

TUA SALAH PERSEPSI, MUDA TIDAK TAKUT MATI

by Laily Isro'in

Submission date: 15-Aug-2022 01:30PM (UTC+0700)

Submission ID: 1882673980

File name: DRAF_BUKU_2.doc (1.01M)

Word count: 21721

Character count: 137864

“TUA SALAH PERSEPSI, MUDA TIDAK TAKUT MATI”

PERSEPSI DAN POLA FAKTOR RESIKO PENYAKIT KARDIOVASKULAR DI
KABUPATEN PONOROGO

Penyusun :

CHOLIK HARUN ROSJIDI, M.Kes,
LAILY ISRO'IN, S.Kep, Ners, MKep,
NURUL SRI WAHYUNI, S.Kep, Ners, M.Kes,



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PRODISI KEPERAWATAN
AGUSTUS, 2016

RINGKASAN

Penyakit kardiovaskular saat ini merupakan ancaman global di dunia. Penyakit kardiovaskular sendiri menyumbang angka kematian 78 persen pada negara yang berpenghasilan rendah dan merupakan ranking ke 3 kematian di dunia pada tahun 1999, merupakan penyebab utama kematian di Negara sedang berkembang termasuk negara Indonesia. Munculnya ancaman penyakit kardiovaskular ternyata tidak diikuti peningkatan kewaspadaan sehingga penanganan penyakit Kardiovaskular saat ini bukan menjadi prioritas utama oleh pemerintah.

Penelitian ini merupakan Penelitian Hibah Bersaing tahun pertama yang dibiayai oleh DIPA Dikti Kementerian RISTEK DIKTI RI tahun 2015 dan tahun 2016 Secara Umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan pola faktor resiko penyakit kardiovaskular antara daerah kota dan daerah pedesaan di Ponorogo. Secara khusus bertujuan menganalisis besarnya beban faktor risiko penyakit kardiovaskular penduduk kota dan pedesaan serta persepsi masyarakat di Ponorogo

Tempat penelitian di 19 Kelurahan Kecamatan Kota dan 21 Desa di Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo, sampel 350 responden diambil dengan tahapan sebagai berikut: pada langkah pertama satu kecamatan yang mewakili Kota dan Desa di Kabupaten Ponorogo. Untuk wilayah Kota terdapat 1 kecamatan Kota dan untuk wilayah Desa terpilih kecamatan Jenangan. Pada langkah kedua dari 19 lingkungan di kecamatan Kota dipilih secara random RW, dari RW terpilih di random untuk mendapatkan cluster RT sehingga RT sebagai Unit sampling. Pengumpulan data dilakukan oleh mahasiswa S1 Keperawatan semester 4, sebelumnya telah dilatih untuk menggunakan instrumen penelitian..

Besar 350 kuesioner pada tahun pertama dan 15 partisipan pada tahun kedua, dan Ringkasan hasil penelitian sebagai berikut:

1. Berdasarkan data status demografi ditemukan dari 175 responden di kluster Desa 116 (66,3%) jenis kelamin perempuan. Tidak berbeda jauh data di kluster kota dari 175 sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebesar 105 (60%).
2. Berdasarkan data umur ditemukan dari 175 responden di kluster Desa 103 (58,9%) berumur lebih dari 50 tahun. Berbeda data di kluster kota dari 175 sebagian besar responden berumur di bawah 50 tahun sebesar 96 (54,9%).
3. Berdasarkan data status pendidikan ditemukan dari 175 responden di kluster Desa 70 (40%) dengan pendidikan setingkat SD. Berbeda data di kluster kota dari 175 sebagian besar responden berpendidikan SMA sebesar 73 (41,7%).
4. Berdasarkan data pekerjaan ditemukan dari 175 responden di kluster Desa 47 (26,9%) bekerja sebagai ibu rumah tangga. Karakteristik pekerjaan kluster desa sebagai tani atau buruh tani dan sebagai IRT jika ditotal sebanyak 65,8%. Berbeda data di kluster kota dari 175 sebagian besar responden bekerja di sektor wiraswasta.
5. Secara umum pendapatan perbulan kluster kota lebih besar dibanding kluster desa. 63,6% responden kluster Desa berpenghasilan di bawah 500 ribu perbulan. Penghasilan responden dari kluster kota sebagian besar di atas 500 ribu sebesar 67,5%.
6. Total responden yang merokok sebesar 28,6%. Namun berdasarkan jenis kelamin angka konsumsi rokok laki-laki sangat tinggi sebesar 68,9%. Laki-Laki dari kluster desa lebih besar yang mengkonsumsi rokok dibanding kluster kota. Angka konsumsi rokok dari kluster desa pada laki-laki sebesar 78% responden, sedangkan dari kluster kota 62,9% responden laki-laki mengkonsumsi rokok.

7. Secara umum hanya 11 responden atau 3,5% mengkonsumsi alkohol. Alkohol hanya dikonsumsi oleh laki-laki, 2 (2,9%) dari Kota dan 9 (18,4%) responden dari kluster Desa.
8. Konsumsi sayur menjadi kebiasaan masyarakat Ponorogo. Konsumsi sayur kategori sehat dilakukan oleh 90,7%, namun konsumsi buah tidak sehat masih cukup tinggi sebesar 40,3%. Laki-laki Desa lebih banyak mengkonsumsi buah kategori tidak sehat sebesar 50,8%, sedangkan perempuan Desa lebih banyak mengkonsumsi buah kategori sehat sebesar 56%. Konsumsi buah sudah menjadi kebiasaan baik laki-laki maupun perempuan dari kluster Kota. Terdapat 68,6 laki-laki Kota mengkonsumsi buah kategori sehat, sedangkan pada perempuan lebih tinggi sebesar 72,4%.
9. Hampir setengah dari responden menderita tekanan darah tinggi sebesar 45%. Perempuan kluster Desa lebih banyak menderita HT (55,2%), dibanding laki-laki sebesar 49,2%. Berbeda dengan kluster Desa, pada kluster Kota tidak terdapat perbedaan HT antara laki-laki dan perempuan. Laki-laki yang menderita HT sebesar 41,4%, sedangkan pada perempuan sebesar 40%.
10. Angka obesitas secara umum diderita oleh 55,6%. Obesitas sentral seraca umum di derita kluster Kota baik laki-laki maupun perempuan. Obesitas pada laki-laki sebesar 38,6% sedangkan pada perempuan lebih besar lagi 45,7%. Pada kluster Desa laki-laki cenderung lebih tinggi mengalami obesitas sebesar 37,3% dibanding 38,8% pada perempuan.
11. Secara umum proporsi Diabetes Militus (DM) dialami oleh 27,9%,%. Jenis kelamin perempuan lebih betresiko mengalami DM (25%) dibanding laki-laki (20,4%) kluster Desa. Sedangkan pada kluster kota laki-laki (32,9%) lebih beresiko mengalami DM dibanding perempuan (29,5%).
12. Hiperkolesterol di derita oleh 33,3% responden secara total. Jenis kelamin perempuan lebih betresiko mengalami Hiperkolesterol (56,7z%) dibanding laki-laki (43,3%) kluster Desa. Sedangkan pada kluster kota laki-laki

(33,7%) lebih beresiko mengalami Hiperkolesterol dibanding perempuan (34,3%).

13. Semua partisipan mengetahui bahaya penyakit jantung seperti kematian mendadak, Sumber utama informasi utama tentang penyakit jantung dari membaca dan internet, Partisipan perempuan lebih takut penyakit kanker reproduksi, sedangkan partisipan laki-laki lebih takut penyakit kardiovaskular
14. Faktor resiko utama penyakit kardiovaskular pada aspek pola makan, kurang aktifitas, seperti makanan di goreng Tanda utama serangan penyakit jantung adalah sesak, kaget dan mati mendadak, Lebih banyak partisipan yang mempersepsikan laki-laki lebih beresiko terserang penyakit jantung dibanding perempuan.
15. Partisipan perokok dimulai pada umur SMP , Penyebab merokok paling banyak faktor teman, kemudian faktor kegiatan masyarakat, untuk gaya, dan faktor uang, Tempat mulai merokok warung dan kafe, Semua partisipan perokok mengetahui bahaya merokok, terutama dari bungkus rokok.
16. Iklan di bungkus rokok ditanggapi beragam oleh responden, sebagian besar tidak menimbulkan ketakutan.

PRAKATA

Alhamdulillah penulis panjatkan ke hadirat Alloh Yang Mahas Kuasa, penyusunan buku hasil penelitian ini dapat berjalan baik sesuai yang diharapkan. Penulisan buku ini merupakan hasil laporan penelitian Kajian Faktor Resiko Penyakit Kardiovaskular daerah Perkotaan dan Pedesaan Indonesia (Studi Di Kabupaten Ponorogo), yang dibiayai oleh Dikti Kementerian Riset dan Dikti RI tahun 2015 dan tahun 2016 dengan judul Buku Tua Salah Persepsi, Muda Tidak takut Mati (Persepsi Dan Pola Faktor Resiko Penyakit Kardiovaskular Di Kabupaten Ponorogo)

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kementerian Riset dan Dikti RI yang telah memberikan dana dan pendampingan sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.
2. Universitas Muhammadiyah Ponorogo c/q Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat yang telah pendampingan sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.
3. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan, dosen dan seluruh Staf FIK yang telah memberikan kesempatan dan kepercayaan kepada penulis untuk melakukan penelitian
4. Pemerintah Daerah Kabupaten Ponorogo yang telah memberikan ijin sebagai tempat pengambilan data penelitian
5. Seluruh responden pada penelitian ini, keberhasilan penelitian ini tidak akan pernah ada tanpa bantuan para responden penelitian.

Dengan penuh kesadaran, buku ini masih banyak kekurangan sehingga saran dan masukan sangat penulis harapkan demi penyempurnaan buku ini. Semoga Buku ini bermanfaat untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat Ponorogo dan pengembangan ilmu.

Ponorogo, 27 Oktober 2017

PENULIS

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER DEPAN	i
RINGKASAN	iii
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	9
DAFTAR GAMBAR	10
DAFTAR LAMPIRAN	11
BAB I. PENDAHULUAN	12
A. Latar Belakang Masalah	12
B. Rumusan Masalah	15
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Penyakit Kardiovaskular.....	16
B. faktor resiko penyakit kardiovaskular.....	22
C. Persepsi Tentang Penyakit Kardiovaskular	27
D. Landasan teori	29
E. Kerangka Konsep Penelitian	30
BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT	31
BAB IV. METODE PENELITIAN	32
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	32
B. Lokasi Penelitian	32
C. Populasi dan Sampel Penelitian	33
D. Variabel Penelitian	33
E. Instrumen Penelitian.....	34
F. Prosedur Penelitian	36
G. Cara Pengumpulan Data.....	36
H. Analisis Data.....	37
BAB V. HASIL dan PEMBAHASAN.....	38
BAB VI. RENCANA TINDAK LANJUT	68
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	69
DAFTAR PUSTAKA	70
LAMPIRAN-LAMPIRAN	74

DAFTAR TABEL

1 Tabel 1. Beban penyakit pada tahun 1990	17
1 Tabel 2. Prediksi beban penyakit pada tahun 2020	17
Tabel 3. Pola penyebab Kematian di Indonesia	18
Tabel 4. Karakteristik Demografi di Kevcamatan Siman Ponorogo	39
Tabel 5. Distribusi frekuensi Faktor resiko penyakit kardiovaskular Di Kecamatan Siman Ponorogo	40
Tabel 6. Karakteristik faktor resiko penyakit kardiovaskular Di pedesaan berdasarkan jenis kelamin	42
Tabel 7. Karakteristik faktor resiko penyakit kardiovaskular Di pedesaan berdasarkan jenis kelamin	44
Tabel 8. Karakteristik Demografi di Kecamatan Kota Ponorogo	46
Tabel 9. Distribusi faktor resiko penyakit kardiovaskular di kota	47
Tabel 10. Karakteristik faktor resiko penyakit kardiovaskular Di Kota berdasarkan jenis kelamin	48
Tabel 11. Karakteristik faktor resiko penyakit kardiovaskular Di Kota berdasarkan umur	50
Tabel 12. Perbedaan faktpr resiko penyakit kardiovaskular di desa dan Di kota Ponorogo	52
Tabel 13. Perbedaan faktor resiko penyakit kardiovaskular di desa Dan di kota berdasarkan jenis kelamin	54
Tabel 14. Perbedaan faktor resiko penyakit kardiovaskular di desa Dan di kota berdasarkan jenis kelamin	56

DAFTAR GAMBAR

1 Gambar 1. Hubungan Kemiskinan dan penyakit	20
1 Gambar 2. Hubungan kemiskinan dan kesehatan	21
Gambar 3. Faktor Resiko Penyakit Noninfeksi	22
Gambar 4. Landasan teori	29
Gambar 5. Kerangka konstual penelitian	30
Gambar 6. Bagan alir Penelitian	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Instrumen Penelitian

74

Lampiran 2. Personalia penelitian

BAB 1 PENDAHULUAN

a. Latar Belakang Masalah

Perubahan pola hidup masyarakat saat ini menyebabkan pula perubahan pola penyakit, dari infeksi dan rawan gizi ke penyakit-penyakit degeneratif diantaranya adalah penyakit jantung dan pembuluh darah (*cardiovaskuler*) dan akibat kematian yang ditimbulkannya. Hingga kini penyakit jantung menjadi penyebab kematian nomor 1 di dunia. Pada tahun 2005 sedikitnya 17,5 juta atau setara dengan dengan 30% kematian diseluruh dunia disebabkan oleh penyakit jantung (Supriyono, 2008). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan CVD (*Cardiovaskuler Disease*) adalah penyebab kematian nomor satu di dunia. Diperkirakan pada tahun 2030, 11aying 25 juta orang meninggal akibat CVDs, terutama dari penyakit jantung dan stroke. Penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kematian di Amerika, 34,3% dari semua kematian di Amerika Serikat pada tahun 2006 (*American Hearth Assosiation*, 2010).

WHO (2002) menyebutkan bahwa lebih dari 300 faktor risiko dihubungkan dengan penyakit kardiovaskular. Faktor risiko mayor penyakit kardiovaskular dibagi menjadi 2 yaitu: faktor risiko yang bisa diubah (*modifiable*) yang memungkinkan untuk dicegah, diobati dan dikontrol, yang kedua adalah faktor risiko yang tidak bisa diubah (*non modifiable*). Semakin banyak faktor risiko yang dimiliki seseorang, maka semakin besar kemungkinan orang tersebut mendapat serangan penyakit jantung.

Faktor risiko yang dapat diubah (*modifiable*) berhubungan dengan perilaku seperti obesitas, hipertensi, lemak darah abnormal, penggunaan rokok, kurang aktivitas fisik, diet tidak sehat dan penyakit diabetes mellitus. Faktor risiko lain

seperti status sosial ekonomi, gangguan jiwa, stres psikososial, penggunaan alkohol, penggunaan beberapa obat, kolesterol LDL dan *Left ventrikular hipertropy* juga dihubungkan dengan risiko penyakit kardiovaskular yang bisa diubah. Faktor risiko yang lainnya tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, etnik, ras dan riwayat keluarga (keturunan).

Penyakit kardiovaskular adalah tipikal menyerang pada masyarakat kaya dan maju, namun data-data akhir penyakit ini secara konsisten menyerang masyarakat miskin. Hampir 80% kematian di 12negara miskin disebabkan oleh penyakit kardiovaskular dan DM (WHO, 2008). Penyakit kronis saat ini menyumbang 60% mortalitas dan 47% beban penyakit di dunia dan akan terus meningkat dengan prediksi pada tahun 2020 kematian akibat penyakit kronis sebesar 73% dan merupakan 60% beban penyakit di dunia (WHO, 2002). Negara miskin dan sedang berkembang menunjukkan perkembangan peningkatan angka kejadian penyakit kardiovaskular. Pada 12aying berpenghasilan rendah angka kejadian penyakit kardiovaskular mencapai 78% dan merupakan ranking ke 3 kematian di dunia pada tahun 1999, dan diperkirakan pada tahun 2010 merupakan penyebab utama kematian di Negara sedang berkembang. (Gwatkin · 2000). Isu utama adalah peningkatan kejadian penyakit kardiovaskular di 12aying-negar miskin yang diakibatkan efek 12aying12i globalisasi, urbanisasi, dan meningkatnya gaya hidup kurang gerak. Hal ini diperparah oleh rendahnya status 12aying ekonomi, dimana masyarakat dengan status 12aying ekonomi yang rendah lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular.

Isu kemiskinan, ketidakadilan ekonomi dan social menjadi 12ayin utama yang menjadi tantangan terhadap perkembangan penyakit kardiovaskular. Risiko penyakit kardiovaskular yang tinggi telah dilaporkan terjadi pada 12aying-negara miskin dan yang sedang mengalami proses transisi seperti Hongkong, Puerto Rico, Pakistan dan beberapa 12aying di Sub-Saharan Afrika (Song· 2006; Minh, 2006; Tang, 2003). Angka kemiskinan di Indonesia pada tahun 2012 bulan September menurut data BPS (BPS, 2013) sebesar 28,59 juta atau sebesar 11,66%. Angka yang sangat besar jika dihubungkan dengan tingginya resiko penyakit kardiovaskular pada kemiskinan.

Beberapa 13 faktor risiko ¹ sosial ekonomi yang berhubungan dengan penyakit kardiovaskular telah diidentifikasi adalah tingkat pendidikan rendah, pekerjaan, pendapatan, ras dan gender. Fakta menunjukkan terdapat perbedaan risiko penyakit kardiovaskular antara laki-laki dan perempuan. WHO (2008) menunjukkan data kematian dini terjadi pada 22% laki-laki dan 35% perempuan di negara berkembang. Data terbaru hasil penelitian di Ponorogo menunjukkan perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular. Rata-rata terdapat 7 faktor risiko pada pasien laki-laki sementara pada perempuan terdapat 4 faktor risiko, hasil ini menunjukkan perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular (Rosjidi dan Laily, 2013).

Hasil studi sebelumnya telah dilaksanakan oleh peneliti pada tahun 2012 dengan tujuan memperoleh gambaran pola distribusi risiko penyakit kardiovaskular pada keluarga TKI di Ponorogo, hasil utama penelitian ini adalah terdapat 37,1% responden merokok, 8,2% responden yang minum alkohol, 69,1% konsumsi buah tidak sehat, 99% konsumsi sayur kategori sehat, 30,9% responden dengan aktivitas fisik kategori ringan, hipertensi sebanyak 68%. Berat badan lebih menunjukkan angka 28,9%, dan risiko DM 38,1%. Tahun 2013 telah dilaksanakan penelitian untuk menganalisis inaktivitas fisik terhadap risiko obesitas, hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara inaktivitas fisik dengan obesitas, responden dengan aktivitas fisik kategori ringan berisiko 9 kali mengalami obesitas dibanding responden dengan aktivitas fisik sedang atau berat (OR=9, 95% CI 2,3-35,1). Tahun 2013 dilakukan penelitian tentang kerentanan perempuan terhadap serangan penyakit kardiovaskular, hasil utama penelitian ini adalah Hasil penelitian menggambarkan rata-rata jumlah faktor risiko penyakit kardiovaskular pada responden perempuan adalah 5,0, dengan SD= 1,9. Jumlah faktor risiko maksimal 9 dan minimal 0. Rata-rata jumlah faktor risiko penyakit kardiovaskular pada responden laki-laki 6,2, dengan SD=1,8, nilai maks=10 dan min=3. Hasil uji t-test menunjukkan nilai $p=0,002$. Hal ini membuktikan ada perbedaan signifikan jumlah faktor risiko penyakit kardiovaskular antara laki-laki dan perempuan. Perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular dibanding laki-laki. Hasil-hasil penelitian ini menggambarkan penyakit

kardiovaskular telah menjadi ancaman serius di Kabupaten Ponorogo, kota dengan kategori kota kecil.

Penyakit kardiovaskular merupakan penyakit yang memerlukan pengobatan jangka panjang sehingga akan menimbulkan dampak beban ekonomi yang sangat tinggi. Pembiayaan pengobatan terhadap penyakit kardiovaskular sangat mahal dan tidak semua lapisan masyarakat dapat menjangkau. Padahal pencegahan penyakit kardiovaskular sebenarnya mudah dan murah, hanya sering dilupakan atau tidak dihiraukan oleh masyarakat, seperti misalnya pengaturan pola makan yang seimbang dan ditambah dengan aktivitas fisik atau olahraga teratur harus dioptimalkan. Upaya pencegahan penyakit kardiovaskular harus diupayakan semaksimal mungkin oleh masyarakat disamping pemerintah sebagai pihak yang ikut bertanggung jawab. Pemerintah memiliki peranan sangat penting dalam perumusan kebijakan yang berorientasi pada pengendalian penyakit kardiovaskular. Pemerintah harus mampu meningkatkan kesehatan masyarakat, merespons kebutuhan penderita penyakit kardiovaskular, serta memberikan perlindungan pembiayaan bagi masyarakat miskin. Namun sayang sampai saat ini perhatian pemerintah terhadap ancaman penyakit kardiovaskular belum maksimal.

Isue inilah yang harus dicari jawabannya terutama di Indonesia, apakah ada perbedaan faktor resiko penyakit kardiovaskular antara penduduk kaya-miskin, desa kota, dan laki-lak-perempuan. Penelitian ini penting dilakukan untuk mendapatkan data gambaran pola serangan penyakit kardiovaskular antara penduduk desa-kota, kaya-miskin dan untuk memperjelas bagaimana persepsi, nilai dan sikap masyarakat terhadap penyakit kardiovaskular. Luaran hasil penelitian dapat digunakan sebagai masukan bagi pemerintah untuk memfokuskan sasaran promosi kesehatan tentang pencegahan penyakit jantung dan stroke di kabupaten Ponorogo. Luaran lainnya adalah untuk mendapatkan bukti ilmiah tentang perbedaan faktor resiko penyakit kardiovaskular antara kaya dan miskin serta persepsi tentang penyakit kardiovaskular di Ponorogo dalam bentuk naskah publikasi dan bahan ajar.

b. Rumusan Masalah

Permasalahan pada penelitian ini apakah perbedaan sosial ekonomi, desa kota dan persepsi berhubungan dengan peningkatan resiko penyakit kardiovaskular? Masalah penelitian tersebut dirinci dalam beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Apakah ada hubungan antara status sosial ekonomi dengan peningkatan faktor risiko penyakit kardiovaskular (hipertensi, DM, rokok, alkohol, diet, obesitas, aktivitas fisik, dan kolesterol tinggi)?
2. Bagaimana pola dan distribusi faktor resiko penyakit kardiovaskular berdasarkan wilayah tempat tinggal dan status sosial ekonomi.
3. Bagaimana persepsi masyarakat terhadap penyakit kardiovaskular?.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

A. Kemiskinan dan Penyakit Kardiovaskular

Negara yang sedang berkembang dan negara miskin sedang menghadapi beban ganda penyakit dengan tingginya angka kejadian penyakit infeksi diikuti melonjaknya angka kejadian penyakit non infeksi. Masyarakat miskin sangat rentan terhadap timbulnya penyakit dengan rendahnya akses terhadap informasi kesehatan, pelayanan kesehatan, akses terhadap air bersih, transportasi dan gizi buruk.

WHO juga melaporkan 66% kematian akibat *NCDs* terjadi pada negara yang sedang berkembang, negara miskin dan menengah. Beban mortalitas, morbiditas dan kecacatan yang melekat pada *NCDs* saat ini sangat tinggi dan terus berkembang di negara yang sedang berkembang. Penyakit kardiovaskular sendiri menyumbang angka kematian 78% pada negara yang berpenghasilan rendah dan merupakan ranking ke 3 kematian di dunia pada tahun 1999, dan diperkirakan pada tahun 2010 merupakan penyebab utama kematian di Negara sedang berkembang (WHO, 2002).

WHO (2002) menyebutkan bahwa lebih dari 300 faktor risiko dihubungkan dengan penyakit kardiovaskular. Faktor risiko mayor penyakit kardiovaskular dibagi menjadi 2 yaitu: faktor risiko yang bisa diubah (*modifiable*) yang memungkinkan untuk dicegah, diobati dan dikontrol, yang kedua adalah faktor risiko yang tidak bisa diubah (*non modifiable*). Semakin banyak faktor risiko yang dimiliki seseorang, maka semakin besar kemungkinan orang tersebut mendapat serangan penyakit jantung.

Faktor risiko yang dapat diubah (*modifiable*) berhubungan dengan perilaku seperti hipertensi, lemak darah abnormal, penggunaan rokok, kurang aktivitas fisik, obesitas, diet tidak sehat dan penyakit diabetes mellitus. Faktor risiko lain

seperti status sosial ekonomi, gangguan jiwa, stres psikososial, penggunaan alkohol, penggunaan beberapa obat, kolesterol LDL dan *Left ventrikular hipertropy* juga dihubungkan dengan risiko penyakit kardiovaskular yang bisa diubah. Faktor risiko yang lainnya tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, etnik, ras dan riwayat keluarga (keturunan).

Data beban penyakit pada tahun 1990 diantara negara miskin dan kaya menurut publikasi dari Bank Dunia (2000) tentang beban penyakit tahun 1990 dan tren pada tahun 2020 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Beban penyakit pada tahun 1990 (Gwatkin *et al.*, 2000)

Negara miskin	Negara kaya		Seluruh dunia			
	Deaths	DALY loss	Deaths	DALY loss	Deaths	DALY loss
<i>Communicable diseases</i>						
38,6%	63,6%	7,7%	10,9%	34,2%	43,9%	
<i>Non Communicable diseases (NCDs)</i>						
32%	23,3%	85,2%	75,8%	55,7%	41%	

Data di atas menunjukkan bahwa pada tahun 1990 terdapat perbedaan beban penyakit pada negara miskin dan negara kaya. Penyakit infeksi masih menjadi beban pada negara miskin. Prediksi beban penyakit pada tahun 2020 di antara negara miskin dan kaya adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Prediksi beban penyakit pada tahun 2020 (Gwatkin *et al.*, 2000)

Negara miskin		Negara kaya		Seluruh dunia	
Deaths	DALY loss	Deaths	DALY loss	Deaths	DALY loss
<i>Communicable diseases</i>					
44%	43%	7%	8%	15%	20%
<i>Non Communicable diseases (NCDs)</i>					
42%	40%	82%	81%	73%	60%

Tahun 2020 diperkirakan pada negara miskin akan terjadi penurunan penyakit *communicable* dan peningkatan penyakit *non comunicable*. Data prediksi juga memperlihatkan beban ganda negara miskin di tahun 2020 dengan masih

tingginya angka kematian akibat penyakit *communicable* dan meningkatnya angka kematian akibat *penyakit non communicable*.

Indonesia mengalami kecenderungan peningkatan angka kejadian penyakit kardiovaskular. Pada tahun 1980 masih sebesar 9,9% dan menduduki peringkat ke 3 dan pada tahun 1990 menjadi 16,5% dan menduduki peringkat pertama, karena terjadinya kemajuan dibidang teknologi dan industri, perbaikan ekonomi pada masyarakat tertentu, perubahan perilaku dan lingkungan serta meningkatnya umur harapan hidup. Tabel 3 menggambarkan angka pola penyebab kematian di Indonesia pada tahun 2006 dan menunjukkan besarnya ancaman penyakit kardiovaskular di masa mendatang.

Tabel 3. Pola penyebab Kematian di Indonesia pada tahun 2006 (Depkes, 2007)

Sebab sakit	Tahun 2006 (%)
Penyakit Kronis (termasuk penyakit kardiovaskular)	15,39
Diare dan GE	3,23
Maternal, perinatal, dan kurang gizi	3,06
Septikemia	3,01
Cedera intrakranial	2,99
Pneumonia	2,92
Demam berdarah	2,64

Berdasarkan data-data diatas menunjukkan negara Indonesia telah memasuki tahap transisi epidemiologi. Omran (2005) mengemukakan teori transisi epidemiologi yang menggambarkan perubahan pola kematian di masyarakat dimana terjadi perubahan kematian dari dominasi penyakit menular menjadi penyakit tidak menular.

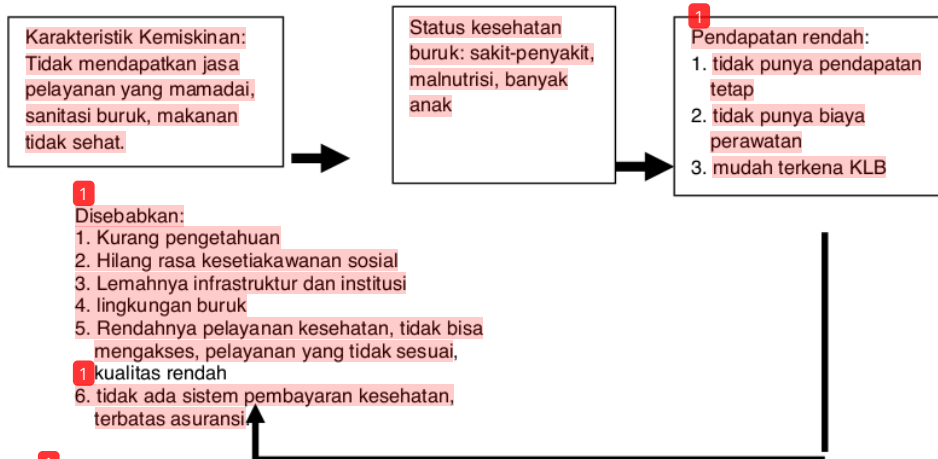
Penelitian-penelitian telah dilakukan untuk melihat hubungan status sosial ekonomi dengan penyakit kardiovaskular, dan secara konsisten memperlihatkan hubungan terbalik terutama di banyak negara industri. Hubungan antara status sosial ekonomi pada negara yang sedang berkembang atau negara yang sedang

mengalami transisi menunjukkan hubungan yang tidak konsisten. Risiko penyakit kardiovaskular yang tinggi telah dilaporkan terjadi pada negara-negara miskin dan yang sedang mengalami proses transisi seperti Hongkong, Puerto Rico, Pakistan dan beberapa negara di Sub-Sahara Afrika (Song, 2006).

Penelitian lainnya telah dilakukan melihat faktor sosial ekonomi sebagai faktor risiko penyakit kardiovaskular antara lain oleh Minh *et al.* (2006) mendapatkan hasil penyakit kardiovaskular dan kanker meningkat sesuai dengan peningkatan umur dengan laki-laki lebih tinggi dari wanita, angka kejadian penyakit kardiovaskular menurun di antara penduduk dengan status pendidikan formal dibandingkan dengan penduduk tanpa pendidikan formal, status sosial ekonomi tidak berhubungan dengan kematian penyakit kardiovaskular. Penelitian lain oleh Yun-Mi Song *et al.* (2006) yang meneliti status sosial ekonomi dan penyakit kardiovaskular di negara Korea menemukan terdapat hubungan positif antara status sosioekonomi dengan *myocardial infarction*, dan tidak ada hubungan dengan stroke iskemik, tetapi terdapat hubungan terbalik dengan stroke perdarahan.

WHO (2003) melaporkan penyakit-penyakit akibat rokok mempunyai hubungan yang sangat kuat dengan kemiskinan, 6 juta kematian diperkirakan akibat kebiasaan merokok di negara yang sedang berkembang dan 50% terdapat di Asia. Kesadaran masyarakat tentang faktor risiko dan bagaimana strategi pencegahan menjadi komponen promosi yang sangat penting mengingat faktor risiko penyakit kardiovaskular lebih banyak pada perubahan gaya hidup atau perilaku. Tingkat risiko masyarakat terhadap serangan penyakit kardiovaskular yang diketahui secara dini dapat dijadikan dasar untuk membuat strategi promosi yang efektif dan efisien.

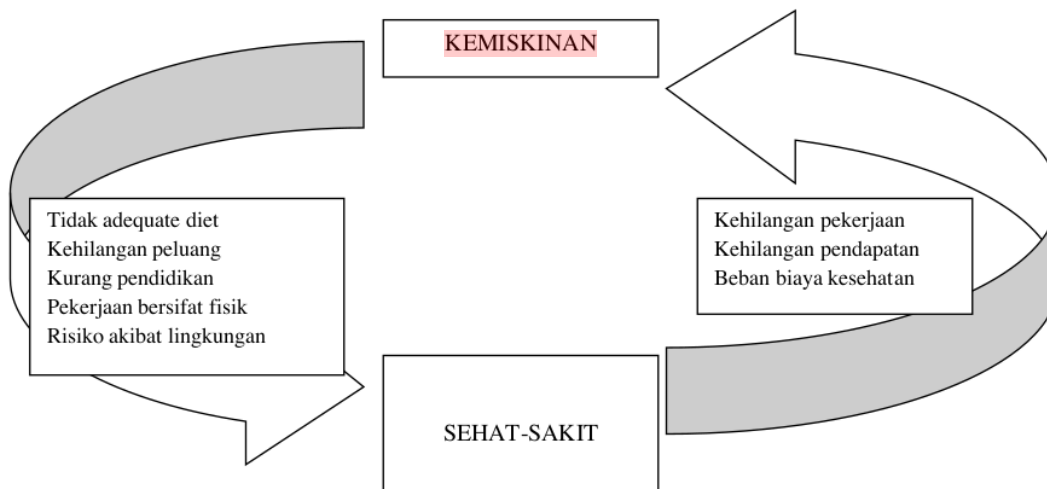
1 Kemiskinan dan sehat-sakit adalah sebuah rantai yang saling terkait, kemiskinan melahirkan kesakitan/penyakit dan penyakit akan memelihara orang miskin tetap miskin. Hubungan kemiskinan kesakitan dan penyakit dijelaskan oleh Wagstaff (2002) sebagai suatu lingkaran setan di mana *poverty breeds ill-health, ill-health maintains poverty* dan digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Hubungan Kemiskinan dan Penyakit oleh Wagstaff, 2002

Beberapa data penting ditemukan pada penelitian tentang kemiskinan, yang pertama adalah ketidakadilan dalam kesehatan kebanyakan tidak menguntungkan pada masyarakat miskin, pada penduduk miskin ada kecenderungan mati lebih muda dan morbiditas tinggi dibandingkan penduduk tidak miskin. Kedua, ketidakadilan kebanyakan diukur dengan indikator-indikator bersifat objektif dari pada subjektif seperti pengukuran antropometrik untuk mengukur malnutrisi. Ketiga, terdapat banyak variasi ketidakadilan tingkat kesehatan dibanyak negara, walaupun variasi ini karena penggunaan indikator kesehatan dan status sosial ekonomi yang berbeda. Keempat, ketidakadilan sosial ekonomi pada bidang kesehatan terlihat sangat luas pada negara miskin dan kaya (Wagstaff, 2002).

Kemiskinan adalah suatu penyakit yang melemahkan energi masyarakat, dehumanisasi dan menciptakan suatu perasaan ketidakberdayaan dan hilangnya kendali atas hidup seseorang, buta huruf, sakit, malnutrisi, lingkungan yang tidak sehat dan kehilangan pilihan untuk menentukan kondisi sehat-sakit. Kesehatan adalah modal penting untuk orang miskin. Kesempatan seseorang lepas dari kemiskinan akan hilang karena hilangnya kesempatan kerja, pendapatan, dan beban dari biaya-biaya pelayanan kesehatan (ICN, 2006).



¹ Gambar 2. Hubungan Kemiskinan dan Kesehatan oleh ICN, (ICN, 2006)

¹ Penelitian dari Gupta dan Ahluwalia (2004) pada masyarakat miskin di India mendukung pendapat dari Wagstaff, bahwa prevalensi penyakit jantung koroner lebih tinggi pada penduduk dengan pendidikan rendah dan tidak sekolah, dengan faktor risiko yang tinggi merokok dan hipertensi. Tingkat pendidikan berhubungan terbalik dengan hipertensi, rokok, tetapi berhubungan positif dengan hiperkolesterol dan obesitas. Faktor lingkungan dan geografi juga menyumbang beratnya masalah pada masyarakat miskin, jalan yang rusak, sanitasi buruk, sulitnya mendapat air bersih merupakan karakteristik kemiskinan.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk menggambarkan hubungan antara status ekonomi dengan penyakit kardiovaskular, Song *et al.* (2006) mendapatkan hasil status ekonomi berhubungan secara terbalik dengan mortalitas penyakit kardiovaskular. Penelitian oleh Minh *et al.* (2006) mendapatkan hasil angka kematian karena penyakit kardiovaskular pada penduduk miskin di Vietnam tinggi. Data menunjukkan status ekonomi rendah pada penduduk kulit hitam di negara USA berhubungan dengan tingginya beban penyakit karena kurangnya pengetahuan dan modal akses untuk pencegahan dan pengobatan (Yusuf *et al.*, 2001).

B. Faktor Risiko Penyakit Kardiovaskular

¹ Faktor risiko penyakit kardiovaskular terdiri dari faktor risiko yang bisa dirubah, tidak bisa dirubah, intermediet, dan status social ekonomi. Kerangka teori dari WHO (2003) menunjukkan secara jelas faktor risiko yang berperan terjadinya penyakit kardiovaskular dan bentuk survey yang dapat dilakukan sebagaimana dijelaskan pada gambar 4.



Gambar 4. Faktor risiko penyakit Noninfeksi dari WHO (2003).

¹ World Health Organization (2002) menyebutkan bahwa lebih dari 300 faktor risiko yang dihubungkan dengan penyakit kardiovaskuler. Faktor risiko mayor penyakit kardiovaskular dibagi menjadi dua, faktor risiko yang bisa diubah (*modifiable*) yang memungkinkan untuk dicegah, diobati dan dikontrol, yang kedua adalah faktor risiko yang tidak bisa diubah (*Non-Modifiable*). Semakin banyak faktor risiko yang dimiliki seseorang, maka semakin besar kemungkinan orang itu mendapat serangan penyakit jantung.

Faktor risiko yang dapat diubah (*modifiable*) berhubungan dengan perilaku seperti hipertensi, lemak darah abnormal, penggunaan rokok, kurang aktifitas fisik, obesitas, diet tidak sehat dan penyakit diabetes mellitus. Kemudian faktor risiko lain seperti Status sosial ekonomi, gangguan jiwa, psikososial stress, penggunaan alkohol, penggunaan beberapa obat, kolesterol LDL dan Left ventrikular hipertropi juga dihubungkan dengan risiko penyakit kardiovaskular

yang bisa diubah. Faktor risiko yang lainnya tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, etnik, ras dan riwayat keluarga(keturunan).

Para ahli telah meneliti factor risiko penyakit kardiovaskular dan bagaimana kaum perempuan sangat rentan terkena penyakit ini. Faktor risiko utama penyakit kardiovaskular pada perempuan adalah merokok, hipertensi, dislipidemia, diabetes mellitus, obesitas/kegemukan, kurang aktifitas dan diet yang salah.

Merokok

Banyak orang berfikir kokain atau heroin lebih berbahaya daripada rokok. Kokain atau heroin sudah sangat jelas dilarang, Namun hampir setiap sudut kita jumpai orang lagi asik merokok, di rumah, di kantor, di pasar, di angkot, rumah makan, bahkan dirumah sakitpun ada orang yang merokok. Perokok mempunyai risiko 2-4 kali lebih tinggi dari pada bukan perokok terserang penyakit jantung dan stroke (Kusmana, 2006). Susenas tahun 2001 memberikan gambaran bahwa 27% penduduk usia lebih dari 10 tahun menyatakan merokok dalam satu bulan terakhir, 54,5% penduduk laki-laki merupakan perokok dan 1,2% perempuan sebagai perokok. Yang lebih mengkhawatirkan 92% dari perokok menjelaskan kebiasaan merokok di dalam rumah ketika bersama anggota keluarga lainnya (Depkes, 2006). Sementara hasil penelitian sebelumnya menunjukkan prevalensi merokok pada pasien laki-laki dengan penyakit jantung dan stroke di Rumah sakit Dr. Hardjono Ponorogo sebesar 75%, dan pada perempuan sebesar 8,9%. Hasil penelitian juga menggambarkan Rokok masih menjadi faktor resiko dominan setelah hipertensi dan umur (Rosjidi dan Laily, 2013)

Penelitian di Inggris membuktikan perempuan perokok berisiko 2 kali lebih besar terancam kematian karena serangan jantung daripada laki-laki. Pengaruh buruk rokok lebih cepat pada kaum perempuan daripada laki-laki dan perokok pasif kebanyakan adalah keluarga dekat terutama kaum ibu dan anak-anaknya. Penelitian *the Nurses' Health* membuktikan pada perempuan yang merokok mempunyai risiko 2,5 terserang stroke iskemik dan 4,9 stroke perdarahan (Mosca, L. et al, 1997)

Hipertensi

Prevalensi hipertensi pada di Indonesia sangat tinggi. Demikian juga prevalensi hipertensi di Kabupaten Ponorogo juga menjadi masalah serius. Hasil penelitian hipertensi di Ponorogo menunjukkan angka kejadian hipertensi sebesar 48,9% pada perempuan dan 57% pada penduduk laki-laki (Rosjidi, C.H., 2007) Terdapat hubungan sangat kuat antara hipertensi dengan penyakit jantung dan stroke baik pada laki-laki dan perempuan. Hipertensi meningkatkan beban jantung yang membuat dinding jantung menjadi semakin membesar dan akhirnya melemah. Tekanan darah yang tinggi terus menerus akan menyebabkan kerusakan sistem pembuluh darah arteri secara perlahan-lahan dengan mengalami proses pengerasan yang akan diperberat oleh adanya peningkatan lipid, akhirnya lumen pembuluh darah arteri menyempit dan aliran darah berkurang bahkan bisa berhenti. Jika arteri koroner yang mengalami penyempitan maka akan terjadi kerusakan otot jantung (penyakit jantung koroner).

Penderita sering tidak menyadari bahwa dia menderita tekanan darah yang tinggi selama bertahun-tahun sampai akhirnya komplikasi berat terjadi seperti serangan stroke, serangan jantung atau gagal ginjal. Kusmana (2006) mengatakan bahwa dari hasil penelitian menunjukkan bahwa risiko kematian akibat penyakit jantung koroner dan stroke sudah meningkat 1,6 kali pada saat tekanan darah masih dianggap normal tinggi 130-139/85-89 mmHg dan menjadi 2,3 kali untuk hipertensi tingkat 1 (140-159/90-99 mmHg).

Penelitian dari CHS (2004) menggambarkan pola perkembangan hipertensi pada perempuan dan laki-laki. Laki-laki menunjukkan prosentase hipertensi lebih besar daripada perempuan hanya sampai umur 45 tahu. Dari umur 45 – 54 kejadian hipertensi sama antara perempuan dan laki-laki. Umur 54 lebih perempuan mempunyai kemungkinan hipertensi lebih tinggi daripada laki-laki (AHA, 2005).

Diabetes militus

Diabetes berisiko 2 kali terserang penyakit PJK dan stroke pada perempuan dibanding laki-laki (The 2000 Victoria declaration, 2000). **Kencing manis atau disebut juga diabetes Milletus (DM) menyebabkan gangguan vaskuler berupa mikroangiopati, terjadinya penebalan dinding pembuluh darah pada semua organ,**

mata, ginjal, otak dan jantung, sehingga terjadi aterosklerosis hebat. Kelebihan berat badan, usia lanjut, konsumsi karbohidrat berlebih, kerusakan pankreas merupakan penyebab terjadinya penyakit DM.

Penyakit DM yang tidak terkontrol menyumbang 80% angka kematian akibat penyakit jantung dan stroke (Kusmana, 2006). Tingginya Gula darah sangat erat hubungannya dengan obesitas, hipertensi dan dislipid. Gula darah yang tinggi dapat mengakibatkan kerusakan lapisan endotel pembuluh darah yang berlangsung secara progresif.

Diabetes merupakan faktor risiko yang sangat kuat bagi perempuan, dengan meningkatkan risiko serangan penyakit jantung 3-7 kali dibandingkan 2-3 kali pada laki-laki. Penyakit kencing manis sama saja sedang menderita serangan jantung atau kencing manis equivalent dengan penyakit jantung.

Obesitas dan Kurang aktifitas

Kegemukan (obesitas) dan kurang aktifitas adalah paralel, saling berhubungan yang sama-sama berkontribusi terhadap peningkatan risiko penyakit jantung dan stroke. Gaya hidup kurang aktifitas kemungkinan disebabkan oleh kemajuan teknologi dan berbagai kemudahan hidup. Sepeda motor, mesin-mesin untuk rumah tangga, dan masih banyak lainnya yang memungkinkan hanya dengan tenaga sedikit sudah mampu memenuhi kebutuhan.

Kegemukan mendorong timbulnya faktor risiko penyakit jantung dan stroke seperti munculnya penyakit kencing manis dan hipertensi. Beberapa riset memberikan bukti secara tidak langsung efek perlindungan gerak badan aerobik terhadap penyakit jantung koroner dengan memberikan pengaruh pada pengurangan berat badan, hipertensi, lemak darah, toleransi glukosa dan peningkatan cara hidup sehat. Kusmana (2006) melaporkan hasil penelitian dengan 2.040 responden di Jakarta Selatan mendapatkan hasil individu yang berolahraga berat atau bekerja fisik cukup berat mempunyai prosentase terendah mengalami hipertensi dan serangan penyakit jantung koroner. Hal ini tidak berbeda jauh dengan kondisi di Ponorogo dari hasil penelitian terhadap 50 responden: sebagian besar penderita kardiovaskular memiliki aktivitas fisik yang ringan yaitu sebanyak 28 responden (56%) sedangkan penderita kardiovaskular

yang memiliki aktivitas sedang yaitu 14 responden (28%) dan yang memiliki aktivitas fisik berat yaitu 8 responden (16%) yang berarti pada penderita kardiovaskular lebih banyak melakukan aktivitas fisik ringan (Istyarini, Y dan Rosjidi C.H., 2008)

Rekomendasi WHO untuk program aktifitas fisik masyarakat dan individu dalam mengurangi penyakit *cardiovascular* adalah paling sedikit 30 menit aktifitas fisik **tingkat sedang** secara teratur setiap hari. Rekomendasi lain oleh *American Heart Association* bahwa aktifitas fisik yang meningkatkan kesehatan jantung, paru dan sirkulasi adalah aktifitas **sedang sampai berat** dengan jenis aerobik paling sedikit 30 menit setiap hari.

Aktifitas fisik tidak harus berupa olah raga, bisa saja ke sawah bagi petani, ke pasar, menyapu, mencuci dan mengepel. Bergerak mampu membakar timbunan lemak yang tersimpan ditubuh manusia.

Diet yang salah

Beberapa studi telah membuktikan beberapa zat makanan berperan terhadap peningkatan risiko penyakit jantung dan stroke. WHO (2002) merekomendasikan program diet dan aktifitas fisik untuk masyarakat dan individu dalam mengurangi penyakit *cardiovascular*. Program diet seperti: 1). Mencapai keseimbangan energi dan berat badan sehat. 2). Batasi intake lemak dan alihkan konsumsi lemak jenuh ke lemak tidak jenuh. 3). Tingkatkan konsumsi buah-buahan dan sayuran, serta kacang-kacangan 4). Batasi penggunaan gula bebas. 5). Batasi garam dari semua sumber dan pastikan garam adalah beryodium.

Apabila kita mengkonsumsi kalori lebih banyak daripada yang digunakan dalam aktifitas sehari-hari, kelebihan kalori akan disimpan dalam bentuk timbunan lemak, terutama yang bahaya jika disimpan di dinding pembuluh darah karena akan menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah (aterosklerosis), hipertensi, diabetes millitus, berat badan berlebih yang semuanya merupakan faktor risiko penyakit jantung dan stroke.

Dislipidemia/ gangguan lemak

¹ Kolesterol juga sangat berguna bagi tubuh manusia, kolesterol merupakan bahan pembentuk hormon seks, membentuk dinding sel dan masih banyak lagi. Lemak dan kolesterol menjadi berbahaya jika keduanya dalam takaran abnormal. Peningkatan kadar lemak darah merupakan masalah pada masyarakat modern. Peningkatan kadar lemak darah merupakan cerminan dari tingginya asupan lemak dalam makanan. Kolesterol menjadi permasalahan yang besar berhubungan dengan risiko Penyakit jantung koroner. Peningkatan kadar kolesterol darah yang disertai faktor risiko lain seperti hipertensi dan merokok menjadikan resiko penyakit jantung koroner lebih besar lagi. Peningkatan serum kolesterol total dan low-density lipoprotein(LDL) merupakan factor risiko penting baik pada laki-laki maupun perempuan. Hasil meta-analisis menunjukkan tingginya lemak darah dapat menjadi prediksi kematian akibat penyakit jantung koroner pada wanita di bawah usia 65 tahun. Nilai high-density lipoprotein (HDL) kolesterol, merupakan factor risiko Kadar kolesterol yang dianggap normal menurut Kusmana (2006) adalah sebagai berikut kolesterol total <200 mg/dl, kadar LDL <130 mg/dl, dan kadar HDL >40 mg/dl. PJK pada perempuan muda maupun tua dan merupakan predictor kuat kematian pada perempuan dibanding laki-laki (Mosca, L., 1997)

Hasil penelitian Oleh Nurwahyuni (2012) di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo didapatkan hasil pada pasien dengan PJK sebagian besar kadar LDL tinggi sebanyak 51%, kadar Trigliserida kategori tinggi sebanyak 46%, dan kadar total kolesterol tinggi sebesar 59%. Hasil ini menunjukkan ada permasalahan serius pada kadar kolesterol yang sebagian besar dipengaruhi pola makan.

MEMPERKIRAKAN RISIKO STROKE

Metode untuk mengukur tingkat risiko seseorang terkena penyakit jantung dan stroke telah diperkenalkan antara lain metode skor dari *American Heart Association (AHA)*, metode *Framingham risk scoring (FRS)* dan konsep “*10-Year Risk*”, metode *Risk Factor Counting (RFC)* dari NCEP, risiko stroke pribadi dari *The stroke Foundation of New Zealand* dan Skor Kardiovaskuler Jakarta.

Pada buku ini hanya akan dibahas metode Skor Kardiovaskuler Jakarta dan Risiko stroke pribadi.

Risiko Stroke Pribadi (Feigin, 2003)

Tingkat risiko seseorang terserang stroke dapat diperkirakan dengan mengkaji faktor risiko stroke yang dimiliki seseorang. Semakin banyak faktor risiko yang terdapat pada individu semakin besar kemungkinan mengalami serangan stroke. Secara sederhana dapat dilakukan dengan menjumlah skor setiap faktor risiko, kemudian ditotal. Jika skor total individu antara 1-4, risiko rendah, individu kemungkinan terkena serangan stroke 5%-10% lebih tinggi dari pada individu dengan usia yang sama yang tidak memiliki faktor risiko. Skor total 5-9, Risiko sedang dengan prosentase 10%-20%. Skor total 10-13, risiko tinggi, dengan prosentase 20%-40%. Skor total lebih dari 14, risiko sangat tinggi dengan prosentase lebih dari 40%

Risiko Stroke Pribadi dari The Stroke Foundation of New Zealand Guidelines tahun 2003

Nomor	Skor Total	Kategori	Prosentase
1	1-4	Rendah	5-10%
2	5-9	Sedang	10-20%
3	10-13	Tinggi	20-40%
4	>14	Sangat tinggi	> 40%

Faktor Risiko	Skor Faktor Risiko				Skor saat ini
	0	1	2	3	
Usia (tahun)	0-44	45-64	65-74	75+	
Merokok	Tidak pernah merokok atau berhenti merokok lebih dari 5 tahun yang lalu	Berhenti merokok kurang dari 5 tahun yang lalu	Peroko-kurang dari 20 batang perhari	Perokok-20 batang perhari atau lebih	
Tekanan darah (mmHg)	Normal < 120/80	Garis batas meningkat sampai hipertensi ringan 120-159/80-94	Hipertensi sedang 160-179/95-109	Hipertensi Berat 180+/110+	
Diabetes	Tidak ada	N/A*	Riwayat Diabetes dalam keluarga	Diketahui mengidap diabetes	
Riwayat Stroke dalam keluarga	Tidak ada	Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia lebih dari 65 tahun	Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia kurang dari 65 tahun	Dua atau lebih anggota keluarga mengalami stroke	
Kolesterol	Dibawah rata-rata <5,2 mmol/L atau 200 mg/dl)	Rata-rata 5,2-6,1 mmol/L atau 200-239 mg/dl)	Meningkat sedang 6,2-7,8 mmol/L atau 240-300 mg/dl)	Sangat meningkat > 7,8 mmol/L atau > 300 mg/dl)	
Alkohol (jumlah gelas per hari)	Tidak berlebihan 0-2 gelas untuk pria dan 0 - 1 gelas untuk wanita	Sedikit berlebihan 3 - 4 gelas untuk pria dan 2 gelas untuk wanita	Berlebihan 5-6 gelas untuk pria dan 3 - 4 gelas untuk wanita	Sangat berlebihan >6 gelas untuk pria dan > 4 gelas untuk wanita	
IMT (Kg/M ²)	Normal 18,5-24,9	Sedikit berlebihan 25 - 26,9	Berlebihan 27 - 29,9	Obesitas > 30	
Aktivitas fisik	Normal Aktivitas berenergi 1 jam paling tidak 3 kali perminggu	Aktivitas kurang 1 jam aktivitas berenergi 1 - 2 kali perminggu	Kurang kurang dari 1 jam aktivitas berenergi sekali seminggu	Sangat kecil hampir tanpa aktivitas berenergi	
*N/A – tidak dapat diterapkan					
Tabel ini dimodifikasi dari The Stroke Foundation of New Zealand Guidelines (2003) yang dikutip oleh Feigin (2004)					

Skor Kardiovaskular Jakarta dari Dede Kusmana

Risiko seseorang terkena penyakit kardiovaskuler dan stroke 10 tahun yang akan datang dapat diprediksi secara sederhana dengan "Skor Kardiovaskular Jakarta". Skor Kardiovaskular Jakarta telah digunakan selama 13 tahun pada penduduk Jakarta. Upaya mencegah penyakit kardiovaskuler (Jantung dan Stroke) pada 10 tahun mendatang dapat diperkirakan dengan menghitung skor risiko kardiovaskuler saat ini (Kusmana, 2006).

Prinsip dari skor risiko penyakit kardiovaskuler dan stroke ini adalah memberikan pembobotan pada faktor risiko penyakit jantung dan stroke. Semakin tinggi nilai skor seseorang kemungkinan terserang penyakit jantung dan stroke semakin besar, skor yang tinggi menunjukkan bahwa seseorang menderita beberapa faktor risiko penyakit kardiovaskuler.

Penghitungan skor berdasarkan faktor risiko seperti jenis kelamin, umur dalam tahun, tekanan darah, indeks massa tubuh, merokok, diabetes dan aktivitas fisik. Masing-masing faktor risiko mempunyai nilai dan total nilai merupakan tingkat risiko seseorang terkena penyakit kardiovaskuler dan stroke untuk 10 tahun yang akan datang. Nilai tertinggi 18 dan nilai terendah minus 7. Semakin tinggi nilai skor seseorang kemungkinan terserang penyakit jantung dan stroke semakin besar, skor yang tinggi menunjukkan bahwa seseorang menderita beberapa faktor risiko penyakit kardiovaskuler.

Berdasarkan jumlah skor yang diperoleh, dalam kurun waktu 10 tahun seseorang dapat diprediksi kemungkinan terjadinya serangan penyakit Kardiovaskuler dan stroke sebagai berikut.

Nilai skor	Tingkat Risiko	Prosentase
-7 sampai 1	Risiko rendah	< 10%
2 sampai 4	Risiko Sedang	10-20%
≥ 5	Risiko Tinggi	> 20%

K MEMPERKIRAKAN RISIKO STROKE

Metode untuk mengukur tingkat risiko seseorang terkena penyakit jantung dan stroke telah diperkenalkan antara lain metode skor dari *American Heart Association (AHA)*, metode *Framingham risk scoring (FRS)* dan konsep "10-Year Risk", metode *Risk Factor Counting (RFC)* dari NCEP, risiko stroke pribadi dari *The stroke Foundation of New Zealand* dan Skor Kardiovaskuler Jakarta.

Pada buku ini hanya akan dibahas metode Skor Kardiovaskuler Jakarta dan Risiko stroke pribadi.

Risiko Stroke Pribadi (Feigin, 2003)

Tingkat risiko seseorang terserang stroke dapat diperkirakan dengan mengkaji faktor risiko stroke yang dimiliki seseorang. Semakin banyak faktor risiko yang terdapat pada individu semakin besar kemungkinan mengalami serangan stroke. Secara sederhana dapat dilakukan dengan menjumlah skor setiap faktor risiko, kemudian ditotal. Jika skor total individu antara 1-4, risiko rendah, individu kemungkinan terkena serangan stroke 5%-10% lebih tinggi dari pada individu dengan usia yang sama yang tidak memiliki faktor risiko. Skor total 5-9, Risiko sedang dengan prosentase 10%-20%. Skor total 10-13, risiko tinggi, dengan prosentase 20%-40%. Skor total lebih dari 14, risiko sangat tinggi dengan prosentase lebih dari 40%

Risiko Stroke Pribadi dari The Stroke Foundation of New Zealand Guidelines tahun 2003

Nomor	Skor Total	Katagori	Prosentase
1	1-4	Rendah	5-10%
2	5-9	Sedang	10-20%
3	10-13	Tinggi	20-40%
4	>14	Sangat tinggi	> 40%

Faktor Risiko	Skor Faktor Risiko				Skor saat ini
	0	1	2	3	
Usia (tahun)	0-44	45-64	65-74	75+	
Merokok	Tidak pernah merokok atau berhenti merokok lebih dari 5 tahun	Berhenti merokok kurang dari 5 tahun yang lalu	Perokok-kurang dari 20 batang perhari	Perokok-20 batang perhari	

	yang lalu			atau lebih	
Tekanan darah (mmHg)	Normal < 120/80	Garis batas meningkat sampai hipertensi ringan 120-159/80-94	Hipertensi sedang 160-179/95-109	Hipertensi Berat 180+/110+	
Diabetes	Tidak ada	N/A*	Riwayat Diabetes dalam keluarga	Diketahui mengidap diabetes	
Riwayat Stroke dalam keluarga	Tidak ada	Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia lebih dari 65 tahun	Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia kurang dari 65 tahun	Dua atau lebih anggota keluarga mengalami stroke	
Kolesterol	Dibawah rata-rata <5,2 mmol/L atau 200 mg/dl)	Rata-rata 5,2-6,1 mmol/L atau 200-239 mg/dl)	Meningkat sedang 6,2-7,8 mmol/L atau 240-300 mg/dl)	Sangat meningkat > 7,8 mmol/L atau > 300 mg/dl)	
Alkohol (jumlah gelas per hari)	Tidak berlebihan 0-2 gelas untuk pria dan 0 - 1 gelas untuk wanita	Sedikit berlebihan 3 - 4 gelas untuk pria dan 2 gelas untuk wanita	Berlebihan 5-6 gelas untuk pria dan 3 - 4 gelas untuk wanita	Sangat berlebihan >6 gelas untuk pria dan > 4 gelas untuk wanita	
IMT (Kg/M ²)	Normal 18,5-24,9	Sedikit berlebihan 25 - 26,9	Berlebihan 27 - 29,9	Obesitas > 30	
Aktivitas fisik	Normal Aktivitas berenergi 1 jam paling tidak 3 kali perminggu	Aktivitas kurang 1 jam aktivitas berenergi 1 - 2 kali perminggu	Kurang kurang dari 1 jam aktivitas berenergi sekali seminggu	Sangat kecil hampir tanpa aktivitas berenergi	

*N/A – tidak dapat diterapkan

Tabel ini dimodifikasi dari The Stroke Foundation of New Zealand Guidelines (2003) yang dikutip oleh Feigin (2004)

Skor Kardiovaskular Jakarta dari Dede Kusmana

Risiko seseorang terkena penyakit kardiovaskuler dan stroke 10 tahun yang akan datang dapat diprediksi secara sederhana dengan "Skor Kardiovaskular Jakarta". Skor Kardiovaskular Jakarta telah digunakan selama 13 tahun pada penduduk Jakarta. Upaya mencegah penyakit kardiovaskuler (Jantung dan Stroke) pada 10 tahun mendatang dapat diperkirakan dengan menghitung skor risiko kardiovaskuler saat ini (Kusmana, 2006).

Prinsip dari skor risiko penyakit kardiovaskuler dan stroke ini adalah memberikan pembobotan pada faktor risiko penyakit jantung dan stroke. Semakin tinggi nilai skor seseorang kemungkinan terserang penyakit jantung dan stroke semakin besar, skor yang tinggi menunjukkan bahwa seseorang menderita beberapa faktor risiko penyakit kardiovaskuler.

Penghitungan skor berdasarkan faktor risiko seperti jenis kelamin, umur dalam tahun, tekanan darah, indeks massa tubuh, merokok, diabetes dan aktivitas fisik. Masing-masing faktor risiko mempunyai nilai dan total nilai merupakan tingkat risiko seseorang terkena penyakit kardiovaskuler dan stroke untuk 10 tahun yang akan datang. Nilai tertinggi 18 dan nilai terendah minus 7. Semakin tinggi nilai skor seseorang kemungkinan terserang penyakit jantung dan stroke semakin besar, skor yang tinggi menunjukkan bahwa seseorang menderita beberapa faktor risiko penyakit kardiovaskuler.

Berdasarkan jumlah skor yang diperoleh, dalam kurun waktu 10 tahun seseorang dapat diprediksi kemungkinan terjadinya serangan penyakit Kardiovaskuler dan stroke sebagai berikut.

Nilai skor	Tingkat Risiko	Prosentase
-7 sampai 1	Risiko rendah	< 10%
2 sampai 4	Risiko Sedang	10-20%
≥ 5	Risiko Tinggi	> 20%

(Kusmana, 2006)

Jika risiko seseorang di bawah 10% berarti risiko rendah, pertahankan kebiasaan baik ini, risiko antara 10-20% risiko sedang, segera mengubah gaya hidup sehingga faktor risiko yang ada segera dapat diatasi, dan skor risiko menjadi rendah, dan jika risiko lebih dari 20% risiko tinggi, individu harus segera berkonsultasi pada dokter untuk mendapatkan pengobatan yang tepat.

FORMULIR ISIAN

NILAI SKOR KARDIOVASKULAR

JAKARTA

Faktor Risiko	Nilai skor	Skor yang diperoleh
Jenis Kelamin		
Perempuan	0	
Laki-laki	1	
Umur (tahun)		
25-34	-4	
35-39	-3	
40-44	-2	
45-49	0	
50-54	1	
55-59	2	
60-64	3	
Tekanan darah sistolik/diastolik (mmHg)		
1. <130/<85		
2. 130-139/85-89	0	
3. 140-159/90-99	1	
4. 160-179/100-109	2	
5. $\geq 180/\geq 110$	3	
	4	
Indeks Massa Tubuh		

TABEL

INDEKS MASA TUBUH

TB (cm)	Normal	Lebih	Obesitas
	IMT	IMT	IMT
	≤ 25	26-29	≥ 30
	BB Kg	BB Kg	BB Kg
150	56	57-67	68
151	57	58-67	68
152	58	59-68	69
153	59	60-69	70
154	59	60-70	71
155	60	61-71	72
156	61	61-72	73
157	62	63-73	74
158	62	63-74	75
159	63	64-75	76
160	64	65-76	77
161	65	66-77	78
162	66	67-78	79
163	66	67-79	80
164	67	68-80	81
165	68	69-81	82
166	69	70-82	83
167	70	71-83	84
168	71	72-84	85
169	71	72-85	86

Kusmana(2006)

Jika risiko seseorang di bawah 10% berarti risiko rendah, pertahankan kebiasaan baik ini, risiko antara 10-20% risiko sedang, segera mengubah gaya hidup sehingga faktor risiko yang ada segera dapat diatasi, dan skor risiko menjadi rendah, dan jika risiko lebih dari 20% risiko tinggi, individu harus segera berkonsultasi pada dokter untuk mendapatkan pengobatan yang tepat.

FORMULIR ISIAN

NILAI SKOR KARDIOVASKULAR

JAKARTA

Faktor Risiko	Nilai skor	Skor yang diperoleh
Jenis Kelamin		
Perempuan	0	
Laki-laki	1	
Umur (tahun)		
25-34	-4	
35-39	-3	
40-44	-2	
45-49	0	
50-54	1	
55-59	2	
60-64	3	
Tekanan darah sistolik/diastolik (mmHg)		
1. <130/<85		
2. 130-139/85-89	0	
3. 140-159/90-99	1	
4. 160-179/100-109	2	
5. $\geq 180/\geq 110$	3	
	4	
Indeks Massa Tubuh		

TABEL

INDEKS MASA TUBUH

TB (cm)	Normal	Lebih	Obesitas
	IMT	IMT	IMT
	≤ 25	26-29	≥ 30
	BB Kg	BB Kg	BB Kg
150	56	57-67	68
151	57	58-67	68
152	58	59-68	69
153	59	60-69	70
154	59	60-70	71
155	60	61-71	72
156	61	61-72	73
157	62	63-73	74
158	62	63-74	75
159	63	64-75	76
160	64	65-76	77
161	65	66-77	78
162	66	67-78	79
163	66	67-79	80
164	67	68-80	81
165	68	69-81	82
166	69	70-82	83
167	70	71-83	84
168	71	72-84	85
169	71	72-85	86

C. Persepsi Tentang Penyakit Kardiovaskular

Fakta menunjukkan terdapat perbedaan resiko penyakit kardiovaskular antara laki-laki dan perempuan. WHO (2008) menunjukkan data kematian dini terjadi pada 22% laki-laki dan 35% perempuan di negara berkembang. Data terbaru hasil penelitian di Ponorogo menunjukkan perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular. Rata-rata terdapat 7 faktor resiko pada pasien laki-laki sementara pada perempuan terdapat 4 faktor resiko, hasil ini menunjukkan perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular (Rosjidi dan Laily, 2013). Fakta ini menunjukkan terdapatnya permasalahan ketidakseimbangan resiko penyakit kardiovaskular antara laki-laki dan perempuan.

Sampai saat ini masih terdapat kesalahan persepsi bahwa penyakit kardiovaskular bukan merupakan masalah nyata pada perempuan. Saat ini penyakit kanker payudara, kanker mulut rahim merupakan penyakit yang paling ditakuti kaum perempuan. Hal ini berbeda dengan fakta yang ada menurut para ahli membuat prediksi satu diantara dua perempuan mati (1:2) karena penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner dan stroke) dibanding satu diantara duapuluh lima kaum perempuan yang mati (1:25) karena penyakit kanker payudara (US Department Of Health, 2003)

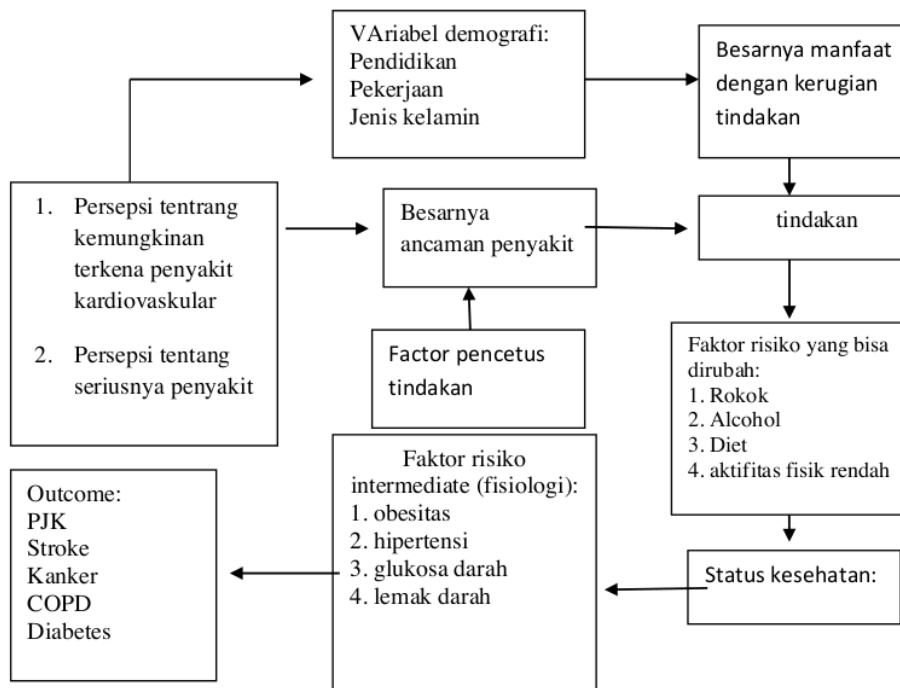
Teori Model kepercayaan (*Health Belief Model/HBM*) oleh Rosenstock (Sarwono, 2004) dapat menjelaskan peranan persepsi, motif dan kepercayaan terhadap perilaku seseorang. Teori ini menjelaskan bahwa pendapat subyektif atau persepsi individu merupakan kunci dilakukan atau dihindarinya suatu tindakan kesehatan. Model ini mencakup lima komponen utama, yang pertama adalah persepsi individu tentang kemungkinan terkena suatu penyakit (*perceived susceptibility*), komponen kedua adalah persepsi individu tentang beratnya penyakit tersebut (*perceived seriousness*), komponen ketiga adalah persepsi tentang ancaman yang dirasakan (*perceived threats*), komponen ke empat adalah pandangan individu tentang manfaat dan kerugian akibat tindakan yang akan

dilakukan, dan komponen kelima adalah komponen pencetus yang berasal dari dalam atau dari luar individu.

Mispersepsi tentang penyakit kardiovaskular diguna berpengaruh terhadap ketidakwaspadaan terhadap serangan penyakit kardiovaskular. Hal yang lebih berbahaya adalah pada penelitian yang pernah dilakukan, pada saat serangan jantung, 43 persen wanita yang mengalaminya tidak menunjukkan gejala yang khas. Tidak ada nyeri akut seperti tanda yang khas pada laki-laki itu. Penelitian juga menunjukkan gejala yang sering ditemukan pada saat serangan jantung pada wanita adalah: nafas pendek atau sesak, lemah, letih tanpa tahu penyebabnya. Keluhan-keluhan yang tidak khas, kadang-kadang menyerupai gangguan lambung sering mengakibatkan perempuan lengah, mengabaikannya, dan bahkan dapat mengalami salah diagnosis. Data penelitian menunjukkan hanya 54% penduduk perempuan Amerika yang menyadari bahwa penyakit jantung adalah pembunuh nomor satu bagi kaum wanita (CDC, 2013).

D. Landasan Teori:

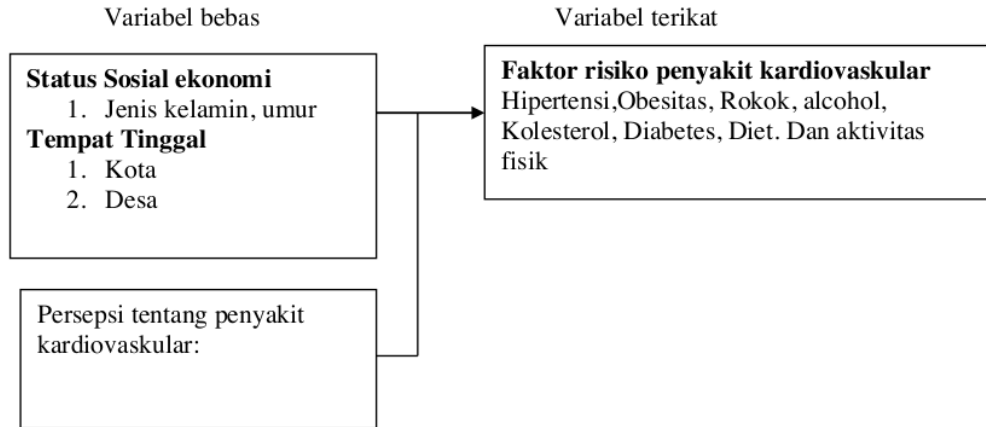
Landasan teori pada penelitian ini adalah penggabungan teori HBM dengan factor resiko penyakit kardiovaskular menurut WHO sebagai berikut:



Gambar 3 Landasan teori modifikasi teori HBM dengan factor resiko Penyakit Kardiovaskular menurut WHO 2003.

E. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas, kerangka konsep Penelitian ditentukan sebagai berikut:



Gambar 4. Kerangka konsep penelitian

Penjelasan:

Berdasarkan kerangka teori dari WHO (2003) tentang berbagai faktor risiko serangan penyakit kardiovaskular dan teori HBM dibuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut:

1. Persepsi merupakan variabel penting apakah individu akan mengambil tindakan tertentu. Adanya perbedaan persepsi diduga berhubungan dengan peningkatan resiko penyakit kardiovaskular Hipertensi,Obesitas, Rokok, alcohol, Kolesterol, Diabetes, Diet. Dan aktivitas fisik.
2. Variabel sosial ekonomi dibagi kaya-miskin serta Desa-Kota diduga berhubungan dengan berbagai faktor risiko penyakit kardiovaskular seperti Hipertensi, Obesitas, Kolesterol, Diabetes, Diet, aktivitas fisik.

BAB 3. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

Berdasarkan rumusan masalah di atas dapat dibuat tujuan penelitian sebagai berikut:

1. Tujuan Umum:

Untuk mengetahui pola faktor resiko penyakit kardiovaskular di Kabupaten Ponorogo.

2. Tujuan Khusus:

- a). Menganalisis perbedaan faktor risiko penyakit kardiovaskular: hipertensi, Diabetes Mellitus, rokok, alkohol, diet, obesitas, aktivitas fisik, dan kolesterol tinggi berdasarkan umur dan jenis kelamin di Kabupaten Ponorogo.
- b). Menganalisis pola faktor risiko penyakit kardiovaskular pada penduduk Kota dan Desa di Kabupaten Ponorogo
- c). Menganalisis persepsi, nilai, keyakinan dan kewaspadaan masyarakat terhadap serangan penyakit kardiovaskular: hipertensi, Diabetes Mellitus, rokok, alkohol, diet, obesitas, aktivitas fisik, dan kolesterol tinggi berdasarkan status ekonomi di Kabupaten Ponorogo.
- d). Menganalisis persepsi, nilai, keyakinan dan kewaspadaan pengambil kebijakan pemerintahan di Kabupaten Ponorogo.

d. Urgensi Penelitian

Negara Indonesia menunjukkan sedang menghadapi fase *The age of triple health burden* atau Tiga beban ganda kesehatan. Beban pertama adalah masih tingginya angka kesakitan penyakit menular klasik, seperti TBC, diare, Kusta, Demam berdarah dan masih banyak lagi. Beban kedua yang dihadapi Indonesia adalah tingginya angka kesakitan dan kematian akibat Penyakit Tidak Menular (PTM). Penyakit PTM seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, Penyakit Kardiovaskular (CVD), Penyakit Jantung Koroner, dan Penyakit Paru Obstruktif

Kronik. Beban ketiga yang dihadapi Indonesia adalah munculnya penyakit baru (*new emerging Infectious Disease*). Beberapa diantaranya adalah HIV (1983), SARS (2003), Avian Influenza (2004), H5N1 (2009). Penyakit ini rata-rata disebabkan oleh virus lama yang berganti baju (bermutasi) dan hal ini yang menyebabkan tubuh manusia sering tidak mengenalnya dengan cepat. Akibatnya angka kesakitan dan kematian pada penyakit ini sangat tinggi dan berlangsung sangat cepat.

PTM dikenal dengan sebutan **Silent Killer**, bisa membunuh secara diam-diam, dan ketika terdeteksi oleh penderita, sudah pada tingkat keparahan yang tinggi dan sudah sulit disembuhkan, dan biasanya akan berakhir dengan kecacatan atau kematian. Tidak ada Faktor yang spesifik dan dominan penyebab PTM ini. Faktor risiko penyakit ini cukup banyak dan saling berinteraksi. Berbagai penelitian menyebutkan faktor risiko yang sering ditemukan adalah pada perilaku yaitu merokok, minum beralkohol, makanan (Fastfood dengan kolestrol tinggi), dan kurangnya aktivitas fisik.

Data-data hasil penelitian menggambarkan angka kejadian PTM semakin meningkat pada masyarakat miskin. Hal ini jelas akan menimbulkan permasalahan yang kompleks, dimana pada kemiskinan selain masalah kesehatan juga mengalami masalah tidak adekuat diet, kurang pengetahuan, dan rendahnya kualitas lingkungan.

Namun sampai sekarang belum ada data-data yang mendukung yang dapat menggambarkan perbedaan pola faktor resiko penyakit kardiovaskular antara penduduk kaya dan penduduk miskin, terutama di Kabupaten Ponorogo. Penelitian ini akan menjawab permasalahan diatas, dengan menemukan pola faktor resiko serangan penyakit kardiovaskular pada penduduk miskin dan kaya. Temuan penelitian ini sangat berguna untuk memberikan masukan dinas kesehatan terkait skala prioritas dan strategi kegiatan promosi kesehatan pencegahan pengahan penyakit kardiovaskular.

BAB 4. METODE PENELITIAN

a. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian dilaksanakan dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian tahun pertama merupakan penelitian epidemiologik analitik observasional *cross sectional*. Rancangan ini digunakan untuk mengkaji hubungan antara variable sosio-ekonomi dengan factor resiko penyakit kardiovaskular dengan secara serentak pada satu waktu. Tahun kedua pendekatan kualitatif untuk menjawab persepsi masyarakat tentang penyakit kardiovaskular.

b. Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian dilaksanakan di Dua Kategori Wilayah Desa dan Kota di Kabupaten Ponorogo.

c. Populasi dan sample penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh Penduduk di Kabupaten Ponorogo. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian penduduk Ponorogo yang ada waktu pengambilan data, bersedia diteliti, bisa baca tulis. Besar sampel pada penelitian ini adalah 350. Besar sampel ditentukan berdasarkan rumus beda dua proporsi dimana dari hasil penelitian pendahuluan didapatkan proporsi penyakit kardiovaskular pada penduduk miskin sebesar 45% dengan $\alpha = 0,05$ dan presisi 15% maka didapatkan besar sampel 85. Memperhatikan desain Effec Cluster sampling, besar sampel menjadi 170 untuk daerah Kota dan 170 untuk sampel dari Desa.

d. Sampling

Pengambilan sampel dilakukan secara *cluster* bertingkat. Sampel dipilih dengan cara sebagai berikut, dari 20 kecamatan dipilih satu kecamatan, dari kecamatan terpilih kemudian dipilih satu desa sebagai unit cluster sampling dan kecamatan

kota dipilih satu kelurahan, kemudian masing-masing desa dan kelurahan terpilih secara acak dipilih 170 penduduk masing-masing Desa dan kelurahan.

d. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel-variabel yang diteliti meliputi variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas adalah status sosial ekonomi. Variabel terikat adalah factor risiko penyakit kardiovaskular yang terdiri Hipertensi, diabetes, kolesterol, rokok, diet dan obesitas Definisi operasional dari masing-masing variabel dijelaskan pada tabel di bawah.

- 1). Status sosial ekonomi adalah seluruh pendapatan keluarga responden diukur dalam rupiah dan dikategorikan kaya dan miskin berdasarkan UMK Ponorogo sebesar Rp. 745.000,- .
- 2). Status tempat tinggal terdiri atas Kota dan Desa. Kreteria Desa dan Kota ditentukan berdasarkan Peta Wilayah Kabupaten Ponorogo.
- 3). Hipertensi adalah Tekanan darah responden yang dikategorikan menjadi hipertensi dan tidak hipertensi menurut menurut hasil pemeriksaan. jika Tekanan darah Sistolik ≥ 140 , dan atau diastolik ≥ 90 dikategorikan Hipertensi.
- 4). Diabetes militus adalah Nilai gula darah responden yang didapat dari hasil pengukuran gula darah dan dikategorikan DM dan tidak DM, menurut standart WHO
- 5). Kolesterol adalah lemak darah yang diukur Kolesterol jenis total hasil pemeriksaan laborat dan dikategorikan menjadi tinggi dan rendah berdasarkan standart dari WHO.
- 6). Konsumsi rokok adalah Konsumsi rokok oleh responden dan dikategorikan perokok dan bukan perokok.
- 7). *Body Mass Indeks (BMI)* Nilai rasio antara **berat badan dalam kilogram** dan **tinggi badan dalam meter kuadrat**. Nilai *BMI* dibagi menjadi 2 kategori berat badan lebih jika nilai $BMI \geq 26$ dan berat badan norma jika $BMI < 26$.
- 8). Diet responden yang meliputi konsumsi buah dan sayur perhari dalam satu minggu, dikategorikan sehat jika konsumsi buah dan sayur ≥ 5 hari permgg.

9). Pola aktivitas fisik responden yang diukur berdasarkan kuesioner skala *Ipaque*, dibagi menjadi aktivitas berat-sedang dan aktivitas ringan..

10). Umur adalah Waktu lama hidup responden pada saat penelitian diukur dengan tahun dan dibagi menjadi 2, yaitu umur ≥ 50 tahun dan umur < 50 tahun.

e. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan sumber data primer diambil secara langsung pada responden. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner modifikasi dari *Steps Instruments for NCD Risk Factors, WHO*. Adapun data yang diperlukan meliputi:

1. Variabel status demografi yang terdiri 4 item pertanyaan tertutup, meliputi umur, pekerjaan, pendidikan dan status ekonomi. *Check-list* nomor C1-C5.
2. Variabel bebas status sosial ekonomi dan tempat tinggal. Pendapatan responden yang diukur berdasarkan pendapatan selama satu bulan dengan kuesioner. Tempat tinggal ditentukan berdasarkan peta wilayah Ponorogo.
3. Variabel terikat yaitu, faktor risiko penyakit kardiovaskular yang terdiri: a) faktor risiko yang berbentuk Perilaku terdiri konsumsi rokok kuesioner nomor Pa1-Pa7, Diet kuesioner nomor D1-D4. b) Faktor risiko status Fisik meliputi Tinggi badan, berat badan, Tekanan darah, dan lingkar pinggan check list nomor St1-2 dan Stb1-3, c) Faktor risiko biochemical seperti gula darah, lemak darah *check-list* nomor GD1 dan LD1-4. Variabel aktivitas fisik digunakan instrumen berdasarkan skala *Ipaque*.
4. Pengkategorian faktor risiko penyakit kardiovaskular dijelaskan sebagai berikut:
 - a) **Tekanan darah** dikategorikan menjadi dua yaitu hipertensi jika tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan diastolik ≥ 90 mmHg.
 - b) **Obesitas** ditentukan berdasarkan nilai indeks massa tubuh (IMT) atau dengan ukuran lingkar pinggang dikategorikan berat badan lebih jika nilai IMT ≥ 26 atau ukuran lingkar pinggang ≥ 90 cm untuk laki-laki, 88 cm untuk perempuan dan berat badan tidak lebih jika nilai IMT < 26 atau ukuran lingkar pinggang < 90 cm untuk laki-laki dan < 88 cm untuk perempuan.

- c) **Konsumsi rokok** diukur berapa batang perhari dikategorikan perokok jika saat ini merokok, bukan perokok jika tidak merokok atau merokok dan sudah berhenti 2 tahun yang lalu.
- d) **Faktor risiko biochemical** meliputi diabetes dan lemak darah (total kolesterol diukur dari nilai pemeriksaan laboratorium. Hasil Pemeriksaan gula darah dikategorikan diabetes atau normal berdasarkan nilai standart WHO (200 mg/dl). Nilai lemak darah dikategorikan tinggi atau rendah berdasarkan standart WHO (200 mg/dl)
- e) **Status diet** responden dikategorikan menjadi diet sehat jika mengkonsumsi sayur dan buah 3 hari atau lebih perminggu dan diet tidak sehat jika konsumsi buah dan sayur kurang dari 3 hari perminggu.
- f) **Aktivitas fisik** responden dikategorikan aktivitas berat-sedang dan aktivitas ringan.

Peralatan yang digunakan untuk mendukung penelitian adalah alat cek gula darah, alat cek kolesterol, timbangan, tensi meter, stetoskop. Selain itu juga alat-alat pendukung seperti alkohol, kapas alkohol, tempat kapas alkohol, dan lanset.

f. Prosedur Penelitian

Dalam melakukan penelitian, prosedur/tahapan ditetapkan sebagai berikut:

- a. Tahap Persiapan
 - 1). Pengurusan surat izin penelitian.
 - 2). Melakukan studi pendahuluan
 - 3). Penyusunan Proposal
- b. Tahap Pelaksanaan
 - 1). Pengambilan data responden
 - 2). Pengolahan
- c. Tahap Penyusunan Pelaporan
 - 1). Analisis hasil pengukuran

2). Penyusunan pembahasan, seminar

g. Cara pengumpulan data

Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, yang disusun secara terstruktur. Responden diminta menjawab pertanyaan tentang pendapatan, konsumsi rokok, alkohol, dan diet, pekerjaan dan penghasilan sedangkan data demografi yang lain seperti jenis kelamin, umur, pendidikan diambil dari status responden. Data tentang berat badan, tinggi badan, tekanan darah dan lingkar pinggang akan dilakukan pengukuran. Variabel lain seperti nilai gula darah dan lemak darah dilakukan pengecekan.

Proses Pengumpulan data peneliti dibantu oleh 4 tenaga. Tenaga pengumpul data berasal dari mahasiswa keperawatan prodi D3 dan S1. Sebelum pengambilan data untuk mempertahankan validitas dan realibilitas akan dilakukan pelatihan dan persamaan persepsi.

h. Analisis Data

Analisis data dilakukan secara kuantitatif dan disesuaikan dengan tujuan yang akan dicapai pada penelitian ini, dengan uji statistik yang meliputi 3 macam, sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis secara deskriptif karakteristik masing-masing variabel dengan distribusi frekuensi yang akan ditampilkan dalam bentuk narasi dan tabel. Gambaran karakteristik subjek penelitian yang dihasilkan meliputi usia, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan 2 variabel pada kedua kelompok antara variabel bebas dan variabel terikat atau variabel terikat dengan variabel pengganggu. Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh antara 2 variabel adalah *Chi Square* (χ^2). Tabel 2x2 digunakan untuk

menghitung *Ratio Prevalens* dengan *confidence interval (CI)* 95%. Analisis menggunakan program software SPSS versi 16.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan Penelitian Hibah Bersaing tahun pertama dan kedua yang dibiayai oleh DIPA Dikti Kementerian RISTEK DIKTI RI tahun 2015 dan 2016 Secara Umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Secara umum Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan pola faktor resiko penyakit kardiovaskular antara daerah kota dan daerah pedesaan di Ponorogo. Secara khusus bertujuan menganalisis besarnya beban faktor risiko penyakit kardiovaskular penduduk kota dan pedesaan di Ponorogo.

Tempat penelitian di 19 Kelurahan Kecamatan Kota dan 21 Desa di Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo, sampel 350 responden diambil dengan tahapan sebagai berikut: pada langkah pertama satu kecamatan yang mewakili Kota dan Desa di Kabupaten Ponorogo. Untuk wilayah Kota terdapat 1 kecamatan Kota dan untuk wilayah Desa terpilih kecamatan Jenangan. Pada langkah kedua dari 19 lingkungan di kecamatan Kota dipilih secara random RW dari RW terpilih di random untuk mendapatkan cluster RT sehingga RT sebagai Unit sampling. Pengumpulan data dilakukan oleh mahasiswa S1 Keperawatan semester 4, sebelumnya telah dilatih untuk menggunakan instrumen penelitian.. Besar sampael tahun pertama 350 dan tahun kedua 15 partisipan..

HASIL TAHUN PERTAMA:

- A. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Pedesaan di Kabupaten Ponorogo
1. Destribusi frekuensi Karakteristik demografi di Kecamatan Siman di Kabupaten Ponorogo

Tabel 4 Karakteristi Demografi Penduduk di Kecamatan Siman Kabupaten Ponorogo.

Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	59	33,7
Perempuan	116	66,3
Umur		
>=50 tahun	103	58,9
<50 tahun	72	41,1
Pendidikan		
Tamat SD	70	40,0
SMP	34	19,4
SMA	62	35,4
PT	9	5,1
Pekerjaan		
Tani/buruh	47	26,9
Swasrta	16	9,1
PNS	7	4,0
Wiraswasta	37	21,1
IRT	53	30,3
Tidak Kerja	15	8,6
Penghasilan		
Tinggi	11	6,3
rendah	164	93,7

Karakteristik responden di klater pedesaan menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebesar 66,3%, sebagian besar berumur diatas lima puluh tahun sebesar 58,9%.. Pendidikan dengan prosentase terbanyak adalah lulusan Sekolah dasar sebesar 40% dengan sebagian besar bekerja sebagai

Ibu rumah tangga (30,3%). Lebih dari sembilan puluh lima persen mempunyai penghasilan di bawah satu juta rupiah.

2. Distribusi frekuensi Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Kecamatan Siman di Kabupaten Ponorogo

Tabel 5. Distribusi frekuensi Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Kecamatan Siman di Kabupaten Ponorogo

Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
Merokok		
Ya	54	30,9
Tidak	121	69,1
Konsumsi Alkohol		
Ya	10	5,7
Tidak	165	94,3
Konsumsi buah		
Cukup	94	53,7
Tidak cukup	81	46,3
Konsumsi sayur		
Cukup	163	93,1
Tidak cukup	12	6,9
Aktivitas fisik		
ringan	129	73,7
sedang	34	19,4
berat	12	6,9
obesitas		
ya	67	38,3
tidak obes	108	61,7
Resiko Diabetes Militus		
Ya	42	24,0
Tidak	133	76,0
Hiperkholesterol		
Ya	59	33,7
Tidak	116	66,3
Hipertensi		

Ya	82	46,9
Tidak	93	53,1

Konsumsi rokok masih menjadi kebiasaan oleh 30,9% masyarakat pedesaan di Ponorogo. Perilaku minum alkohol dilakukan oleh 5,7% responden di pedesaan Ponorogo. Kebiasaan makan buah masih rendah dilakukan oleh responden di Pedesaan, konsumsi buah minimal 3 kali perminggu yang memenuhi syarat kesehatan hanya dilakukan oleh 53,7% , namun sebaliknya konsumsi sayur yang memenuhi syarat kesehatan dilakukan oleh 93,1% responden.

Aktivitas fisik kategori memenuhi syarat kesehatan terdiri atas aktivitas fisik yang sedang dan berat. Aktifitas berat hanya dilakukan oleh 6,9% responden dari pedesaan, sedangkan aktifitas sedang dilakukan oleh 19,4%. Obesitas dialami oleh 38,3% responden, sedangkan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu menunjukkan 24% responden suspek menderita DM. Kolesterol tinggi pada responden menunjukkan angka sebesar 33,7%, dan terdapat 46,9% responden mengalami tekanan darah tinggi.

3. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Pedesaan di Kabupaten Ponorogo berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 6. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Pedesaan di Kabupaten Ponorogo berdasarkan jenis kelamin.

Variabel	Jenis kelamin responden				X2	P
	Laki	%	perempuan	%		
Umur responden						
	>=50	33	55,9	70	60,3	0,314
	< 50	26	44,1	46	39,7	0,575
Merokok						
	Ya	46	78	8	6,9	92,58
	Tdk	13	22	108	93,1	0,000
Alkohol						
	Ya	9	15,3	1	0,9	15,00
	Tidak	50	84,7	115	99,1	0,000
Konsumsi buah						
	Tidak sehat	30	50,8	51	44	0,745
	Sehat	29	49,2	65	56	0,388
Kons. Sayur						

	Tidak sehat	5	8,5	7	6	0,365	0,546
	Sehat	54	91,5	109	94		
Hipertensi	Ya	29	49,2	64	55,2	0,569	0,451
	Tidak	30	50,8	52	44,8		
Obes	Ya	22	37,3	45	38,8	0,37	0,846
	Tidak	37	62,7	71	61,7		
Dm	Ya	13	22	29	25	0,189	0,66
	Tidak	46	78	87	75		
Hiperkolesterol	Ya	17	28,8	42	36,2	0,62	0,433
	Tidak	42	71,2	74	63,8		
Aktivitas fisik	Tidak sehat	34	57,6	95	81,9	11,88	0,001
	Sehat	25	42,4	21	18,1		

Hasil penelitian faktor resiko penyakit kardiovaskular di kluster pedesaan berdasarkan jenis kelamin sebagai berikut: Tidak terdapat perbedaan kategori umur responden berdasarkan jenis kelamin ($p=0,57$). Umur 50 tahun merupakan proporsi terbesar baik pada laki-laki maupun perempuan.

Terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,000$) konsumsi rokok antara responden laki-laki dan responden perempuan. Responden laki-laki perokok sebanyak 78%, sedangkan pada responden perempuan sebesar 6,9%. Terdapat perbedaan signifikan konsumsi alkohol antara responden laki-laki dan responden perempuan ($p=0,000$). Konsumsi alkohol merupakan tipikal responden laki-laki, terdapat 15,3 merupakan peminum alkohol, sedangkan pada responden perempuan sebedar 0,9%. Konsumsi buah tidak sehat masih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan. Total 59 responden laki-laki 50,8% diantaranya mengkonsumsi buah tidak memenuhi sarat kesehatan minimal 3 kali dalam satu minggu, sedangkan pada perempuan dari 116 responden terdapat 44% mengkonsumsi buah tidak sehat. Namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna ($p=0,388$). Konsumsi sayuran pada kedua jenis kelamin menunjukkan tidak terdapat perbedaan ($p=0,54$). Sebagian besar responden mengkonsumsi

sayur telah memenuhi sarat. Terdapat 91,5% laki-laki dan 94% perempuan mengkonsumsi sayuran telah memenuhi sarat kesehatan.

Terdapat perbedaan signifikan ($p=0,001$) aktivitas fisik antara responden laki-laki dengan responden perempuan. Terdapat 57,6% responden laki-laki dengan aktivitas fisik yang tidak sehat. Sedangkan pada responden perempuan terdapat 81,9% tidak melakukan aktivitas fisik dengan sehat.

Angka kejadian Hipertensi masih tinggi baik pada responden laki-laki maupun perempuan. Berdasarkan data menggambarkan HT lebih tinggi pada perempuan dibanding responden laki-laki, sebesar 45,2 dibanding 49,2), namun perbedaan ini tidak bermakna ($p=0,45$). Angka obesitas pada responden perempuan lebih tinggi dibanding responden laki-laki. Terdapat 38,8% responden perempuan mengalami obesitas, sedangkan pada laki-laki sebesar 37,3%. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna ($p=0,85$). Kejadian DM pada responden perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki. Terdapat 25% responden perempuan mengalami DM, sedangkan pada responden laki-laki yang menderita DM sebesar 22%. Namun perbedaan ini tidak signifikan ($p=0,66$). Angka kejadian Hiperkolesterol menunjukkan perbedaan antara responden laki-laki dengan perempuan. Terdapat 36,2% responden perempuan menderita hiperkolesterol, sedangkan pada laki-laki 28,8%.

4. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Pedesaan di Kabupaten Ponorogo berdasarkan umur

Tabel 7. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Pedesaan di Kabupaten Ponorogo berdasarkan umur

Variabel	Umur responden				X ²	P	
	≥50 thn	%	<50 thn	%			
Merokok	Ya	30	29,1	24	33,3	0,35	0,55
	Tdk	73	70,9	48	66,7		
Alkohol	Ya	8	7,8	2	2,8	1,96	0,162
	Tidak	95	92,2	70	97,2		
Konsumsi buah	Tidak sehat	54	52,4	27	37,5	3,8	0,05

Kons. Sayur	Sehat	49	47,6	45	62,5		
	Tidak sehat	9	8,7	3	4,2	1,4	0,23
	Sehat	94	91,3	69	95,8		
Hipertensi							
	Ya	67	65	26	36,1	14,25	0,000
	Tidak	36	35	46	63,9		
Obes							
	Ya	36	35	31	43,1	1,18	0,278
	Tidak	67	65	41	56,9		
DM							
	YA	27	26,2	15	20,8	0,67	0,412
	TIDAK	76	73,8	57	79,2		
HIPERKOLESTEROL							
	YA	41	39,8	18	25	4,16	0,041
	TIDAK	62	60,2	54	75		
AKTIVITAS FISIK							
	Tidak sehat	81	78,6	48	66,7	3,136	0,077
	Sehat	22	21,4	24	33,3		

Berdasarkan tabel 7 di atas menggambarkan terdapat perbedaan konsumsi rokok berdasarkan umur. Proporsi usia di atas 50 tahun yang merokok sebesar 33,3%, sedangkan pada usia 50 tahun ke bawah sebesar 29,1%. Meskipun terdapat perbedaan namun tidak bermakna ($p=0,55$). Alkohol lebih banyak dikonsumsi penduduk berumur 50 tahun ke atas. Alkohol dikonsumsi oleh 7,8% penduduk desa berumur di atas 50 tahun.

Pola konsumsi buah tidak sehat sebagian besar dilakukan oleh penduduk yang berusia di atas 50 tahun. Pada penduduk di desa yang berumur di atas 50 tahun 52,4% mengkonsumsi buah tidak sehat ($p=0,05$). Sebaliknya konsumsi sayur yang sehat lebih banyak dilakukan oleh penduduk berusia di bawah 50 tahun sebesar 95,8%, meskipun tidak bermakna secara statistik ($p=0,23$).

Terdapat perbedaan bermakna kejadian hipertensi berdasarkan usia ($p=0,000$). Penduduk berusia 50 tahun atau lebih lebih banyak mengalami hipertensi di banding penduduk berusia di bawah 50 tahun. Prevalensi Hipertensi pada usia di atas 50 tahun sebesar 65%, sedangkan pada usia di bawah 50 tahun sebesar 36,1%.

Obesitas lebih banyak di alami oleh penduduk yang berusia di bawah 50 tahun, sebesar 43,1%, sedangkan pada usia di atas 50 tahun sebesar 35%. Namun perbedaan ini tidak bermakna ($p=0,27$). DM lebih banyak di alami oleh penduduk di atas 50 tahun sebesar 26,2%. Namun besarnya perbedaan kejadian DM dengan usia di bawah 50 tahun tidak bermakna ($p=0,412$),

Terdapat perbedaan bermakna angka kejadian hiperkolesterol antara penduduk berusia di atas 50 tahun dengan di bawah 50 tahun. Penduduk berusia di atas 50 tahun cenderung mengalami hiperkolesterol ($p=0,041$). Prevalensi hiperkolesterol pada penduduk berusia di atas 50 tahun sebesar 39,8%, sedangkan pada usia di bawah 50 tahun sebesar 25%. Proporsi penduduk berusia di atas 50 tahun sebagian besar melakukan aktivitas fisik kategori tidak sehatn, sebesar 78,6%, sedangkan pada usia di bawah 50 tahun sebesar 66,7%. Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik ($p=0,077$)

B. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Kota di Kabupaten Ponorogo

1. Destribusi frekuensi data demografi di Kecamatan Kota Kabupaten Ponorogo

Tabel 8. Distribusi frekuensi data demografi Responden yang tinggal di Kecamatan Kota Kabupaten Ponorogo

Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	70	40
Perempuan	105	60
Umur		
≥ 50 tahun	79	45,1
< 50 tahun	96	54,9
Pendidikan		
Tamat SD	55	31,4
SMP	36	20,6
SMA	73	41,7
PT	11	6,3

Pekerjaan		
Tani/buruh	25	14,3
Swasrta	27	15,4
PNS	5	2,9
Wiraswasta	52	29,7
IRT	45	25,7
Tidak Kerja	21	12
Penghasilan		
Tinggi	10	5,7
rendah	165	94,3

Karakteristik demografi responden dari kluster kota menggambarkan perempuan lebih tinggi proporsinya di banding laki-laki. Jenis kelamin perempuan menunjukkan angka 60%, sedang laki-laki dengan proporsi 40%. Berdasarkan umur sebagian besar berumur kurang dari 50 tahun dengan proporsi 54,9%. Pendidikan terbanyak responden kluster kota adalah SMA dengan proporsi 41,7%, dengan pekerjaan terbanyak sebagai wiraswasta dengan proporsi 29,7%. Berdasarkan penghasilan sebagian besar berpenghasilan kategori di bawah UMK sebesar 94,3%.

2. Distribusi frekuensi Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Perkotaan di Kabupaten Ponorogo

Tabel 9. Distribusi frekuensi Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Perkotaan di Kabupaten Ponorogo

Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
Meokok		
Ya	46	26,3
Tidak	129	73,7
Konsumsi alkohol		
Ya	2	1,1
Tidak	173	98,9
Konsumsi buah		
Tidak sehat	51	29,1
Sehat	124	70,9

Konsumsi Sayur		
Tidak sehat	14	8,0
Sehat	161	92,0
Aktivitas Fisik		
Ringan	130	74,3
Sedang	42	24
berat	3	1,7
Resiko DM		
Ya	54	30,9
Tidak	121	69,1
Hipertensi		
Ya	71	40,6
Tidak	104	59,4
Obesitas		
Ya	75	42,9
Tidak	100	57,1
Hiperkholesterol		
Ya	60	34,3
Tidak	115	65,7

Karakteristik faktor resiko penyakit kardiovaskular kluster kota menunjukkan perilaku merokok dilakukan oleh 26,3% responden, sedangkan responden yang mengkonsumsi alkohol hanya 1,1%. Konsumsi buah yang tidak memenuhi sarat kesehatan dilakukan oleh 29,1%, sedangkan konsumsi sayur yang sehat terdapat 92,0% responden. Sebagian besar responden belum melakukan aktivitas fisik yang memenuhi sarat kesehatan. Terdapat 74,3% responden aktivitas fisik masih kategori ringan. Hanya terdapat 1,7% responden dengan aktivitas fisik kategori berat.

Diabetes Millitus diderita oleh 30,9% responden, sedangkan Hipertensi dialami oleh 40,6%. Angka kejadian obesitas sebesar 42,9%, sedangkan kolesterol tinggi diderita oleh 34,3% responden.

3. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Kota di Kabupaten Ponorogo berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 9. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Kota di Kabupaten Ponorogo berdasarkan jenis kelamin.

Variabel	Jenis kelamin responden				X2	P	
	Laki	%	perempuan	%			
Merokok	Ya	44	62,9	2	1,9	87,15	0,000
	Tdk	26	37,1	103	98,1		
Alkohol	Ya	2	2,9	0	0	3,03	0,08
	Tidak	68	97,1	105	100		
Konsumsi buah	Tidak sehat	22	31,4	29	27,6	0,295	0,587
	Sehat	48	68,6	76	72,4		
Kons. Sayur	Tidak sehat	7	10,0	7	6,7	1,8	0,179
	Sehat	63	90,0	98	93,3		
Hipertensi	Ya	29	41,4	42	40,0	0,036	0,85
	Tidak	41	58,6	63	60,0		
Aktivitas fisik	Ringan	48	68,6	82	78,1	2,318	0,314
	Sedang	21	30,0	21	20,0		
	Berat	1	1,4	2	1,9		
Obesitas	Ya	27	38,6	48	45,7	0,87	0,35
	Tidak	43	61,4	57	54,3		
Dm	Ya	23	32,9	31	29,5	0,219	0,640
	Tidak	47	67,1	74	70,5		
Hiperkolesterol	Ya	26	43,3	34	56,7	0,423	0,516
	Tidak	44	38,3	71	61,7		

Terdapat perbedaan signifikan konsumsi merokok antara responden laki-laki dengan responden perempuan ($p=0,000$). Responden laki-laki yang mengkonsumsi rokok sebesar 62,9%, sedangkan responden perempuan sebesar

1,9%. Konsumsi alkohol dilakukan oleh 2,9% responden laki-laki, sedangkan pada responden perempuan tidak terdapat yang mengkonsumsi alkohol (0%). Namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna. Responden perempuan cenderung lebih baik dalam mengkonsumsi buah, terdapat 27,6% responden perempuan mengkonsumsi buah dengan kategori tidak sehat. Proporsi responden laki-laki dengan kategori konsumsi buah tidak sehat sebesar 31,4%. Demikian juga perilaku mengkonsumsi sayur, responden perempuan cenderung lebih baik, 93,3% konsumsi sayur kategori baik, sedangkan pada responden laki-laki 90,0% mengkonsumsi sayur kategori baik. Namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna ($p=0,18$).

Responden laki-laki lebih banyak menderita hipertensi dibanding perempuan. Responden laki-laki yang menderita HT sebesar 41,4%, sedangkan pada responden perempuan sebesar 40%. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna ($p=0,85$). Pada umumnya laki-laki lebih banyak melakukan aktivitas kategori sehat. Aktivitas kategori sehat (aktivitas sedang dan berat) dilakukan oleh 31,4% laki-laki, sedangkan pada responden perempuan 21,9% diantaranya melakukan aktivitas kategori sehat. Namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna ($p=0,31$). Responden perempuan cenderung lebih banyak mengalami obesitas dibanding laki-laki. Responden perempuan yang menderita obesitas sebesar 45,7%, sedangkan responden laki-laki yang menderita obesitas sebesar 38,6%. Proporsi DM lebih besar responden laki-laki dibanding perempuan. Terdapat 32,9% responden laki-laki menderita DM, sedangkan responden perempuan yang menderita DM sebesar 29,5%. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna ($p=0,64$). Angka kejadian hiperkolesterol pada responden perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki. Proporsi responden perempuan yang menderita hiperkolesterol sebesar 56,7%, sedangkan pada laki-laki sebesar 43,3%. Perbedaan ini secara statistik tidak bermakna ($p=0,52$).

4. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Kota di Kabupaten Ponorogo berdasarkan umur

Tabel 10. Karakteristik Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Kota di Kabupaten Ponorogo berdasarkan umur

Variabel	umur				X2	P	
	≥50thn	%	<50 thn	%			
Merokok	Ya	20	25,3	26	27,1	0,07	0,79
	Tdk	59	74,7	70	72,9		
Alkohol	Ya	1	1,3	1	1	0,02	0,89
	Tidak	78	98,7	95	99		
KONSUMSI BUAH							
	TIDAK SEHAT	29	36,7	22	22,9	3,99	0,04*
	SEHAT	50	63,3	74	77,1		
Kons. Sayur	Tidak sehat	2	2,5	12	12,5	5,85	0,016*
	Sehat	77	97,5	84	87,5		
Hipertensi	Ya	42	53,2	29	30,2	9,47	0,002*
	Tidak	37	46,8	67	69,8		
Aktivitas fisik	Tidak sehat	61	77,2	69	71,9	0,65	0,421
	Sehat	18	22,8	27	28,1		
Obesitas	Ya	33	41,8	42	43,8	0,07	0,79
	Tidak	46	58,2	54	56,3		
Dm	Ya	31	39,2	23	24	4,74	0,029*
	Tidak	48	60,8	73	76		
HIPERKOLESTEROL							
	YA	34	43	26	27,1	4,9	0,027*
	TIDAK	45	57	70	72,9		

Bedasarkan Tabel 10 di atas menggambarkan faktor resiko penyakit kardiovaskular yang berhubungan secara signifikan dengan usia adalah konsumsi buah, konsumsi sayur, hipertensi, Diabetes meliitus, dan hiperkolesterol. Tidak terdapat perbedaan merokok antara penduduk usia di atas 50 dengan di bawah 50 tahun. Angka konsumsi rokok usia di bawah 50 tahun lebih besar di bandingkan usia di bawah 50 tahun (27,1% : 25,3%). Alkohol lebih banyak dikonsumsi oleh penduduk berusia di atas 50 tahun. Pola konsumsi buah dan sayur menunjukkan perbedaan bermakna, dimana konsumsi buah tidak sehat lebih besar pada

penduduk berusia di atas 50 tahun ($p=0,04$), sebaliknya konsumsi sayur tidak sehat lebih banyak pada penduduk di bawah 50 tahun ($p=0,016$).

Penyakit hipertensi lebih terjadi pada penduduk berusia di atas 50 tahun. Prevalensi Hipertensi pada penduduk berusia di atas 50 tahun sebesar 53,2%, sedangkan pada penduduk berusia di bawah 50 tahun sebesar 30,2%. ($p=0,002$). Pola aktivitas fisik yang tidak sehat lebih banyak dilakukan oleh penduduk berusia di atas 50 tahun, sebesar 77,2%, sedangkan pada penduduk berusia di bawah 50 tahun sebesar 71,9%, namun perbedaan ini tidak bermakna ($p=0,421$).

Penduduk Usia di bawah 50 tahun lebih banyak mengalami obesitas dibanding penduduk berusia di atas 50 tahun. Angka obesitas penduduk berusia di bawah 50 tahun sebesar 43,8%, namun perbedaan ini tidak bermakna ($p=0,79$).

Terdapat kecenderungan penduduk usia di atas 50 tahun mengalami DM. Angka DM pada penduduk di atas 50 tahun sebesar 39,2%, sedangkan pada usia di bawah 50 tahun sebesar 24%. Perbedaan ini bermakna secara statistik ($p=0,029$). Demikian juga kejadian hiperkolesterol cenderung terjadi pada penduduk dengan usia di atas 50 tahun. Proporsi hiperkolesterol pada penduduk berusia di atas 50 tahun sebesar 43%, sedangkan usia di bawah 50 tahun sebesar 27,1%, dan perbedaan ini bermakna secara statistik ($p=0,027$).

5. Perbedaan Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Pedesaan dan kota Kota di Kabupaten Ponorogo

Tabel 10. Perbedaan Faktor resiko penyakit kardiovaskular di Pedesaan dan kota Kota di Kabupaten Ponorogo

Var	Asal responden				X2	P
	Desa	%	Kota	%		
Jenis kelamin						
	Laki	59	33,7	70	40,0	1,49 0,22
	Prm	116	66,3	105	60,0	
Umur responden						
	≥ 50	103	58,9	79	45,1	6,59 0,01
	< 50	72	41,1	96	54,9	
Merokok						
	Ya	54	30,9	46	26,3	0,89 0,344
	Tdk	121	69,1	129	73,7	

Alkohol	Ya	10		5,7	2	5,52	0,02*
	Tidak	165		94,3	173		
Konsumsi buah	Tidak sehat	81	46,3	51	29,1	10,95	0,001*
	Sehat	94	53,	124	70,9		
Kons. Sayur	Tidak sehat	12	6,9	14	8	0,166	0,68
	Sehat	163	93,1	161	92		
Hipertensi	Ya	93	53,1	71	40,6	5,55	0,018*
	Tidak	82	46,9	104	59,4		
Obes sentral	Ya	67	38,3	75	42,9	0,76	0,38
	Tidak	108	61,7	100	57,1		
Dm	Ya	42	24	54	30,9	2,07	0,15
	Tidak	133	76	121	69,1		
Hiperkolesterol	Ya	59	33,7	60	34,3	0,01	0,91
	Tidak	116	66,3	115	65,7		
Aktifitas fisik	Tidak sehat	129	73,7	130	74,3	0,01	0,90
	Sehat	46	26,3	45	25,7		

Perbedaan faktor resiko penyakit kardiovaskular antara responden yang bertempat tinggal di daerah pedesaan dibanding daerah perkotaan dijelaskan sebagai berikut: Tidak terdapat perbedaan signifikan ($p=0,220$) antara responden pedesaan dan perkotaan, baik responden di desa maupun kota sebagian besar dengan jenis kelain perempuan (66,3%; 60%). Terdapat perbedaan signifikan responden berdasarkan umur ($p=0,01$), sebagian besar di desa berumur diatas 50 tahun (58,9%), sedangkan responden di kota berumur di bawah 50 tahun (54,9%).

Responden yang tinggal di desa cenderung merokok dibandingkan di kota. Angko merokok di desa sebesar 30,9%, sedangkan di kota sebesar 26,3%. Namun perbedaan ini secara statistik tidak signifikan ($p=0,344$). Terdapat perbedaan signifikan konsumsi alkohol antara responden di desa dan di kota ($p=0,02$). Responden yang tinggal di desa lebih banyak mengkonsumsi alkohol dibanding di kota (5,7%;5,52%). Terdapat perbedaan signifikan konsumsi buah antara

responden yang tinggal di desa dan di kota. Responden yang tinggal di kota lebih banyak mengonsumsi buah kategori sehat dibanding responden yang tinggal di desa (70,9%;53,7%). Tidak terdapat perbedaan signifikan konsumsi sayur antara responden yang tinggal di desa dengan di kota ($p=0,68$). Terdapat 93,1% responden yang tinggal di desa mengonsumsi sayur kategori sehat, sedangkan responden yang tinggal di kota 92% mengonsumsi sayur kategori sehat. Tidak terdapat perbedaan signifikan aktivitas fisik antara responden di desa dengan di kota ($p=0,90$). Baik responden yang tinggal di desa maupun di kota sebagian besar aktifitas fisik kategori tidak sehat (73,7%;74,3%).

Terdapat perbedaan signifikan kejadian hipertensi antara responden di desa dengan di kota ($p=0,018$). Responden yang tinggal di desa lebih banyak mengalami hipertensi di banding yang tinggal di kota (53,1%;40,6%). Responden yang tinggal di kota cenderung mengalami obesitas lebih tinggi di banding di desa. Proporsi responden yang tinggal di kota mengalami obesitas sebesar 42,9%, sedangkan responden di desa 38,3% mengalami obesitas. Responden di kota lebih banyak menderita DM dibanding di desa. Proporsi DM di kota sebesar 30,9%, sedangkan di desa sebesar 24%, Namun perbedaan ini secara statistik tidak bermakna ($p=0,15$). Tidak terdapat perbedaan signifikan hiperkolesterol antara responden di desa dengan di kota ($p=0,91$). Angka kejadian hiperkolesterol responden di Desa sebesar 33,7%, sedangkan di kota sebesar 34,4%.

6. Perbedaan faktor resiko penyakit Kardiovaskular antara pedesaan dan perkotaan berdasarkan jenis kelamin

Tabel 11 Perbedaan faktor resiko penyakit Kardiovaskular antara pedesaan dan perkotaan berdasarkan jenis kelamin

Faktor resiko penyakit kardiovaskular	Nilai p	OR (95% CI)
Merokok		
Laki-laki	0,04*	2,1 (0,95;4,6)
Perempuan	0,75	3,8 (0,8;18,4)

Konsumsi Alkohol		
Laki-laki	0,012*	6,12(1,3;29,6)
Perempuan	0,34	-
Konsumsi Buah		
Laki	0,025*	2,26(1,04;4,94)
Perempuan	0,012*	2,06(1,13;3,76)
Konsumsi sayur		
Laki-laki	0,766	1,2 (0,36;3,99)
Perempuan	0,847	1,1 (0,38;3,28)
Aktifitas fisik		
Laki	0,198	1,6(0,73;3,52)
Perempuan	0,480	1,27(0,62;2,59)
Diabetes millitus		
Laki	0,17	1,7(0,78;3,82)
Perempuan	0,45	1,26(0,69;2,27)
Hiperkolesterol (kota)		
Laki	0,31	1,5(0,69;3,07)
Perempuan	0,36	1,19(0,65;2,15)
Hipertensi		
Laki	0,38	1,37(0,64;2,92)
Perempuan	0,024*	1,85(1,04;3,27)
Obesitas (kota)		
Laki	0,88	1,06(0,49;2,30)
perempuan	0,298	1,33(0,75;2,35)

Gambaran perbedaan faktor resiko penyakit kardiovaskular responden yang tinggal di desa dibandingkan di kota di Kabupaten Ponorogo sebagai berikut: Terdapat perbedaan signifikan faktor resiko konsumsi rokok pada responden laki-laki ($p=0,04$), responden laki-laki yang tinggal di desa beresiko 2,3 kali mengkonsumsi rokok di banding responden yang tinggal di kota. Demikian juga responden perempuan tinggal di desa cenderung merokok 3,8 kali di banding yang

tinggal di kota, meskipun secara statistik tidak bermakna (OR=3,8, CI95% 0,8:18,4).

Terdapat perbedaan signifikan responden laki-laki mengkonsumsi alkohol antara yang tinggal di desa dengan di kota ($p=0,012$). Responden laki-laki di desa cenderung 6,12 kali mengkonsumsi alkohol dibanding laki-laki yang tinggal di kota (OR=6,12, CI95% 1,3:29,6). Sedangkan pada responden perempuan tidak terdapat perbedaan signifikan konsumsi alkohol antara yang di desa dengan yang di kota.

Terdapat perbedaan signifikan konsumsi buah pada laki-laki maupun perempuan antara yang tinggal di kota dibanding di desa. Responden yang tinggal di kota cenderung lebih banyak mengkonsumsi buah dibanding yang tinggal di desa ($p=0,025$ dan $p=0,012$). Responden laki-laki di kota cenderung 2,3 kali lebih sering mengkonsumsi buah dibanding yang tinggal di desa, demikian juga responden perempuan yang tinggal di kota cenderung 2 kali lebih banyak mengkonsumsi buah (OR=2,26, CI95%=1,04:4,94 dan OR=2,06, CI95%=1,13:3,76). Tidak terdapat perbedaan signifikan konsumsi sayur baik laki-laki maupun perempuan yang tinggal di kota dan di desa ($p=0,77$ dan $p=0,85$). Tidak terdapat perbedaan aktivitas fisik kedua responden baik laki-laki dan perempuan antara yang tinggal di desa maupun di kota ($p=0,19$ dan 0,48).

Tidak terdapat perbedaan signifikan DM baik pada laki-laki maupun perempuan yang tinggal di kota maupun di desa ($p=0,17$ dan 0,45). Responden baik laki-laki maupun perempuan yang tinggal di kota cenderung mengalami DM dibanding tinggal di desa (OR=1,6, CI95%=0,78:3,82 dan OR=1,26, CI95%=0,69:2,27). Responden yang tinggal di kota baik laki-laki maupun perempuan cenderung lebih tinggi mengalami hiperkolesterol, meskipun secara statistik tidak bermakna ($p=0,31$ dan 0,36). Responden laki-laki di kota cenderung 1,5 kali lebih sering mengalami hiperkolesterol dibanding di desa (OR=1,5, 95%CI=0,69:3,07). Demikian juga pada responden perempuan yang tinggal di kota cenderung 1,2 kali lebih sering mengalami hiperkolesterol dibanding tinggal di desa (OR=1,2, CI95%=0,65:2,15). Hipertensi lebih sering terjadi pada perempuan yang tinggal di desa ($p=0,024$). Sedangkan pada responden laki-laki

tidak terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,38$). Responden perempuan tinggal di desa cenderung 2 kali lebih sering mengalami HT dibanding di kota ($OR=2$, $CI95\%=1,04:3,27$). Tidak terdapat perbedaan signifikan kejadian obesitas baik pada laki-laki maupun perempuan yang tinggal di desa dengan di kota ($p=0,808$ dan $p=0,29$).

7. Perbedaan faktor resiko penyakit Kardiovaskular antara pedesaan dan perkotaan berdasarkan umur

Tabel 11 Perbedaan faktor resiko penyakit Kardiovaskular antara pedesaan dan perkotaan berdasarkan umur

Faktor resiko penyakit kardiovaskular	Nilai p	OR (95% CI)
Merokok		
>50 tahun	0,568	1,2 (0,6-2,3)
≤50 tahun	0,381	1,4 (0,7-2,6)
Konsumsi Alkohol		
>50 tahun	0,04	6,6 (0,8-53,7)
≤50 tahun	0,4	2,7(0,2-30,5)
Konsumsi Buah		
>50 tahun	0,035	1,9(1-3,62)
≤50 tahun	0,04	2,02 (1-4,19)
Konsumsi sayur		
>50 tahun	0,08	0,3 (0,06-1,3)
≤50 tahun	0,06	3,29(0,9-12,1)
Aktifitas fisik		
>50 tahun	0,8	1,1 (0,5-2,22)
≤50 tahun	0,5	0,7 (0,4-1,5)
Diabetes millitus		
>50 tahun	0,06	1,8 (0,9-3,4)
≤50 tahun	0,6	1,2 (0,6-2,5)
Hiperkolesterol (kota)		
>50 tahun	0,66	1,1 (0,6-2,16)
≤50 tahun	0,8	1,1 (0,5-2,38)
Hipertensi		

>50 tahun	0,1	1,6 (0,9-2,9)
≤50 tahun	0,4	1,3 (0,7-2,5)
Obesitas (kota)		
>50 tahun	0,3	1,3 (0,7-2,55)
≤50 tahun	0,9	1,03 (0,53-2,00)

PEMBAHASAN:

FAKTOR RESIKO MEROKOK

Secara umum berdasarkan kluster penelitian, prevalensi konsumsi rokok di daerah pedesaan sebesar 30,9%, sedangkan konsumsi rokok di kluster kota sebesar 26,3%. Konsumsi rokok dipandang sebagai kebiasaan laki-laki sejak lama. Konsumsi rokok umum dilakukan oleh responden laki-laki. Hasil Analisis data diatas menunjukkan terdapat hubungan konsumsi rokok dengan jenis kelamin. Prevalensi merokok pada laki-laki di desa sebesar 78%, sedangkan di kota 62,9%. Hasil ini menunjukkan laki-laki yang tinggal di desa cenderung mempunyai kebiasaan merokok 2 kali lebih besar di bandingkan yang tinggal diperkotaan (OR=2,1, 95%CI=1-4,6). Meskipun perempuan yang tinggal desa mempunyai kemungkinan 3 kali mengkonsumsi rokok, namun hubungan ini tidak bermakna (p=0,75, OR=3,8,95%CI= 0,8-18,4)). Baik di desa maupun di kota konsumsi rokok lebih banyak dilakukan oleh penduduk berusia di bawah 50 tahun.

Hampir 80% di dunia 1 milyar perokok di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Penggunaan produk tembakau secara global meningkat, tetapi di negara-negara yang berpendapatan tinggi dan menengah justru terjadi penurunan. Tembakau merupakan peringkat utama penyebab kematian yang sebenarnya dapat dicegah.

Merokok bagi sebagian besar masyarakat Indonesia masih dianggap sebagai perilaku yang wajar, bagian dari kehidupan sosial dan gaya hidup, tanpa memahami risiko dan bahaya kesehatan terhadap dirinya dan orang serta

masyarakat di sekitarnya. Para perokok tidak menyadari bahwa mereka terjerat dalam kondisi ketergantungan yang sangat sulit dilepaskan. Tingkat penyebaran yang tinggi terhadap perokok pemula terutama generasi muda, bahkan di Indonesia di berbagai wilayah tertentu, merokok sudah dimulai pada usia balita. Sangat mencengangkan, menurut hasil survey GATS 2011, prevalensi perokok di Indonesia rankingnya naik menjadi nomor 2 terbesar di dunia.

Hasil penelitian menunjukkan secara total angka konsumsi rokok sebesar 28,6%. Hasil ini lebih tinggi dari angka merokok secara nasional sebesar 24% (Depkes, 2008). Rokok sangat erat hubungannya dengan serangan penyakit kardiovaskular, rokok membunuh 6 juta orang di Negara yang sedang berkembang. Rokok menyebabkan kadar COHb meningkat disebabkan proses pembakaran tidak sempurna bahan organik dalam rokok sehingga mengurangi konsentrasi oksigen darah, rokok dapat meningkatkan konsentrasi fibrinogen hal ini akan mengakibatkan terjadinya penebalan dinding pembuluh darah. Semakin dini merokok semakin cepat terserang penyakit kardiovaskular. Hasil penelitian menunjukkan rokok berhubungan dengan status ekonomi rendah. *WHO* (2003) melaporkan penyakit-penyakit akibat rokok mempunyai hubungan yang sangat kuat dengan kemiskinan, 6 juta kematian diperkirakan akibat kebiasaan merokok di negara yang sedang berkembang dan 50% terdapat di Asia. Kesadaran masyarakat tentang faktor risiko dan bagaimana strategi pencegahan menjadi komponen promosi yang sangat penting mengingat faktor risiko penyakit kardiovaskular lebih banyak pada perubahan gaya hidup atau perilaku. Tingkat risiko masyarakat terhadap serangan penyakit kardiovaskular yang diketahui secara dini dapat dijadikan dasar untuk membuat strategi promosi yang efektif dan efisien.

Temuan menarik yang harus menjadi perhatian kita adalah besarnya konsumsi rokok pada usia produktif. Dari total 168 penduduk yang berusia di bawah 50 tahun, 29,8% mengkonsumsi rokok. Hal ini jelas di masa mendatang akan berpengaruh buruk pada kualitas tenaga kerja di Indonesia.

Merokok menimbulkan beban ganda yaitu biaya perawatan saat sakit dan biaya kebutuhan pangan. Data menunjukkan 10 % pengeluaran keluarga miskin di

Indonesia digunakan untuk membeli rokok (Gerdunas TBC, 2006). Tingkat ekonomi keluarga terutama keluarga miskin, keterikatan pengeluaran rumah tangga untuk belanja rokok akan mempengaruhi prioritas belanja rumah tangga terhadap kebutuhan pokok lainnya. Menghentikan konsumsi rokok merupakan tindakan rasional untuk menurunkan resiko serangan penyakit kardiovaskular.

KONSUMSI ALKOHOL

Konsumsi alkohol nampaknya bukan menjadi perilaku penduduk ponorogo, hal ini dibuktikan rendahnya prevalensi konsumsi alkohol. Secara umum hanya 3,4% responden yang mengkonsumsi alkohol. Namun demikian Prevalensi konsumsi alkohol responden dari desa cenderung lebih tinggi dibandingkan responden di kota Ponorogo ($p=0,012$). Responden dari desa yang mengkonsumsi alkohol sebesar 5,7%, sedangkan responden dari kota sebesar 1,1%. Konsumsi alkohol umumnya dilakukan oleh laki-laki yang tinggal di desa dibandingkan perempuan ($p=0,000$), hal ini berbeda pada responden yang tinggal di kota, dimana tidak terdapat perbedaan yang signifikan konsumsi alkohol responden laki-laki dengan perempuan ($p=0,08$). Perbedaan konsumsi alkohol antara desa dan kota berdasarkan jenis kelamin menunjukkan konsumsi alkohol 6 kali lebih tinggi pada laki-laki yang tinggal di desa dibandingkan di kota ($OR=6,12$, 95% $CI=1,3-29,6$).

DIET BUAH

Secara umum konsumsi buah kategori sehat dilakukan oleh 62,3% responden. Prevalensi konsumsi buah dan sayur responden dari kota lebih sehat dibandingkan dari desa. Prevalensi konsumsi buah kategori sehat responden dari kota sebesar 70,9%, sedangkan responden dari desa sebesar 53,7%. Tidak terdapat perbedaan pola diet buah antara responden laki-laki dengan perempuan baik di desa maupun di kota. Prevalensi konsumsi buah tidak sehat mencapai 50,8% pada laki-laki dan 44% pada perempuan di daerah pedesaan, dan sebesar 31,4% pada laki-laki dan 27,6% pada perempuan yang tinggal di perkotaan. Jika dibandingkan

dengan desa, baik laki-laki maupun perempuan yang tinggal di kota mempunyai kecenderungan mengonsumsi buah lebih sehat. Laki-laki Kota cenderung 2,3 kali mengonsumsi buah kategori sehat dibandingkan dengan laki-laki desa (OR=2,3, 95%CI=1,04-4,94), sedangkan perempuan kota cenderung 2 kali lebih banyak mengonsumsi buah dibandingkan perempuan yang tinggal di desa (OR =2,06, 95%CI= 1,13-3,76). Pada penduduk desa konsumsi buah dan sayur tidak sehat lebih banyak dilakukan oleh penduduk berusia di atas 50 tahun, sedangkan di perkotaan konsumsi buah tidak sehat lebih sering dilakukan oleh penduduk usia di atas 50 tahun, sebaliknya konsumsi sayur tidak sehat lebih banyak pada penduduk usia di bawah 50 tahun.

Pola diet sayur terdistribusi dengan pola yang sama berdasarkan jenis kelamin. Pola diet sayur yang tidak sehat mencapai 6,9% di daerah pedesaan, dengan laki-laki mencapai 8,5% sedangkan pada perempuan mencapai 6%. Meskipun terdapat perbedaan namun tidak bermakna ($p=0,546$). Responden yang tinggal di daerah perkotaan mempunyai pola diet tidak sehat lebih tinggi dibanding pedesaan. Prevalensi diet sayur tidak sehat di daerah perkotaan mencapai 8,0%, dengan laki-laki mencapai 7,0%, sedangkan perempuan mencapai 6,7%. Perbedaan pola diet sayur antara pedesaan dan perkotaan di kabupaten Ponorogo baik pada laki-laki maupun perempuan menunjukkan tidak terdapat perbedaan, meskipun responden di perkotaan lebih banyak melakukan pola diet sayur yang tidak sehat.

Meskipun konsumsi buah sangat penting untuk asupan gizi, namun belum menjadi kebiasaan pola diet responden dari desa. Serat yang terkandung dalam buah dan sayur larut dan mengikat asam empedu yang didalamnya terlarut lemak. Serat akan keluar bersama tinja, dengan demikian makin banyak konsumsi buah dan sayur semakin banyak pula lemak dan kolesterol yang dikeluarkan, dan pada akhirnya, mampu mengurangi timbunan lemak di tubuh. Selain itu kandungan serat pada buah dan sayur sangat bermanfaat untuk mengurangi konsumsi lemak dan gula karena perasaan kenyang. Drapeau *et al.* (2004) menyatakan bahwa peningkatan konsumsi sayuran dan buah dapat menurunkan berat badan dan lemak seseorang.

1

Beberapa studi telah membuktikan beberapa zat makanan berperan terhadap peningkatan risiko penyakit jantung dan stroke. WHO (2002) merekomendasikan program diet dan aktifitas fisik untuk masyarakat dan individu dalam mengurangi penyakit *cardiovascular*. Program diet seperti: 1). Mencapai keseimbangan energi dan berat badan sehat. 2). Batasi intake lemak dan alihkan konsumsi lemak jenuh ke lemak tidak jenuh. 3). Tingkatkan konsumsi buah-buahan dan sayuran, serta kacang-kacangan 4). Batasi penggunaan gula bebas. 5). Batasi garam dari semua sumber dan pastikan garam adalah beryodium.

Apabila kita mengkonsumsi kalori lebih banyak daripada yang digunakan dalam aktifitas sehari-hari, kelebihan kalori akan disimpan dalam bentuk timbunan lemak, terutama yang bahaya jika disimpan di dinding pembuluh darah karena akan menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah (aterosklerosis), hipertensi, diabetes millitus, berat badan berlebih yang semuanya merupakan faktor risiko penyakit jantung dan stroke.

Temuan penelitian ini dapat memberikan gambaran faktor resiko penyakit kardiovaskular pola konsumsi buah masih tinggi, dengan kelompok penduduk di pedesaan mempunyai resiko lebih besar di bandingkan perkotaan. Penduduk di pedesaan pola konsumsi buah yang memenuhi sarat kesehatan masih rendah jika dibandingkan daerah kota. Berdasarkan hasil penelitian ini perencanaan promosi kesehatan tentang pola konsumsi buah yang sehat dapat lebih difokuskan pada daerah pedesaan dengan pendekatan partisipasi komunitas.

AKTIVITAS FISIK.

Aktivitas fisik yang memenuhi sarat kesehatan belum dipahami dan menjadi perilaku sehat masyarakat di Ponorogo. Hasil penelitian menggambarkan tidak terdapat perbedaan aktivitas fisik baik kelompok responden dari daerah perkotaan dan pedesaan. Sebagian besar pada kedua kelompok menunjukkan tingginya aktivitas kategori ringan. Prevalensi aktivitas fisik yang tidak memenuhi sarat kesehatan di daerah pedesaan sebesar 73,7%, laki-laki cenderung melakukan aktivitas fisik yang sehat (aktivitas kategori sedang dan berat) sebesar 42,4%, sedangkan pada perempuan yang melakukan aktivitas kategori sedang dan berat sebesar 18,1%. Perbedaan ini secara statistik bermakna ($p=0,001$)

Aktivitas fisik penduduk dari daerah perkotaan sedikit lebih besar melakukan aktifitas fisik tidak sehat sebesar 74,3% dibanding daerah pedesaan. Berdasarkan jenis kelamin tidak terdapat perbedaan yang bermakna aktivitas fisik responden dari perkotaan. Demikian juga aktivitas fisik antara penduduk kota dan desa menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna.

Aktivitas fisik dan olahraga telah diketahui mempunyai banyak manfaat. Kaplan (1994) menjelaskan beberapa riset memberikan bukti secara tidak langsung efek perlindungan gerak badan aerobic terhadap PJK dengan memberikan pengaruh pada penurunan berat badan, hipertensi, lipid darah, toleransi glukosa, dan peningkatan cara hidup sehat. Kurangnya aktivitas fisik merupakan salah satu penyebab utama dari meningkatnya angka kejadian obesitas di tengah masyarakat dengan status sosial ekonomi tinggi. Orang-orang yang tidak aktif memerlukan lebih sedikit kalori. Seseorang yang cenderung mengkonsumsi makanan kaya lemak dan tidak mempunyai aktivitas fisik yang seimbang akan mengalami obesitas.

Temuan penelitian ini menggambarkan masih tingginya pendudukan Ponorogo kurang memenuhi syarat kesehatan saat melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik yang sehat dilakukan minimal 3 kali seminggu dengan kategori aktivitas sedang atau berat. Rekomendasi WHO untuk program aktifitas fisik masyarakat dan individu dalam mengurangi penyakit *cardiovascular* adalah paling sedikit 30 menit aktifitas fisik **tingkat sedang** secara teratur setiap hari. Rekomendasi lain oleh *American Heart Assocition* bahwa aktifitas fisik yang meningkatkan kesehatan jantung, paru dan sirkulasi adalah aktifitas **sedang sampai berat** dengan jenis aerobik paling sedikit 30 menit setiap hari. Aktifitas fisik tidak harus berupa olah raga, bisa saja ke sawah bagi petani, ke pasar, menyapu, mencuci dan mengepel. Bergerak mampu membakar timbunan lemak yang tersimpan ditubuh manusia.

Berdasarkan hasil temuan penelitian ini harus dibuat suatu program untuk meningkatkan perilaku olahraga masyarakat di Ponorogo dengan mengikutsertakan semua sektor yang terlibat dalam penanggulangan penyakit

kardiovaskular, baik profesional kesehatan, dinas kesehatan, pendidikan, industri dan lain-lain.

HIPERTENSI

Hipertensi menjadi penyakit dengan proporsi tinggi pada kedua lokasi, desa maupun kota di Ponorogo. Prevalensi hipertensi secara keseluruhan di Ponorogo sebesar 46,9%. Prevalensi Hipertensi di daerah pedesaan sebesar 46,9%, dengan laki-laki sebesar 49,2%, dan perempuan lebih tinggi dari laki-laki sebesar 55,2%. Prevalensi Hipertensi penduduk kota lebih rendah sebesar 40,6%. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan kejadian hipertensi antara laki-laki dan perempuan, dengan laki-laki sebesar 41,4% dan perempuan sebesar 40% ($p=0,85$). Hasil penelitian menunjukkan hanya responden perempuan yang berbeda secara signifikan antara tinggal di daerah pedesaan dengan perkotaan ($p=0,024$). Sementara pada laki-laki tidak terdapat perbedaan bermakna. Perempuan yang tinggal di pedesaan cenderung 1,8 kali menderita hipertensi di banding tinggal di kota ($OR=1,85, 95\%CI=1,04-3,27$)

Hipertensi merupakan factor resiko penyakit kardiovaskular mayor. Hipertensi diukur berdasarkan tekanan darah individu. Tekanan darah merupakan gaya yang diberikan darah pada dinding pembuluh darah. Tekanan ini bervariasi sesuai pembuluh darah terkait dan denyut jantung. Tekanan darah pada arteri besar bervariasi menurut denyutan jantung.

Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah. Secara Nasional angka kejadian hipertensi menurut Riskesdas 2007 adalah 29,8%, hasil penelitian ini menunjukkan hipertensi merupakan resiko dominan terjadinya serangan penyakit kardiovaskular.

Hasil ini sedikit turun dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Cholik dan Ririn tahun 2009 dimana angka kejadian hipertensi di Ponorogo sebesar 52,7%. Hipertensi dipengaruhi oleh beberapa factor seperti umur, ras, jenis kelamin, obesitas, diet, konsumsi alkohol, rokok, kopi, dan masih banyak lagi yang sedang diteliti. Hasil penelitian ini membuktikan baik kaya maupun miskin tidak terbebas dari resiko hipertensi.

Temuan penelitian ini menggambarkan penduduk baik desa maupun kota Ponorogo mengalami hipertensi yang tinggi. Penduduk perempuan yang tinggal di desa mempunyai kecenderungan lebih tinggi mengalami hipertensi. Dibutuhkan intervensi yang akurat berbasis komunitas untuk mengatasi masalah ini. Kewaspadaan dini masyarakat dan perubahan perilaku sehat harus ditingkatkan terutama pada masyarakat yang tinggal di pedesaan.

HIPERKOLESTEROL

Hasil penelitian menunjukkan secara umum prevalensi hiperkolesterol masih tinggi sebesar 34%. Hasil ini tidak berbeda jauh prevalensi hiperkolesterol penduduk yang tinggal di pedesaan sebesar 33,7%. Berbeda pada penduduk yang tinggal di daerah perkotaan menunjukkan prevalensi lebih sedikit tinggi sebesar 34,3%. Penduduk perempuan baik yang tinggal di pedesaan maupun perkotaan mempunyai prevalensi lebih tinggi mengalami hiperkolesterol di banding laki-laki. Perempuan yang tinggal di pedesaan 36,2% mengalami kolesterol tinggi, sementara laki-laki 28,8% mengalami hiperkolesterol. Sedangkan perempuan yang tinggal di perkotaan mengalami hiperkolesterol lebih tinggi sebesar 56,7% dibanding laki-laki sebesar 43,3%

Meskipun tidak terdapat perbedaan bermakna angka kejadian hiperkolesterol antara penduduk tinggal di desa dengan di perkotaan kabupaten Ponorogo, namun data menunjukkan penduduk yang tinggal di perkotaan mempunyai angka kejadian lebih tinggi.

Fraksi lemak tubuh terdiri atas kolesterol total, LDL, HDL, dan Trigliserida. Kolesterol sangat berguna bagi tubuh manusia, kolesterol merupakan bahan pembentuk hormon seks, membentuk dinding sel dan masih banyak lagi. Lemak dan kolesterol menjadi berbahaya jika keduanya dalam takaran abnormal. Peningkatan kadar lemak darah merupakan masalah pada masyarakat modern. Peningkatan kadar lemak darah merupakan cerminan dari tingginya asupan lemak dalam makanan. Kolesterol menjadi permasalahan yang besar berhubungan dengan risiko Penyakit jantung koroner. Peningkatan kadar kolesterol darah yang

disertai faktor risiko lain seperti hipertensi dan merokok menjadikan resiko penyakit jantung koroner lebih besar lagi. Peningkatan serum kolesterol total dan low-density lipoprotein(LDL) merupakan factor risiko penting baik pada laki-laki maupun perempuan. Hasil meta-analisis menunjukkan tingginya lemak darah dapat menjadi prediksi kematian akibat penyakit jantung koroner pada wanita di bawah usia 65 tahun. Nilai high-density lipoprotein (HDL) kolesterol, merupakan factor risiko Kadar kolesterol yang dianggap normal menurut Kusmana (2006) adalah sebagai berikut kolesterol total <200 mg/dl, kadar LDL <130 mg/dl, dan kadar HDL >40 mg/dl. PJK pada perempuan muda maupun tua dan merupakan predictor kuat kematian pada perempuan dibanding laki-laki (Mosca, L., 1997)

Hasil penelitian Oleh Nurwahyuni (2012) di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo didapatkan hasil pada pasien dengan PJK sebagian besar kadar LDL tinggi sebanyak 51%, kadar Trigliserida kategori tinggi sebanyak 46%, dan kadar total kolesterol tinggi sebesar 59%.

Hasil ini menunjukkan ada permasalahan serius pada kadar kolesterol yang tinggi penduduk Ponorogo, khususnya penduduk kota. Baik desa maupun kota penduduk perempuan lebih banyak mengalami peningkatan kolesterol. Promosi kesehatan tentang bahaya hiperkolesterol harus ditingkatkan dengan target khusus daerah perkotaan dan penduduk dengan jenis kelamin perempuan. .

OBESITAS

Kejadian Obesitas di masyarakat semakin mengkhawatirkan semakin lama semakin besar angka kejadiannya. Hasil penelitian ini menunjukkan prevalensi obesitas berdasarkan IMT sebesar 40,6%. Penduduk kota lebih tinggi angka obesitas dibanding penduduk pedesaan. Angka kejadian obesitas penduduk dari perkotaan sebesar 42,9%, dengan perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki sebesar 45,7%, sedangkan pada laki-laki sebesar 38,6%. Prevalensi obesitas di daerah pedesaan sebesar 38, 3%, dengan perempuan lebih tinggi sebesar 38,8%, sedangkang laki-laki sebesar 37, 3%. Meskipun penduduk kota cenderung lebih banyak mengalami obesitas, hasil penelitian ini menunjukan tidak banyak

perbedaan kejadian obesitas antara penduduk desa dan kota di kabupaten Ponorogo, baik pada laki-laki maupun perempuan.

Obesitas sangat erat kaitannya dengan pola makan yang tidak seimbang. Di mana seseorang lebih banyak mengkonsumsi lemak dan protein tanpa memperhatikan serat. Kelebihan berat badan meningkatkan risiko terjadinya penyakit kardiovaskular karena beberapa sebab. Makin besar massa tubuh, makin banyak darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen dan makanan ke jaringan tubuh. Ini berarti volume darah yang beredar melalui pembuluh darah menjadi meningkat sehingga memberi tekanan lebih besar pada dinding arteri. Pola konsumsi masyarakat dunia lebih banyak mengkonsumsi tinggi energi, tinggi gula, lemak dan tinggi garam. Perubahan pola nutrisi dan kurangnya aktivitas fisik terlihat lebih cepat di negara miskin dari pada negara kaya sehingga rata-rata penyakit kronis terus meningkat pada beberapa negara miskin didunia(Rosjidi,C:2009). Data-data akhir menunjukkan peningkatan angka kejadian obesitas diseluruh dunia dan Indonesia. Angka kejadian *over weight* (kegemukan) di Indonesia adalah 17,5% dan 4,7% obesitas (Fx.haryanto:2009)

Temuan penelitian menggambarkan penduduk kota lebih banyak mengalami obesitas di banding penduduk desa dan baik di desa maupun di kota penduduk perempuan lebih banyak mengalami obesitas di banding laki-laki. Obesitas di Ponorogo menjadi masalah yang sangat penting untuk segera dicari solusinya, mengingat daerah perkotaan dan penduduk perempuan lebih banyak mengalami obesitas.

DM

DM pada penelitian ini dengan pemeriksaan nilai gula darah acak. Hasil penilaian hanya menggambarkan sebagai seseorang beresiko DM atau tidak. Hasil penelitian menggambarkan prevalensi DM secara total sebesar 27,4%. Penduduk perkotaan mempunyai kemungkinan menderita DM lebih tinggi dibanding pedesaan. Prevalensi DM pada penduduk perkotaan sebesar 30,9%, tidak terdapat perbedaan bermakna kejadian DM antara laki-laki dan perempuan. Laki-laki yang menderita DM sebesar 32,9%, sementara pada perempuan sebesar 29,5%.

Prevalensi DM Penduduk di pedesaan Ponorogo sebesar 24%, perempuan lebih tinggi proporsinya mengalami DM dibanding laki-laki. Angka kejadian DM pada perempuan di pedesaan sebesar 25%, sementara laki-laki sebesar 22%. Angka kejadian DM penduduk perkotaan sebesar 30,9%, laki-laki lebih tinggi proporsinya mengalami DM sebesar 32,9% dibanding perempuan sebesar 29,5%. Meskipun laki-laki lebih tinggi, namun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik. Perbedaan kejadian DM antara penduduk di pedesaan dan perkotaan meunjukkan tidak bermakna, baik pada laki-laki maupun perempuan.

Diabetes Millitus ditentukan jika nilai gula darah sewaktu lebih besar atau sama dengan 200mg/dl. Pengukuran ini jelas mengandung banyak kelemahan, sehingga hasil ini masih berupa dugaan terjadi DM. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 27,4% responden mengalami DM, hasil ini jauh lebih tinggi dari angka Nasional sebesar 1,1%.

Penyakit DM sering disebut sebagai *the great imitator* artinya mengenai semua organ dengan berbagai macam keluhan. Gejalanya bervariasi dan timbulnya perlahan tanpa disadari oleh penderita dengan gambaran klinis kadang tidak jelas atau tanpa gejala (asintomatik) dan biasanya ditemukan saat memeriksakan penyakit lain. Diabetes menyebabkan gangguan vascular berupa mikroangiopati, terjadinya penebalan dinding pembuluh darah semua organ seperti mata, ginjal, otak, dan jantung. Proses terjadinya kerusakan organ berlangsung pelan-pelan sehingga sering sekali penderita tidak menyadari jika menderita DM. Hal ini jelas berefek sangat buruk dimana pada saat terdiagnosis sudah dalam kondisi terjadi komplikasi.

Temuan lain pada penelitian ini adalah laki-laki yang tinggal di perkotaan lebih banyak mengalami DM dibanding perempuan, sebaliknya perempuan yang tinggal di pedesaan cenderung mengalami DM lebih besar di banding laki-laki. Survey faktor resiko penyakit DM sangat penting dilakukan dengan memperhatikan wilayah, sehingga penyebab atau faktor resiko dapat dipetakan dengan jelas.

Penyusunan program pencegahan dan penanggulangan penyakit kardiovaskular berbasis bukti ilmiah sangat penting dilakukan, sehingga pembuatan program dapat efektif dan efisien. Hasil penelitian ini akan memberikan bukti ilmiah sebagai dasar penyusunan program penanggulangan dan pencegahan penyakit kardiovaskular di Ponorogo. Sinergisme berbagai pemangku kepentingan sangat diperlukan mengingat penyakit kardiovaskular membutuhkan penanganan lintas sektoral. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar atau bahan advokasi penyusunan kebijakan publik tentang pencegahan penyakit kardiovaskular.

HASIL TAHUN KEDUA

1. Data Demografi Informan/Partisipan dewasa

Partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini berjumlah 5 orang dengan karakteristik sebagai berikut:

Karakteristik	Partisipan				
	1	2	3	4	5
Nama	Ny. N	Ny. D	Tn. F	Ny. A	Tn. A
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki
Usia	30 tahun	35 tahun	40 tahun	45 tahun	36 tahun
Agama	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	S1	S1	SMA	SMA	SMA
Pekerjaan	Swasta	Swasta	Tani	IRT	Swasta

Tabel 4.1 Data Demografi Informan/Partisipan

Sebagai data triangulasi peneliti mengambil data dengan wawancara
Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo

2. Analisis hasil penelitian

Analisis data penelitian adalah analisis pada data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan 5 orang sebagai informan/partisipan. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, maka peneliti dapat menganalisis tentang Penyakit Jantung Koroner di desa Panjeng, Kecamatan Jenangan, Kabupaten Ponorogo dengan 3 tema yaitu pengetahuan, kepercayaan, dan perilaku.

a. Pengetahuan tentang penyakit jantung koroner

1) Informasi penyakit jantung koroner

Hasil wawancara dengan 5 partisipan menyatakan bahwa mereka belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang penyakit jantung koroner. Sebagian dari mereka mendapatkan informasi dari internet, TV, dan dari dokter. Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
“Pernah.. tapi di internet.. baca-baca dari internet.. banyak infonya. Tentang bagaimana penyakit jantung koroner, tanda gejala, siapa yang terkena, hanya pokok-pokoknya saja..”
- Partisipan 2:
“Kalo info dari orang belumm pernah.. taunya dari internet, baca-baca dari internet.. kalo penyuluhan dari kesehatan belum pernah ada..”
- Partisipan 3:
“Taunya dari TV.. belum pernah ada penyuluhan disini..”
- Partisipan 4:
“Pernah.. dari dokter-dokter pas waktu periksa..”
- Partisipan 5:
“Kalau penyakit jantung koroner belum tau.. kalau penyakit jantung sudah.. jantung koroner belum begitu tau.. “

2) Pengertian jantung koroner

Saat wawancara 5 partisipan menyebutkan tentang penyakit jantung koroner seperti peredaran darah yang tidak lancar, pembuluh darah yang tersumbat kolesterol, rusaknya dinding pembuluh darah, penyakit sesak dan sakit di dada, penyakit yang mematikan, penyakit yang menyerang organ jantung. Berikut ungkapa partisipan:

- Partisipan 1:
"Kalo yang saya baca di internet itu jaringan saluran darah yang tersumbat kolesterol.. Terus peredaran darah tidak lancar.. tanda gejalanya dadanya sakit.. gampang kagetan.."
- Partisipan 2:
"Mungkin penyakit yang rusaknya dinding pembuluh darah.. tanda gejalanya sesak napas.. nyeri ulu hati.."
- Partisipan 3:
"Kalau setau saya itu penyakit sesak dan sakit di dada.."
- Partisipan 4:
"Saya dengarnya penyakit jantung itu penyakit yang mematikan.. karena daya hidup yang tidak teratur.."
- Partisipan 5:
"Menurut saya penyakit jantung koroner itu penyakit di organ tubuh di jantung.. tanda gejalanya kaget.."

Hasil wawancara dari 5 partisipan, mereka menyebutkan beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan penyakit jantung koroner antara lain: Makan yang mengandung kolesterol, merokok, gaya hidup tidak sehat, orang yang gemuk, polusi udara, olah raga tidak teratur, kaget, fisik lemah. Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
"Banyak makan yang mengandung kolesterol kaya jeroan.. orang merokok.. gaya hidup yang tidak sehat.. orang yang gemuk.."
- Partisipan 2:
"Sering ngerokok.. polusi udara.. kolesterol tinggi.."
- Partisipan 3:
"Kalau di TV menyebutkan orang merokok.. makan yang digoreng.. orang-orang yang gemuk.."
- Partisipan 4:
"Yang menyebabkan itu perokok, makanan tidak teratur, olah raga tidak teratur.."
- Partisipan 5:
"Penyebabnya kalau menurut saya ya kaget.. fisiknya lemah, kurang makan makanan yang dianjurkan oleh kesehatan.. perokok berat.."

4) Pertolongan awal PJK

Hasil wawancara 5 partisipan mereka belum mengetahui tentang pertolongan awal, yang mereka ketahui hanya di bawa ke dokter, diberikan obat, di beri minum. Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
“Tidak tau.. kalau ada seperti itu langsung dibawa saja kerumah sakit.. soalnya saya takut.. lebih baik langsung dibawa ke dokter..”
- Partisipan 2:
“Mungkin pertama sandaran, tidak boleh tiduran.. bajunya dilonggarkan biar pernapasan longgar.. kalau pernah ada riwayat penyakit jantung ya diberikan obat yang biasanya diminum..”
- Partisipan 3:
“Tidak tau.. ya lebih baik langsung dibawa ke rumah sakit..”
- Partisipan 4:
“Ya pertama cek ke dokter.. diharuskan bagaimana oleh dokter ya dituruti.. disuruh olah raga dan minum obat teratur..”
- Partisipan 5:
“Ya pertama diberi air minum.. terus diberi obat..”

Menurut 5 partisipan, mereka menganggap bahwa penyakit jantung

koroner itu gawat dan berbahaya. Berikut ungkapannya:

- Partisipan 1:
“Bahaya.. setahu saya itu dapat menyebabkan kematian yang mendadak..”
- Partisipan 2:
“Ya menurut saya berbahaya.. soalnya kan jantung kan pusat seluruh tubuh.. kan serangan jantung tiba-tiba.. kadang pagi masih sehat sore sudah serangan jantung..”
- Partisipan 3:
“Bahaya.. soalnya banyak yang meninggal karena penyakit jantung..”
- Partisipan 4:
“Bahaya.. kan itu penyakit ya mematikan.. tiba-tiba meninggal..”
- Partisipan 5:
“Kalau parah ya bahaya.. kan bisa menyebabkan meninggal..”

2) Yang lebih beresiko

Dari 5 partisipan, 3 orang menyatakan laki-laki yang leboh beresiko terkena PJK, 1 Orang menyatakan perempuan, dan 1 orang menyatakan perempuan dan laki-laki sama-sama beresiko. Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
“Laki-laki.. soalnya laki-laki kan merokok.. sering makan di warung yang tidak bersih.. makanan di warung yang sering di goreng pakai minyak bekas..”
- Partisipan 2:
“Menurut saya.. laki-laki dan perempuan bisa saja.. soalnya kan tergantung pola hidup yang tidak sehat, stress, kurang istirahat, kurang olah raga..”
- Partisipan 3:
“Setau saya yang banyak yang terkena penyakit jantung itu laki-laki.. gara-gara gaya hidupnya..”
- Partisipan 4:
“Pernah denger dari dokter katanya laki-laki yang banyak diserang.. soalnya kan ya laki-laki merokok..”
- Partisipan 5:
“Menurut saya perempuan.. karena perempuan kan fisiknya lemah.. dan sering kagetan..”

3) Penyakit yang ditakuti

Hasil wawancara 5 partisipan mengungkapkan bahwa 3 perempuan menyebutkan penyakit kanker payudara, kanker rahim, jantung, hipertensi dan stroke yang paling ditakuti. 2 partisipan laki-laki menyebutkan penyakit kencing manis, jantung dan kanker otak yang

- Partisipan 1:
“Penyakit kanker yang saya takuti.. kanker payudara.. kanker serviks..”
- Partisipan 2:
“Yang saya takuti kanker.. segala jenis kanker.. ya seperti kanker mulut rahim..”
- Partisipan 3:
“Kalau saya takut penyakit kencing manis, soalnya tetangga banyak yang terkena kencing manis sampai tidak bisa melihat..”
- Partisipan 4:
“Yang saya takuti penyakit jantung, stroke, dan darah tinggi..”
- Partisipan 5:
“Yang paling menakutkan kanker.. penyakit jantung juga menakutkan.. paling

c. Perilaku

1) Merokok

Hasil wawancara menyatakan bahwa 3 partisipan perempuan tidak merokok, 1 partisipan laki-laki merokok, dan 1 partisipan laki-laki tidak merokok. Berikut ungkapannya:

- Partisipan 1:
"saya tidak merokok.. suami dan anak saya juga tidak merokok.."
- Partisipan 2:
"Saya tidak merokok.. alhamdulillah suami juga tidak merokok.."
- Partisipan 3:
"Merokok.. tapi sekarang sudah jarang soalnya batuk.."
- Partisipan 4:
"Saya tidak merokok, suami saya juga tidak merokok.. sekeluarga tidak merokok.."
- Partisipan 5:
"Alhamdulillah tidak.."

2) Olah raga

Hasil wawancara dengan 5 partisipan mengungkapkan beberapa olah raga yang mereka lakukan antara lain: jalan-jalan, lari-lari, bersepeda, mencangkul sawah, bersih-bersih rumah. Berikut

- Partisipan 1:
"Kalau pagi jalan-jalan.. kadang diajak suami lari-lari.. tapi jarang sekali.."
- Partisipan 2:
"Olah raga jarang.. paling seminggu 2x.. seperti jalan-jalan pagi, kadang bersepeda.. tidak rutin hanya kalau ada waktu luang dan pas libur.."
- Partisipan 3:
"Olah raganya ya ke sawah.. mencangkul.. nggak pernah olah raga lari-lari soalnya tidak ada waktu.."
- Partisipan 4:

3) Konsumsi kolesterol dan makanan asin

Hasil wawancara dengan 5 partisipan mereka mengungkapkan masih sering makan makanan yang berkolesterol, 3 partisipan tidak suka makan asin, dan 2 partisipan suka makan asin seperti ikan asin.

Berikut ungkapan mereka:

- Partisipan 1:
“Ya pernah makan berkolesterol.. saya makan ya sesuka saya.. tidak begitu saya jaga ya biasa saja.. ya saya imbangi dengan makan sayur dan air putih.. sering juga makan makanan yang bersantan.. tapi minum air putih yang banyak.. tidak suka makan asin..”
- Partisipan 2:
“Hampir setiap hari.. soalnya lauknya kan digoreng seperti tempe, tahu.. Nasi goreng.. sayurnya kadang juga bersantan.. Saya tidak suka makan asin..”
- Partisipan 3:
“gorengan saya suka.. yang bersantan.. makan gule.. makanan asin suka, apalagi ikan gerih..”
- Partisipan 4:
“Ya kadang-kadang makan.. sering makan beli di luar ya sering makan berkolesterol tinggi.. terus makan-makanan yang bersantan.. saya tidak suka makan asin karena takut, katanya asin bisa menyebabkan darah tinggi..”
- Partisipan 5:
“Kalau makanan saya tidak pilih-pilih.. kalau ada ya saya makan.. kalau makanan gorengan ya suka.. terus makanan yang bersantan.. suka makan yang asin-asin, seperti ikan asin..”

Hasil wawancara dengan 5 partisipan, mereka sering memasak dengan cara digoreng. Berikut ungkapan mereka:

- Partisipan 1:
“Sering digoreng.. soalnya kalo direbus tidak enak.. kaya tempe goreng.. tumis kangkung..nasi goreng..”
- Partisipan 2:
“Iya sering digoreng.. tempe goreng.. tehu goreng..”
- Partisipan 3:
“Iya digoreng.. tempe goreng.. pia-pia..”
- Partisipan 4:
“sering.. Oseng-oseng paling sering..tempe goreng..”
- Partisipan 5:
“Iya pasti digoreng kalau masak.. “

5) Penggunaan minyak jelantah

Hasil wawancara dari 5 partisipan 4 menyatakan memakai minyak goreng 2-3x setelah itu dibuang, 1 partisipan menyatakan masih memakai minyak jelantah. Berikut ungkapannya:

- Partisipan 1:
“Dulu pernah pakai..soalnya tidak tau.. kalau sekarang maksimal 2-3x pakai minyaknya sudah saya buang..”
- Partisipan 2:
“Kalau sudah dipakai 2-3x sudah saya ganti yang baru.. untuk kesehatan tidak baik kalau sering dipakai minyak jlantah..”
- Partisipan 3:
“Iya istri saya sering masak dengan minyak jlantah.. jarang diganti..”
- Partisipan 4:
“Tidak terlalu pakai minyak jlantah.. takut kena penyakit jantung..”
- Partisipan 5:
“Tidak pakai minyak jlantah.. kalau sudah keruh ya sudah tidak dipakai..”

6) Konsumsi buah dan sayur

Hasil wawancara dengan 5 partisipan, 3 partisipan menyatakan sering mengkonsumsi buah dan sayur, 1 diantara mereka jarang mengkonsumsi buah, 1 partisipan tidak menyukai buah dan sayur.

- Partisipan 1:
"Saya sering makan sayur dan buah.. untuk mengimbangi makan makanan saya yang banyak kolesterol.."
- Partisipan 2:
"Suka sayur dan buah.. untuk melancarkan pencernaan..kan seratnya juga baik dari sayur.."
- Partisipan 3:
"Kalau makan sayur jarang.. buah jga jarang.. tidak begit suka sayur.."
- Partisipan 4:
"Kalau sayur sering.. makan buah juga sering.."
- Partisipan 5:
"Suka makan sayur.. kalau makan buah jarang.."

3. Hasil Penelitian Remaja Peokok

1). Data Demografi Informan/Partisipan

Partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini berjumlah 4 orang dengan karakteristik sebagai berikut:

Karakteristik	Partisipan			
	1	2	3	4

Nama	Sdr.B	Sdr. P	Sdr. D	Sdr. F
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki	Laki-laki	Laki-laki
Usia	17 tahun	16 tahun	18 tahun	16 tahun
Agama	Islam	Islam	Islam	Islam

Tabel 4.1 Data Demografi Informan/Partisipan

2). Analisi hasil penelitian

Analisis data penelitian adalah analisis pada data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan 4 orang sebagai informan/partisipan.

a. Keterangan merokok

Hasil wawancara dengan 4 partisipan menyatakan bahwa mereka semua merokok. Mereka membeli rokok memakai uang saku yang diberikan oleh orang tuanya, selain itu mereka mendapatkan rokok dari acara genduren lingkungannya. Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
“Iya merokok.. rokoknya surya.. beli rokok pakai uang saku untuk sekolah.. sehari cuma habis 5 batang, rokoknya surya.. kalau acara gendurenan kan pasti ada rokok terus saya ambil 2 batang..”
- Partisipan 2:
“iya merokok.. sehari habis 3-4 batang.. uang untuk beli rokok dari uang saku.. kalau gendurenan pasti juga dapat rokok utilan.. rokok saya dunhild..”
- Partisipan 3:
“Iya merokok.. beli rokok pakai uang saku sekolah.. dapat rokok ya kadang dari temen dikasih rokok.. terus pas gendurenan dan peladen waktu hajatan pasti di kasih rokok..”
- Partisipan 4:
“Iya merokok.. sehari bisa 1 bungkus habis.. belinya dari uang saku sekolah.. rokoknya Marlboro.. Kadang ya minta rokok sama temen.. Bapak sebenarnya tau merokok, awalnya dimarahi tapi sekarang udah enggak dimarahi..”

b. Usia mulai merokok

Dari hasil wawancara 4 partisipan mengungkapkan mereka mulai merokok saat SMP sekitar usia 13-15 tahun. Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
"Sejak SMP.. mungkin umur 13-14 tahun.. pertama rasanya manis-manis enak.."
- Partisipan 2:
"umur 13-14 tahun pas SMP.."
- Partisipan 3:
"mulai kelas 3 SMP.. umur 14 tahunan mungkin.."
- Partisipan 4:
"Dari umur 15 tahun.."

c. Penyebab merokok

Hasil wawancara dari 4 partisipan, mereka menyebutkan yang menyebabkan mereka merokok adalah teman, untuk gaya-gayaan, dan juga keinginan mereka sendiri. Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
"Ikut temen-temen.. terus saya juga pengen.."
- Partisipan 2:
"Iya temen-temen yang pertama.. soalnya kebanyakan temen merokok semua.. merokok karena pengen dan buat gaya-gayaan.."
- Partisipan 3:
"Pengen.. terus temen-temen banyak juga yang merokok.. tetap merokok karena juga kebutuhan.. terus ada uang ya untuk beli rokok.."
- Partisipan 4: "Awalnya ngopi sama temen-temen.. kebanyakan temen-temen merokok, terus ikut-ikutan temen merokok.. Awalnya Cuma gengsi, tapi lama-lama jadi ketagihan.."

d. Tempat merokok

Hasil wawancara 4 partisipan mereka mengungkapkan tempat mereka merokok adalah di warung, di caffè, dan di tempat nongkrong lainnya.

Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
“Pertama di warung.. kadang di rumah.. tapi kalau bapak sama ibu tidak ada di rumah, soalnya kalau tau nanti dimarahi..”
- Partisipan 2:
“Di warung pertama kali sama temen-temen.. terus di rumah temen.. di warung-warung pas waktu nongkrong ngopi.. tidak pernah merokok di rumah nanti kalau bapak tau di marahi..”
- Partisipan 3: “Di warung dekat SMP dulu pertama kali.. di rumah tidak merokok karena di marahi orang tua, sebenarnya tidak boleh tapi saya pengen.. merokoknya ya di tempat-tempat ngopi..”
- Partisipan 4:
“Di warung dekat SMP dulu pertama kali.. di rumah tidak merokok karena di marahi orang tua, sebenarnya tidak boleh tapi saya pengen.. merokoknya ya di tempat-tempat ngopi..”

e. Pengetahuan tentang bahaya merokok

Dari hasil wawancara dengan 4 partisipan, mereka mengatakan mengetahui bahaya merokok. Mereka mengetahui bahaya tersebut dari iklan di TV dan di bungkus rokok. Berikut ungkapannya:

- Partisipan 1:
“Iya tau.. dari iklan di TV.. ya seperti penyakit jantung..”
- Partisipan 2:
“Iya tau.. tau dari bungkus rokok.. bahayanya seperti serangan jantung, mengganggu kehamilan dan janin..”
- Partisipan 3:
“iya tau.. kan di bungkus juga ada.. seperti serangan jantung dan kematian..”
- Partisipan 4:
“Tahu tapi hanya sedikit.. tahu di bungkus rokok.. seperti impotensi, gagal kehamilan, ejakulasi dini..”

f. Persepsi tentang iklan di bungkus rokok

Dari 4 partisipan, 2 partisipan mengatakan takut setelah melihat gambar bahaya merokok di bungkus rokok, dan 2 lainnya mengatakan tidak takut. Walaupun sudah tertera gambar bahaya merokok namun hal itu tidak membuat mereka berhenti merokok. Berikut ungkapan partisipan:

- Partisipan 1:
“Iya sebenarnya takut tapi gimana lagi saya pengen merokok..”
- Partisipan 2:
“sebenarnya takut tapi ya gimana saya pengen..”
- Partisipan 3:
“Biasa saja.. tidak begitu takut.. kan sekarang semua anak muda juga merokok, jadi saya anggapnya juga biasa saja..”
- Partisipan 4:
“Tidak takut.. tapi malah penasaran ingin merokok rasanya seperti apa.. ternyata enak..”

PEMBAHASAN

a. Pengetahuan informasn usia dewasa

Hasil penelitian menggambarkan terbatasnya pengetahuan informan tentang penyakit kardiovaskular hal ini dapat dilihat dari bervariasinya jawaban informan pada saat ditanya tentang pengertrian penyakit jantung koroner. Kelima informan menjawab penyakit jantung sebagai penyakit yang mematikan, namun ada beberapa jabawan yang tidak benar, seperti penyakit “kagetan” .

Pengetahun informan tentang faktor resiko penyakit jantung koroner cukup memadai walaupun tidak ada yang menjawab secara lengkap. Beberapa Faktor resiko penyakit jantung koroner sudah diketahui oleh kelima informan. Namun Dua faktor resiko mayor tidak ada yang diketahui oleh informan. Kelima informan tidak ada yang menjawab penyakit Diabetes Militus dan Hipertensi sebagai resiko mayor penyakit jantung koroner. Konsumsi rokok merupakan

faktor resiko penyakit jantung koroner yang paling banyak diketahui oleh informan.

Hasil wawancara 5 informan mereka belum mengetahui tentang pertolongan awal, yang mereka ketahui hanya di bawa ke dokter, diberikan obat, di beri minum. Fast respon serangan penyakit jantung koroner merupakan komponen yang mempengaruhi keberhasilan pertolongan. Penyakit jantung koroner terjadi karena adanya sumbatan atau penyempitan dinding pembuluh darah koroner. Akibat sumbatan dan penyempitan ini aliran darah ke otot jantung akan mengalami penurunan dan akhirnya otot jantung mengalami *ischemia*. Ischemia terjadi bila sumbatan lebih dari 20 menit (Ruhyanudin, F., 2006).

Dapat disimpulkan pemahaman informan tentang penyakit jantung koroner sangat terbatas. Hal ini disebabkan sumber-sumber informasi yang dapat diakses oleh informan terbatas dari media baik televisi maupun media online. Tidak terdapat program yang secara khusus dirancang oleh pemerintah/dinas kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan Dinas kesehatan dimana kegiatannya intervensi yang ada dari pemerintah daerah kabupaten maupun Provinsi maupun pusat masih bersifat promotif, preventive itupun swadaya. Jadi belum ada anggaran yang signifikan.

b. Kepercayaan

Menurut 5 partisipan, mereka menganggap bahwa penyakit jantung koroner itu gawat dan berbahaya. Kepercayaan informan tentang kerentanan terserang penyakit jantung koroner antara laki-laki dengan perempuan menunjukkan dari 5 partisipan, 3 orang menyatakan laki-laki yang lebih beresiko terkena PJK, 1 Orang menyatakan perempuan, dan 1 orang menyatakan perempuan dan laki-laki sama-sama beresiko. Hasil wawancara tentang penyakit yang paling ditakuti, informan mengungkapkan bahwa 3 perempuan menyebutkan penyakit kanker payudara, kanker rahim, jantung, hipertensi dan stroke yang paling ditakuti. 2 partisipan laki-laki menyebutkan penyakit kencing manis, jantung dan kanker otak yang paling mereka takuti.

Hasil ini menggambarkan munculnya gap antara fakta dengan persepsi masyarakat. Fakta menunjukkan terdapat perbedaan resiko penyakit kardiovaskular antara laki-laki dan perempuan. WHO (2008) menunjukkan data kematian dini terjadi pada 22% laki-laki dan 35% perempuan di negara berkembang. Data terbaru hasil penelitian di Ponorogo menunjukkan perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular. Rata-rata terdapat 7 faktor resiko pada pasien laki-laki sementara pada perempuan terdapat 4 faktor resiko, hasil ini menunjukkan perempuan lebih rentan terserang penyakit kardiovaskular (Rosjidi dan Laily, 2013).

Hasil wawancara dengan informan menunjukkan terdapat Mispersepsi perempuan tentang penyakit jantung koroner. Terdapat kesalahan persepsi bahwa penyakit kardiovaskular bukan merupakan masalah nyata pada perempuan. Saat ini penyakit kanker payudara, kanker mulut rahim merupakan penyakit yang paling ditakuti kaum perempuan. Hal ini berbeda dengan fakta yang ada menurut para ahli membuat prediksi satu diantara dua perempuan mati (1:2) karena penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner dan stroke) dibanding satu diantara duapuluh lima kaum perempuan yang mati (1:25) karena penyakit kanker payudara (US Department Of Health, 2003)

Mispersepsi tentang penyakit kardiovaskular diguna berpengaruh terhadap ketidakwaspadaan terhadap serangan penyakit kardiovaskular. Hal yang lebih berbahaya adalah pada penelitian yang pernah dilakukan, pada saat serangan jantung, 43 persen wanita yang mengalaminya tidak menunjukkan gejala yang khas. Tidak ada nyeri akut seperti tanda yang khas pada laki-laki itu. Penelitian juga menunjukkan gejala yang sering ditemukan pada saat serangan jantung pada wanita adalah: nafas pendek atau sesak, lemah, letih tanpa tahu penyebabnya. Keluhan-keluhan yang tidak khas, kadang-kadang menyerupai gangguan lambung sering mengakibatkan perempuan lengah, mengabaikannya, dan bahkan dapat mengalami salah diagnosis. Data penelitian menunjukkan hanya 54% penduduk perempuan Amerika yang menyadari bahwa penyakit jantung adalah pembunuh nomor satu bagi kaum wanita (CDC, 2013). Karena itu, bila seorang perempuan mempunyai faktor risiko penyakit jantung seperti: turunan, usia,

obesitas, hipertensi, dislipidemi, diabetes, stress, merokok, maka keluhan-keluhan yang tidak khas, bisa mirip gangguan lambung itu harus diwaspadai dengan hati-hati.

c. Perilaku

1). Rokok dan olah raga

Hasil wawancara menyatakan bahwa 3 partisipan perempuan tidak merokok, 1 partisipan laki-laki merokok, dan 1 partisipan laki-laki tidak merokok. Olah raga bukan menjadi gaya hidup informan hal ini dapat dilihat dari ungkapan 5 partisipan tentang kegiatan olah raga yang belum memenuhi syarat kesehatan, olah raga yang dilakukan antara lain: jalan-jalan, lari-lari, bersepeda, mencangkul sawah, bersih-bersih rumah.

Kegemukan (obesitas) dan kurang aktifitas adalah paralel, saling berhubungan yang sama-sama berkontribusi terhadap peningkatan risiko penyakit jantung dan stroke. Gaya hidup kurang aktifitas kemungkinan disebabkan oleh kemajuan teknologi dan berbagai kemudahan hidup. Sepeda motor, mesin-mesin untuk rumah tangga, dan masih banyak lainnya yang memungkinkan hanya dengan tenaga sedikit sudah mampu memenuhi kebutuhan.

Kusmana (2006) melaporkan hasil penelitian dengan 2.040 responden di Jakarta Selatan mendapatkan hasil individu yang berolahraga berat atau bekerja fisik cukup berat mempunyai prosentase terendah mengalami hipertensi dan serangan penyakit jantung koroner. Hal ini tidak berbeda jauh dengan kondisi di Ponorogo dari hasil penelitian terhadap 50 responden: sebagian besar penderita kardiovaskular memiliki aktivitas fisik yang ringan yaitu sebanyak 28 responden (56%) sedangkan penderita kardiovaskular yang memiliki aktivitas sedang yaitu 14 responden (28%) dan yang memiliki aktivitas fisik berat yaitu 8 responden (16%) yang berarti pada penderita kardiovaskular lebih banyak melakukan aktivitas fisik ringan (Istyarini, Y dan Rosjidi C.H., 2008).

Rekomendasi WHO untuk program aktifitas fisik masyarakat dan individu dalam mengurangi penyakit *cardiovascular* adalah paling sedikit 30 menit aktifitas fisik **tingkat sedang** secara teratur setiap hari. Rekomendasi lain

oleh *American Heart Association* bahwa aktifitas fisik yang meningkatkan kesehatan jantung, paru dan sirkulasi adalah aktifitas **sedang sampai berat** dengan jenis aerobik paling sedikit 30 menit setiap hari

2). Konsumsi lemak

Konsumsi kolesterol dan makanan asin merupakan pola konsumsi yang biasa pada semua informan. Hasil wawancara menggambarkan mereka mengungkapkan masih sering makan makanan yang berkolesterol, seperti ikan asin, makanan bersantan dan makanan yang digoreng. Memasak dengan cara digoreng menjadi kebiasaan informan. Hasil wawancara dari 5 partisipan 4 menyatakan memakai minyak goreng 2-3x setelah itu dibuang, 1 partisipan menyatakan masih memakai minyak jelantah.

Kolesterol sangat berguna bagi tubuh manusia, kolesterol merupakan bahan pembentuk hormon seks, membentuk dinding sel dan masih banyak lagi. Lemak dan kolesterol menjadi berbahaya jika keduanya dalam takaran abnormal. Peningkatan kadar lemak darah merupakan masalah pada masyarakat modern. Peningkatan kadar lemak darah merupakan cerminan dari tingginya asupan lemak dalam makanan. Kolesterol menjadi permasalahan yang besar berhubungan dengan risiko Penyakit jantung koroner. Peningkatan kadar kolesterol darah yang disertai faktor risiko lain seperti hipertensi dan merokok menjadikan resiko penyakit jantung koroner lebih besar lagi. Peningkatan serum kolesterol total dan low-density lipoprotein(LDL) merupakan factor risiko penting baik pada laki-laki maupun perempuan. Hasil meta-analisis menunjukkan tingginya lemak darah dapat menjadi prediksi kematian akibat penyakit jantung koroner pada wanita di bawah usia 65 tahun. Nilai high-density lipoprotein (HDL) kolesterol, merupakan factor risiko Kadar kolesterol yang dianggap normal menurut Kusmana (2006) adalah sebagai berikut kolesterol total <200 mg/dl, kadar LDL <130 mg/dl, dan kadar HDL >40 mg/dl. PJK pada perempuan muda maupun tua dan merupakan predictor kuat kematian pada perempuan dibanding laki-laki (Mosca, L., 1997)

Hasil penelitian Oleh Nurwahyuni (2012) di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo didapatkan hasil pada pasien dengan PJK sebagian besar kadar LDL tinggi

sebanyak 51%, kadar Trigliserida kategori tinggi sebanyak 46%. Tingginya kadar lemak darah ini sangat berkaitan dengan pola konsumsi masyarakat.

3). Konsumsi sayur dan buah

Konsumsi sayur menjadi pola konsumsi yang sudah biasa, namun konsumsi buah belum menjadi kebiasaan informan. Ungkapan informan seperti Suka makan sayur.. kalau makan buah jarang. Meskipun konsumsi buah sangat penting untuk asupan gizi, namun belum menjadi kebiasaan pola diet responden dari desa. Serat yang terkandung dalam buah dan sayur larut dan mengikat asam empedu yang didalamnya terlarut lemak. Serat akan keluar bersama tinja, dengan demikian makin banyak konsumsi buah dan sayur semakin banyak pula lemak dan kolesterol yang dikeluarkan, dan pada akhirnya, mampu mengurangi timbunan lemak di tubuh. Selain itu kandungan serat pada buah dan sayur sangat bermanfaat untuk mengurangi konsumsi lemak dan gula karena perasaan kenyang. Drapeau *et al.* (2004) menyatakan bahwa peningkatan konsumsi sayuran dan buah dapat menurunkan berat badan dan lemak seseorang.

Beberapa studi telah membuktikan beberapa zat makanan berperan terhadap peningkatan risiko penyakit jantung dan stroke. WHO (2002) merekomendasikan program diet dan aktifitas fisik untuk masyarakat dan individu dalam mengurangi penyakit *cardiovascular*. Program diet seperti: 1). Mencapai keseimbangan energi dan berat badan sehat. 2). Batasi intake lemak dan alihkan konsumsi lemak jenuh ke lemak tidak jenuh. 3). Tingkatkan konsumsi buah-buahan dan sayuran, serta kacang-kacangan 4). Batasi penggunaan gula bebas. 5). Batasi garam dari semua sumber dan pastikan garam adalah beryodium.

Apabila kita mengkonsumsi kalori lebih banyak daripada yang digunakan dalam aktifitas sehari-hari, kelebihan kalori akan disimpan dalam bentuk timbunan lemak, terutama yang bahaya jika disimpan di dinding pembuluh darah karena akan menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah (aterosklerosis), hipertensi, diabetes millitus, berat badan berlebih yang semuanya merupakan faktor risiko penyakit jantung dan stroke.

Temuan penelitian ini dapat memberikan gambaran faktor resiko penyakit kardiovaskular pada pola konsumsi buah masih tinggi, dengan kelompok penduduk di pedesaan mempunyai resiko lebih besar di bandingkan perkotaan. Penduduk di pedesaan pola konsumsi buah yang memenuhi sarat kesehatan masih rendah jika dibandingkan daerah kota. Berdasarkan hasil penelitian ini perencanaan promosi kesehatan tentang pola konsumsi buah yang sehat dapat lebih difokuskan pada daerah pedesaan..

INFORMAN REMAJA

Semua informan berjenis kelamin laki-laki, dengan rentang usia antara 16 – 18 tahun. Analisis data penelitian adalah analisis pada data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan 4 orang sebagai informan/partisipan.

1). Keterangan merokok

Hasil wawancara dengan 4 partisipan menyatakan bahwa mereka semua merokok. Mereka membeli rokok memakai uang saku yang diberikan oleh orang tuanya, selain itu mereka mendapatkan rokok dari acara “genduren” lingkungannya dan juga dari teman. Model pembelian rokok ada dua, beli perbungkus dan beli utilan.

Remaja merokok dengan alasan klasik yang sama seperti tekanan teman, keingintahuan, ingin tampil gaya, agar terlihat dewasa, dan mereka hanya berfikir untuk hari ini saja. Dan akhirnya motif-motif di atas hilang, karena merekalah yang menyalakan rokok sendiri dan merokok tidak lagi menjadi peristiwa sosial. Hal ini menunjukkan terdapat kesalahan persepsi remaja tentang rokok.

Temuan penelitian ini menggambarkan model penularan perilaku merokok melalui media teman dan lingkungan. Tekanan teman/peer group merupakan faktor yang menyebabkan remaja merokok. Faktor acara atau kegiatan lingkungan mempermudah seorang remaja terpapar perilaku merokok. Hampir semua kegiatan di masyarakat seperti Genduren, acara keagamaan, pesta pernikahan dan masih banyak lagi selalu ada rokok sebagai suguhan.

2). Usia mulai merokok

Dari hasil wawancara 4 partisipan mengungkapkan mereka mulai merokok saat SMP sekitar usia 13-15 tahun. Penyebab merokok menurut informan adalah faktor teman, untuk gaya-gayaan, dan juga keinginan mereka sendiri. Tempat merokok adalah di warung, di caffe, dan di tempat nongkrong lainnya.

3). Pengetahuan tentang bahaya merokok

Dari hasil wawancara dengan 4 partisipan, mereka mengatakan mengetahui bahaya merokok seperti serangan penyakit jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin. Mereka mengetahui bahaya tersebut dari iklan di TV dan di bungkus rokok.

Persepsi tentang iklan di bungkus rokok, dari 4 partisipan, 2 partisipan mengatakan takut setelah melihat gambar bahaya merokok di bungkus rokok, dan 2 lainnya mengatakan tidak takut. Meskipun bahaya merokok sudah tertera pada bungkus rokok dan iklan-iklan melalui media lain, namun hal itu tidak membuat mereka berhenti merokok.

Pencantuman gambar bahaya merokok pada bungkus rokok tidak banyak berpengaruh pada keinginan berhenti merokok pada remaja. Gambar-gambar yang ada pada bungkus rokok tidak dipersepsikan sebagai suatu yang menakutkan terbukti semua remaja menyatakan masih tetap ingin merokok. Jika Biaya iklan di bungkus rokok merupakan 30% dari harga rokok maka dengan asumsi harga rata-rata rokok Rp 17.000,- perbungkus, maka terdapat Rp. 5.100 biaya yang tidak berguna perbungkus rokok.

BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dicapai dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Beberapa Faktor Resiko Penyakit Kardiovaskular dimana Desa lebih tinggi angka kejadiannya adalah Konsumsi rokok, konsumsi alkohol, konsumsi buah tidak sehat, dan hipertensi
- b. Beberapa Faktor Resiko Penyakit Kardiovaskular dimana Kota lebih tinggi angka kejadiannya adalah Konsumsi sayur tidak sehat, obesitas, DM, dan hiperkolesterol
- c. Beberapa faktor resiko mengelompok pada perempuan seperti hipertensi, hiperkolesterol, obesitas, inaktivitas fisik, dan DM
- d. Beberapa Faktor Resiko utama Penyakit Kardiovaskular telah diketahui masyarakat seperti Konsumsi rokok, kurang olah raga, kolesterol tinggi.
- e. Partisipan perempuan lebih takut penyakit kanker sedangkan partisipan laki-laki lebih takut Penyakit jantung.
- f. Rokok telah menjadi budaya kalangan remaja, remaja merokok karena kelompok dan lingkungan
- g. Remaja tidak takut terhadap iklan **rokok membunuhmu** pada bungkus rokok.

Penyusunan program penanganan penyakit kardiovaskular harus melibatkan berbagai stakeholder, dengan prinsip sinergisme. Pemerintah Kabupaten Ponorogo harus segera merencanakan dan mengimplementasikan tindakan kesehatan masyarakat mengingat besarnya ancaman penyakit kardiovaskular.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (AHA) (2007) Asian/Pacific Islanders and Cardiovascular Diseases-Statistic. <internet> tersedia <http://www.americanheart.org>, akses tanggal 5 Oktober 2007.
- Bappenas (2004) Laporan Millenium Development Goals (MDG) Indonesia Pertama. (internet) Tersedia: <<http://www.go.id>> (akses tanggal 27 September 2006)
- Bijnen, F.C.H., Cas, C.J., Feskens, E.J.M., Saris, W.H.M., Mosterd, W.L., Kromhout, D. (1998) Physical Activity and 10-year Mortality from

Caediovascular Disease and All Causes, **Arch Intern Med**, vol.158, 1499-1505.

Boardt of The First International conference on Women, Heart Disease and stroke (2000) **The 2000 Victotia Declaration on Women, Heart Disease and Stroke**. Canada.

Bobak, M., Jha, P., Nguyen, S., Jarwis, M. (2007) Poverty and Smoking. (internet) Available from: <<http://www.world Bank>> (akses tanggal 27 September 2006).

BPS (2006) **Hasil Pendataan Sosial Ekonomi (PSE) tahun 2005**. Ponorogo: BPS.

BPS (2006) Tingkat Kemiskinan di Indonesia, **Berita Resmi Statistik**, 47:IX

Bradshaw, Debbie (2001) **Poverty and Chronic Diseases in South Africa**. Geneva:WHO.

Bustan, M.N. (2000) **Epidemiologi Penyakit Tidak Menular**. Jakarta: Rineka Cipta.

CDC (2013) Facts on Women and Heart Disease. Diakses http://www.cdc.gov/dhdsp/data_statistics/fact_sheets/fs_women_heart.htm pada tanggal 20 Pebruari 2013

Departemen Kesehatan R.I Promosi Kesehatan (2006) Gizi dan Promosi Kesehatan (internet). Jakarta: Promosi Kesehatan online. Tersedia < <http://www.promosikesehatan.com>> (Diakses tanggal 27 September 2006).

Departemen Kesehatan R.I Promosi Kesehatan (2006) Gizi dan Promosi Kesehatan, Promosi Kesehatan online. <http://www.promosikesehatan.com>. Diakses tanggal 27 September 2006.

Feigin, V. (2004) **When Lightning Strikes** (terjemahan oleh Udumbara, 2006). Jakarta: PT buana Ilmu Populer.

Ghaffar, A., Reddy, K.S., Singhi, M (2004) Burden of non-Communicable diseases in South Asia. **BMJ**, 328: 807-810.

Gray, H.H., Dawkins, K.D., Morgan, J.M., Simpson, I.A. (2002) **Lecture Note Kardiologi** (terjemahan Agoes azwar, Rahmawati Dwi Asri, 2005). Surabaya: Erlangga.

Gupta,R., Gupta,V.P., Ahluwalia, N.S. (2004) educational status, coronary heart disease, and coronary risk faktor prevalence in a rural population of India. (internet) Available from <<http://bmj.bmjjournal.com>> (diakses tgl 27 Sept. 2006)

Gwatkin, D.R., Guillot, M., (2000) **The Burden of Disease among the Global Poor Current Situation, Future Trends, and Implication for Strategy**. Washington, D.C: The World Bank.

- Hong, Y., Bots, M.L., Pan, X., Wang, H., Jing, H., Hofman, A., Chen, H. (1994) Physical Cativity and Cardiovascular Risk Faktors in Rural Shanghai, China. **International journal of epidemiology**, 23 vol 6: 1154-1158.
- ICN (2006) ICN on Poverty and Health: Breaking the Link (internet). Available from: <http://www.icn.ch/matters_poverty.htm> (akses tanggal 27 September 2006).
- IPAQ (2007) International Physical Activity Questionnaires: Short Last 7 Days Self-administered Format (internet). Available from: <<http://www.ipaq.ki.se>> (akses tanggal 27 September 2006).
- Istiyarini, YD., Rosjidi C.H (2008) Aktivitas Fisik Penderita Penyakit Kardiovaskular. **Karya Tulis Ilmiah**, UNMUH Ponorogo, Tidak dipublikasikan
- Kaplan, Norman M., Stamler, Jeremiah (1994) **Pencegahan Penyakit Jantung Koroner: Penatalaksanaan praktis faktor-faktor risiko**. Jakarta: EGC.
- Kusmana, D. (2006) **Olah Raga Untuk Orang Sehat dan Penderita Penyakit Jantung Trias SOK & senam 10 menit**. Jakarta: FK UI.
- Kusmana, D., (2006) **Olah Raga Untuk Orang Sehat dan Penderita Penyakit Jantung Trias SOK & senam 10 menit**. Jakarta: FK UI.
- Lee, T.K., Huang, Z.S., Kiat Ng, S., Chan, K.W., Wang, Y.S., Liu, H.W., Lee, J.J.(1995) Impact of Alcohol Consumption and Cigarette Smoking on Stroke among the Eldery in Taiwan. **America Heart Association,Inc**, 26:790-794.
- Madiyono, Bambang, Suherman, Suharti K. (2003)**Pencegahan Stroke dan serangan Jantung pada Usia Muda**. Jakarta: FK UI,
- Minh, H. V., Huong, D. L., Wall, S., Kim Chuc, N. T., Byass,P. (2006) Cardiovascular Disease Mortality and Its Association With Socioeconomic Status: Findings From a Population-based Cohort Study in Rural Vietnam, 1999-2003. **Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy**, 3: no 3
- Morris, R.W., Whincup, P.H., Emberson, J.R., Lampe, F.C., Walker, M., Shaper, A.G (2003) North-South Gradients in Britain for Stroke and CHD. **American Heart Association,Inc**, 34:2604.
- Mosca,L., Manson, J.E, Sutherland,S.E.,Langer,D., Manolio, T., Connor,E.B. (1997) Cardiovascular Disease in Women: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Associatio. **Circulation**, 96:2468-2482.
- Nurwahyu, E., Rosjidi C.H (2012) Hubungan profil lipid darah dengan obesitas sentral pada pasien penyakit jantung koroner di poli jantung rsud dr. Hardjono ponorogo. **Karya Tulis Ilmiah**, UNMUH Ponorogo, tidak di publikasikan.

- Organization for Economic co-operation and Development (OECD), World Health Organization (2003) **Poverty and Health**. Paris: OECD Publications
- Rosjidi, C.H (2011) Faktor resiko Penyakit Kardiovaskular pada keluarga TKI Ponorogo, tidak dipublikasikan. Unmuh Ponorogo
- Rosjidi, C.H (2012) Obesitas dan factor resiko penuyakit kardiovaskular. Penelitian. Tidak dipublikasikan. Unmuh Ponorogo
- Rosjidi, C.H dan Isro'in, Laily (2013) Kerentanan perempuan terhadap serangan penyakit jantung dan stroke. Penelitian. Inpress
- Rosjidi, C.H. (2007) Hubungan antara Kemiskinan dengan Pengetahuan tentang diet dan aktivitas fisik dan Risiko penyakit Kardiovaskular di Kabupaten Ponorogo. Tesis, UGM.
- Sande, M.A. B., Ceesay, S. M., Milligan ,P. J. M., Nyan ,O.A., Banya, W. A. S., Prentice A., McAdam P. W. J., and Walraven ,G. E. L. (2001) Obesity and undernutrition and cardiovascular risk faktors in rural and urban Gambian Communities. **American journal of public health**, 91: 1641-1644.
- Sargowo, D. (2003) **Disfungsi Endotel pada Penyakit Kardiovaskular**. Malang: Banyumedia Publising.
- Sarwono, Solita (2004) Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press
- Sauvaget, C., Nagano, J., Allen, N., Kodam, K., (2003) Vegetable and Fruit intake and Stroke in the Hiroshima/Nagasaki life Span Study. **American Heart Association, Inc**, 34: 2355.
- Shaper, AG., Wannamethee, G., Weatherall, R. (1991) Physical activity and ischemic heart disease in middle aged British men. **British Heart Journal** , 66:384-394
- Song Y.M., Ferrer, R.L., Cho,S.I., Sung,J., Ebrahim,S., Smit,G.D. (2006) Socioeconomic Status and Cardiovascular Disease Among Men: The Korean National Health Service Prospective Cohort Study, **American Journal of Public Health** . 96: 152-159 .
- Tang, M., Chen, Y., Krewski, D. (2003) Gender-related differences in the Association between Socioeconomic Status and Self-reported Diabetes. **International Journal of Epidemiology**, 32: 381-385
- United States Department of Health and Human Services* (2002) Physical activities Fundamental to Prevent Disease. (internet) available <<http://aspe.hhs.gov>> (diakses tanggal 12 Juni 2007)
- US Department of Health (2013) Research on Cardiovascular Deseases in Women. Diakses <http://www.ahrq.gov/research/womheart.htm>. tanggal 19 Pebruari 2013.

- Wagstaff,A. (2002)Poverty and health sector inequalities. **Bulletin of the World Health Organization**, 80:97-105
- World Health Organization (2001) **Pengendalian Hipertensi : Laporan Komisi Pakar WHO**, Bandung: penerbit ITB, WHO.
- World Health Organization (2002) The **World Health report 2002, reducing risk, promoting healthy life**. Jenewa: WHO ,
- World Health Organization (2002) The **World Health report 2002, reducing risk, promoting healthy life**. Jenewa: WHO ,
- World Health Organization (2003) Global Strategy On Diet, Physical Activity and Health. (internet) Available from: www.who.int (diakses tanggal 27 September 2006).
- World Health Organization (2003) **The WHO STEPwise approach to Surveillance of NonCommunication Disease (STEPS)**. Jenewa, WHO.
- World Health Organization (2007) cardiovascular_diseases. < Internet> tersedia di http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/. Diakses tanggal 1 Maret 2008
- World Health Organization (WHO) (1994) **Prevention of Diabetes Millitus (WHO Technical Report Series), (Terjemahan dalam bahasa Indonesia: Pencegahan Diabetes Millitus** oleh Arisma, 2000). Jakarta, EGC.
- Yusuf, S., Reddy, S., Qunpuu,S., Anand, S. (2001) Global Burden of Cardiovascular Diseases: Part II: Variations in Cardiovascular Disease by Specific Ethnic Groups and Geographic Regions and Prevention Startegies. **Circulation**: 104: 2855-2864.

LAMPIRAN 1

INSTRUMEN

Lampiran 1. Instrumen Penelitian

STEP 1 : VARIABEL STATUS DEMOGRAFI

C1	Jenis kelamin	Laki-laki 1 Perempuan 2	
C2	Umur responden	- ---- -tahun	Umur \geq 50 tahun 1 Umur $<$ 50 tahun 2
C3	Pendidikan terakhir	Tidak tamat SD 1 Tamat SD 2 Tamat SMP 3 Tamat SMA 4 Tamat PT 5	
C4	Pekerjaan responden	Tani 1 Buruh 2 Swasta 3 PNS 4 TNI/Polri 5 Wiraswasta 6 IRT 7 Tidak bekerja 8	
C5	Pendapatan rata-rata perbulan	-----	$<$ Rp. 500.000,- 1 500.000 s/d 1.000.000 2 $>$ Rp. 1.000.000,- 3
C6	Asal daerah/Tempat Tinggal	-----	Desa 1 Kota 2

STEP 1: VARIABEL PERILAKU

Pa	KONSUMSI ROKOK		
Pa1	Status merokok	Ya 1 Tidak 2	
Pa2	Apa merokok setiap hari	Ya Tidak	
Pa3	Umur berapa mulai merokok		
Pa4	Rata-rata, Berapa batang perhari		
Pa5	Jenis rokok	Pabrik Buatan sendiri Pipa Cerutu lainnya	
Pa6	Apa anda pengguna tembakau (kunyah)	Ya tidak	
Pa7	Jika ya, apa tiap hari	Ya Tidak	
Ka	Konsumsi Alkohol		
Ka1	Apa anda sering minum mengandung alkohol	Ya 1 Tidak 2	
Ka2	Rata-rata berapa frekuensi anda tiap minum	5 hari atau lebih /mgg 1-4 hari permgg 1-3 hari permgg Kurang dari sekali dalam sebulan	
Ka3	Berapa banyak anda minum tiap harinya	1 gelas 2 gelas 3 gelas 4 gelas 5 gelas/lebih	
Ka4	Dalam 7 hari terakhir sebelum MRS, berapa banyak minum alcohol dalam satu hari		
D	Diet (buah dan sayur)		
D1	Dalam seminggu, berapa hari anda mengkonsumsi buah? Hari	
D2	Berapa kali anda mengkonsumsi buah dalam seharikali/hari	
D3	Dalam seminggu, berapa hari anda mengkonsumsi sayuran		
D4	Berapa kali anda mengkomsumsi sayur setiap harinya		

STEP 2: STATUS FISIK

Ta	Berat badan dan tinggi badan		
STa1	Berat Badan responden	----Kg	
STa2	Tinggi Badan	-----cm	
STb	Tekanan darah		
STb1	Pembacaan Sistolik	-----mmHg	HT 1 Normotensi 2
STb2	Pembacaan Diastolik	-----mmHg	HT 1 Normotensi 2
STb3	Lingkar Pinggangcm	

STEP 3: VARIABEL BIOCHEMICAL (data sekunder)

GD	Gula darah		
GD1	Nilai gula darah	-----mmol/L	Rendah 1 Normal 2 Tinggi 3
LD	Lemak darah		
LD1	Nilai LDL	-----	Rendah 1 Normal 2 Tinggi 3
LD2	Nilai HDL	-----	Rendah 1 Normal 2 Tinggi 3
LD3	Nilai Total kolesterol	-----	Rendah 1 Normal 2 Tinggi 3
LD4	Niali Trigliserida	-----	Rendah 1 Normal 2 Tinggi 3

PERSONALIA TENAGA PENELITI

Lampiran 2. Susunan Organisasi tim peneliti dan pembagian tugas

No	Nama/ NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi waktu (jam/mgg)	Uraian Tugas
1	Cholik Harun 0022027201	UNMUH Ponorogo	Keperawatan Medikal Bedah Penelitian Kuantitatif	10 Jam/mgg	Menyusun Proposal Menyusun kuesioner Pengumpulan data Analisis data Pembahasan Penyusunan laporan Seminar hasil
2	Laily Isroin 0704057002	UNMUH Ponorogo	Keperawatan Medikal Bedah Penelitian Kuantitatif	8 Jam/mgg	Studi Pustaka Menyusun proposal Pengumpulan data Perijinan Raw data Seminar hasil TAHUN I
3	Nurul Sri Wahyuni, S.Kep, Ners, M.Kes 0707017503	UNMUH Ponorogo	Keperawatan Medikal Bedah Penelitian Kualitatif	8 Jam/mgg	PULTA, ANALISIS, LAPORAN TAHUN II

Lampiran 4. Biodata ketua dan Anggota

Biodata Ketua Peneliti

A. Identitas Diri Ketua

1	Nama Lengkap dan Gelar	Cholik Harun Rosjidi, M.Kes
2	Jenis Kelamin	L
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP	197202222005011001
5	NIDN	0022027201
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Ngawi- 22-02-1972
7	E-mail	cholikharunrosjidi@gmail.com
8	Nomor HP	082140971538
9	Alamat Kantor	Unmuh Ponorogo JL. Budi Utomo No. 10, Ponorogo
10	Nomor Telepon/Fax	0352481124/ 0352461796
11	Lulusan yang telah di hasilkan	1440
12	Mata kuliah yang diampu	1. Keperawatan Medikal Bedah 2. Metodologi Penelitian 3. Promosi Kesehatan

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama PT	Universitas Airlangga	Universitas Gadjah Mada	
Bidang Ilmu	Keperawatan Medikal Bedah	Ilmu Kesehatan Masyarakat	
Tahun masuk-Lulus	1998-1999	2005-2007	
Judul Skripsi/ Tesis	Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang TBC	Hubungan Kemiskinan dengan pengetahuan ttg Diet, aktifitas Fisik dan Resiko Penyakit Kardiovaskular	
Nama Pembimbing	Alberta L, SKM	dr. Nawi Ng, MPH, Ph.D dr. Lucia Krisdinarti, Sp.PD, Sp.JP	

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir

Nomor	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah

1	2008	Perilaku Perawatan Diare dan Penghematan biaya penanganan diare	DP2M Dikti	7 jt
2	2008	Evaluasi Perilaku Ibu dalam perawatan diare	DIPA Unmuh Ponorogo	1,5 jt
3	2009	Kemiskinan dan Resiko Penyakit kardiovaskular	DP2M dikti	8.5 jt
4	2011	Faktor resiko Penyakit kardiovaskular pada keluarga TKI di Ponorogo	DIPA UNMUH Ponorogo	3.5 jt
5	2012	Obesitas dan resiko penyakit kardiovaskular pada keluarga TKI	DIPA UNMUH Ponorogo	4 juta
6.	2013	Kerentanan perempuan terhadap serangan penyakit jantung dan stroke	DP2M Dikti	14.5 jt

D. Pengalaman Pengabdian kepada Masyarakat dalam 5 tahun terakhir

Nomor	Tahun	Judul Pengabdian kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah
1	2008	Sunatan Massal	Unmuh	3 jt
2	2009	Kitanan Massal	Unmuh	3 jt
3	2010	Penyuluhan Perilaku hidup bersih dan sehat di Panti Asuhan Al Mannar	Unmuh	3 jt
4	2011	Baksos Pengobatan massal di Pijeran	Unmuh	3 jt
5	2012	Penyuluhan tentang Kesehatan Reproduksi pada PJTKI di Ponorogo	Unmuh	6 jt
6	2013	Meningkatkan kewaspadaan dini masyarakat terhadap penyakit gagal ginjal kronik	Unmuh	6 jt

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 tahun terakhir

No	Judul Artikel	Nama Jurnal	Volume/No/tahun
1	<i>Persepsi Ibu tentang Diare dan oralit berhub. Dengan perilaku perawatan diare</i>	Jurnal Fenomena	ISSN 1693 – 8038 UNMUH Ponorogo Volume 6 No 1 Jan. 2009. hal. 44-52

2	Kemiskinan dan Resiko penyakit kardiovaskular	Jurnal Fenomena	ISSN 1693 – 8038 UNMUH Ponorogo Volume 7 No 2 Juli. 2009. hal. 142-149
3	Perilaku Pengobatan Dan Penghematan Biaya Penanganan Diare di Kabupaten Ponorogo	Prosiding	ISBN 978-602-18334-0-7 Tahun 2012
4	Kerentanan Masyarakat Miskin terhadap serangan Penyakit Kardiovaskuler	Penerbit Ardana Media	ISBN 978-979-1119-87-0 Tahun 2011

F. Pemakalah Seminar Ilmiah dalam 5 tahun terakhir

No	Nama pertemuan ilmiah	Judul artikel ilmiah	Waktu dan tempat
1		- Pola Faktor Resiko Penyakit kardiovaskular desa dan Kota Kab. Ponorogo	-

G. Karya buku dalam 5 tahun terakhir

No	Judul	Tahun	Jumlah halaman	Penerbit
1	Trauma Kepala: Asuhan Keperawatan klien dengan trauma kepala	2007	97	Ardana Media
2	Asuhan Keperawatan klien dengan Stroke	2007	92	Ardana Media

3	Perawatan cedera kepala dan stroke	2009	248	Ardana Media
4	Proses Keperawatan	2011	240	Umpo Press

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penelitian Hibah Bersaing tahun 2015.

Ponorogo, 27 April 2015

Pengusul,



Cholik Harun Rosjidi, M.Kes
197202222005011001

Biodata Anggota Peneliti

A. Identitas Diri Anggota

1	Nama Lengkap dan Gelar	Laily Isro'in, S.Kep, Ners
2	Jenis Kelamin	P
3	Jabatan Fungsional	Asisten Ahli
4	NIS	-
5	NIDN	0704057002
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Ponorogo, 4 Mei 1970
7	E-mail	lailyisroin@gmail.com
8	Nomor HP	081330490830
9	Alamat Kantor	Unmuh Ponorogo JL. Budi Utomo No. 10, Ponorogo
10	Nomor Telepon/Fax	0352481124/ 0352461796
11	Lulusan yang telah di hasilkan	1440

12	Mata kuliah yang diampu	1. Keperawatan Medikal Bedah 2. Etika Keperawatan
----	-------------------------	--

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama PT	Universitas Airlangga	Universitas Muhammadiyah Yogyakarta	
Bidang Ilmu	Keperawatan		
Tahun masuk-Lulus	2005-2008		
Judul Skripsi/ Tesis	Pengaruh pemberian motivasi dan mobilisasi dini ibu post partum		
Nama Pembimbing	Ni Ketut Alit, S.Kep, Ners Dr. Adityawarman, Sp.Og		

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 tahun terakhir

Nomor	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah
1	2013	Kerentanan perempuan terhadap serangan penyakit jantung dan stroke	Dikti	14,5 jt

a. Pengalaman Pengabdian kepada Masyarakat dalam 5 tahun terakhir

Nomor	Tahun	Judul Pengabdian kepada MAsyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah
6	2013	Meningkatkan kewaspadaan dini masyarakat terhadap penyakit gagal ginjal kronik	Unmuh	6 jt

b. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 tahun terakhir

No	Judul Artikel	Nama Jurnal	Volume/No/tahun

c. Pemakalah Seminar Ilmiah dalam 5 tahun terakhir

No	Nama pertemuan ilmiah	Judul artikel ilmiah	Waktu dan tempat
1	-	-	-

d. Karya buku dalam 5 tahun terakhir

No	Judul	Tahun	Jumlah halaman	Penerbit
1	Personal Hygiene: Konsep, Teori, dan praktek keperawatan	2012	120	Graha Ilmu

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidak-sesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penelitian Hibah Ber4saing tahun 2015

Ponorogo, 20 April 2015
Pengusul,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Laily Isro'in', written in a cursive style.

(Laily Isro'in, S.Kep, Ners)

Anggota Tim 2

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan Gelar)	Nurul Sri Wahyuni, S.Kep.Ns,M.Kes
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Asisten Ahli
4	NIP/ NIK/ identitas lainnya	-/ 19750107 199901 12/ -
5	NIDN	0707017503
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Ponorogo, 7 Januari 1975
7	E-mail	darnotec_umpo@yahoo.co.id
8	Nomor Telepon/ HP	-/ 085234657405
9	Alamat Kantor	Jln Budi Utomo No. 10 Ponorogo
10	Nomor Telepon/ Faks	0352 481124/ 0352 461796
11	Lulusan yang telah dihasilkan	S1:.....org S2:.....org S3:.....org
12	Mata Kuliah yang diampu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentasi Keperawatan 2. Keperawatan Jiwa 3. Keperawatan Komunitas 4. Keperawatan Medikal Beda

A. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Brawijaya Malang	Universitas Sebelas Maret Surakarta	-
Bidang Ilmu	Keperawatan	Magister Kesehatan	-
Tahun Masuk-Lulus	2004-2007	2010-2012	-
Judul Skripsi/ Tesis/ Disertasi	Efektifitas Kompres Panas Untuk Menurunkan Nyeri Plebitis Akibat Pemasangan IV Line	Penerapan Pembelajaran Kooperatif Model Jigsaw Dalam Peningkatan Minat dan Prestasi Belajar Mata Kuliah Asuhan Keperawatan Komunitas (Penelitian Tindakan Kelas di Prodi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo)	-
Nama Pembimbing/ Promotor	1. Dr. Nanik Setijowati, M.Kes 2. Gatot Heri Praptono, S.Kp	1. Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr.,MM.,M.Kes., PAK. 2. dr. Putu Suriyasa, MS., PKK.,Sp.OK	-

B. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1	2008	Efektifitas pemberian kompres panas untuk menurunkan nyeri plebitis pada pasien yang terpasang <i>intravena line</i> di RSU Aisyiyah Dr. Sutomo Ponorogo	DP3M Ditjen Dikti DEPDIKNAS RI	10.000.000

2	2009	Efektifitas pemberian kompres panas untuk menurunkan nyeri plebitis pada pasien yang terpasang <i>intravena line</i> di RSU Aisyiyah Dr. Sutomo Ponorogo	DP3M Ditjen Dikti DEPDIKNAS RI	6.500.000
3	2010	Penerapan model pembelajaran kooperative jigsaw untuk meningkatkan minat dan prestasi belajar mata kuliah asuhan keperawatan komunitas (2010).	LPPM Unmuh Ponorogo	3.500.000
4	2011	Dampak Kerahasiaan ODHA Terhadap Perilaku ODHA dalam Mencegah Penularan HIV/ AIDS	Ditjen Dikti DEPDIKNAS RI 2011	10.000.000
5	2012	Hubungan Simbolisasi Agama dengan Keyakinan, Sikap Stigmatisasi dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)	Ditjen Dikti DEPDIKNAS 2012	8.250.000

C. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)

1	2008	Pemberdayaan UKS dalam kegiatan PPPK	LPPM Unmuh Ponorogo	3.500.000
2	2008	Pemanfaatan garam yodium dalam mencegah penyakit gondok	LPPM Unmuh Ponorogo	3.500.000
3	2008	Pencegahan DBD dengan mengaktifkan program 3M	LPPM Unmuh Ponorogo	3.500.000

D. Publikasi Artikel Ilmiah Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/ Tahun
1	Efektifitas Pemberian Kompres Panas Terhadap Penurunan Nyeri Plebitis Akibat Pemasangan Intra Vena Line	FLORENCE ISSN 1978-8916	Vol 1, No 1 Januari 2008
2	Dampak Kerahasiaan ODHA Terhadap Perilaku ODHA dalam Mencegah Penularan HIV/AIDS	FLORENCE ISSN 1978-8916	Vol 2, No 3 Januari 2011
3	Terapi Musik Efektif Menurunkan Tingkat Kecemasan Pasien Anak Usia Sekolah	FLORENCE ISSN 1978-8916	Vol 2, No 4 Juli 2011
4	Pengetahuan PSK tentang PMS mempengaruhi perilaku PSK dalam mencegah penularan PMS	FLORENCE ISSN 1978-8916	Vol. 2 Nomor 1 Agustus 2011

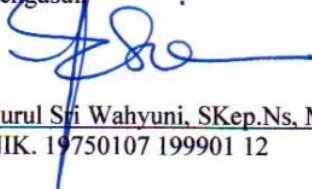
F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Nama Pertemuan Ilmiah/ Seminar	Judul Artikel	Waktu dan Tempat
1	Presentasi Hasil Penelitian Dosen Muda dan Kajian Wanita	Kompres Panas Efektif Menurunkan Nyeri Plebitis Akibat Pemasangan Intra Vena Line	Mei 2008 di Hotel Metropole Batu Malang
2	Presentasi Hasil Penelitian Dosen Muda dan Kajian Wanita	Pengetahuan PSK tentang PMS mempengaruhi perilaku PSK dalam mencegah penularan PMS	Juni 2009 di Hotel Weta Surabaya

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian **Hibah Bersaing**

Ponorogo 11 April 2015
Pengusul



Nurul Sri Wahyuni, SKep.Ns, MKes
NIK. 19750107 199901 12



TUA SALAH PERSEPSI, MUDA TIDAK TAKUT MATI

ORIGINALITY REPORT

43%

SIMILARITY INDEX

42%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

MATCHED SOURCE



strokestroke-stroke.blogspot.com

Internet Source

10%

10%

★ **strokestroke-stroke.blogspot.com**

Internet Source

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On