

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Dewasa ini kebiasaan merokok sudah membudaya di kalangan masyarakat kita. Rokok yang terbakar mampu menghasilkan berbagai radikal bebas yang kompleks. Radikal bebas ini dapat memicu dan berperan dalam proses penuaan, timbulnya penyakit degeneratif, dan kanker.

Merokok adalah penyebab kematian terbanyak di Negara berkembang yang dapat dihindari. Setiap tahun diperkirakan ada 4 juta orang yang meninggal akibat merokok, sekitar 70 % diantaranya terjadi di negara-negara berkembang (Tjandra, 2000)., bahkan menurut perkiraan badan kesehatan dunia WHO ( *World Health Organization* ) jumlah tembakau yang dikonsumsi masyarakat di negara-negara maju mulai menurun dari 32% pada tahun 1996 menjadi 28% pada tahun 2001. Sedangkan di negara-negara berkembang mengalami peningkatan dari 68% pada tahun 1996 menjadi 72% pada tahun 2001 (Ariyadin, 2007).

Prosentase perokok sangat tinggi di masyarakat Indonesia, di kota-kota besar 60-70% sedangkan di pedesaan berkisar antara 80-90%. Padahal dimanapun masyarakat berada, masyarakat akan selalu dapat menemukannya dan melihatnya dengan disertai sebuah kalimat “PERINGATAN PEMERINTAH : MEROKOK DAPAT MENYEBABKAN KANKER, SERANGAN JANTUNG, IMPOTENSI DAN GANGGUAN KEHAMILAN DAN JANIN” mengenai bahaya merokok (Ariyadin, 2007).

Dari penelitian yang telah dilakukan, ternyata golongan usia 15-19 tahun paling banyak melakukan penyimpangan perilaku hidup sehat, salah satunya adalah kebiasaan merokok. Perilaku ini muncul karena pada masa itu merupakan masa yang krisis dan rawan dimana mereka mudah terpengaruh oleh hal-hal yang bersifat negatif. Berbeda dengan masa dewasa dimana telah tercapai suatu tingkat perkembangan moral yang otonom sehingga ia mengintergrasikan dirinya dalam orientasi nilai dan norma yang dipilihnya sendiri. Ini menunjukkan pengaruh lingkungan tidak lagi dominan, sehingga bila seseorang yang telah dewasa memutuskan dirinya untuk merokok maka itu diambil dari pertimbangan pribadi, dan meskipun pengaruh lingkungan masih ada namun tidak lagi dominan.

Kelegaan dan kenikmatan yang dirasakan dari setiap batang rokok yang disulut hanyalah bersifat sementara. Ketika rokok yang dinikmati sudah habis, maka gejala-gejala seperti *stres*, tegang, depresi, akan muncul kembali. Sehingga tak lama setelah rokok itu habis, maka mereka akan menyalakan rokok lagi untuk mendapatkan ketenangan, yang akhirnya mereka akan menghabiskan puluhan batang rokok dan tanpa sadar (Ariyadin, 2007).

Perokok terbagi menjadi dua jenis, yaitu perokok aktif dan perokok pasif. Perokok aktif adalah orang yang secara langsung menghisap rokok, sedangkan perokok pasif adalah orang yang tidak mengisap rokok tapi menghisap asap pembuangan (asap rokok) dari perokok aktif. Memang perokok aktif rentan terkena penyakit, tetapi perokok pasif tak kalah berbahaya kalau menghirup atau terkena asap rokok dari perokok aktif. Karena asap rokok mengandung 4.000 jenis bahan kimia

yang berbahaya dan bersifat racun, jadi kalau terhirup atau terkena orang yang tidak merokok langsungpun, sama bahayanya (Pratiwi, 1998).

Saat ini di Negara – Negara berkembang dan maju, penjualan rokok sudah diperketat, bahkan ada undang-undang yang tegas untuk pelarangan merokok di tempat umum. Indonesia pun mulai memberlakukan hal yang sama.

Sampai saat ini menurut peneliti belum pernah dilakukan penelitian tentang perbedaan kecemasan antara perokok pasif dan perokok aktif di SMAN 1 Babadan Ponorogo. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui apakah ada perbedaan kecemasan pada pelajar perokok pasif dan perokok aktif.

#### **B. Rumusan Masalah**

Apakah ada perbedaan kecemasan antara perokok pasif dan perokok aktif di SMAN 1 Babadan Ponorogo?

#### **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kecemasan antara perokok pasif dan perokok aktif di SMAN 1 Babadan Ponorogo.

#### **D. Manfaat Penelitian**

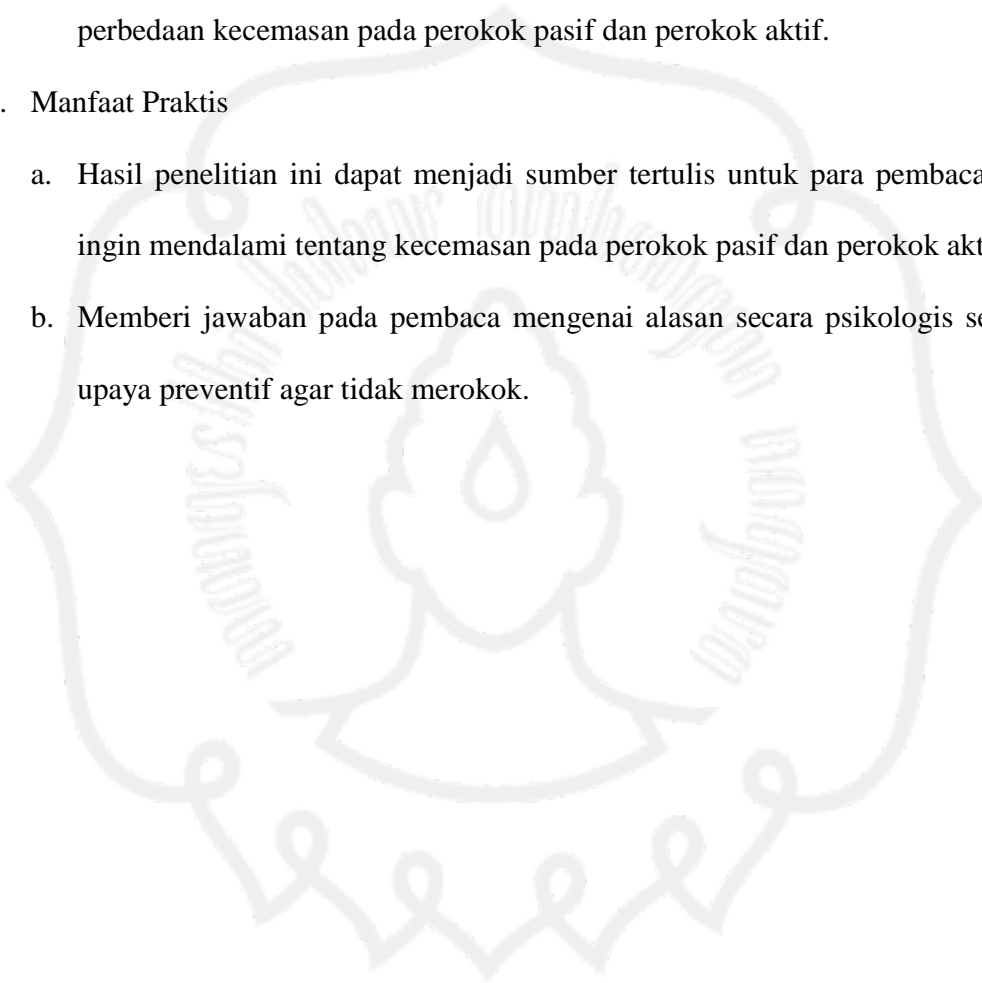
Penelitian ini diharapkan memiliki dua manfaat, yaitu :

### 1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan khususnya bidang psikiatri dan dapat dipakai sebagai pedoman di dalam penelitian lebih lanjut.
- b. Dengan penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang perbedaan kecemasan pada perokok pasif dan perokok aktif.

### 2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber tertulis untuk para pembaca yang ingin mendalami tentang kecemasan pada perokok pasif dan perokok aktif.
- b. Memberi jawaban pada pembaca mengenai alasan secara psikologis sebagai upaya preventif agar tidak merokok.



## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Kecemasan

###### a. Pengertian

Kecemasan (*anxiety*) merupakan derivat pertama dari konflik dan timbul bila motif-motif yang saling bertentangan tidak dimengerti dan tidak disadari (Markam, 1999). Kecemasan adalah sinyal yang memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman. Freud mendefinisikan kecemasan sebagai suatu perasaan yang tidak menyenangkan, yang diikuti oleh reaksi fisiologis seperti perubahan detak jantung dan pernapasan, dengan kata lain kecemasan adalah reaksi atas situasi yang dianggap berbahaya (Kaplan dan Sadock, 1997). Freud menjelaskan bahwa tanda bahaya yang menimbulkan kecemasan adalah keinginan-keinginan terpendam, dorongan agresi, atau keinginan kelamin yang telah ditekan dalam jiwa tak sadar (Langgulung, 1999). Keinginan-keinginan yang terpendam atau hambatan terhadap pencapaian suatu tujuan disebut juga dengan frustrasi (Sarwono, 2002)

Pada manusia, kecemasan bisa jadi berupa perasaan gelisah yang bersifat subjektif, sejumlah perilaku (tampak khawatir dan gelisah atau resah), maupun respon fisiologis tertentu. Kecemasan bersifat kompleks dan merupakan keadaan suasana hati yang berorientasi pada masa yang akan

datang yang ditandai dengan adanya kekhawatiran karena tidak dapat memprediksi atau mengontrol kejadian yang akan datang (Barlow dan Durand, 2006).

b. Epidemiologi

Perkiraan yang diterima untuk prevalensi gangguan kecemasan umum satu tahun terentang antara 3% sampai 8% . Kemungkinan 50% pasien dengan gangguan kecemasan umum memiliki gangguan mental lainnya. Rasio wanita dan laki-laki yang mendapat perawatan inap untuk gangguan tersebut adalah sama (Kaplan dan Sadock, 1997).

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, Trismiati (2004) mengatakan bahwa wanita lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding laki-laki, laki-laki lebih aktif dan eksploratif, sedangkan wanita lebih sensitive. Selain itu laki-laki berfikir lebih rasional dibandingkan dengan wanita yang berfikir cenderung emosional. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibandingkan wanita.

c. Etiologi

Kartini (2000) menjelaskan bahwa kecemasan timbul dari rangsangan-rangsangan sebagai berikut:

- 1) Ketakutan yang terus menerus disebabkan oleh kesusahan dan kegagalan yang bertubi-tubi
- 2) Represi terhadap macam-macam masalah emosional
- 3) Kecenderungan-kecenderungan harga diri yang terhalang
- 4) dorongan-dorongan seksual yang terhambat

Rangsangan-rangsangan tersebut akan menimbulkan respon dari sistem saraf yang mengatur pelepasan hormon tertentu. Akibatnya muncul perangsangan pada organ-organ, seperti lambung, jantung, pembuluh darah, maupun alat-alat gerak.

### 1. Patofisiologi

Kehidupan manusia selalu dipengaruhi oleh rangsangan dari luar dan dari dalam berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsangan tersebut dipersepsi oleh panca indera, diteruskan dan direspons oleh sistem saraf pusat, sesuai pola hidup tiap individu. Bila yang dipersepsi adalah ancaman, maka responsnya adalah suatu kecemasan. Di dalam sistem saraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur *Cortex cerebri – Limbic sistem – RAS (Reticular Activating System) – Hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal, yang kemudian memacu sistem saraf otonom melalui mediator hormonal yang lain (*catecholamine*). Hiperaktifitas sistem saraf otonom menyebabkan timbulnya kecemasan (Mudjaddid, 2006). Pada penderita dengan gangguan kecemasan terdapat petunjuk adanya gangguan pada reseptor serotonin tertentu yaitu 5HT-1A, namun terbatas pada penderita dengan hipersekresi kortisol atau yang menunjukkan manifestasi berupa stress berat (Drevets et al., 2008).

### 2. Gejala Klinis

Gejala awal sindrom kecemasan dapat dikenali dengan memperhatikan adanya keluhan psikis dan somatis sebagai berikut (Mudjaddid, 2006):

a) Gejala psikis.

Penampilan berubah, sulit konsentrasi, *mood* berubah, mudah marah, cepat tersinggung, gelisah, tak bisa diam, timbul rasa takut.

b) Gejala somatis.

Sakit kepala, gangguan tidur, keluhan berbagai sistem, misal sistem kardiovaskular, sistem pernafasan, gastrointestinal dan sebagainya

Selain gejala-gejala tersebut, menurut Kartini (2000), beberapa simptom kecemasan yang khas antara lain:

- a. Terdapat hal-hal yang mencemaskan hati; hampir setiap kejadian menyebabkan timbulnya rasa takut dan cemas.
- b. Disertai emosi-emosi kuat dan sangat tidak stabil
- c. Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan *delution of persecution* (delusi dikejar-kejar)
- d. Sering merasa mual dan muntah
- e. Selalu dipenuhi ketegangan-ketengangan emosional dan bayangan-bayangan kesulitan yang imajiner.

Pada pemeriksaan fisik terdapat nadi yang sedikit lebih cepat (biasanya tidak lebih dari 100 per detik), pernapasan yang cepat, kadang-kadang hiperventilasi dengan keluhan-keluhan yang menyertainya (Maramis, 2005). Penderita dengan gangguan kecemasan umum dapat pula menunjukkan



disfungsi seksual atau berkurangnya rangsangan seksual (Kendurkar dan Kaur, 2008).

#### d Penatalaksanaan

Penatalaksanaan atau *treatment* dari kecemasan secara garis besar adalah sebagai berikut (Kartini, 2000):

- 1) Menemukan sumber dari macam-macam ketakutan, kesusahan, dan kegagalannya
- 2) Memberikan jalan *adjustment* yang sehat serta memupuk kemauan dan motivasi agar orang yang bersangkutan berani memecahkan kesulitan hidupnya

Terapi psikofarmaka juga bisa digunakan. Yang banyak digunakan oleh psikiater adalah obat anti cemas (*anxiolytic*) dan obat anti depresi (*anti depressant*) yang juga berkhasiat sebagai obat anti stress. Cara kerja psikofarmaka ini adalah dengan jalan memutuskan sirkuit psikoneuroimunologi sehingga stressor psikososial yang dialami oleh seseorang tidak lagi mempengaruhi fungsi kognitif, afektif, psikomotorik, dan organ-organ tubuh (Hawari, 2006).

Penelitian yang dilakukan oleh Gorini dan Riva (2008) menunjukkan *Virtual Reality* (VR) mempunyai potensi dalam penatalaksanaan pasien dengan GAD (*General Anxiety Disorder*). VR merupakan salah satu bentuk terapi yang menggabungkan perangkat-perangkat teknologi audio dan visual untuk membantu proses relaksasi pasien. Perangkat-perangkat teknologi audio dan visual tersebut akan memudahkan pasien dalam menciptakan

bayangan-bayangan dalam ingatan atau imajinasi yang menyenangkan sehingga dapat membantu proses relaksasi. Dengan demikian, relaksasi dapat dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan terapis.

## **2. Merokok**

### **a. Definisi**

Merokok adalah suatu kebiasaan tanpa tujuan positif bagi kesehatan, pada hakekatnya merupakan suatu proses pembakaran massal tembakau yang menimbulkan polusi udara padat dan terkonsentrasi yang secara sadar langsung dihirup dan diserap oleh tubuh bersama udara pernapasan..

Perokok terbagi menjadi dua jenis, yaitu perokok aktif dan perokok pasif. Perokok aktif adalah orang yang secara langsung menghisap rokok, sedangkan perokok pasif adalah orang yang tidak mengisap rokok tapi menghisap asap pembuangan (asap rokok) dari perokok aktif. Memang perokok aktif rentan terkena penyakit, tetapi perokok pasif tak kalah berbahaya kalau menghirup atau terkena asap rokok dari perokok aktif. Karena asap rokok mengandung 4.000 jenis bahan kimia yang berbahaya dan bersifat racun, jadi kalau terhirup atau terkena orang yang tidak merokok langsungpun, sama bahayanya (Pratiwi,1998).

Kebiasaan merokok merupakan salah satu kebiasaan yang sering dijumpai di masyarakat yang cukup serius. Telah lama diketahui bahwa merokok dapat merusak kesehatan dengan menyebabkan berbagai penyakit, antara lain

penyakit jantung koroner, kanker paru, bronkitis kronik, emfisema dan masih banyak lagi lainnya.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok

Tiga faktor yang berpengaruh terhadap kebiasaan merokok, yaitu:

1) Faktor Biologis

Salah satu zat yang terdapat dalam rokok adalah nikotin. Nikotin adalah suatu zat psikoaktif yang mempengaruhi perasaan dan atau kebiasaan biologis tubuh, oleh karena itu nikotin dapat menimbulkan ketergantungan. Nikotin mempunyai 2 efek, pada dosis rendah nikotin bersifat stimulan (perangsang) sedangkan pada dosis tinggi bersifat penenang.

2) Faktor Sosial

Faktor sosial berpengaruh besar terhadap kebiasaan merokok, seperti lingkungan rumah (orang tua, saudara), lingkungan sekolah, status sosial-ekonomi, tetapi yang paling besar pengaruhnya adalah jumlah teman yang merokok. Keuntungan psikososial dari merokok yang mereka rasakan antara lain merasa lebih diterima dalam lingkungan teman dan terlihat lebih dewasa, dan merasa lebih nyaman.

3) Faktor Psikologis

Faktor lain yang juga berpengaruh terhadap kebiasaan merokok adalah kepribadian. Yang dipengaruhi oleh daya tahan mental dan stresor dari luar. Kebiasaan merokok lebih sering didapatkan pada orang-orang dengan gangguan kepribadian seperti neurosis dan kecenderungan anti-sosial.

Selain itu merokok juga digunakan sebagai alat psikologis (*psychological tool*) seperti meningkatkan penampilan atau kenyamanan psikologis.

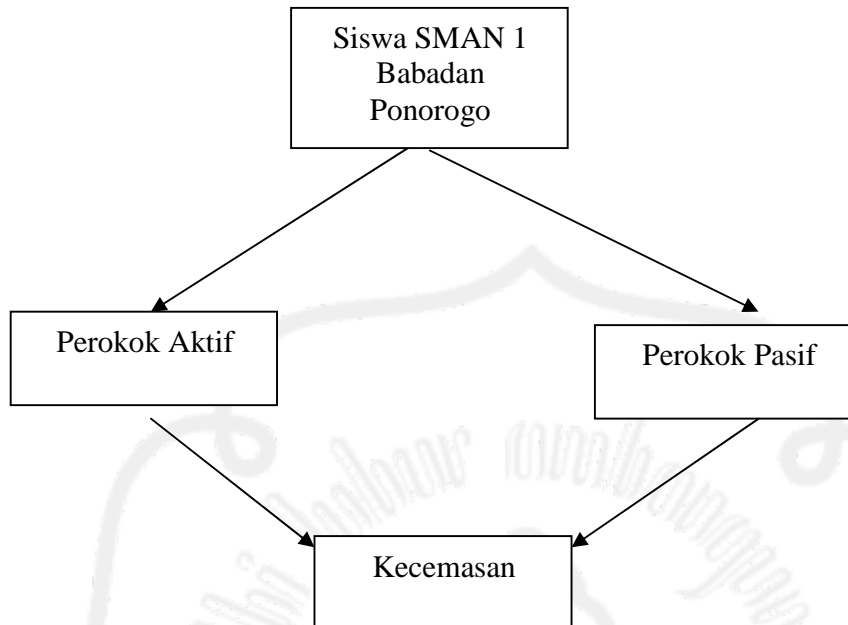
### 3. TMAS (*The Taylor Minnesota Anxiety Scale*)

Kuesioner TMAS adalah instrumen pengukur kecemasan. TMAS berisi 50 butir pertanyaan, dimana responden menjawab keadaan ya atau tidak sesuai dengan keadaan dirinya dengan memberi tanda (X) pada kolom jawaban ya atau tidak, setiap jawaban 'ya' diberi nilai 1. Sebagai *cut of point* adalah sebagai berikut :

- a. Nilai < 21 berarti tidak cemas.
- b. Nilai >21 berarti cemas

### 4. L-MMPI (*Lie Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)

Yaitu skala validitas yang berfungsi untuk mengidentifikasi hasil yang mungkin invalid karena kesalahan atau ketidakjujuran subjek penelitian. Bila responden menjawab "tidak" maka diberi nilai 1. Nilai batas skala adalah 10, artinya apabila responden mempunyai nilai >10, maka data hasil penelitian responden tersebut dinyatakan invalid (Graham, 1990; Butcher, 2005).

**B. Kerangka Pemikiran****10. Hipotesis**

Terdapat perbedaan kecemasan antara siswa perokok pasif dan perokok aktif di SMAN 1 Babadan Ponorogo.

### **BAB III**

#### **METODELOGI PENELITIAN**

##### **A. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian adalah penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, dimana variabel-variabel dinilai hanya satu kali saja dan diukur menurut keadaan atau statusnya pada saat dilakukan observasi.

##### **B. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di SMAN 1 Babadan Ponorogo.

##### **C. Subjek Penelitian**

Subjek dalam penelitian ini adalah siswa SMAN 1 Babadan Ponorogo kelas XI angkatan 2008-2009 yang berjenis kelamin laki-laki.

##### **D. Teknik Sampling**

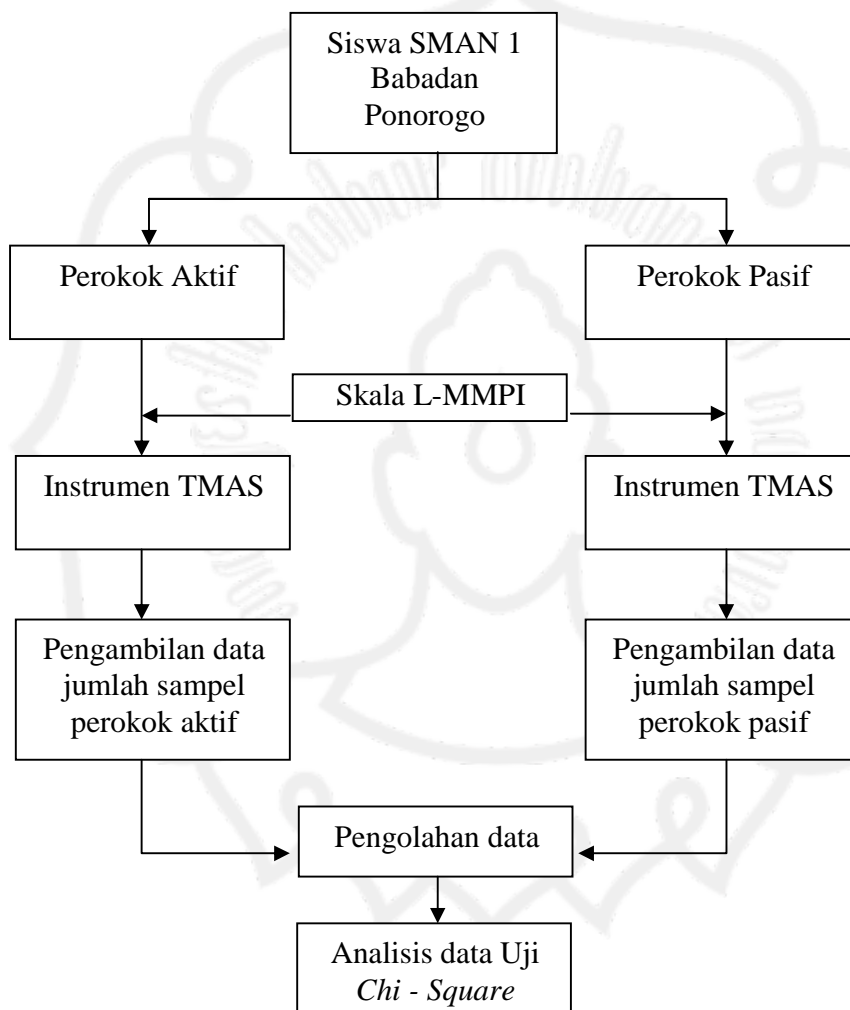
Dalam penelitian ini data/sampel yang digunakan diambil dengan *purposive sampling*, yaitu teknik sampling dengan pertimbangan tertentu, dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi
  - a. Laki-laki
  - b. Skor LMPPI kurang dari 10

## 2. Kriteria eksklusi

- a. Perempuan
- b. Skor LMPPI lebih dari sama dengan 10

### E.Rancangan Penelitian



## **F. Identifikasi Variabel Penelitian**

1. Variabel bebas : Perokok pasif dan perokok aktif.
2. Variabel terikat : Kecemasan.

## **G. Definisi Operasional Variabel Penelitian**

1. Variabel bebas :

Perokok aktif adalah seseorang yang merokok sedikitnya satu batang tiap hari selama sekurang-kurangnya satu tahun (Pratiwi, 1998).

Perokok pasif ialah orang yang tidak memiliki kebiasaan merokok tetapi sering menghirup asap rokok dari orang-orang di sekitarnya.

2. Variabel terikat :

Kecemasan yang diukur dengan alat ukur yang digunakan adalah Kuesioner TMAS. Jika skor skor TMAS  $\geq 21$  maka dapat dikelompokkan cemas. Sedangkan skor TMAS  $< 21$  dapat dikelompokkan tidak cemas.

## **H. Instrument Penelitian**

Alat dan Bahan Penelitian

1. Formulir biodata
2. Kuesioner L-MMPI
3. Kuesioner TMAS



## I. Cara kerja

1. Responden mengisi biodata.
2. Responden mengisi kuesioner L-MMPI untuk mengetahui angka kebohongan sampel. Bila responden menjawab “tidak” maka diberi nilai 1. Bila didapatkan angka lebih besar atau sama dengan 10 maka responden invalid dan dikeluarkan dari sampel penelitian.
3. Responden mengisi kuesioner TMAS untuk mengetahui angka kecemasan. Pengukuran kecemasan adalah dengan menggunakan kuesioner TMAS. Responden dinyatakan cemas bila jawaban “ya” sama atau lebih dari 21, dan tidak cemas bila jawaban “ya” kurang dari 21. Skala yang digunakan adalah skala nominal, skala yang paling sederhana disusun menurut kategorinya atau fungsi bilangan hanya sebagai simbol untuk membedakan sebuah karakteristik dengan karakteristik lainnya.

## J. Teknik analisis Data

Uji analisis yang digunakan adalah *chi-square* ( $\chi^2$ ).

$$\chi^2 = \frac{N(ad-bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

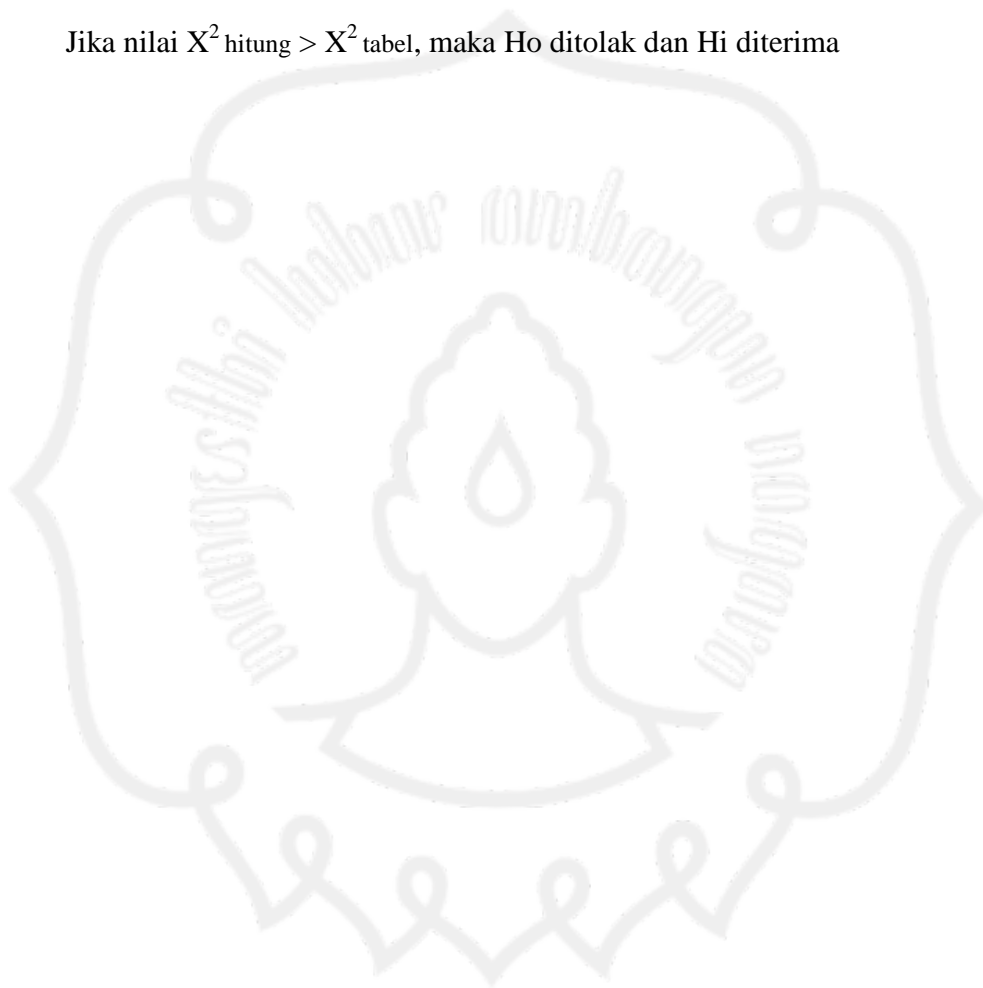
Keterangan :  $\chi^2 =$  *chi-square*

N = jumlah sample

Keterangan	Cemas	Tidak Cemas
Perokok Aktif	a	b
Perokok Pasif	c	d

Interpretasi nilai  $X^2$  sebagai berikut :

Jika nilai  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel, maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

Pada proses pengumpulan data yang dilakukan pada siswa SMAN I Babadan Ponorogo kelas XI angkatan 2008-2009 dan berdasarkan atas kriteria sampel dan persyaratan dalam penelitian ditemukan jumlah sampel sebanyak 60 responden. Pada penelitian ini data atau sampel yang digunakan dengan teknik purposive sampling, yaitu teknik sampling dengan pertimbangan tertentu atau yang telah disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Dari penelitian yang dilakukan dengan pengambilan data dan pengisian kuesioner diperoleh hasil sebagai berikut:

**Tabel 1.** Distribusi Responden Berdasarkan perokok aktif dan perokok pasif.

Responden	Jumlah	Pesentase
Perokok aktif	50	83.30%
Perokok pasif	10	16.70%
Jumlah	60	100,00%

**Tabel 2.** Hasil Penelitian

Kecemasan	Cemas	Tidak Cemas	Jumlah
Perokok			
Perokok Aktif	46	4	50
Perokok Pasif	6	4	10
Jumlah	52	8	60

Dari penelitian diperoleh hasil pada responden perokok aktif tidak cemas sebesar 4 siswa (8%) dan perokok aktif yang mengalami cemas sebesar 46 siswa (92%). Sedangkan siswa perokok pasif yang tidak cemas sebesar 4 siswa (40%) dan yang mengalami cemas sebanyak 6 orang (60%).

Dalam penelitian ini data yang didapat dianalisis dengan uji statistik *chi-square*

Data yang diperoleh disajikan dalam tabel 2 x 2 sebagai berikut :

Keterangan	Cemas	Tidak Cemas
Perokok Aktif	a	b
Perokok Pasif	c	d

Kemudian nilai  $\chi^2$  dihitung dengan rumus :

$$\begin{aligned} \chi^2 &= \frac{N(ad-bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)} \\ &= \frac{60(4 \times 46) - (4 \times 6)^2}{(46+4)(6+4)(46+6)(4+4)} \\ &= \frac{60(184-16)^2}{(50)(10)(52)(8)} \\ &= \frac{60(160)^2}{208000} \\ &= \frac{1536000}{208000} \\ &= 7,385 \end{aligned}$$

Dari perhitungan diperoleh nilai  $\chi^2$  hitung sebesar 7,385, dengan  $\chi^2$  tabel sebesar 3,841. Oleh karena  $\chi^2_{hitung} (7,385) > \chi^2_{tabel} (3,841)$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yang berarti siswa SMAN 1 Babadan yang perokok aktif lebih cemas daripada siswa SMAN 1 Babadan yang perokok pasif.



## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Dari tabel 1 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasar pembagian kelompok perokok aktif dan perokok pasif menduduki peringkat teratas adalah siswa perokok aktif. Hal ini dikarenakan responden masih golongan remaja, sehingga perilaku ini muncul karena pada masa itu merupakan masa yang krisis dan rawan dimana mereka mudah terpengaruh oleh hal-hal yang bersifat negatife. Berbeda dengan masa dewasa dimana telah tercapai suatu tingkat perkembangan moral yang otonom sehingga ia mengitergrasikan dirinya dalam orientasi nilai dan norma yang dipilihnya sendiri. Ini menunjukkan pengaruh lingkungan tidak lagi dominan, sehingga bila seseorang yang telah dewasa memutuskan dirinya untuk merokok maka itu diambil dari pertimbangan pribadi, dan meskipun pengaruh lingkungan masih ada namun tidak lagi dominan.

Pada tabel 2 merupakan hasil penelitian dimana diperoleh hasil pada responden perokok aktif tidak cemas sebesar 4 siswa dan perokok aktif yang mengalami cemas sebesar 46 siswa. Sedangkan siswa perokok pasif yang tidak cemas sebesar 4 siswa dan yang mengalami cemas sebanyak 6 orang.

Hasil yang didapat dari penelitian ini dapat menolak opini masyarakat yang masih banyak beranggapan bahwa rokok dapat menurunkan tingkat kecemasan seseorang dan dapat memberikan rasa nyaman dan aman pada penggunaanya. Pada kenyataanya rokok itu sendiri dapat meningkatkan kecemasan, bahkan cenderung

membuat ketergantungan karena salah satu kandungannya yang berupa nikotin.  
(Ariyadi, 2007).

Kelemahan-kelemahan dalam penelitian ini:

1. Jumlah sampel yang kurang besar.
2. Faktor-faktor penyebab yang tidak dapat dikendalikan dalam penelitian ini.
3. Validitas penentuan responden.
4. Jawaban dari responden yang tidak spontan.



## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

Siswa SMAN 1 Babadan Ponorogo yang perokok aktif didapatkan lebih cemas daripada Siswa SMAN 1 Babadan Ponorogo yang perokok pasif.

#### **B. Saran**

1. Perlu dicari faktor penyebab kecemasan yang lain pada siswa.
2. Bagi tenaga pendidik perlunya diadakan penyuluhan terhadap siswa di SMAN 1 Babadan Ponorogo tentang bahaya merokok
3. Bagi orang tua siswa hendaknya selalu mengawasi tingkah laku anak sehingga dapat terkontrol keribadiannya
4. Perlu ditingkatkan penyuluhan dan pendidikan tentang bahaya merokok melalui berbagai media.
5. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar dan mengendalikan faktor-faktor penyebab yang tidak dapat dikendalikan dalam penelitian ini untuk mendapat hasil yang akurat.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Anwar Jusuf, et al.1994. *Sikap dan Perilaku Murid Sekolah Dasar Kelas V dan VI tentang Rokok di Jakarta Timur, Paru*, 14 :No 1 hal 8-18.
- Ariyadin. 2007. *Rokok Anda: Relakah Mati demi Sebatang Rokok?* Yogyakarta: Mayar Media.
- Barlow D.H. dan Durand V. 2006. *Intisari Psikologi Abnormal*. Cetakan I. Jakarta: Pustaka Pelajar
- Butcher J.N. 2005. *A Beginner's Guide to the MMPI-2*. Second Edition. Washington D.C.: American Psychological Association, pp: 3-5
- Drevets W.C., Price J.L., Furey M.L. 2008. Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: implications for neurocircuitry models of depression. *Brain Struct Funct* 213(1): 93–118.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18704495>
- Gorini A. dan Riva G. 2008. The potential of virtual reality as anxiety management tool: A randomized controlled study in a sample of patients affected by generalized anxiety disorder. *Trials* 9:25. <http://www.trialsjournal.com/content/9/1/25>
- Graham J.R., 1990. *MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology*. New York: Oxford University Press, pp: 23-5
- Hawari D. 2006. *Manajemen Stres, cemas, dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI, pp: 130-2
- Kaplan H.I dan Sadock B.J. 1997. *Sinopsis Psikiatri*. Jakarta: Bina Rupa Aksara, pp: 2-3.
- Kartini Kartono. 2000. *Hygiene Mental*. Bandung: Mandar Maju, pp: 120-1, 194-5
- Kendurkar K. dan Kaur B. 2008. Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 10(4): 299–305.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18787674>
- Langgulung H. 1999. *Teori-Teori Kesehatan Mental*. Jakarta: Pustaka Al-Husna, pp: 96-7
- Maramis, W.F. 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press. pp : 69, 89

- Markam, S.S., 1999. Pengantar Psikologi Klinis. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, pp: 41-2
- Menalu, Sitepoe, 1998, *Usaha Mencegah Bahaya Rokok*, Gramedia, Jakarta, hal.17-21.
- Monks, F.J.et.al, 1985, *Psikologi Perkembangan Pengantar dalam Berbagai Bagianya*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Mudjaddid, E. 2006. *Pemahaman dan Penanganan Psikosomatik Gangguan Ansietas dan Depresi di Bidang ilmu Penyakit dalam*. In : Ilmu Penyakit dalam Jilid II. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, p: 913
- Pratiwi.1998. Hubungan Kebiasaan Merokok Terhadap Tingkat Kebersihan Mulut, *Kumpulan Naskah Temu Ilmiah Nasional 1*, Jakarta, PT Kalbe Farma, hal 1, 545-550.
- Sarwono S.W. 2002. Psikologi Sosial, Individu dan Teori-Teori Psikologi Sosial. Jakarta: Balai Pustaka, p: 305
- Sugiyono. 2005. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta, p: 61
- Tjandra Y. Aditama. 2000, *Pengetahuan, Sikap dan Prilaku Mahasiswa Akademi Perawat dan Perawat serta Mahasiswa Fakultas Kedokteran dalam Masalah Merokok*, *Jurnal Respirologi Indonesia*, 20, No2
- Trismiati. 2004. *Perbedaan Tingkat Kecemasan antara Pria dan Wanita Akseptor Kontrasepsi Mantap di RSUD Dr. Sardjito Yogyakarta*. *Jurnal Psyche*. Vol 1 No 1.