian
2. Menentukan lokasi penelitian
3. Melakukan survei pendahuluan ke lokasi penelitian
4. Menentukan permasalahan yang akan diteliti
5. Menyusun proposal penelitian
6. Menetapkan jadwal kegiatan penelitian

3.9.2 Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, peneliti mulai melakukan kegiatan penelitian yang terdiri dari pengambilan data baik data primer maupun data sekunder, wawancara kepada petugas puskesmas, melakukan wawancara dan observasi kepada masyarakat yang menjadi reponden dalam penelitian.

3.9.3 Tahap Evaluasi Hasil Pelaksanaan

Pada tahap evaluasi, dilakukan pengolahan data hasil penelitian dan mencermati apabila terdapat kesalahan dalam data yang diperoleh pada tahap pelaksanaan penelitian, sehingga data yang salah tersebut dapat dievaluasi dengan baik.

3.10 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan langkah penting dalam penelitian guna menentukan suatu kesimpulan masalah yang diteliti. Data yang sudah terkumpul akan diolah dan diteliti kelengkapannya serta dianalisis dengan bantuan program komputer SPSS for windows, dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) *Editing* adalah kegiatan untuk memeriksa kelengkapan data yang diperoleh melalui observasi atau pengamatan
- 2) *Coding* adalah kegiatan untuk memberikan kode pada semua variabel untuk mempermudah pengolahan data
- 3) *Entry* adalah kegiatan memasukkan data ke dalam program komputer
- 4) *Tabulating* adalah kegiatan mengelompokkan data sesuai dengan variabel yang akan diteliti guna memudahkan untuk disusun dan ditata untuk disajikan.

Analisis data ditentukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Setelah semua data terkumpul maka analisis data dilakukan, dalam penelitian ini analisis data menggunakan teknik sebagai berikut:

1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian dengan menggunakan distribusi frekuensi untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan perilaku penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun mengenai pencegahan komplikasi hipertensi yakni stroke. Pada analisis ini menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2005:188).

2. Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini analisa bivariat untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat . Analisa ini dilakukan dengan pengujian statistik yaitu dengan uji Chi Square karena skala pengukuran yang digunakan adalah skala ordinal untuk variabel bebas dan skala ordinal untuk variabel terikat (termasuk ke dalam skala kategorik).

Syarat uji Chi Square adalah tidak ada sel yang nilai observed bernilai nol dan sel yang nilai expected (E) kurang dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat dari uji Chi Square tidak terpenuhi, maka dipakai uji alternatifnya yaitu :

- 1) Alternatif uji Chi Square untuk table 2 x 2 adalah uji Fisher
- 2) Alternatif uji Chi Square untuk table 2 x k adalah uji Kolmogorov-smirnov

- 3) Penggabungan sel adalah langkah alternatif uji Chi Square untuk table selain 2×2 dan $2 \times k$ sehingga terbentuk suatu table $B \times K$ yang baru tersebut (Dahlan, 2008:19).

3.11 Uji Normalitas Data

Analisis penentuan sikap dan perilaku responden mengenai pencegahan stroke dilakukan dengan memperhatikan nilai mean dan median dari distribusi data tersebut. Untuk mengetahui suatu data menggunakan nilai mean atau median maka dilakukan uji normalitas data terlebih dahulu. Apabila data terdistribusi normal maka analisis data menggunakan acuan mean dan jika data tidak terdistribusi normal maka analisis menggunakan median. Berikut tabel normalitas data sikap responden mengenai pencegahan stroke:

Table 3.2 Normalitas data sikap responden

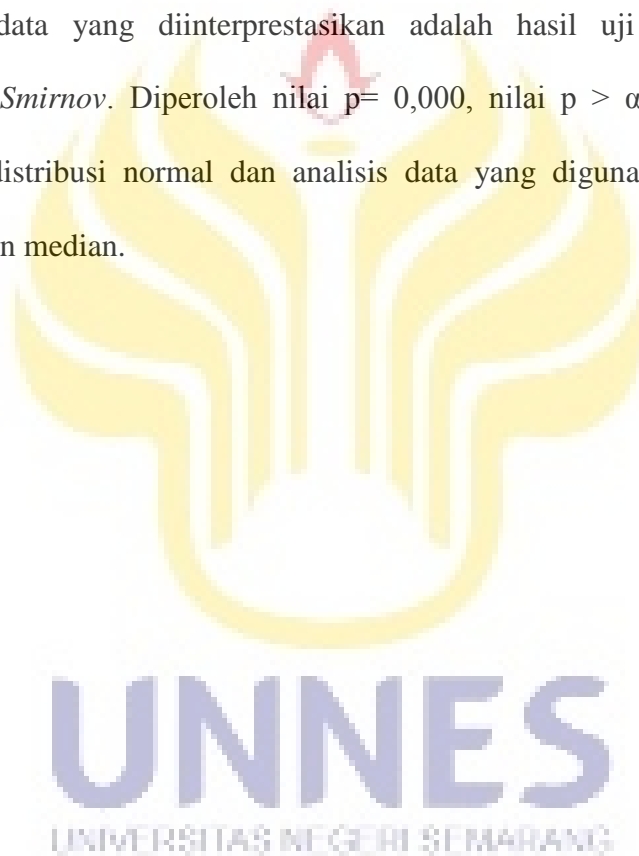
Tests of Normality					
Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
.339	66	0.000	.637	66	.006

Tabel 3.2 diketahui jumlah sampel adalah 66 orang, sehingga pada uji normalitas data yang diinterpretasikan adalah hasil uji normalitas data kolmogorov-Smirnov. Diperoleh nilai $p = 0,000$, nilai $p < \alpha (0,05)$, maka data tersebut tidak terdistribusi normal dan analisis data yang digunakan adalah dengan menggunakan median.

Tabel 3.3 Normalitas data perilaku responden

Tests of Normality					
Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
.224	66	0.000	.880	66	.000

Tabel 3.3 diketahui jumlah sampel adalah 66 orang, sehingga pada uji normalitas data yang diinterpretasikan adalah hasil uji normalitas data *kolmogorov-Smirnov*. Diperoleh nilai $p = 0,000$, nilai $p > \alpha (0,05)$, maka data tersebut terdistribusi normal dan analisis data yang digunakan adalah dengan menggunakan median.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan beberapa kesimpulan, yakni sebagai berikut :

1. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan 46 responden (69,7%) dan direntang umur 41-45 tahun sebanyak 27 responden (40,9%) serta memiliki pendidikan SMP sebanyak 36 responden (54,5%).
2. Pengetahuan responden sebagian besar dalam kategori baik yakni sebanyak 31 responden (47%). Antara sikap positif dan sikap negatif memiliki jumlah yang sama yakni masing-masing 33 responden (50%). Perilaku responden sebagian besar kurang baik yakni sebanyak 49 responden (74,2%).
3. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan pencegahan stroke dengan perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun, dengan nilai *p* value (0,003)
4. Ada hubungan yang signifikan antara sikap pencegahan stroke dengan perilaku pencegahan stroke pada penderita hipertensi usia ≤ 45 tahun dengan nilai *p* Value (0,005)

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka peneliti ingin mengajukan saran-saran sebagai berikut :

6.2.1 Bagi Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang

1. Sebaiknya tetap menghimbau kepada masyarakat untuk selalu mengontrol tekanan darahnya baik itu disaat normal ataupun saat mengalami kekambuhan guna menghindari terjadinya komplikasi
2. Terus memberikan motivasi sebagai petugas kesehatan agar masyarakat mau melaksanakan perilaku hidup sehat

6.2.2 Bagi Dinas Kesehatan

Sebaiknya memberikan layanan tensi gratis setiap satu bulan sekali disetiap puskesmas agar para warga tertarik untuk memeriksakan dirinya khususnya bagi pengecekan tekan darah pada penderita hipertensi.

6.2.3 Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat mampu melaksanakan pola hidup sehat agar terhindar dari penyakit-penyakit degeneratife yang sekarang ini telah banyak menyerang bahkan diusia muda sekalipun.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S, 2006, *Penuntun Diet*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Anggraini, A. D., Waren, A., Situmorang, E., Asputra, H., & Siahaan, S. S, 2009, *faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada pasien yang berobat di poliklinik dewasa puskesmas bangkinang periode januari sampai juni 2008*, Riau: Faculty of Medicine-University of Riau.
- Apriana Kurniati, A. U, 2012, *Gambaran Kebiasaan Merokok Dengan Profil Tekanan Darah Pada Mahasiswa Perokok Laki-laki Usia 18-22 tahun.*, *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , 251-261.
- Apriany R E A, Mulyati, T, 2012, *Asupan Protein, Lemak Jenuh, Natrium, Serat Dan IMT Terkait Dengan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Di RSUD Tugurejo Semarang*, *Journal of Nutrition College* Vol. 1 : 700 – 714.
- Arikunto, Sumarsini, 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Asmadi, 2008 , *Konsep Dasar Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Azwar, S, 2003, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Pustaka Belajar, Jakarta.
- Azwar, S, 2009, *Penyusunan Skala Psikologi*, Pustaka Belajar, Yogyakarta.
- Bustan, M.N., 2007, *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*, Cetakan 2 Rineka Cipta, Jakarta.
- Cintya A.D, dkk. 2013. *Gambaran factor resiko dan tipe stroke pada pasien rawat inap di bagian penyakit dalam RSUD Kabupateen Solok Selatan Periode 1 januari 2010- 31 Juni 2012*. <http://jurnal/fk.unand.ac.id> hal: 57-61.
- Dahlan. Sopiudin, 2004, *Statistika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*, Arkans, Jakarta.
- Dalyoko, D. A, 2010, *Faktor Yang Berhubungan Dengan Upaya Pengendalian Hipertensi Pada Lansia di Posyandu Lansia Wilayah kerja Puskesmas Mojosongo Boyolali*, *Jurnal Kesehatan* ISSN 1979-7621, Vol. 4, No. 1, Juni 2011: 201-214.

- Dayasaki, Tri dan Hunainah, 2003, *Psikologi Sosial*, UMM Press, Malang.
- Departemen Kesehatan RI, 2012, *Angka kejadian hipertensi di Indonesia*, Direktorat Kesehatan Keluarga, Jakarta.
- Dewi. Sofia. Dan Digi Familia, 2010, *Hidup Bahagia Dengan Hipertensi*, A+plus Books, Jogjakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2014, *Profil Dinas Kesehatan Kota Semarang Tahun 2014*, Semarang.
- Djannah, Siti N, dkk. 2009. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Penularan TBC pada Mahasiswa di Asrama Manokwari Sleman Yogyakarta. KESMAS ISSN 1978-0575 vol.3 no.3:214-221
- Dourman, Karel, HS, 2013, *Waspadai Stroke Usia Muda*, Cerdas Sehat, Jakarta.
- Eko, A. dan Astuti, 2007, *Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan terhadap Pencegahan pada Penderita Hipertensi dan Bukan Hipertensi (Studi Di Puskesmas Krembangan Selatan Surabaya)*.
- Erlyna Nur Syahrini, H. S, 2012, *Faktor- Faktor Resiko Hipertensi Primer di Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang*, Jurnal Kesehatan Masyarakat hal:315- 325.
- Friday, G., Alter, M., Lai, SM., 2002, *Control of hypertension and risk of stroke recurrence*. Stroke, 33 : 2652.
- Ginting, Masdar. 2008, *Determinan Tindakan Masyarakat dalam Mencegah Penyakit Hipertensi di Kecamatan Belawan*. Tesis USU, Sumatra Utara.
- Green, Lawrence, Marshall W. Kreuter, Sigrid G. Deeds, Kay B.Partride. 1980, *Health Education Palnning A Diagnostic Approach*, Mayfield Publishing Company, California USA.
- Gunarya, A, 2008, *Manajemen Stres, TOT Basic Study Skills Angkatan V dan VI, Pusat Bimbingan dan Konseling: UNHAS*, Makassar.
- Gunawan, Leny, 2001, *Hipertensi Tekanana Darah Tinggi*, Kanisius, Jakarta.

- Hamid, Syahrul A. 2013. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan hipertensi dengan Kejadian Hipertensi tahun 2013*. Skripsi. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Husni, A., Laksmawati. 2001. *Faktor yang mempengaruhi stroke non hemoragik ulang*. Media Medika Indonesiana 36(3) hal: 133-144
- Indrawati, Lina. 2014. *Hubungan antara Pengetahuan, Sikap, Persepsi, Motivasi, Dukungan Keluarga, dan Sumber Informasi Pasien Penyakit Jantung Koroner dengan tindakan Pencegahan Faaktor Resiko (Studi kasus di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta)*. Jurnal Ilmiah ISSN 2337-6686 vol.2 no.3:30-36
- Junaidi, I, 2011, *Stroke Waspada! Ancamannya*, Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Kemkes, RI, 2014, *INFODATIN (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI), HIPERTENSI*, Jakarta.
- Lanny Sustrani, dkk, 2004, *Hipertensi*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Mahendra. B, 2004, *Atasi Stroke Dengan Tanaman Obat*, Penebar Swadaya, Jakarta.
- Muhammadun, 2010, *Hidup Bersama Hipertensi/Darah Tinggi Sang Pembunuh Sejati*, In-Books, Yogyakarta.
- Murti. Bhisma, 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Gajah Mada University PRESS, Yogyakarta.
- Najmah, 2011, *Managemen & Analisa Data Kesehatan Kombinasi Teori dan Aplikasi SPSS*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2012, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo,S, 2005, *Metodologi penelitian kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Novita Nining Widyaningsih, M. L, 2008, *Pengaruh Keadaan Sosial Ekonomi, Gaya Hidup, Status Gizi, dan Tingkat Stress Terhadap Tekanan Darah*. *Jurnal Gizi dan Pangan* , 1-6.

- Nugraha, Bayu K.A, dkk. 2013. *Hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan sikap pencegahan komplikasi pada pasien hipertensi di wilayah kerja puskesmas sangkrah Surakarta*. Artikel penelitian : Universitas Muhamadiyah Surakarta.
- Nurrahmani, Ulfah S, 2012, *STOP! Hipertensi*, Familia, Yogyakarta.
- Permatasari, Dwita. 2011. *Kejadian Hiperkolesterolemia Disertai Hipertensi dan Diabetes Mellitus pada Penderita Stroke Trombotik Akut*. Bulletin Penelitian RSUD Dr Soetomo, 13(3), 112-120.
- Potter, Patricia A dan Anne Griffin Perry, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktek*, EGC, Jakarta.
- Price, Sylvia A. dan Lorraine M. Wilson, 2005, *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit Volume 2*, EGC, Jakarta.
- Price. Sylvia A, Wilson. Lorraine M. 2014. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit edisi 6 volume 2*, EGC, Jakarta.
- Priyoto, 2014, *Teori Sikap & Perilaku dalam Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Riyanto. Agus, 2011, *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Salinding, Nova, dkk. 2012. Hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan stroke pada pasien hipertensi di rumah sakit umum daerah lakipada kabupaten tana toraja. *Jurnal kesehatan* ISSN 2302-1721 vol.1 no.2 : 1-7.
- Santoso, Purbayu Budi dan Ashari. 2005. *Analisa Statistik dengan Microsoft Excel dan SPSS*, ANDI, Yogyakarta.
- Saryono. Mekar Dwi Anggraeni, 2013, *Metodologi Penelitian Kulitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Sastroasmoro, Soedigdo, 2002, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Sagung Seto, Jakarta.
- Shanty, Maria, 2011, *SILENT KILLER DISEASES (Penyakit yang diam-diam mematikan)*, PT. Buku Kita, Jogjakarta.

- Siswanto, Yuliaji. 2005. *Beberapa Faktor resiko yang mempengaruhi kejadian stroke berulang (studi kasus di RS Dr.Kariadi Semarang)*. Tesis Universitas Diponegoro Semarang
- Sitorus, Rico J. dkk. http://eprints.undip.ac.id/6482/1/Rico_Januar_Sitorus.pdf. Diakses pada 13 April 2016 pukul 08.00
- Soeharto. I, 2004, *Serangan Jantung dan Stroke Hubungannya Dengan Lemak dan Kolesterol*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Soetomo. Budi, 2008, *Variasi Mie dan Pasta*, PT.Kawan Pustaka, Jakarta.
- Sulastri, dkk. 2013. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar*. Jurnal Kesehatan ISSN 2302-1721 vol.2 no.5: 92-98.
- Tobias, Brahmantio C.2015. *Hubungan Pengetahuan Hipertensi dengan Perilaku Lansia dalam Pencegahan Hipertensi di Posyandu Lansia Desa Tegal Wangi Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember*. Jurnal Kesehatan ISSN 2302-7932 vol.3 no.2: 144-148.
- Widyasari, Domas F dan Anika C. 2010. *Pengaruh Pendidikan tentang Hipertensi terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap Lansia di Desa Makamhaji Kartasura Sukoharjo*. Biomedika vol.2 no.2: 54-62