



083867708263

cv.mine7

mine mine

Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153
Rt 11 Ngestiharjo Kasihan Bantul
Mobile : 083867708263
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-7550-09-9



9 786237 550099



ISBN 978-623-7550-09-9

**“KABAR”
(KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK)
SEBAGAI UPAYA PEMBERDAYAAN
MASYARAKAT DALAM MENANGGULANGI
MASALAH ROKOK**



“KABAR”
(KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK)
SEBAGAI UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
DALAM MENANGGULANGI MASALAH ROKOK



Tim Penyusun:

Vina Yulia Anhar

Fauzie Rahman

Syamsul Arifin

Andini Octaviana Putri

Nur Laily

Dian Rosadi

Ayu Riana Sari

Atikah Rahayu

Fahrini Yulidasari

Lia Anggraini

Hadianor

Anggun Wulandari

Meitria Syahadatina Noor

Agus Muhammad Ridwan

Yolanda Amelia Marta

Nanda Suji Paramita

Misda Silva

Sri Indang Kasih

Syifaul Husna

Widya Wati Rahmadani

**KABAR” (KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK)
SEBAGAI UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM
MENANGGULANGI MASALAH ROKOK**

Tim Penyusun:

Vina Yulia Anhar
Fauzie Rahman
Syamsul Arifin
Andini Octaviana Putri
Nur Laily
Dian Rosadi
Ayu Riana Sari
Atikah Rahayu
Fahrini Yulidasari
Lia Anggraini
Hadianor
Anggun Wulandari
Meitria Syahadatina Noor
Agus Muhammad Ridwan
Yolanda Amelia Marta
Nanda Suji Paramita
Misda Silva
Sri Indang Kasih
Syifaul Husna
Widya Wati Rahmadani

Hak Cipta © 2019, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

Cetakan ke-1 Tahun 2019

CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-55182 Telp:

083867708263

Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-7550-09-9

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat limpahan rahmat-Nya, buku yang berjudul: **“KABAR”(KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK) SEBAGAI UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM MENANGGULANGI MASALAH ROKOK** dapat diselesaikan. Buku ini merupakan hasil dari penelitian dan kegiatan pengabdian masyarakat yang telah kami lakukan sebelumnya.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah terlibat dari awal rangkaian kegiatan penelitian, pengabdian masyarakat, hingga terselesaikannya penyusunan buku ini. Ucapan terima kasih tak lupa pula kami sampaikan kepada pihak penerbit yang telah membantu proses penerbitan dan percetakan buku ini.

Buku ini tentu masih jauh dari kata sempurna. Maka dari itu, kami mohonkan masukan berupa kritik dan saran, agar kedepannya mampu menghasilkan suatu karya tulisan yang lebih baik.

Banjarbaru, Oktober 2019

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

| | |
|----------------------------|-----------|
| COVER..... | i |
| KATA PENGANTAR..... | ii |
| DAFTAR ISI..... | iv |

BAB I

ROKOK DAN PERMASALAHAN

| | |
|--------------------|---|
| DI MASYARAKAT..... | 1 |
|--------------------|---|

BAB II

| | |
|------------------------------|----|
| PERILAKU MEROKOK REMAJA..... | 12 |
|------------------------------|----|

BAB III

PENGETAHUAN DAN PENGARUH TEMAN SEBAYA

| | |
|---------------------------------------|----|
| TERHADAP PERILAKU MEROKOK REMAJA..... | 42 |
|---------------------------------------|----|

BAB IV

IKLAN ROKOK DAN PERSEPSI PERINGATAN

KESEHATAN

BERGAMBAR TERHADAP PERILAKU MEROKOK

| | |
|-------------|----|
| REMAJA..... | 55 |
|-------------|----|

BAB V

PENERAPAN METODE PETUGAS PENGAWAS

PEROKOK (P3)

| | |
|--|----|
| SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU PEROKOK AKTIF..... | 64 |
|--|----|

BAB VI

| | |
|---|----|
| KAWASAN TANPA ROKOK: DUKUNGAN <i>STAKEHOLDER</i> MELALUI PERATURAN DAERAH..... | 83 |
|---|----|

BAB VII

| | |
|--|----|
| KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK (KABAR) (PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM RANGKA PENERAPAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK (KTM) DI DESA SUNGAI ALANG..... | 90 |
|--|----|

| | |
|----------------------------|------------|
| DAFTAR PUSTAKA..... | 138 |
|----------------------------|------------|

BAB I

ROKOK DAN PERMASALAHAN DI MASYARAKAT

A. Rokok

1. Definisi rokok

Salah satu penyumbang kematian terbesar yang sulit dicegah di lingkungan masyarakat adalah rokok. Rokok adalah permasalahan kesehatan dalam skala global. Rokok merupakan produk hasil olahan tembakau dengan komposisinya dihasilkan dari tanaman *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. Bentuk rokok berupa silinder, terbuat dari kertas dengan ukuran panjang antara 70 hingga 120 mm, serta diameter sekitar 10 mm, yang berisi cacahan daun tembakau.

2. Bahaya merokok

Rokok apabila dikonsumsi dapat menjadi sumber penyakit seperti kanker, penyakit jantung, gangguan pernapasan, serta menjadi salah satu penyumbang kematian terbesar. Beberapa permasalahan kesehatan akibat merokok, yaitu:

- a. Penyakit paru-paru: efek dari perokok yang paling pertama merusak organ tubuh akibat asap rokok adalah paru-paru. Asap rokok tersebut terhirup dan masuk ke dalam paru-paru sehingga menyebabkan paru-paru mengalami radang, bronkitis, pneumonia. Bahaya dari zat nikotin yang terkandung pada rokok dapat menyebabkan kerusakan sel-sel dalam organ paru-paru yang bisa berakibat fatal yaitu kanker paru-paru. Bahaya merokok bagi kesehatan ini tentu sangat berisiko dan dapat menyebabkan kematian.
- b. Penyakit impotensi dan organ reproduksi: disfungsi ereksi terjadi bila darah tidak mengalir bebas ke penis. Merokok dapat merusak pembuluh darah, nikotin menyempitkan pembuluh darah yang menuju penis sehingga mengurangi aliran darah dan tekanan darah menuju penis. Efek ini meningkat sejalan dengan waktu. Masalah ereksi ini merupakan peringatan awal bahwa tembakau telah merusak area lain dari tubuh.
- c. Penyakit lambung: penyakit yang disebabkan oleh aktivitas merokok pada remaja salah satunya adalah gastritis. Gastritis adalah inflamasi mukosa lambung yang

diakibatkan oleh diet yang tidak benar, atau makanan yang berbumbu atau mengandung mikroorganisme penyebab penyakit. Gaya hidup yang tidak sehat dengan mengkonsumsi makanan yang dapat merangsang peningkatan asam lambung, seperti: asinan, cuka, sambal, serta kebiasaan merokok dan minum alkohol, meningkatkan jumlah penderita gastritis.

- d. Risiko stroke: stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi saraf lokal dan/atau global, munculnya mendadak, progresif dan cepat. Gangguan fungsi saraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik.

3. Komponen rokok

Komponen kimia rokok yang berbahaya bagi kesehatan berasal dari lima sumber sebagai berikut:

- a. Terkandung dalam tanaman tembakau dan diwariskan secara genetik, yaitu senyawa alkaloid. Nikotin, salah satu jenis alkaloid yang penting, meningkat jumlahnya karena pemupukan nitrogen, pemangkasan tanaman awal yang diikuti pembuangan tunas ketiak secara intensif, daerah

tumbuh,dan lain-lain. Nikotin dapat mengakibatkan ketagihan dan gangguan pada jantung serta paru-paru.

- b. Terkandung dalam daun tembakau dalam jumlah kecil tetapi akan meningkat akibat pengovenan terlalu lama. Misalnya TSNA,yang dapat meningkat akibat kegiatan mikrobia tertentu yang banyak menghasilkan senyawa nitrit. TSNA merupakan bahan karsinogenik, yang juga banyak terdapat pada makanan yang diolah dengan pengasapan atau pembakaran.
- c. Residu bahan bakar pada pengovenan dengan pemanasan langsung. Sisa pembakaran juga membawa senyawa nitrit selain residu B-a-P. Seperti TSNA, B-a-P juga bersifat karsinogenik.
- d. Residu pupuk dan pestisida seperti klor, cadmium, sipermetrin, provenofos,dan lain-lain.
- e. Bahan asing terutamabahan plastik seperti tali, pembungkus,dan lain-lain yangdi-kriteriakan sebagai bahan lain terbawa tembakau (NTRM = nontobacco related-material)

Terdapat tiga macam bahan kimia yang paling berbahaya dalam asap rokok, diantaranya adalah tar, nikotin, dan karbon monoksida. Tar adalah kumpulan dari beribu-ribu bahan kimia dalam komponen padat asap rokok dan bersifat karsinogenik. Ketika menghisap rokok, tar masuk ke rongga mulut sebagai uap padat yang setelah dingin akan menjadi padat dan membentuk endapan yang berwarna coklat pada permukaan gigi, saluran napas, dan paru-paru. Komponen tar mengandung radikal bebas, yang berdampak pada besarnya risiko terkena kanker.

Nikotin merupakan komponen yang paling banyak terkandung dalam rokok adalah. Bahan kimia tersebut bersifat toksik yang menimbulkan ketergantungan psikis. Nikotin merupakan alkaloid alam yang bersifat toksis yang berbentuk cairan, tidak berwarna, dan mudah menguap. Zat ini dapat merubah warna menjadi coklat dan berbau seperti tembakau jika bersentuhan dengan udara. Nikotin berperan dalam menghambat perlekatan dan pertumbuhan sel *fibroblast ligament periodontal*, menurunkan isi protein fibroblast, serta dapat merusak sel membran.

4. Jenis rokok

Terdapat beberapa jenis rokok yang dikenal di masyarakat, yaitu rokok putih, rokok kretek, rokok kelembak atau rokok *siong*, rokok cerutu, rokok *tingwe*, rokok pipa, dan lain-lain.

- a. Rokok putih merupakan rokok yang dibuat dari daun tembakau saja tanpa dicampuri bahan-bahan yang lain.
- b. Rokok kretek adalah rokok yang terbuat dari tembakau dan cengkeh.
- c. Rokok kelembak, yaitu rokok yang dibuat dari tembakau dan dicampur dengan kelembak.
- d. Rokok cerutu, terbuat dari daun tembakau kering yang dirajang agar lebar disusun sedemikian rupa yang kemudian dibalut dengan tembakau, pembalut cerutu yang termashur di seluruh dunia adalah daun tembakau Deli
- e. Rokok *tingwe* adalah rokok yang dibuat sendiri oleh perokok yang bahan bakunya dari tembakau rajangan kering dan biasanya dicampuri dengan cengkeh rajangan, kelembak dan terkadang juga kemenyan.

5. Perokok

Secara umum terdapat dua macam perokok, yaitu perokok aktif dan perokok pasif. Perokok aktif merupakan orang yang merokok dan menghirup langsung asap tembakau. Perokok pasif adalah orang yang secara tidak langsung menghirup asap rokok. Berdasarkan jumlah konsumsi, perokok dikategorikan menjadi perokok ringan (1-10 batang per hari), perokok sedang (11-23 batang per hari), dan perokok berat yang merokok 24 batang atau lebih dalam sehari.

Terdapat perokok yang dipengaruhi rasa positif, perokok yang dipengaruhi rasa negatif, perokok adiktif, dan perokok yang merokok karena kebiasaan. Perokok yang dipengaruhi perasaan positif terbagi menjadi *pleasure relaxation*, *stimulation to pick them up*, dan *pleasure of handling the cigarette*. Ketika perokok merokok hanya untuk tambahan seperti pelengkap minum kopi atau setelah makan disebut *pleasure relaxation*.

Stimulation to pick them up dilakukan untuk mendapat perasaan senang. *Pleasure of handling the cigarette* yaitu ketika perokok mendapat kenikmatan saat memegang rokok. Perokok

yang dipengaruhi rasa negatif kebanyakan hanya merokok untuk mengatasi cemas dan marah. Perokok adiktif akan menambah dosis rokok untuk meningkatkan efeknya. Kemudian perokok yang merokok karena kebiasaan sudah secara rutin merokok. Seorang perokok tidak mudah berhenti merokok begitu saja. Terkadang seseorang kembali merokok setelah memutuskan untuk berhenti merokok. Ketergantungan rokok akibat pengaruh nikotin membuat orang sulit berhenti. Saat berhenti merokok, perokok akan merasa ada yang kurang, lesu, dan cemas.

B. Permasalahan Rokok

Perilaku merokok merupakan salah satu penyebab kematian paling besar di dunia. Perilaku merokok terjadi pada semua golongan masyarakat, baik kaya dan miskin, berpendidikan maupun berpenghasilan tinggi dan rendah, usia dewasa bahkan usia muda seperti remaja. Berdasarkan Laporan Kementerian Kesehatan tahun 2016 menunjukkan bahwa proporsi perilaku merokok penduduk umur 15 tahun ke atas sebesar 32,8%, dan mengalami peningkatan di tahun 2018, yaitu 33,8%. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018

menunjukkan bahwa sebanyak 9,1% penduduk umur 10-18 tahun merupakan perokok aktif.

Prevalensi perokok aktif di Indonesia meningkat sangat cepat. Apabila pemerintah tidak sigap dengan kebijakan yang lebih efektif, diperkirakan pada tahun 2025 jumlah perokok di Indonesia akan bertambah sebanyak 90 juta orang. Perilaku merokok pada penduduk usia lebih dari 15 tahun ke atas masih belum terjadi penurunan bahkan cenderung mengalami peningkatan dari 34,2% pada tahun 2007 menjadi 36,2% pada tahun 2013.

Berdasarkan data *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) menunjukkan bahwa 32,1% pelajar (remaja) di Indonesia telah menggunakan berbagai produk tembakau termasuk rokok, 35,3% diantaranya remaja laki-laki mengonsumsi rokok dan sebanyak 3,4% pada remaja perempuan. Adapun rentang usia merokok yang paling banyak dimulai pada umur 12-13 tahun, dengan persentase 43,2% (8). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pusat Penelitian dan Pengembangan (Puslitbang) Upaya Kesehatan Masyarakat dengan WHO menunjukkan bahwa sebanyak 32,82% siswa laki-laki dan 3,04% siswa perempuan

mencoba untuk merokok pertama kali pada usia ≤ 13 tahun.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2018 diketahui jumlah konsumsi rata-rata rokok perhari dengan umur >10 tahun di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 16,72 batang rokok perhari (peringkat ke-4 tertinggi dari 34 provinsi) (Kemenkes RI, 2018). Pada kelompok usia (khusus), pada usia >10 tahun dan >15 memiliki persentase yang sama yaitu sebesar 24,3%. Secara nasional, rata-rata jumlah batang rokok yang dikonsumsi yaitu sebanyak 12,8 batang. Sedangkan di Provinsi Kalimantan Selatan, angka rata-rata jumlah batang rokok yang dikonsumsi melebihi dari angka nasional, yaitu mencapai 16,72 batang.

Proporsi usia pertama kali merokok pada penduduk usia ≥ 10 tahun, diketahui bahwa kelompok usia 10-14 tahun memiliki persentase sebesar 87,5%. Berdasarkan proporsi usia pertama kali merokok pada penduduk usia ≥ 10 tahun di Provinsi Kalimantan Selatan yaitu pada rentang usia 10-14 tahun memiliki persentase sebesar 24,3%, lebih tinggi dibandingkan dengan angka nasional yaitu 23,1%.

Rerata jumlah batang rokok di Provinsi Kalimantan Selatan melebihi angka nasional. Proporsi rerata jumlah batang

rokok di Provinsi Kalimantan Selatan sebanyak 16,7 batang, sedangkan di Indonesia proporsi reratanya sebanyak 12,3 batang. Jumlah rerata batang rokok yang dihisap di Provinsi Kalimantan Selatan menempati urutan kedua di Indonesia setelah Bangka Belitung. Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa perokok di Provinsi Kalimantan Selatan yang berusia ≥ 10 tahun adalah sebesar 23,5%.

BAB II

PERILAKU MEROKOK REMAJA

A. Perilaku Merokok Remaja

Remaja adalah masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa, yang meliputi semua perkembangan yang dialami sebagai persiapan memasuki masa dewasa. Perubahan perkembangan tersebut meliputi aspek fisik, psikis, dan psikososial. Masa remaja merupakan salah satu periode dari perkembangan manusia. Remaja merupakan masa perubahan atau peralihan dari anak-anak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologis, perubahan psikologis dan perubahan sosial.

Masa remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa, fase remaja tersebut mencerminkan cara berpikir remaja masih berada dalam koridor berpikir konkret. Kondisi ini disebabkan pada masa ini terjadi suatu proses pendewasaan pada diri remaja masa ini berlangsung antara umur 12 sampai dengan 21 tahun, dengan pembagian sebagai berikut:

1. Masa remaja awal (*early adolescent*) umur 12-15 tahun

2. Masa remaja pertengahan (*middle adolescent*) umur 15-18 tahun
3. Remaja terakhir umur (*late adolescent*) umur 18-21 tahun.

Perokok remaja di Indonesia yang jumlahnya tinggi dilatarbelakangi oleh masa remaja yang merupakan masa peralihan antara anak dan dewasa. Perilaku remaja yang sudah mulai aktif merokok ini dipengaruhi oleh banyak faktor.

Pada masa ini remaja akan berusaha mencari identitas dirinya. Remaja cenderung mencoba perilaku yang belum pernah dilakukannya baik perilaku positif maupun perilaku negatif. Salah satu contoh perilaku negatif yang menjadi masalah kenakalan remaja adalah perilaku merokok. Perilaku merokok dimulai dengan adanya rokok pertama. Perilaku merokok diawali oleh rasa ingin tahu dan pengaruh teman sebaya. Remaja mulai merokok terjadi akibat pengaruh lingkungan sosial. *Modelling* (meniru perilaku orang lain) menjadi salah satu determinan dalam memulai perilaku merokok. Seseorang setelah mencoba rokok pertama, ia menjadi ketagihan merokok, dengan alasan-alasan seperti kebiasaan, menurunkan kecemasan, dan mendapatkan penerimaan.

Alamsyah (2009) dalam penelitiannya menyebutkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku merokok pada remaja diantaranya adalah pengetahuan remaja terhadap rokok, pengaruh lingkungan sosial, sarana dan prasarana yang tersedia dan alasan psikologis. Faktor-faktor ini mampu mempengaruhi perilaku merokok pada remaja karena masa remaja adalah masa yang rawan oleh pengaruh-pengaruh negatif. Remaja lebih meniru kepada hal yang ia lihat atau mendengar dari orang lain. Pada masa ini remaja menghadapi konflik tentang apa yang mereka lihat dan apa yang mereka pandang tentang struktur tubuh yang ideal.

Perilaku merokok pada remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu tingkat pengetahuan remaja, persepsi peringatan kesehatan bergambar, dan pengaruh teman sebaya. Pengetahuan mengenai merokok merupakan wawasan yang dimiliki oleh seseorang tentang arti merokok, zat-zat yang terkandung di dalam rokok, dampak merokok bagi kesehatan, dan dampak merokok bagi orang lain. Pengetahuan tentang rokok adalah informasi yang dimiliki oleh seseorang mengenai bahan atau zat yang terkandung dalam rokok serta dampak atau pengaruhnya

bagi kesehatan. Pengetahuan seseorang terhadap rokok akan meningkatkan kontrol dirinya sehingga jika seseorang memiliki pengetahuan yang baik tentang rokok maka orang itu cenderung tidak merokok dan sebaliknya. Namun, walaupun seseorang telah memiliki pengetahuan yang benar tentang rokok, faktor lain seperti kemampuan berpikir yang belum berkembang secara sempurna serta informasi yang salah mengenai rokok memiliki pengaruh yang kuat dalam pengambilan keputusan seseorang untuk merokok.

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan konsumsi rokok adalah dengan menerapkan aturan pencantuman peringatan kesehatan bergambar pada bungkus rokok. Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 mengamanatkan adanya ketentuan kawasan tanpa rokok dan peringatan kesehatan bergambar. Peraturan pelaksanaan selanjutnya telah dikeluarkan pada tahun 2012 yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi kesehatan yang memungkinkan pelaksanaan peringatan kesehatan bergambar 40% pada kemasan rokok sejak bulan Juni 2014 dan Peraturan

Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2013 tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau. Hal tersebut menunjukkan kemajuan penerapan peringatan kesehatan bergambar pada kemasan rokok, yang sebelumnya hanya berupa peringatan kesehatan berbentuk tulisan.

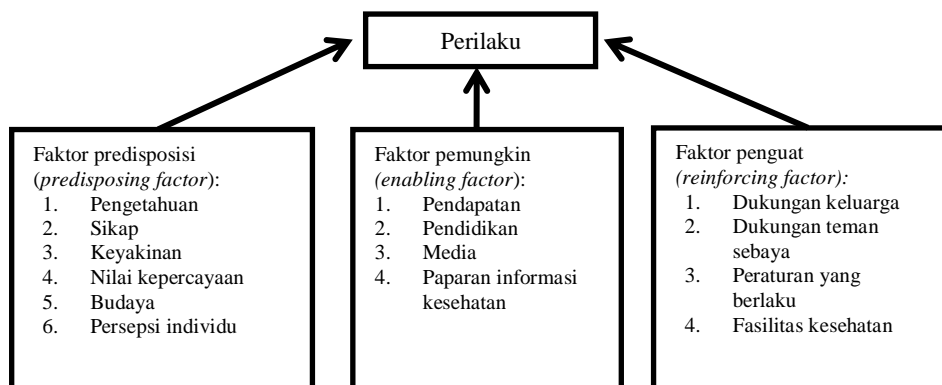
Peringatan kesehatan bergambar sebagai media promosi pencegahan perilaku merokok. Pengetahuan tentang rokok banyak didapatkan melalui iklan rokok, baik jenis rokok terbaru maupun bahaya dari rokok serta peringatan kesehatan bergambar. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati, dkk (2018) bahwa secara statistik ada hubungan yang signifikan antara persepsi peringatan kesehatan bergambar terhadap perilaku merokok pada remaja dengan mayoritas remaja yang memiliki persepsi positif terhadap peringatan kesehatan bergambar akan cenderung untuk berhenti merokok atau mengurangi merokok, sebaliknya bagi remaja yang memiliki persepsi negatif terhadap peringatan kesehatan bergambar cenderung akan tetap merokok.

Menurut Brown, dkk (2006) dalam penelitian Ormrod (2009) pengaruh teman sebaya memiliki peranan penting dalam keputusan remaja untuk merokok. Hal itu disebabkan oleh remaja menginginkan simbol status yang dapat menunjukkan bahwa orang yang memilikinya lebih tinggi atau mempunyai status yang lebih dalam kelompok. Sehingga remaja mencari rasa nyaman dan kelekatan pada teman sebaya dan membuat remaja memiliki *self socialization* yaitu memberikan tekanan kepada diri sendiri untuk mengadopsi perilaku yang mereka anggap disukai orang lain. Menurut Rachmat, dkk (2013) menunjukkan bahwa perilaku merokok remaja SMP dipengaruhi oleh interaksi kelompok sebaya, interaksi keluarga dan sikap merokok. Hasil penelitian Alamsyah dan Nopianto (2017), menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, serta iklan rokok merupakan aspek yang mempengaruhi perilaku merokok pada remaja.

B. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Merokok

Menurut Green (1994) dalam Kumboyono (2010) bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar

perilaku (*non-behavior causes*). Faktor perilaku merupakan hasil dari berbagai faktor yang mempengaruhi baik internal maupun eksternal. Dalam model ini ditentukan atau terbentuk faktor perilaku yang dipengaruhi berdasarkan *predisposing*, *enabling*, dan *reinforcing causes*.



Gambar 2.1 Kerangka Teori Menurut Green (1994) dalam Kumboyono (2010)

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor predisposisi merupakan suatu faktor anteseden (yang mendahului perilaku yang menjadi dasar atau motivasi

perilaku). Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, nilai, kepercayaan, dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok untuk melakukan tindakan. Faktor lain yang termasuk faktor anteseden yaitu faktor sosiodemografi seperti umur, jenis kelamin, ras, jumlah keluarga, status sosial seseorang yang meliputi pendapatan, pendidikan, pekerjaan, dan tempat tinggal.

a. Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan ini terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa serta raba sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang.

Beberapa tahapan dalam pengetahuan seseorang, yaitu:

- 1) Tahu (*know*): tahu diartikan sebagai suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Salah satu contoh pengetahuan pada tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang

spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima

- 2) Memahami (*comprehension*): memahami diartikan sebagai suatu kemampuan secara benar tentang objek yang telah diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah memahami suatu objek harus dapat menjelaskan atau menyebutkan, sebagai contoh: menyimpulkan dan meramalkan objek yang dipelajari
- 3) Aplikasi (*application*): aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi ini dapat diartikan dalam penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam kondisi dan situasi yang lain
- 4) Analisis (*analysis*): analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam lingkup organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

Hasil penelitian Wijayanti, dkk (2017) pada remaja Kampung Bojong Rawalele dengan rentang usia 10-20 tahun

memperlihatkan bahwa pengetahuan berhubungan dengan perilaku merokok. Salah satu faktor pendorong terbentuknya perilaku merokok adalah pengetahuan serta adanya pengalaman remaja yang dipaksa untuk merokok atau dijauhi temannya bila tidak merokok sehingga menyebabkan pengalaman buruk yang mengarah ke perilaku merokok.

Remaja akan berupaya dapat diterima oleh teman sebayanya sehingga tidak sedikit yang mengikuti ajakan untuk merokok agar dapat diterima oleh kelompok sebaya. Seorang remaja yang telah memahami mengenai merokok dan bahayanya akan berkeyakinan kuat untuk menghindari rokok. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Alamsyah (2009) menyatakan bahwa pengetahuan tentang bahaya merokok memiliki hubungan yang bermakna dengan kebiasaan merokok.

Pengetahuan memiliki hubungan yang bermakna dengan perilaku merokok. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Andika, dkk (2016) pada seluruh siswa SMP 1 Pariaman menyimpulkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku merokok pada remaja dan ini merupakan dampak yang sangat serius bagi remaja.

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Berdasarkan penelitian Purnomo, dkk (2018) diketahui terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku merokok responden. Berdasarkan uji kontingen koefisiensi diketahui nilai $C = 0,450$ yang menunjukkan korelasi bersifat positif dengan kekuatan korelasi moderat. Dari 120 pelajar yang berstatus perokok, sebanyak 46 responden memiliki sikap tidak mendukung perilaku merokok dan 74 responden memiliki sikap mendukung perilaku merokok. Selain itu, dari 171 pelajar dengan status bukan perokok, 148 pelajar diantaranya memiliki sikap tidak mendukung perilaku merokok dan 23 pelajar memiliki sikap mendukung terhadap rokok.

c. Nilai kepercayaan

Keyakinan atau kepercayaan merupakan sesuatu yang berhubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi, keahlian, dan kekuatan yang menciptakan kehidupan. Aspek keyakinan atau kepercayaan dalam kehidupan manusia mengarahkan kepada budaya hidup. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai, dan penggunaan sumber daya di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan pola hidup yang disebut kebudayaan dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku.

d. Budaya

Budaya merupakan sesuatu yang mencirikan sebuah komunitas (kelompok). Berbagai kepercayaan dan kebiasaan yang melekat pada suatu kelompok masyarakat yang berlangsung dalam kurun waktu yang lama merupakan perspektif kebudayaan. Pada masyarakat berkembang kebudayaan yang berbeda antara kelompok masyarakat satu dengan lainnya yang selanjutnya dinamakan variasi budaya. Terdapat catatan penting yaitu tidak selamanya budaya yang

dianut masyarakat bernilai positif seringkali mengandung nilai negatif.

e. Persepsi individu

Persepsi merupakan proses memperoleh informasi untuk memahami suatu objek tertentu. Alat untuk memperoleh informasi tersebut adalah melalui pengindraan, sedangkan alat untuk memahaminya adalah kesadaran atau kognisi manusia memiliki alat indra sebagai alat untuk berhubungan dengan dunia di luar dirinya objek-objek yang ada disekelilingnya ditangkap oleh alat indra untuk kemudian dialirkan ke otak. Sehingga, individu dapat mengamati objek tersebut. Hal ini disebut sensasi pada tahap berikutnya rangsangan yang sampai pada alat indra yang datang dalam jumlah yang banyak pada suatu waktu dan dalam bentuk yang tidak mempunyai arti kemudian ditafsirkan oleh individu. Proses inilah yang disebut dengan persepsi.

2. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor pemungkin ini mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku

kesehatan. Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas yang pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan berbagai sumber daya seperti biaya, jarak, ketersediaan transportasi, paparan informasi, dan sebagainya.

a. Pendapatan

Tingkat pendapatan merupakan salah satu indikator kesejahteraan sosial ekonomi seseorang. Tingkat pendapatan yang tinggi sangat berkaitan erat dengan tingkat pendidikan yang tinggi pula. Hal ini disebabkan karena semakin tinggi pendidikan akan menyebabkan seseorang memperoleh pekerjaan yang semakin baik sehingga pendapatan yang diperoleh cenderung menjadi lebih tinggi pula. Hal tersebut mampu menjelaskan alasan persentase perokok lebih tinggi pada orang yang berpendapatan rendah dibandingkan dengan orang yang berpendapatan tinggi.

b. Pendidikan

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya yang perlu dilakukan untuk menanggulangi budaya merokok di kalangan remaja. Upaya ini tidak hanya menjadi tanggungjawab pemerintah tetapi juga memerlukan andil pihak swasta dan organisasi non-pemerintah lainnya. Inisiasi pendidikan kesehatan yang di dalamnya juga memuat tentang pengendalian perilaku merokok dapat dimulai dari sekolah karena persentase remaja yang menempuh pendidikan formal di sekolah cukup besar. Secara umum, tujuan ini berfungsi untuk mengendalikan peran lingkungan sosial atau budaya terhadap perilaku remaja.

c. Media

Media merupakan salah satu sarana untuk menyampaikan informasi dalam cakupan yang luas. Sifat media massa yang dapat menyampaikan pesan dalam waktu yang bersamaan kepada publik memiliki dampak positif maupun negatif. Dampak yang dihasilkan tersebut tergantung dari muatan informasi yang disampaikan. Dalam konteks perilaku, media massa dapat memberikan efek negatif terhadap pembentukan perilaku merokok pada remaja. Bagi remaja, media massa baik

cetak maupun elektronik seperti koran, majalah, televisi, radio ataupun internet merupakan sumber informasi yang dapat membentuk konsep berpikir mereka. Banyak remaja yang terjerumus dalam perilaku merokok dikarenakan pengaruh informasi atau iklan dalam berbagai media massa tersebut. Studi pada 451 siswa dari tiga sekolah berbeda (*day school*, *boarding school* dan *vocational school*) di Kelantan-Malaysia menunjukkan bahwa lebih dari 2/3 responden mendapatkan informasi mengenai bahaya rokok dari media massa.

d. Paparan informasi peringatan kesehatan bergambar

Peringatan bergambar pada kemasan rokok menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2013 adalah tentang gambar dan tulisan yang memberikan informasi mengenai bahaya merokok. Pengaturan pencantuman peringatan kesehatan dan informasi kesehatan pada kemasan produk tembakau bertujuan untuk memberikan pedoman bagi pelaku industri produk tembakau untuk melaksanakan pencantuman peringatan kesehatan dan informasi kesehatan kemasan produk tembakau.

Peringatan kesehatan terdiri atas sejenis yang berbeda, yaitu gambar pertama tentang merokok menyebabkan kanker mulut, gambar kedua tentang merokok dapat membunuh perokok, gambar ketiga tentang merokok menyebabkan kanker tenggorokan, gambar ke empat tentang merokok di dekat anak berbahaya untuk kesehatan anak, dan gambar kelima tentang merokok dapat menyebabkan kanker paru dan bronkitis kronis. Gambar tersebut dicantumkan pada setiap 1 varian produk tembakau dengan porsi masing-masing 20% dari jumlah setiap varian produk tembakau pada waktu yang bersamaan.

3. Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor penguat merupakan faktor yang mendukung perubahan perilaku seseorang atau sekelompok orang yang memungkinkan adanya penghargaan atau imbalan terhadap perubahan perilaku yang menetap dan berulang. Faktor yang termasuk penguat antara lain manfaat sosial, manfaat fisik, kepuasan terhadap layanan tenaga/fasilitas kesehatan, adanya dukungan keluarga, teman, guru, pimpinan, perilaku tenaga kesehatan, serta pengambilan kebijakan. Hal-hal ini menunjukkan bahwa perilaku seseorang biasanya dipengaruhi

oleh orang-orang yang dianggap penting disektor kehidupan mereka.

a. Dukungan keluarga

Faktor yang penting dalam memulai kebiasaan merokok adalah pengaruh orang tua. Data menunjukkan bahwa kemungkinan menjadi perokok akan jauh meningkat bila orang tuanya adalah perokok. Di Amerika Serikat, menunjukkan bahwa remaja putri yang orang tuanya perokok itu 5 kali lebih sering menjadi perokok pula bila dibandingkan dengan yang orang tuanya tidak merokok.

b. Pengaruh teman sebaya

Pengaruh kelompok sebaya dengan perilaku berisiko kesehatan pada remaja dapat terjadi melalui mekanisme *peer socialization*, dengan arah pengaruh berasal kelompok sebaya, artinya ketika remaja bergabung dengan dengan kelompok sebayanya maka seorang remaja akan dituntut untuk berperilaku sama dengan kelompoknya, sesuai dengan norma yang dikembangkan oleh kelompok tersebut.

Pengaruh teman sebaya dalam perilaku merokok remaja adalah semakin banyak remaja merokok maka semakin besar kemungkinan teman-temannya adalah perokok juga dan begitu juga sebaliknya. Penelitian Soetjningsih (2010) juga menyatakan bahwa kelompok teman sebaya dapat mengembangkan hubungan baru antara individu satu dan lain. Hubungan yang dikembangkan tersebut dapat mengarah pada hal yang positif ataupun negatif. Remaja yang melakukan interaksi dengan teman-teman yang baik maka akan menjadi semakin baik, namun sebaliknya remaja yang melakukan interaksi dengan teman sebaya yang memberi pengaruh buruk maka remaja tersebut akan mudah dalam melakukan hal-hal menyimpang seperti perilaku merokok.

c. Peraturan kebijakan yang berlaku

Pada tahun 1999, dikeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan dengan salah satu pasal (pasal 4) yang mempermasalahkan pembatasan kadar nikotin dan tar dalam rokok yang beredar di Indonesia. Pernyataan dalam pasal 4 ayat 1 tersebut adalah "*Kadar kandungan nikotin dan tar pada setiap*

batang rokok yang beredar di wilayah Indonesia tidak boleh melebihi kadar kandungan nikotin 1,5 mg dan kadar kandungan tar 20 mg“.

Belum genap 3 tahun sejak perubahan Peraturan Pemerintah 81 Tahun 1999, pada tanggal 10 Maret 2003, pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan. Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 beserta perubahannya dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2000 dinyatakan tidak berlaku. Desakan yang semakin kuat dan pihak pengusaha rokok dan petani tembakau dan cengkeh telah melahirkan Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 ini. Kadar kandungan tar dan nikotin sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 ditiadakan, sehingga pasal 4 ayat 1 dalam Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 ini berbunyi "*Setiap orang yang memproduksi rokok wajib melakukan pemeriksaan kandungan kadar nikotin dan tar pada setiap hasil produksinya*".

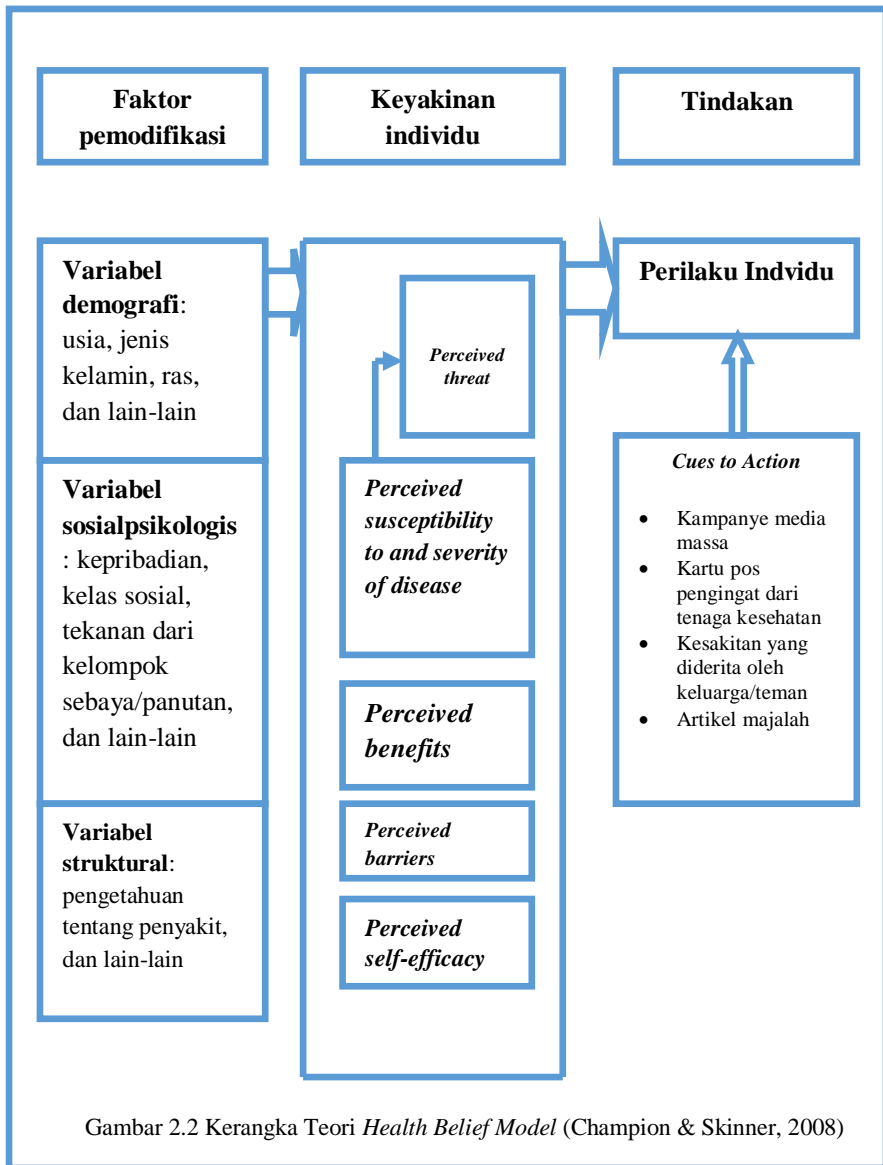
d. Fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat. Menurut Devi (2011) menyatakan bahwa kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit, dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga mesti ditingkatkan.

C. Teori Perilaku *Health Belief Model* (HBM)

Salah satu model teori yang tepat mengeksplorasi faktor terkait perilaku merokok ini adalah *Health Belief Model* (HBM). Model ini dari konstruksi teori Lewin yang beraliran Humanistik dan teori Stimulus-Respon (SR) dari Skinner dan Watson yang beraliran Behaviorisme, dimana sesuai dengan ciri aliran

humanistik bahwa proses kognitif menjadi kunci individu akan bertindak. Manusia / individu akan bertindak ketika telah melalui proses kognisi dalam otak dalam menilai informasi yang masuk melalui panca indera.



Gambar 2.2 Kerangka Teori *Health Belief Model* (Champion & Skinner, 2008)

Model teori ini menjelaskan bahwa walaupun paparan stimulus dari lingkungan sekitar begitu kuat, akan tetapi individu adalah yang menentukan akan berperilaku seperti apa. Dengan kata lain, lingkungan tidak membuat individu untuk bertindak tapi individu adalah yang mempunyai otonomi penuh atas pilihan tindakan yang dilakukannya. Model ini kemudian secara rinci menjelaskan beberapa faktor yang dapat memprediksi individu akan bertindak.

Teori HBM mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan melalui 3 tingkatan, yaitu faktor pemodifikasi (*modifying factors*), keyakinan individu (*individuals belief*), isyarat untuk bertindak (*cues to action*). Beberapa tingkatan ini merupakan jenjang yang saling berurutan dimana dimulai faktor pemodifikasi yang ada pada individu yang bersangkutan menimbulkan keyakinan pada individu tentang perilaku tertentu lalu kemudian akan menimbulkan suatu perilaku/tindakan.

1. Faktor pemodifikasi

Faktor ini merupakan *trigger* pertama dalam membentuk perilaku individu. Adapun faktor pemodifikasi terdiri atas

beberapa variabel, yaitu: demografi: usia, jenis kelamin, ras; sosio-psikologi: kepribadian, status sosial ekonomi (pendidikan, penghasilan), *peer reference* (orang tua, saudara, teman sebaya); struktural: pengetahuan tentang penyakit.

2. Keyakinan individu

Aspek ini berkaitan erat dengan sikap individu terhadap perilaku merokok. Sikap ini timbul akibat adanya *trigger* dari faktor pemodifikasi. Semakin kuat pengaruh faktor pemodifikasi maka semakin kuat sikap akan terbentuk pada individu terhadap perilaku merokok. Sikap seseorang terhadap sesuatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*). Dalam teori HBM, sikap merupakan bagian dari faktor keyakinan individu. Sikap merupakan manifestasi dari beberapa variabel kunci terjadinya perilaku, yaitu:

a. Persepsi kerentanan terjadinya penyakit (*perceived susceptibility*)

Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) dapat diartikan bahwa individu akan bertindak jika ia

memandang bahwa dirinya rentan terkena penyakit tertentu. Dengan kata lain bahwa suatu tindakan pengobatan atau pencegahan akan terjadi apabila individu dan keluarganya merasakan sangat berisiko atau rentan terhadap suatu penyakit. Dalam variabel ini individu akan menilai berdasarkan persepsinya, apakah perilaku merokok dapat mengakibatkan orang menjadi rentan / mudah terkena penyakit. Apabila persepsi individu berkeyakinan bahwa kesehatan orang yang merokok sama saja atau tidak lebih buruk dari tidak merokok berarti perilaku merokok bukan sebuah perilaku yang rentan menyebabkan penyakit.

b. Keseriusan penyakit yang dirasakan (*perceived seriousness/severity*)

Tindakan individu untuk mencari pengobatan atau pencegahan dari suatu penyakit didorong persepsi keseriusan penyakit tersebut oleh individu. Semakin besar persepsi keseriusan suatu penyakit atau perilaku yang dapat menimbulkan penyakit maka semakin besar individu akan melakukan tindakan pencegahan dan pengobatan. Dalam variabel ini individu akan berusaha mengidentifikasi dan

merasakan, apakah perilaku merokok merupakan perilaku yang serius yang dapat menyebabkan penyakit / kerugian yang serius pula. Jika merokok dalam keseharian dilihatnya perilaku merokok tidak menimbulkan gejala penyakit yang serius atau kerugian yang serius, bahkan merokok menimbulkan perasaan positif seperti menghilangkan stres dan meningkatkan harga diri, maka perilaku merokok bukan perilaku yang serius atau membahayakan.

c. Ancaman yang dirasakan (*perceived threat*)

Individu yang merasa berisiko dan rentan terkena penyakit ditambah bahwa penyakit yang akan mengenai individu tersebut merupakan penyakit yang berat dan serius, maka timbullah perasaan terancam bagi individu. Perasaan / persepsi ancaman timbul dari gabungan *perceived susceptibility* dan *perceived seriousness*. Persepsi ancaman akan dirasakan jika individu merasakan bahwa perilaku merokok menjadi sebuah perilaku yang dapat menimbulkan penyakit dengan mudah dan cepat, dan dianggap sebagai perilaku yang serius menyebabkan penyakit / kerugian serius. Jika individu menganggap perilaku merokok tidak menimbulkan penurunan kesehatan, tidak menyebabkan

penyakit yang serius, atau perokok bahkan dapat menyebabkan hal yang positif, maka persepsi tentang kerentanan dan keseriusan tidak dirasakan sehingga perilaku merokok dianggap bukan merupakan ancaman bagi mereka. Keyakinan seperti ini pada kelanjutannya menimbulkan sikap yang cenderung tidak menghindari rokok.

d. Keuntungan dan hambatan melakukan tindakan
(perceived benefits and barriers)

Tindakan individu juga dipengaruhi oleh pertimbangan antara manfaat dan hambatan ketika melakukan tindakan tertentu. Tindakan yang akan diambil sebagai manifestasi dari persepsi ancaman penyakit yang akan terjadi pada diri individu tergantung pada manfaat yang dirasakan dan hambatan yang akan terjadi pada saat tindakan dilakukan. Selisih dari dua faktor ini akan menentukan apakah tindakan tersebut akan dilakukan atau tidak dilakukan. Apabila dirasakan manfaat lebih besar dari hambatan yang akan dirasakan (biasanya berbentuk biaya bertindak atau pengeluaran uang ketika melaksanakan tindakan) maka kecenderungan bertindak / berperilaku akan menjadi kenyataan, begitu juga sebaliknya.

e. Efikasi diri / keyakinan dapat melakukan tindakan (*self-efficacy*)

Efikasi diri adalah keyakinan diri mampu melakukan suatu tindakan. Efikasi diri merupakan prediktor paling baik terbentuknya sebuah perilaku. Semakin besar efikasi diri maka semakin besar kemungkinan individu melakukan sebuah tindakan. Efikasi diri merupakan cerminan keyakinan dapat melakukan tindakan. Semakin besar efikasi diri, semakin besar kemungkinan tindakan akan dilakukan. Individu yang mempunyai keyakinan diri yang tinggi akan berperilaku merokok tentu kemungkinan besar diprediksi akan berperilaku merokok. Efikasi diri ini terbentuk juga melalui proses belajar berdasarkan pengalaman masa lalu. Respon masyarakat terhadap perokok merupakan salah satu masukan penting bagi pembentukan efikasi diri individu.

3. Isyarat untuk bertindak (*cues to action*)

Variabel ini merupakan variabel dimana individu akan bertindak/ berperilaku. Tahap ini terjadi setelah melewati tahap faktor pemodifikasi dan keyakinan individu. Pada tahap ini

individu memerlukan konfirmasi dari tindakan yang dipilih kepada pihak lain / lingkungan eksternal yang dianggap individu mempunyai kapabilitas menilai tindakan. Pihak luar tersebut dapat juga berperan sebagai penguat (*reinforcement*). Contoh lingkungan eksternal yaitu: kampanye / iklan media cetak dan elektronik mengenai rokok menjadi salah satu referensi berperilaku merokok.

BAB III

PENGETAHUAN DAN PENGARUH TEMAN SEBAYA TERHADAP PERILAKU MEROKOK REMAJA

A. Perilaku Merokok

Kebiasaan rokok dimulai dengan adanya rokok pertama. Kebiasaan merokok pada remaja dipengaruhi oleh orang tua, teman sebaya, kepribadian dan media informasi yang mengiklankan rokok.

Tabel 3.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perilaku Merokok

| Perilaku merokok | Frekuensi | Persentase |
|-------------------------|------------------|-------------------|
| Tidak merokok | 139 | 89,1 % |
| Merokok | 17 | 10,9 % |
| Total | 156 | 100 % |

Berdasarkan tabel 3.1, hasil penelitian yang dilakukan Ridwan (2019) di SMP wilayah Kelurahan Cempaka diketahui bahwa dari 156 remaja SMP, terdapat 139 orang tidak merokok (89,1%). Sebanyak 17 orang masuk kategori sebagai perokok

(10,9%), yaitu responden yang dalam 6 bulan terakhir ini dan merokok lebih dari satu batang rokok.

Menurut Aditama (2002), perilaku merokok adalah aktivitas menghisap atau menghirup asap rokok dengan menggunakan pipa atau rokok. Seperti halnya perilaku lain, perilaku merokok pun muncul karena adanya faktor internal (faktor biologis dan faktor psikologis, seperti perilaku merokok dilakukan untuk mengurangi stres) dan faktor eksternal (faktor lingkungan sosial, seperti terpengaruh oleh teman). Mirnet (2007) dalam Nasution (2007) juga menambahkan bahwa dari survei terhadap para perokok, dilaporkan bahwa orang tua dan saudara yang merokok, rasa bosan, stres dan kecemasan, perilaku teman sebaya merupakan faktor yang menyebabkan keterlanjutan perilaku merokok pada remaja.

Jumlah perokok yang ditemukan rendah, yaitu 17 (10,9%) responden, salah satunya disebabkan oleh pengetahuan responden yang sudah baik (94,2%), sehingga dengan pengetahuan responden yang baik akan menyebabkan responden tidak berperilaku merokok. Menurut Wong, dkk (2009) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa faktor-faktor yang

berhubungan dengan perilaku merokok pada remaja diantaranya adalah pengetahuan remaja terhadap rokok, pengaruh lingkungan sosial, sarana dan prasarana yang tersedia, dan alasan psikologis. Faktor-faktor ini mampu mempengaruhi perilaku merokok pada remaja karena masa remaja adalah masa yang rawan oleh pengaruh-pengaruh negatif.

B. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2014), pengetahuan atau *knowledge* adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan. Pengetahuan akan suatu objek mengandung 2 aspek, yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif terhadap objek tertentu.

Berdasarkan hasil penelitian Ridwan (2019) terkait dengan pengetahuan remaja pada Tabel 3.2 dan 3.3.

Tabel 3.2. Distribusi Frekuensi Remaja Berdasarkan Pengetahuan

| Pengetahuan | Frekuensi | Persentase |
|--------------------|------------------|-------------------|
| Baik | 147 | 94,2% |
| Kurang | 9 | 5,8 % |
| Total | 156 | 100 % |

Tabel 3.3. Hasil Uji Statistik antara Pengetahuan dengan Perilaku Merokok

| Pengetahuan | Perilaku Merokok | | Total | <i>p-value</i> |
|--------------------|-------------------------|----------------------|---------------|-----------------------|
| | Merokok | Tidak Merokok | | |
| Kurang | 0 (0%) | 9 (100%) | 9 (100%) | 0,599 |
| Baik | 17 (11,56%) | 130 (88,44%) | 147 (100%) | |

Keterangan: CI=95%; $\alpha=0$, *Fisher Exact*

Hasil penelitian Ridwan (2019) menunjukkan bahwa remaja dengan tingkat pengetahuan kategori baik sebanyak 147 orang (94,2%). Sedangkan remaja dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 9 orang (5,8%). Remaja tidak mengetahui bahaya yang ditimbulkan oleh rokok, yaitu menyebabkan

gangguan pada kesehatan seperti impotensi. Data lain menunjukkan sebesar 7 (77,8%) remaja belum mengetahui dampak asap rokok bagi perokok pasif yang dapat menyebabkan penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) bagi perokok pasif. Pengetahuan remaja yang kurang disebabkan oleh intensitas, perhatian dan persepsi terhadap objek melalui penginderaan responden.

Hasil penelitian Fitriani (2010) dalam Mubarak (2007) yang menerangkan bahwa pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan. Artinya semakin tinggi pendidikan seseorang, maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya. Namun, seseorang yang berpendidikan rendah belum tentu memiliki pengetahuan rendah pula. Pengetahuan adalah hasil mengingat akan suatu hal, termasuk mengingat kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu. Menurut Notoatmodjo (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, yaitu pendidikan, pekerjaan, umur, lingkungan dan sosial budaya.

Menurut Rudi, dkk (2017) seseorang dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan jika mendapatkan informasi yang baik. Remaja yang memiliki kemudahan akses untuk memperoleh informasi akan memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan remaja yang sulit mengakses informasi tentang rokok. Pengetahuan tentang rokok cukup baik karena pada usia remaja berada pada tahap belajar sehingga bisa memahami informasi-informasi yang diberikan. Selain itu, kondisi lingkungan yang mendukung remaja mendapatkan banyak informasi karena interaksi dengan banyak orang di lingkungan sekolah maupun rumah.

Ridwan (2019) dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa 147 (100%) responden yang mempunyai pengetahuan baik, terdapat 17 (11,56%) responden yang memiliki perilaku merokok. Namun dari 9 (100%) responden yang mempunyai pengetahuan kurang, tidak ditemukan responden yang memiliki perilaku merokok. Hasil penelitian ini dapat menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik lebih mempunyai perilaku untuk tidak merokok, meskipun terdapat 17 (11,56%) responden yang memiliki perilaku merokok.

Berdasarkan penelitian ini juga diketahui bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku merokok disebabkan oleh proporsi responden yang merokok dan memiliki pengetahuan rendah (0%) lebih rendah dibandingkan dengan proporsi responden yang merokok namun memiliki pengetahuan yang tinggi (11,56%).

Benjamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa pengetahuan memiliki tingkatan, yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Tidak signifikannya hubungan antara pengetahuan tentang bahaya rokok dengan perilaku merokok responden disebabkan oleh perokok maupun bukan perokok hanya sekedar mengetahui bahaya rokok saja, namun belum mampu memahami dan mengaplikasikan pengetahuan yang dimilikinya.

Pengetahuan merupakan *justified true believe*. Seseorang individu membenarkan (*justifies*) kebenaran atas kepercayaannya berdasarkan observasinya mengenai dunia. Jadi bila seseorang menciptakan pengetahuan, ia menciptakan pemahaman atas suatu situasi baru dengan cara berpegang pada kepercayaan yang telah dibenarkan. Pengetahuan dapat

diperoleh melalui pengalaman pengalaman sendiri atau orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang. Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang secara umum, seseorang mempunyai pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang mempunyai pendidikan lebih rendah.

C. Pengaruh Teman Sebaya

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku merokok, yaitu secara ekstrinsik dan intrinsik. Salah satu faktor ekstrinsik adalah pengaruh teman sebaya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Ridwan (2019), maka di peroleh distribusi frekuensi pengaruh teman sebaya yang dapat di lihat pada Tabel 3.4.

Tabel 3.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengaruh Teman Sebaya

| Pengaruh teman sebaya | Frekuensi | Persentase |
|------------------------------|------------------|-------------------|
| Tidak terpengaruh | 150 | 96,2 % |
| Terpengaruh | 6 | 3,8 % |
| Total | 156 | 100 % |

Hasil penelitian Ridwan (2019) menunjukkan bahwa dari 156 responden, terdapat 6 orang (3,8%) yang terpengaruh dengan teman sebaya. Sebanyak 150 responden (96,2%) tidak terpengaruh dengan teman sebaya. Berdasarkan temuan lapangan diketahui bahwa responden yang terpengaruh teman sebaya seperti menerima ajakan teman untuk merokok sebanyak 5 (83,3%) responden akibat bergaul dengan teman yang merokok. Remaja pertama kali merokok disebabkan oleh ajakan teman dengan alasan akan diterima oleh kelompok atau komunitas dan akan dianggap gaul jika mengikuti perilaku merokok oleh temannya. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi remaja berperilaku negatif di lingkungan sekitar adalah pengaruh teman sebaya.

Penelitian Alamsyah (2009) yang menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap perilaku merokok pada remaja diantaranya adalah pengetahuan remaja terhadap rokok, pengaruh lingkungan sosial yaitu teman sebaya, sarana dan prasarana yang tersedia dan alasan psikologis. Faktor-faktor ini mampu mempengaruhi perilaku merokok pada remaja karena

masa remaja adalah masa yang rawan oleh pengaruh-pengaruh negatif. Remaja lebih meniru perilaku dari orang lain yang berada di sekitarnya.

Perilaku merokok disebabkan oleh pengaruh kelompok sebaya. Kelompok sebaya seringkali menjadi faktor utama dalam masalah penggunaan zat oleh remaja. Selama masa remaja, seorang individu mulai menghabiskan lebih banyak waktu dengan teman sebayanya daripada dengan orang tua. Hal ini berarti bahwa teman sebaya mempunyai peran yang sangat penting bagi remaja, karena remaja mulai bergabung dengan kelompok sebaya, sehingga ketika teman sebaya merokok, maka akan berpengaruh pada temannya yang awalnya tidak merokok mengarah ke perilaku merokok akibat pengaruh kelompok.

Teman sebaya sangat berpengaruh dalam perilaku individu. Kebutuhan untuk diterima dalam lingkungan teman sebaya menyebabkan remaja melakukan hal yang sama sesuai dengan lingkungan sekitar. Ketika remaja bergabung dengan kelompok sebayanya maka seorang remaja akan dituntut untuk berperilaku sama dengan kelompoknya, sesuai dengan norma yang dikembangkan oleh kelompok tersebut.

Hasil uji statistik penelitian Ridwan (2019) untuk menganalisis hubungan antara pengaruh teman sebaya dengan perilaku merokok yang dapat dilihat pada Tabel 3.5.

Tabel 3.5 Hasil Uji Statistik antara Pengaruh Teman Sebaya dengan Perilaku Merokok

| Pengaruh teman sebaya | Perilaku merokok | | Total | <i>p-value</i> |
|------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------|-----------------------|
| | Merokok | Tidak Merokok | | |
| Terpengaruh | 1 (16,7%) | 5 (83,3%) | 6 (100%) | 0,506 |
| Tidak terpengaruh | 16 (10,7%) | 134 (89,3%) | 150 (100%) | |

Keterangan: CI=95%; $\alpha=0,05$; uji *Fisher Exact*

Ridwan (2019) dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dari 150 (100%) responden yang tidak terpengaruh teman sebaya, terdapat 16 responden (10,7%) yang mempunyai perilaku merokok. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa dari 6 (100%) responden yang terpengaruh oleh teman sebaya, terdapat 1 (16,7%) responden mempunyai perilaku merokok. Dalam penelitian ini diketahui bahwa responden yang tidak terpengaruh oleh dukungan teman sebaya lebih cenderung mempunyai perilaku untuk tidak merokok.

Berdasarkan hasil penelitian ini, tidak terdapat hubungan antara pengaruh teman sebaya dengan perilaku merokok disebabkan oleh meskipun responden memiliki teman yang merokok dan 16,7% terpengaruh oleh teman sebaya untuk merokok, namun 89,3% diantaranya tidak terpengaruh oleh teman sebaya untuk berperilaku merokok. Penelitian tersebut dengan studi yang dilakukan oleh Azizah (2013) yang menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara teman sebaya dengan perilaku merokok karena walaupun responden memiliki teman yang merokok dan 48,4% dari responden pernah diajak oleh teman mereka untuk merokok, namun 71,8% diantaranya tidak terpengaruh dengan ajakan tersebut.

Menurut Sarason (1983) dalam Agustina dan Suhertin (2012) dengan dukungan, saling memahami, saling menyemangati dalam hal apapun yang ia peroleh dari teman sebayanya serta pengaruh yang positif baik dari perilaku, dan cara berpikirnya yang baik maka remaja memiliki rasa harga diri yang tinggi bahwa remaja tersebut sangat diterima, dihargai, dan diakui di dalam lingkungan teman sebaya, sehingga semakin terpacu semangatnya karena mendapat dukungan dan pengaruh

baik tersebut. Menurut Coopersmith (1967) dalam Agustina dan Suhertin (2012), sebaliknya bila remaja tersebut mendapat penolakan atau tidak diperhatikan oleh teman sebayanya dia akan merasa kesepian dan timbul rasa permusuhan, sehingga remaja tersebut memiliki rasa harga diri yang rendah dan memiliki prestasi belajar yang kurang.

BAB IV

IKLAN ROKOK DAN PERSEPSI PERINGATAN KESEHATAN BERGAMBAR TERHADAP PERILAKU MEROKOK REMAJA

A. Iklan Rokok

Hasil penelitian Anhar dkk (2019) menunjukkan bahwa, terdapat hubungan antara pengaruh iklan rokok terhadap perilaku merokok remaja. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Rachmat dkk (2013) terdapat hubungan antara iklan rokok dengan perilaku merokok remaja. Pengetahuan tentang rokok banyak didapatkan melalui iklan rokok, baik jenis rokok terbaru maupun bahaya dari rokok itu sendiri. Persepsi terhadap iklan rokok adalah bagaimana seseorang melihat dan mengartikan informasi tentang produk rokok yang telah disajikan oleh media-media tertentu.

Persepsi terhadap rokok terbentuk melalui melihat, mendengar, dan membaca berdasarkan pengalaman. Iklan yang ada di televisi dan media massa, akan mempengaruhi remaja untuk meniru dan mengikuti perilaku model dalam memperkenalkan produk rokok tersebut, ditambah dengan adanya image yang dibentuk oleh model dalam iklan rokok

sehingga terlihat seakan orang yang merokok adalah orang yang sukses, keren, dewasa dan tangguh yang dapat melalui rintangan apapun.

Banyaknya iklan yang beredar saat ini selalu bertujuan untuk menciptakan image yang baik bagi perokok padahal kenyataannya dalam rokok terdapat bahan kimia yang berbahaya bagi kesehatan. Iklan rokok akan membuat remaja memiliki persepsi tertentu terhadap rokok sehingga akan mempengaruhi perilaku merokok pada remaja. Hal ini dikarenakan remaja yang masih dalam proses pencarian identitas diri dan keadaan emosi yang masih labil akan mudah dipersuasi oleh iklan rokok tersebut. Akibatnya, remaja akan terpengaruh untuk merokok.

B. Persepsi Peringatan Kesehatan Bergambar

Persepsi peringatan kesehatan bergambar adalah cara pandang atau pendapat mengenai pesan bahaya merokok yaitu pesan bergambar berdasarkan pengetahuan serta pengalaman yang dimilikinya melalui panca indera.

1. Persepsi positif remaja yang berarti remaja tersebut memiliki pandangan bahwa perilaku merokok menimbulkan bahaya atau kerugian.

2. Persepsi negatif yang berarti remaja tersebut memiliki pandangan bahwa merokok tidak menimbulkan bahaya atau kerugian.

Berdasarkan hasil penelitian Ridwan (2019) menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi peringatan kesehatan bergambar negatif berjumlah 2 (1,3%) responden. Berdasarkan temuan di lapangan diketahui bahwa 2 responden (1,3%) yang memiliki persepsi negatif menyatakan tidak takut untuk merokok dan akan tetap merokok walaupun sudah melihat dan memahami arti peringatan kesehatan bergambar pada iklan ataupun bungkus rokok serta mengetahui bahwa merokok berbahaya bagi kesehatan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Rahmat (2007) bahwa perokok memahami bahwa rokok yang dikonsumsi sebenarnya tidak baik untuk kesehatan dan dapat menimbulkan berbagai macam penyakit dilihat dari label rokok. Hal ini dapat disebabkan karena faktor perhatian sangat mempengaruhi persepsi. Artinya meskipun perokok mengetahui rokok memiliki dampak bagi kesehatan, tetapi responden tidak takut untuk tetap merokok.

Menurut Stephanus dan Susanto (2014) yang menyatakan bahwa adanya penolakan yang disebabkan oleh objek yang

dipersepsikan tidak sesuai dengan penghayatan atau menjauhi, menolak, dan mempersepsikannya secara berlawanan serta dikarenakan ketidaksesuaian dengan kepribadiannya sehingga menyebabkan persepsi seseorang menjadi negatif. Menurut Robbins (2002) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi, yaitu ketika seorang individu melihat suatu sasaran dan berusaha menginterpretasikan informasi yang ada, interpretasi tersebut sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadi individu yang meliputi sikap, kepribadian, motif, kepentingan, pengalaman masa lalu dan harapan. Sehingga meskipun remaja sudah melihat peringatan kesehatan bergambar, namun remaja tersebut tetap merokok.

Penelitian Irwanto (2001) dalam Thoha (2006), dilihat dari segi individu setelah melakukan interaksi dengan objek yang dipersepsinya maka hasil persepsi itu dapat dibagi 2, yaitu: a. persepsi positif, yaitu persepsi yang menggambarkan segala pengetahuan (tahu tidaknya atau kenal tidaknya) dan tanggapan yang diteruskan kepada pemanfaatannya; b. persepsi negatif, yaitu persepsi yang menggambarkan segala pengetahuan (tahu tidaknya atau kenal tidaknya) dan tanggapan yang tidak selaras dengan objek yang dipersepsi. Hal ini akan diteruskan dengan

kapasitasnya atau menolak dan menentang segala usaha obyek yang dipersepsinya.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Peringatan Kesehatan Bergambar

| Persepsi | Frekuensi | Persentase |
|-----------------|------------------|-------------------|
| Positif | 154 | 98,7% |
| Negatif | 2 | 1,3 % |
| Total | 156 | 100 % |

Dari penelitian Ridwan (2019) pada tabel 4.1 diketahui pula bahwa dari 154 (100%) responden yang mempunyai persepsi positif, terdapat 15 (9,75%) responden yang mempunyai perilaku merokok. Sementara itu, dari 2 (100%) siswa yang mempunyai persepsi negatif, terdapat 2 (100%) responden yang mempunyai perilaku merokok. Dalam penelitian ini, diketahui bahwa responden yang mempunyai persepsi positif lebih cenderung memiliki perilaku untuk tidak merokok. Hal ini disebabkan oleh tingkat pengetahuan dari responden yang sudah baik, yaitu sebanyak 130 (88,44%) responden, sehingga berhubungan dengan persepsi positif responden yang berdampak pada perilaku untuk tidak merokok oleh responden.

Tabel 4.2 Hasil Uji Statistik antara Persepsi Peringatan Kesehatan Bergambar dengan Perilaku Merokok

| Persepsi | Perilaku merokok | | Total | p-value |
|----------|------------------|---------------|------------|---------|
| | Merokok | Tidak Merokok | | |
| Negatif | 2 (100%) | 0 (0%) | 2 (100%) | 0,011 |
| Positif | 15 (9,75%) | 139 (90,25%) | 154 (100%) | |

Keterangan: CI=95%; $\alpha=0,05$; uji *Fisher Exact*

Hasil penelitian Ridwan (2019) pada Tabel 4.2 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi peringatan kesehatan bergambar dengan perilaku merokok. Hasil penelitian ini sejalan dengan Teori Green (1994) yang dikutip oleh Kumboyono (2010) yang menyatakan bahwa salah satu faktor predisposisi yang membentuk perilaku seseorang adalah persepsi serta salah satu factor pendorong yang membentuk perilaku adalah paparan informasi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin sering responden terpapar oleh peringatan kesehatan bergambar (*pictorial health warning*) maka akan menimbulkan persepsi yang dapat menjadikan responden untuk tidak merokok.

Penelitian lain yang sejalan dengan penelitian hasil penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Latifah (2016) yang menunjukkan hasil ada hubungan antara variabel

persepsi terhadap peringatan kesehatan bergambar (*pictorial health warning*) dengan variabel perilaku merokok pada siswa SMP “X” Yogyakarta pada variabel persepsi peringatan kesehatan bergambar (*pictorial health warning*) terhadap perilaku merokok sebesar 0,057, hasil tersebut menunjukkan bahwa variabel persepsi peringatan kesehatan bergambar (*pictorial health warning*) memberikan sumbangan efektif terhadap perilaku merokok sebesar 5,7% dan sisanya 94,3% merupakan sumbangan dari faktor lain.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Sumarningsih (2013) yang menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan seseorang akan berhubungan dengan persepsi. Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang utama yang mempengaruhi persepsi karena semakin tinggi pengetahuan seseorang akan menimbulkan persepsi yang positif.

Penelitian yang dilakukan oleh Umar (2017) menunjukkan hasil analisis antara persepsi peringatan kesehatan bergambar (*pictorial health warning*) bahaya efek merokok pada kemasan bungkus rokok dengan perilaku merokok remaja di SMP Kota Batu dengan $p\text{-value} = 0,618$ ($p\text{-value} > 0,05$) maka dengan demikian dapat diartikan dengan H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada pengaruh persepsi gambar peringatan bahaya efek

merokok pada kemasan bungkus rokok dengan perilaku merokok, sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi persepsi negatif akan memperbesar kemungkinan seseorang untuk berperilaku merokok. Hasil analisis antara persepsi dengan perilaku menunjukkan bahwa ada hubungan antara persepsi peringatan kesehatan bergambar (*pictorial health warning*) pada kemasan bungkus rokok dengan perilaku merokok.

Persepsi positif adalah cara pandang atau pendapat siswa yang menyatakan bahwa memang gambar yang ditampilkan dalam gambar peringatan kesehatan yaitu gambar dampak dari merokok memang benar dan berbahaya. Hasil yang didapat jika disesuaikan dengan pendapat responden yang menganggap gambar peringatan kesehatan pada bungkus rokok sudah sesuai peletakannya dan juga gambar peringatan kesehatan pada bungkus rokok sudah menjelaskan bahaya merokok maka sudah seharusnya persepsi yang dihasilkan merupakan persepsi positif.

Persepsi tidak hanya ditentukan oleh sang pemersepsi, tapi juga di tentukan oleh objek yang dipersepsi, pada hal ini memungkinkan membuat persepsi siswa terhadap gambar peringatan kesehatan tersebut negatif. Hasil tersebut sesuai dengan pernyataan Notodatmodjo (2010) persepsi merupakan

pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya.

BAB V

PENERAPAN METODE PETUGAS PENGAWAS PEROKOK (P3) SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU PEROKOK AKTIF

Salah satu upaya yang dilakukan meminimalisir permasalahan rokok adalah dengan melakukan pendampingan terhadap perokok aktif menggunakan metode petugas pengawas perokok (P3) dengan mengambil konsep pengawas menelan obat (PMO) pada penderita TBC dengan PMO adalah anggota keluarga yang tinggal serumah. Penerapan metode P3 dalam kegiatan pengabdian masyarakat di Desa Mandiangin Timur pada tahun 2009 menunjukkan bahwa metode P3 dapat digunakan untuk mengurangi jumlah konsumsi rokok. Hasil kegiatan ini memiliki keterbatasan pada sampel, wilayah, waktu pengamatan, dan variabel yang diamati, serta belum dilakukan evaluasi terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku merokok sehingga pada studi selanjutnya dilakukan kajian yang lebih mendalam terkait efektifitas metode tersebut.

Intervensi dengan menggunakan metode petugas pengawas perokok (P3) dalam proses perubahan perilaku kecanduan terhadap zat adiktif, termasuk dalam *public health*

interventions dengan pendekatan *community approaches*, yaitu merupakan program pendekatan masyarakat dalam melakukan kegiatan promosi kesehatan untuk menghentikan perilaku penggunaan zat adiksi termasuk didalamnya memberikan motivasi pada kelompok dan dukungan sosial.

Petugas pengawas perokok (P3) yang mengadaptasi konsep PMO merupakan sebuah model pendampingan melalui keluarga terdekat terhadap perokok aktif. Adapun persyaratan untuk menjadi P3 antara lain:

1. Seseorang yang dikenal, disegani, dipercaya dan disetujui oleh perokok.
2. Seseorang yang tinggal serumah dengan perokok.
3. Bersedia membantu perokok untuk berhenti secara sukarela.
4. Bersedia mendapat penyuluhan bersama-sama perokok.

Tugas yang wajib dilakukan oleh seorang P3, antara lain:

1. Mengawasi konsumsi perokok setiap harinya dengan mengisi blanko yang telah disediakan.
2. Memberikan dorongan dan motivasi untuk mengurangi konsumsi rokok.
3. Mengingatkan perokok akan bahaya dan gangguan kesehatan yang dapat timbul akibat merokok baik aktif maupun pasif.

4. Memberikan penyuluhan kepada anggota keluarga yang lain untuk menghindari rokok dan menjalankan PHBS.

Fokus penelitian ini adalah tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku perokok aktif sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok. Gambaran tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok adalah sebagai berikut.

1. Perbedaan Tingkat Pengetahuan Perokok Aktif Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan perokok sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok yang disajikan pada Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi dan Frekuensi Tingkat Pengetahuan Perokok Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

| Sebelum | Sesudah | | Total |
|----------------|----------------|---------------|--------------|
| | Baik | Kurang | |
| Baik | 30 (34%) | 5 (6%) | 35 (40%) |
| Kurang | 27 (31%) | 26 (9%) | 53 (60%) |
| Total | 57 (65%) | 31 (35%) | 88 (100%) |

Berdasarkan Tabel 5.1 dapat diketahui bahwa 30 responden (34%) memiliki pengetahuan yang baik sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok. Sebanyak 27 responden (31%) memiliki pengetahuan yang kurang sebelum penerapan metode petugas pengawas perokok dan baik sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok. Sebanyak 5 responden (6%) memiliki pengetahuan baik sebelum penerapan metode petugas pengawas perokok dan kurang setelah penerapan metode petugas pengawas perokok. Sebanyak 26 responden (29%) memiliki pengetahuan yang kurang baik sebelum ataupun sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok

Hasil analisis statistik tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok dapat dilihat pada Tabel 5.2.

Tabel 5.2 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

| Sebelum | Sesudah | | Total | <i>p-value</i> |
|---------------|---------|--------|-------|----------------|
| | Baik | Kurang | | |
| Baik | 30 | 5 | 35 | 0,000 |
| Kurang | 27 | 26 | 53 | |
| Total | 57 | 31 | 88 | |

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan perokok sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok ($p\text{-value}=0,000$). Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil penilaian seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki. Dalam pelaksanaannya, untuk meningkatkan pengetahuan perokok, petugas pengawas perokok memiliki tugas untuk selalu memberikan pendidikan kesehatan berupa informasi tentang rokok, bahaya merokok, dan sebagainya.

Berdasarkan hasil analisis *pretest* dan *posttest* pada penelitian yang dilakukan oleh Mariyam (2013) diperoleh bahwa dari 56 responden sebanyak 33 responden (58,9%) mengalami peningkatan pengetahuan tentang bahaya rokok setelah diberi pendidikan kesehatan. Selain itu, pengalaman diri sendiri maupun orang lain juga dapat meningkatkan pengetahuan perokok. Seorang perokok yang telah mengalami gangguan kesehatan akibat rokok ataupun melihat seseorang terganggu kesehatannya karena rokok pada akhirnya menjadi tahu apa bahaya yang ditimbulkan akibat rokok sehingga mereka mau mengurangi perilaku merokok.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Banyak fakta yang menunjukkan bahwa perokok yang mengerti akan bahaya merokok masih banyak yang meremehkan dampak buruknya terhadap kesehatan serta cenderung kurang menyadarikan bahaya asap rokoknya pada orang lain. Pengetahuan dan pemahaman yang baik dan menyeluruh akan bahaya rokok merupakan faktor penting yang memotivasi perokok untuk berhenti merokok.

Metode petugas pengawas perokok yang merupakan sebuah model pendampingan melalui keluarga terdekat terhadap perokok aktif dapat menjadi suatu alternatif untuk meningkatkan pengetahuan perokok. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Aswita (2008), model pendampingan yang dilakukan selama 3 bulan secara signifikan dapat meningkatkan pengetahuan. Menurut Vitale (2010) dalam *European Journal of Public Health* bahwa saat ini pengobatan farmakologis untuk perokok harus mengeluarkan biaya yang banyak. Oleh karena itu, perlu dibentuk sebuah program salah satunya adalah dengan program pendampingan. Sebuah pendampingan terus-menerus terhadap rokok dapat mempengaruhi perilaku merokok

seseorang dan dapat menjadi suatu langkah dalam proses berhenti merokok.

2. Perbedaan Sikap Perokok Aktif Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

Distribusi frekuensi sikap perokok sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok yang disajikan pada Tabel 5.3

Tabel 5.3. Distribusi dan Frekuensi Sikap Perokok Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

| Sebelum | Sesudah | | Total |
|---------|----------|----------|-----------|
| | Baik | Kurang | |
| Baik | 30 (34%) | 12 (14%) | 42 (48%) |
| Kurang | 27 (31%) | 19 (21%) | 46 (52%) |
| Total | 57 (65%) | 31 (35%) | 88 (100%) |

Berdasarkan Tabel 5.3 diketahui bahwa 30 responden (34%) memiliki sikap yang baik sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok. Sebanyak 27 responden (31%) memiliki sikap yang kurang sebelum penerapan metode petugas pengawas perokok dan baik sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok. Sebanyak 12 responden (14%) memiliki sikap baik sebelum penerapan metode petugas pengawas perokok dan kurang setelah penerapan metode

petugas pengawas perokok. Sebanyak 19 responden (21%) memiliki sikap yang kurang sebelum ataupun sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok.

Perbedaan sikap perokok sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok dapat dilihat pada Tabel 5.4

Tabel 5.4 Perbedaan Sikap Perokok Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

| Sebelum | Sesudah | | Total | <i>p-value</i> |
|---------------|---------|--------|-------|----------------|
| | Baik | Kurang | | |
| Baik | 30 | 12 | 42 | 0,025 |
| Kurang | 27 | 19 | 46 | |
| Total | 57 | 31 | 88 | |

Berdasarkan Tabel 5.4 diketahui terdapat perbedaan sikap perokok sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok ($p\text{-value}=0,025$). Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Sikap adalah suatu bentuk keadaan psikologis yang tidak begitu saja terbentuk atau tetap saja keadaannya. sikap berubah sesuai dengan keadaan yang mempengaruhinya. Langkah-langkah dalam perubahan sikap, perhatian dan pemahaman subjek terhadap stimulus yang dapat berupa komunikasi atau pesan-pesan yang disampaikan. Dalam hal ini, petugas pengawas

perokok selalu memberikan stimulus berupa informasi-informasi kesehatan sehingga perokok memiliki pemahaman yang baik yang dapat dijadikan sebagai dasar untuk perubahan sikap.

Penelitian terhadap sikap dianggap menarik karena dianggap dapat meramalkan perilaku manusia di masa depan. Teori-teori tradisional beranggapan bahwa sikap terbentuk lebih dahulu dan menjadi dasar perilaku manusia. Hubungan antara sikap dan perilaku bersifat tidak langsung namun lebih mengarah pada hubungan yang saling mempengaruhi satu sama lain. Sikap masyarakat terhadap rokok tidak begitu saja muncul. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap merokok pada seseorang adalah faktor orang tua atau keluarga, rasa ingin tahu, lingkungan, serta dorongan dari orang lain. Menurut Sandek (2012) sikap negatif terhadap perilaku merokok akan meningkatkan kemungkinan seseorang berhenti merokok.

Upaya untuk meningkatkan sikap positif pada perokok aktif salah satunya melalui penerapan metode petugas pengawas perokok melalui pendampingan langsung oleh keluarga terdekat kepada perokok aktif. Keluarga sebagai orang terdekat diharapkan mampu menanamkan kesadaran dan memberikan motivasi. Dalam hal ini perokok aktif melalui keluarganya akan

diberi pengertian yang benar tentang bahaya merokok serta manfaat berhenti merokok. Hal ini diharapkan akan bisa membangkitkan keinginan mereka untuk berperilaku hidup sehat dimana kegiatan ini dilakukan berulang-ulang sehingga diharapkan timbul motivasi untuk merubah sikap perokok dan perilaku merokok. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahayu (2010) bahwa penyuluhan dengan menggunakan metode pendampingan dapat meningkatkan sikap dan skor skala berhenti merokok dan dapat digunakan sebagai metode untuk memberikan motivasi berhenti merokok.

Menurut Ferrante dkk (2013) apabila ada seseorang yang mendampingi perokok, baik keluarga maupun petugas kesehatan dapat menjadi cara untuk mengatasi ketergantungan tembakau, dan dapat mendorong seseorang dalam mengurangi perilaku merokok. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Richard dkk (2011), ditemukan hasil bahwa dorongan atau motivasi dalam sebuah metode pendampingan merupakan kunci utama dalam kegiatan yang dilakukan. Sehingga, secara perlahan seseorang tersebut akan sadar dan mulai merubah tindakan merokoknya. Melalui sikap yang positif diharapkan dapat mengurangi perilaku merokok. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Anto dkk (2009) bahwa terdapat

hubungan antara sikap dengan tindakan merokok ($p\text{-value}=0,007$) yang artinya semakin baik sikap semakin kecil kemungkinan seseorang untuk merokok.

3. Perbedaan Perilaku Perokok Aktif Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

Distribusi frekuensi perilaku perokok aktif sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok yang disajikan pada Tabel 5.5.

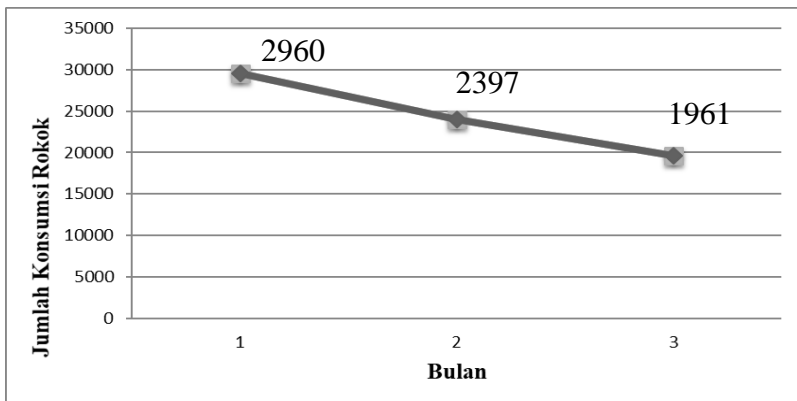
Tabel 5.5 Distribusi dan Frekuensi Perilaku Perokok Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

| Sebelum | Sesudah | | Total |
|---------------|----------|----------|-----------|
| | Baik | Kurang | |
| Baik | 29 (33%) | 18 (20%) | 47 (53%) |
| Kurang | 23 (27%) | 18 (20%) | 41 (47%) |
| Total | 52 (60%) | 36 (40%) | 88 (100%) |

Berdasarkan Tabel 5.5 diketahui bahwa 29 responden (33%) memiliki perilaku yang baik sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok. Sebanyak 23 responden (27%) memiliki perilaku yang kurang sebelum penerapan metode petugas pengawas perokok dan baik sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok. Sebanyak 18 responden (20%) memiliki perilaku baik sebelum penerapan

metode petugas pengawas perokok dan kurang setelah penerapan metode petugas pengawas perokok. Sebanyak 18 responden (20%) memiliki perilaku yang kurang sebelum ataupun sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok.

Selama kurun waktu 3 bulan konsumsi rokok responden setiap harinya didata dengan mengisi blanko isian. Jumlah konsumsi rokok yang didata setiap harinya kemudian dijumlahkan setiap bulan, jumlah konsumsi rokok akan menggambarkan arah perubahan perilaku responden. Setelah dilakukan identifikasi jumlah konsumsi rokok tiap responden per-bulannya, dilakukan kembali rekapitulasi jumlah konsumsi total 88 orang responden setiap bulannya. Hasil rekapitulasi dapat dilihat pada Gambar 5.1:



Gambar 5.1 Hasil Rekapitulasi Konsumsi Rokok

Berdasarkan Gambar 5.1 diketahui bahwa konsumsi rokok pada bulan pertama sebanyak 29.602 batang, pada bulan kedua sebanyak 23.971 batang rokok, dan pada bulan ketiga sebanyak 19.617 batang rokok. Berdasarkan grafik di atas dapat disimpulkan bahwa terjadi penurunan jumlah konsumsi rokok pada responden. Pada bulan pertama jumlah konsumsi rokok tertinggi adalah sebanyak 842 batang dan jumlah konsumsi rokok terendah adalah sebanyak 61 batang.

Pada bulan kedua jumlah konsumsi rokok tertinggi adalah sebanyak 516 batang dan jumlah konsumsi rokok terendah adalah sebanyak 23 batang, ini menunjukkan bahwa pada bulan kedua sudah mulai terjadi penurunan jumlah konsumsi rokok. Pada bulan ketiga jumlah konsumsi rokok tertinggi adalah sebanyak 440 batang dan jumlah konsumsi rokok terendah adalah sebanyak 0 batang yang ditunjukkan oleh 2 orang responden. Hal ini menunjukkan bahwa pada bulan ketiga juga terjadi penurunan jumlah konsumsi rokok bahkan ada dua orang responden yang berhenti sama sekali.

Responden yang menghentikan kebiasaan merokok memiliki alasan bahwa mereka berhenti merokok karena sedang mengalami gangguan kesehatan terutama gangguan pada paru-paru yang ditandai dengan batuk dan nyeri pada bagian dada.

Perokok dapat mengalami gangguan kesehatan seperti penyempitan pembuluh darah, tekanan darah tinggi, jantung, paru-paru, *bronchitis* kronis, dan lain-lain. Melihat dampak yang ditimbulkan akibat rokok cepat ataupun lambat maka perilaku merokok harus dihentikan. Walaupun perilaku merokok sulit dihentikan, tetapi ketika seseorang telah mengalami gangguan kesehatan mereka mulai memiliki keinginan untuk berhenti merokok.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Ardini (2012), didapatkan hasil bahwa salah satu alasan partisipan penelitian berhenti merokok adalah karena mengalami gangguan kesehatan yaitu gangguan paru-paru. Partisipan juga menyatakan berhenti merokok karena ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya. Selain itu keterlibatan keluarga melalui dukungan dan motivasi dengan banyak memberikan nasihat kepada partisipan apabila ingin merokok kembali juga menjadi dorongan untuk berhenti merokok.

Perbedaan perilaku perokok aktif sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok dapat dilihat pada Tabel 5.6.

Tabel 5.6 Perbedaan Perilaku Perokok Sebelum dan Sesudah Penerapan Metode Petugas Pengawas Perokok

| Sebelum | Sesudah | | Total | <i>p-value</i> |
|---------------|---------|--------|-------|----------------|
| | Baik | Kurang | | |
| Baik | 29 | 18 | 47 | 0,532 |
| Kurang | 23 | 18 | 41 | |
| Total | 52 | 36 | 88 | |

Berdasarkan Tabel 5.6 diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan perilaku perokok aktif sebelum dan sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok ($p\text{-value}=0,532$). Menurut Ensiklopedi Amerika, perilaku diartikan sebagai suatu aksi reaksi organisme terhadap lingkungannya. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme dipengaruhi oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Hereditas atau faktor keturunan merupakan konsep dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup selanjutnya. Sedangkan lingkungan merupakan kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut.

Perilaku merokok pada seseorang tidak terlepas dari pengetahuan, persepsi atau nilai yang diyakini yang akan mempengaruhi kepribadian seseorang yang dipengaruhi oleh faktor internal maupun eksternal. Hasil studi yang dilakukan oleh tim Tobacco Initiative pada tahun 2013 pada perokok kelas

menengah ke bawah di beberapa desa di Jawa Tengah menunjukkan keberhasilan metode konseling atau pemberian pengetahuan saja tanpa terapi farmakologis adalah sebesar 17%. Tingkat kesuksesan biasanya dihitung 3 bulan, 6 bulan dan 1 tahun setelah intervensi.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Stead (2008) dari Universitas Oxford menunjukkan bahwa pemberian konseling dan pendampingan dapat meminimalisir perilaku merokok dan mempengaruhi seseorang untuk berhenti merokok. Hal ini sejalan dengan teori dari *World Health Organization Geneva* dalam modulnya yang berjudul *Encouraging people to Stop Smoking* dinyatakan bahwa perhatian yang adekuat dari orang terdekat perokok dan secara rutin diberikan informasi dapat mendorong seseorang untuk mengurangi ataupun berhenti merokok.

Menurut Odgen (2007), berdasarkan konsep *transtheoretical model* perilaku dikatakan berubah apabila telah diamati minimal selama 6 bulan. Perilaku merokok dikatakan baik jika selama 6 bulan seseorang tidak mengkonsumsi rokok. Keberhasilan perubahan perilaku juga dapat diamati dalam kurun waktu 3 bulan, dengan melihat arah perubahan perilaku seseorang tersebut positif atau negatif. Berdasarkan hasil

rekapitulasi rokok selama 3 bulan dapat disimpulkan bahwa terjadi perubahan perilaku menuju arah yang positif yang ditandai dengan pengurangan jumlah rokok yang dikonsumsi responden setiap harinya.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan perilaku sebelum ataupun sesudah penerapan metode petugas pengawas perokok. Meskipun arah perubahan perilaku yang dilihat dari jumlah batang rokok yang dikonsumsi setiap hari menunjukkan arah yang positif dimana jumlah konsumsi rokok mengalami penurunan setiap bulannya dan terdapat 2 orang responden yang berhenti merokok. Pendekatan perilaku dengan konseling ataupun dengan pemberian pengetahuan pada perokok memberikan 2 pilihan yaitu berhenti seketika (*cold turkey*) atau berhenti bertahap melalui pengurangan bertahap dari jumlah rokok yang diisap dan penundaan waktu mulainya merokok setiap hari.

Responden sebagian besar mengaku sulit untuk berhenti merokok. Ditinjau dari aspek biologis sulitnya menghentikan merokok karena pengaruh nikotin yang terhirup bersama asap rokok sangat adiktif. Ketergantungan ini dipersepsikan sebagai kenikmatan yang memberikan kepuasan psikologis dan gejala ini dapat dijelaskan dari konsep *tobacco dependency*

(ketergantungan rokok). Nikotin merupakan salah satu dari 4000 senyawa kimia yang terdapat dalam rokok dan akan mencapai susunan saraf pusat di otak dalam waktu 2 detik setelah seseorang menghisap rokok.

Nikotin yang sampai di otak akan menempel pada reseptor otak yang bernama alfa 4 beta 2, sehingga merangsang pelepasan *transmitter* saraf dan melepaskan *dopamine* yang akan memberikan efek fisiologis seperti rasa nikmat dan tenang. Saat seseorang tidak merokok, kadar *dopamine* lama kelamaan akan berkurang, sehingga badan merasa tidak enak, tidak bisa konsentrasi, lalu orang tersebut akan mencari rokok lagi untuk dihisap. Perokok yang sudah kecanduan, otomatis akan sulit untuk menghentikan kebiasaannya.

Berdasarkan hasil penelitian Nurmala dkk (2007) didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden penelitian mengaku telah mencoba berbagai cara untuk berhenti merokok tetapi sebagian besar mengaku gagal. Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis dan sosial. Akan tetapi dari tiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang

tegas dalam memengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi sikap dan sebagainya. Seorang perokok dengan pengetahuan yang baik belum tentu memiliki perilaku yang baik pula karena perilaku seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor-faktor didalamnya.

BAB VI

KAWASAN TANPA ROKOK: DUKUNGAN *STAKEHOLDER* MELALUI PERATURAN DAERAH

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 4 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesehatan di Kalimantan Selatan, salah satu upaya penyelenggaraan kesehatan di Kalimantan Selatan adalah pembentukan kawasan tanpa rokok. Kawasan Tanpa Rokok, yang selanjutnya disingkat KTR adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Berdasarkan peraturan tersebut ditentukan tempat-tempat tertentu sebagai KTR meliputi:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan
2. Tempat proses belajar mengajar/sekolah/pondok pesantren
3. Arena kegiatan anak/tempat anak bermain
4. Tempat ibadah
5. Angkutan umum
6. Tempat kerja dan sarana perkantoran
7. Tempat-tempat umum.

Setiap orang yang berada dalam KTR dilarang melakukan kegiatan:

1. Merokok
2. Memproduksi atau membuat rokok
3. Menjual rokok
4. Menyelenggarakan iklan rokok
5. Mempromosikan rokok.

Setiap pengelola tempat-tempat yang ditentukan sebagai KTR diwajibkan membuat, memasang tanda dilarang merokok, serta wajib menyediakan tempat khusus untuk merokok. Tempat khusus untuk merokok sebagaimana dimaksud disediakan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Terpisah dari ruangan atau area yang dinyatakan sebagai tempat dilarang merokok
2. Dilengkapi dengan alat penghisap udara; dan
3. Memiliki sistem sirkulasi udara yang memadai.

Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Banjarbaru Nomor 12 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok menjelaskan bahwa tempat khusus untuk merokok harus memenuhi persyaratan:

1. Merupakan ruang terbuka atau ruang yang berhubungan langsung dengan udara luar sehingga udara dapat bersirkulasi dengan baik
2. Terpisah dari gedung/tempat/ruang utama dan ruang lain yang digunakan untuk beraktivitas
3. Jauh dari pintu masuk dan keluar
4. Jauh dari tempat orang berlalu lalang
5. Dipasang tanda/petunjuk tempat khusus untuk merokok (*smoking area*)
6. Dilengkapi asbak atau tempat pembuangan abu/sakar dan puntung rokok
7. Dilengkapi data dan/atau informasi bahaya merokok bagi kesehatan.

Tujuan penempatan KTR berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Banjar Nomor 15 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok, yaitu:

1. Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya paparan asap rokok orang lain
2. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat
3. Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari

dampak buruk merokok baik langsung maupun tidaklangsung

4. Menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat, bebas dari asap rokok
5. Memenuhi rasa aman/nyaman pada orang lain
6. Meningkatkan derajat kesehatan melalui peningkatan pengetahuan masyarakat untuk senantiasa membiasakan hidup sehat.

Prinsip penetapan KTR berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Banjar Nomor 15 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah:

1. Terciptanya kawasan tanpa asap rokok
2. Tidak ada ruang merokok di tempat umum/tempat kerja tertutup
3. Bahwa pemaparan asap rokok pada orang lain melalui kegiatan merokok, atau tindakan mengizinkan dan/atau membiarkan orang merokok di KTR adalah bertentangan dengan hukum.

Hak dan kewajiban dari aspek perseorangan berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Banjar Nomor 15 tahun 2017

tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah:

1. Setiap orang berhak atas udara bersih dan menikmati udara yang bebas dari asap rokok, dan berhak atas informasi dan edukasi yang benar mengenai rokok atau merokok dan bahayanya untuk kesehatan.
2. Setiap orang wajib memelihara lingkungan yang bersih dan sehat yang bebas dari asap rokok di ruang atau area yang dinyatakan KTR.

Hak dan kewajiban dari aspek lembaga berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Banjar Nomor 15 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah:

1. Pemilik, Pimpinan dan Penanggung Jawab tempat atau ruangan yang ditetapkan sebagai KTR wajib bertanggung jawab atas pelaksanaan KTR.
2. Pemilik, Pimpinan dan Penanggung Jawab wajib untuk melakukan pengawasan internal atas terselenggaranya KTR.
3. Tanggung jawab Pemilik, Pimpinan dan Penanggung adalah:
 - a. Melarang adanya tempat untuk merokok di dalam gedung dan penyediaan rokok, menjual mengiklankan atau

mempromosikan rokok

- b. Mengingatkan semua orang untuk tidak merokok di KTR yang menjadi tanggung jawabnya
- c. Meletakkan tanda-tanda dilarang merokok di semua pintu masuk utama dan tempat-tempat yang dipandang perlu dan mudah dibaca.

Peran serta masyarakat berdasarkan Peraturan Daerah Kota Banjarbaru Nomor 12 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok, yaitu:

1. Masyarakat dapat berperan serta dalam mewujudkan tempat atau lingkungan yang bersih dan sehat serta bebas dari asap rokok.
2. Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud dapat dilaksanakan dalam bentuk:
 - a. Pengaturan KTR di lingkungan masing-masing, termasuk lingkungan dalam rumah sesuai dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
 - b. Penyampaian saran, masukan, dan pendapat dalam penetapan, pelaksanaan, dan evaluasi kebijakan penyelenggaraan KTR
 - c. Keikutsertaan dalam kegiatan penyelenggaraan dan

pengendalian penyelenggaraan KTR melalui pengawasan sosial, bimbingan, penyuluhan serta penyebarluasan informasi kepada masyarakat

- d. Mengingat dan menegur kegiatan merokok di dekat bayi, anak, dan perempuan hamil serta pada KTR.

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Banjar Nomor 15 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok, peran serta masyarakat diarahkan untuk:

1. Menggunakan hak azasnya agar terlindungi dari paparan asap rokok orang lain
2. Ikut memfasilitasi dan membantu Instansi yang berwenang atau pengawas dalam mengawasi terlaksananya KTR
3. Keikutsertaan dalam penyebarluasan informasi kepada masyarakat mengenai KTR
4. Mengingat atau menegur perokok untuk tidak merokok di KTR
5. Memberitahu/melaporkan kepada pengelola/penanggung jawab KTR jika terjadi pelanggaran.

BAB VII

KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK (KABAR) (PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM RANGKA PENERAPAN KAWASAN TERBATAS MEROKOK (KTM) DI DESA SUNGAI ALANG)

A. Latar Belakang Pemberdayaan Masyarakat

Data WHO menunjukkan bahwa sekitar 1,1 miliar perokok di dunia yang sepertiganya berasal dari kelompok berusia 15 tahun ke atas. Sementara itu, prevalensi perokok di Indonesia pada penduduk umur di atas 10 tahun sebesar 27,7%. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 sebanyak 9,1% penduduk umur 10-18 tahun merupakan perokok aktif. Lalu perilaku merokok penduduk 15 tahun ke atas masih belum terjadi penurunan dari tahun 2016 cenderung meningkat dari 32,8% menjadi 33,8% pada tahun 2018.

Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa perokok di Provinsi Kalimantan Selatan yang berusia ≥ 10 tahun adalah sebesar 23,5%. Data Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar menunjukkan bahwa sebesar 77,9% perokok di Kabupaten Banjar merokok di dalam rumah bersama anggota rumah tangga. Berdasarkan Data hasil diagnosa komunitas Pengalaman

Belajar Lapangan Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat pada tahun 2018 di Desa Sungai Alang yang merupakan salah satu desa yang berada disepanjang aliran sungai, menunjukkan bahwa jumlah perokok yang merokok di dalam rumah bersama anggota keluarga adalah yang tertinggi dibandingkan dengan 17 desa lainnya di Kecamatan Karang Intan yaitu sebesar 84,4%

Permasalahan perilaku merokok pada masyarakat Desa Sungai Alang merupakan hal yang sulit untuk dihilangkan terutama pada perokok aktif yang sudah kecanduan bertahun-tahun. Kecanduan rokok pun tidak hanya di alami oleh orangtua saja tetapi pada usia remaja pun sudah ada yang mulai kecanduan rokok. Awalnya hanya ingin mencoba karena melihat teman di sekitar akhirnya kecanduan dan mulai membeli sendiri. Rata-rata rokok yang dikonsumsi satu sampai dua bungkus dalam sehari. Perilaku merokok pada orangtua di khawatirkan dapat mempengaruhi perilaku pada anaknya yang akhirnya mengikuti perilaku orangtuanya. Desa Sungai Alang memiliki perokok paling banyak dibandingkan dengan desa lain di wilayah Kecamatan Karang Intan yaitu sebanyak 84,4%. Selain itu, ISPA menjadi penyakit terbanyak ketujuh di wilayah kerja Puskesmas Karang Intan 2.

Hasil analisis faktor risiko dari kegiatan Pengalaman Belajar Lapangan Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat pada tahun 2018 di Desa Sungai Alang banyaknya perilaku merokok di dalam rumah disebabkan oleh kurangnya edukasi tentang masalah rokok, tidak adanya tempat merokok di luar rumah, serta tidak adanya kebijakan larangan merokok dari desa. Hal ini didukung dengan pendapat masyarakat yang didapatkan dari hasil diskusi kelompok terarah (DKT) bahwa:

“Masalah rokok ini memang susah untuk diatasi atau dihilangkan. Kurangnya penyuluhan mengenai bahaya merokok di dalam rumah, dan minimnya larangan pada saat saya merokok dalam rumah baik istri saya maupun anak saya sehingga saya merasa bebas untuk merokok di dalam rumah”.

Oleh karena itu, diperlukan intervensi berupa pendidikan kesehatan pada perokok aktif serta lingkungan keluarga dan masyarakat, melalui pembentukan *role model* pemberdayaan masyarakat yang dapat menurunkan angka perokok dan terbentuknya kawasan terbatas rokok di Desa Sungai.

B. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Program pemberdayaan masyarakat yang dilaksanakan berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan pembentukan

role model pada masyarakat yang dapat menurunkan angka perokok, perilaku merokok di dalam rumah dan terbentuknya kawasan terbatas rokok di Desa Sungai Alang. Program ini diharapkan dapat berkelanjutan dilaksanakan oleh pihak setempat dan melalui kader anti rokok yang dibentuk dapat menjadi pelopor masyarakat desa dalam menjaga pembentukan kawasan bebas asap rokok.

C. Metode Pelaksanaan Pembentukan Kawasan Bebas Asap Rokok (KABAR)

Pembentukan kawasan bebas asap rokok (KABAR) ini merupakan bentuk inovasi dari metode kesehatan lainnya dalam intervensi untuk mengurangi perilaku merokok di masyarakat dengan melakukan pengendalian perilaku merokok di dalam rumah. Kegiatan ini melibatkan peran dan tokoh masyarakat setempat, petugas puskesmas, dan sasarannya yaitu masyarakat yang aktif dalam merokok di Desa Sungai Alang, Kecamatan Karang Intan, Kalimantan Selatan. Dalam pelaksanaan program ini masyarakat berperan sebagai pelaksana dan program pelatihan yang telah dilaksanakan. Selain itu, masyarakat yang aktif merokok juga berperan sebagai sasaran utama dalam penggunaan hasil program yang telah dilakukan. Berikut adalah

penjelasan dari program metode pelaksanaan program yang akan dilakukan:

1. Perencanaan dan persiapan

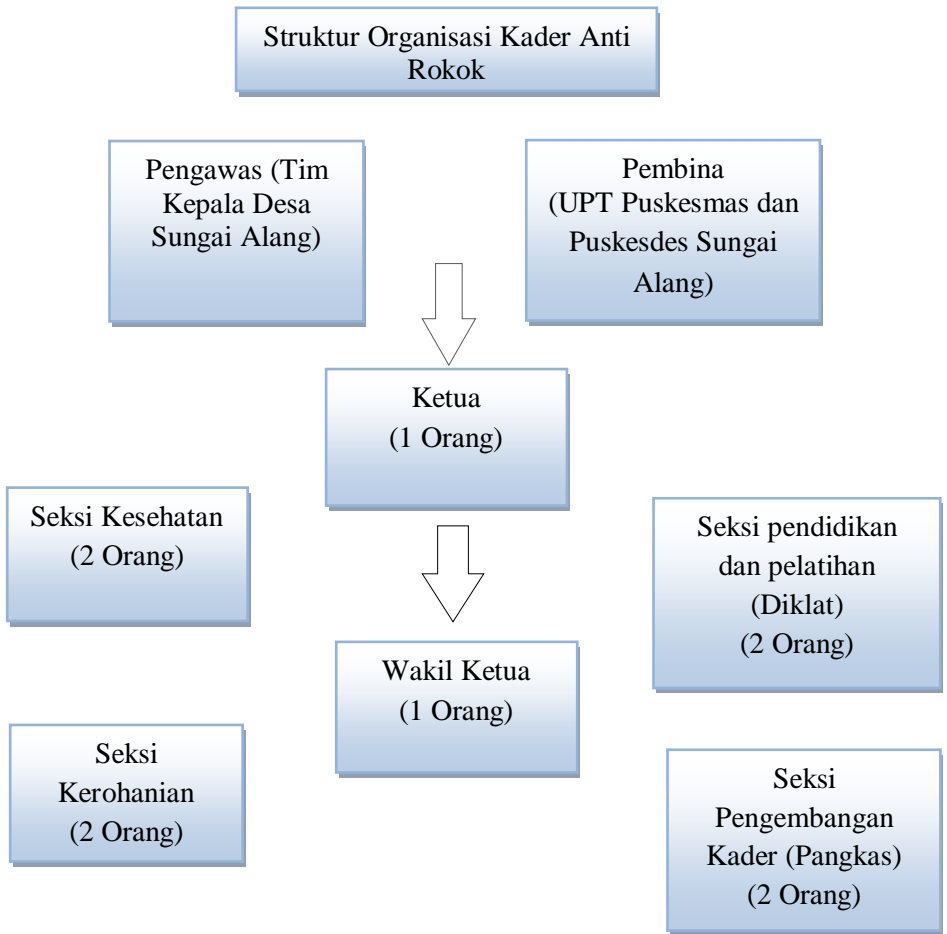
Pihak yang ikut terlibat dalam program ini antara lain pihak puskesmas setempat, ahli kesehatan masyarakat, psikolog, tokoh masyarakat desa, serta tim pengabdian masyarakat. Pada tahap perencanaan tim menentukan sasaran program serta sarana dan prasarana yang digunakan saat pelaksanaan program. Selain itu, dilakukan juga diskusi tim dalam penetapan alur kegiatan, desain kegiatan, penetapan lokasi kegiatan, penyusunan jadwal kegiatan dan pembuatan struktur organisasi.

Selanjutnya untuk tahap persiapan, tim melakukan survei lokasi kegiatan, perizinan dan kesepakatan kerjasama dengan penduduk Desa Sungai Alang, kesepakatan kerjasama dengan pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program, pembuatan alat pendukung promosi kesehatan, serta menyiapkan sarana dan prasarana yang dibutuhkan saat kegiatan berlangsung. Setelah perizinan dan kesepakatan, maka dilakukan kegiatan pengumpulan data primer dan data sekunder dengan melakukan observasi dan wawancara kepada masyarakat

Desa Sungai Alang. Data yang telah didapat kemudian diolah dan dianalisis menggunakan metode statistik deskriptif.

2. Pelaksanaan

Metode pendekatan dalam pemberdayaan masyarakat ini dengan pembuatan pojok rokok disertakan dengan pembentukan kader. Pojok rokok tersebut dibuat untuk mengurangi perilaku masyarakat merokok di dalam rumah. Sedangkan kader rokok tersebut berasal dari kalangan masyarakat yang mana dulunya adalah perokok aktif, tetapi telah berhasil untuk menghentikan kebiasaan merokok. Dalam metode program ini masyarakat yang merupakan perokok aktif dapat melakukan konseling dengan kader di pojok rokok. Selain menjadi tempat untuk merokok di luar rumah, masyarakat juga dapat bersantai di pojok rokok tersebut serta dapat berkonsultasi mengenai rokok dengan kader.



Gambar 7.1 Skema Struktur Organisasi

Berikut ini adalah program dari pembentukan kawasan bebas asap rokok (KABAR) sebagai solusi pengurangan

perilaku merokok di masyarakat Desa Sungai Alang, Kecamatan Karang Intan yang dilakukan dengan beberapa tahap:

a) Edukasi Kesehatan tentang Rokok

Edukasi kesehatan diberikan oleh pihak puskesmas dan ahli kesehatan masyarakat. Materi edukasi yang di berikan yaitu: (1) Materi tentang pengertian rokok; (2) Materi tentang zat yang terkandung di dalam rokok; (3) Materi tentang faktor penyebab merokok; (4) Materi tentang dampak dari rokok; (5) Materi tentang pencegahan rokok; (6) Materi tentang upaya mengatasi penggunaan rokok

Frekuensi edukasi yaitu 2 kali selama intervensi, 1 kali untuk masyarakat dan 1 kali sebagai pembekalan untuk kader. Karena dengan dilakukan intervensi selama 2 kali tersebut akan mudah mengukur tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat. Setelah mendapat perizinan dari pihak setempat, maka masyarakat dikumpulkan untuk dilakukan edukasi tentang merokok dan bahaya merokok bagi kesehatan. Sebelum melakukan tugasnya sebagai kader, anggota kader tersebut terlebih dahulu diberi pembekalan tentang materi merokok dan bahaya merokok bagi kesehatan dari mahasiswa.

b) Pembentukan Kader Anti Rokok dan Petugas Pengawas Perokok

Terlebih dahulu melakukan advokasi terhadap pejabat setempat mengenai peran serta tokoh masyarakat dan kader desa untuk secara rutin melakukan kegiatan pengkaderan anti rokok di Desa Sungai Alang tersebut. Pemberdayaan masyarakat berupa pembentukan dan pemilihan anggota kader anti rokok, yang mana anggota kader tersebut merupakan masyarakat yang sebelumnya pernah merokok lalu berhenti merokok. Anggota kader juga tidak menutup kemungkinan untuk masyarakat Desa Sungai Alang yang tidak pernah merokok yang bersedia dan berkomitmen menjadi anggota kader anti rokok. Pembentukan anggota kader per RT sebanyak 3 orang. Untuk jumlah RT di Desa Sungai Alang sebanyak 3 RT. Jadi, kader tersebut ada di setiap RT di Desa Sungai Alang.

c) Pembekalan Kader dan Petugas Pengawas Perokok

Setelah kader dan petugas pengawas dibentuk, mereka diberikan pembekalan terkait masalah rokok. Pihak yang terlibat dalam pembekalan ini adalah puskesmas dan ahli kesehatan masyarakat untuk menyampaikan edukasi tentang rokok dan pihak psikolog untuk memberikan pembekalan kepada kader

terkait kegiatan konseling. Setelah diberi pembekalan kader-kader tersebut dapat langsung turun ke lapangan. Tugas kader anti rokok antara lain yaitu sebagai orang yang dapat membagikan pengalamannya berhenti merokok dan memberikan motivasi kepada masyarakat yang masih merokok untuk segera mengurangi atau berhenti merokok. Anggota kader tersebut juga berperan sebagai konsultan yaitu membuka tempat para perokok untuk dapat menyampaikan dan berkonsultasi mengenai rokok sehingga para kader tersebut turut berperan mengajak masyarakat untuk mengurangi atau berhenti sama sekali untuk merokok. Hal tersebut yang pasti akan berguna bagi masyarakat Desa Sungai Alang untuk ke depannya. Selain itu, kader anti rokok juga turut serta mensosialisasikan bahaya asap rokok bagi kesehatan kepada masyarakat, mendampingi dan mengarahkan para perokok untuk segera berhenti merokok. Pembentukan kader anti rokok ini merupakan suatu usaha dalam mencegah terjadinya peningkatan angka perokok di masyarakat sekitarnya.

Petugas pengawas perokok dibentuk untuk mengawasi kegiatan perokok di rumah tangga. Pengawas dibentuk dari anggota keluarga terdekat yang bersedia dan berkomitmen. Tugas dari pengawas adalah untuk mengawasi kegiatan

merokok di rumah tangga dengan mengisi *form checklist* atau lembar kontrol perokok. Kemudian lembar tersebut diserahkan kepada kader setiap satu minggu sekali untuk dilihat perubahan perilaku perokok dalam kegiatan merokoknya.

d) Pembentukan Pojok Rokok

Pembentukan pojok rokok berfungsi sebagai tempat untuk konseling mengenai rokok yang dilakukan oleh petugas pengawas perokok. Petugas pengawas rokok tersebut nantinya bertugas mencatat jumlah konsum harian rokok dan edukasi sistem per edukasi kepada masyarakat. Pojok rokok ini adalah sebuah rumah kecil yang berada di antara pohon yang rindang. Diharapkan pojok rokok tersebut dapat menarik minat masyarakat untuk berkunjung ke sana. Pembuatan pojok rokok ini didirikan sebagai inovasi dalam rangka untuk mengurangi angka kejadian perokok dan untuk mengurangi kebiasaan merokok ataupun tidak menutup kemungkinan berhenti merokok sama sekali bagi masyarakat di Desa Sungai Alang.

e) Konseling Pojok Rokok

Konseling pojok rokok dilakukan bersama kader anti rokok yang berperan sebagai konsultan. Masyarakat yang

merokok di pojok rokok dapat melakukan konsultasi, berbagi pengalaman dengan kader yang sudah berhenti merokok, dan mendapatkan edukasi rokok dari kader. Kegiatan konsultasi dengan kader dapat dilaksanakan satu minggu sekali setiap hari Sabtu atau Minggu. Tetapi dapat dilakukan apabila kader bersedia untuk kegiatan konseling di luar jadwal.

3. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring akan dilakukan selama masa intervensi berlangsung. Kegiatan yang dilakukan saat monitoring adalah melakukan *sharing* dengan masyarakat yang menjadi sasaran terkait gambaran kegiatan merokok mereka setelah dilaksanakannya program KABAR di Desa Sungai Alang. Tahap evaluasi dilakukan dengan melihat hasil akhir keberhasilan program. Penilaian keberhasilan program ini dapat dilihat dari penurunan angka perokok aktif di Desa Sungai Alang. Program yang sudah ada akan terus dilanjutkan oleh desa sasaran bersama kader di bawah bimbingan Puskesmas.

D. Hasil Kegiatan

1. Edukasi Kesehatan tentang Rokok

Edukasi dilakukan sebanyak 2 kali dengan jumlah peserta sebanyak 30 orang kegiatan pertama yang dilakukan di Balai Pertemuan Desa Sungai Alang yang dihadiri oleh aparat desa dan warga desa, sedangkan kegiatan kedua dilakukan di Rumah Pembakal Desa Sungai Alang. Berikut adalah dokumentasi tempat kegiatan:



Gambar 7.2 Edukasi Tahap Pertama di Balai Pertemuan Desa Sungai Alang



Gambar 7.3 Edukasi kedua yang dilakukan di Rumah Pembakal
Desa Sungai Alang

Kegiatan edukasi dimulai dengan pemberian *pre-test* kepada peserta untuk mengetahui seberapa besar pengetahuan peserta tentang materi yang akan disampaikan. Edukasi pada tahap pertama yang dilakukan yaitu penyampaian materi mengenai pengertian perilaku merokok, perbedaan perokok aktif dan pasif, zat yang berbahaya, bahaya, dampak dan penyakit yang di akibatkan oleh rokok. Sedangkan materi pada edukasi kedua yaitu upaya penanggulangan, pencegahan dan berhenti merokok yang disampaikan oleh tim penyuluh. Pada saat

penyampaian materi, peserta antusias mendengarkan materi yang disampaikan oleh penyuluh. Kemudian setelah penyampaian materi, dilakukan kegiatan tanya jawab. Para peserta memberikan umpan balik dengan bertanya khususnya bapak-bapak. Setelah selesai sesi tanya jawab dilakukan kegiatan *post-test* terkait materi yang telah disampaikan oleh penyuluh untuk mengukur perubahan hasil pengetahuan sebelum dan setelah kegiatan edukasi.

2. Pembentukan Kader Anti Rokok dan Petugas Pengawas

Perokok

Kegiatan pelatihan pembentukan kader anti rokok dilakukan sekaligus untuk penentuan pengawas rokok yang bertugas melakukan upaya pengawasan bagi perokok yang ada di rumah tangga. Pengawas rokok ini merupakan ibu-ibu yang di tugaskan untuk mengawasi kegiatan merokok dari keluarga yang telah berkomitmen untuk mengikuti kegiatan intervensi ini. Peserta di berikan materi tentang cara pencatatan yang harus dilakukan dalam pengawasan kegiatan merokok dan di berikan lembar *ceklist* untuk memantau kegiatan merokok setelah itu setiap bulan sekali lembar *ceklist* itu di serahkan kepada kader anti rokok yang ada di posyandu setiap RT, kemudian akan

dilakukan pencatatan oleh kader anti rokok yang ada di posyandu.



Gambar 7.4 Pelatihan Pengawas Rokok

3. Pembekalan Kader dan Petugas Pengawas Perokok

Kegiatan pembentukan kader anti rokok dimana kegiatan ini dilakukan bersamaan dengan kegiatan pelatihan pengawas rokok. Pada kegiatan ini telah terpilih 9 kader anti rokok yang terdiri dari ketua, wakil, koordinator konseling beserta anggota dan koordinator pencatatan beserta anggota. Selain itu kader yang terpilih sebagai kader konseling akan diberikan *booklet*

untuk dapat digunakan sebagai panduan untuk kegiatan konseling.



Gambar 7.5 Pembekalan Kader dan Petugas Pengawas Perokok




4. Pembentukan Pojok Rokok dan Konseling

Kegiatan pemasangan media promosi kesehatan di tempat pojok rokok yang telah di sediakan di setiap RT yaitu di RT 1, RT 2 dan RT 3. Tempat yang digunakan untuk pojok rokok yaitu Pos Kamling di setiap RT yang telah dihibahkan untuk di gunakan sebagai tempat pojok rokok. Pemilihan Pos Kamling menjadi Pojok Rokok dengan alasan tempat tersebut sering digunakan masyarakat untuk


berkumpul sehingga memudahkan dalam kegiatan edukasi personal kepada para perokok aktif maupun perokok pasif.

Pojok rokok tidak memerlukan bangunan lagi karena sudah tersedia, yang sebelumnya merupakan pos kamling dari setiap RT dan Kepala Desa meminta untuk memaksimalkan pos tersebut, sehingga untuk pojok rokok hanya dimaksimalkan dengan menambahkan media promosi kesehatan masyarakat yang meliputi poster, leaflet, dan spanduk.

Pemasangan media promosi kesehatan dan media yang ingin di gunakan pada Pojok rokok merupakan sarana dan prasarana penunjang dalam kegiatan diskusi dan konseling individu. Kegiatan ini merupakan upaya pendekatan persuasive yang dilakukan agar perokok tidak merasa tertekan dalam melakukan diskusi dan konsultasi. Berikut adalah gambaran pojok rokok yang telah dibuat oleh tim penyuluh.

STOP MEROKOK!








Berhentilah **Merokok**
 Sebelum **Rokok**
 Merenggut **Nyawamu**

JANGAN RENGGUT HAK KESEHATAN
ORANG LAIN

KELOMPOK XI
 AGUS MUHAMMAD RIDWAN
 YOLANDA AMELIA MARTA
 NANDA SUJI PARAMITA
 SRI INDANG KASHI
 SYIFAUL HUZNA
 WIDYA WIATI
 MISDA SILVA


PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
 Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat
 Jl. A. Yani, Km. 36 Banjarbaru

 082260417097
 ogusmi.501@gmail.com







DUKUNG DIA YANG SEDANG BERUSHA

BERHENTI MEROKOK



KELOMPOK 11
 Agus Muhammad Ridwan
 Yolanda Amelia Marta
 Nanda Suji Paramita
 Sri Indang Kashi
 Syifaul Huzna
 Misda Silva
 Widya Wiati

 082260417097 (Agus)
 ogusmi.501@gmail.com

Program Studi Kesehatan masyarakat
 Fakultas Kedokteran
 Universitas Lambung Mangkurat

Gambar 7.6 Poster Penyuluhan Rokok



Gambar 7.7 Spanduk Penyuluhan



AYO STOP MEROKOK



Ciptakan Kawasan Tanpa Asap Rokok
Di Lingkungan Rumah Tangga



KELOMPOK XI

Agus lin Minda Nanda Syfaul Widya Yola



PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT
JL. A. Yani. Km. 36 Banjarbaru

Agus (082260417097)

agusmr.501@gmail.com

Kematian Akibat Merokok

Di Dunia, ada **5,4 juta**
Orang meninggal karena rokok



Artinya ada **1 Kematian**
Setiap **6,5 detik**

Di Indonesia, ada
399.500 orang meninggal
karena rokok



Dampak Merokok



Paru-paru rusak

Kanker mulut



Karies/karang gigi

Manfaat Tidak Merokok

20 menit

Tekanan darah, denyut jantung dan aliran darah membaik

12 jam

Hampir semua nikotin telah di netralkan dan kadar oksigen dalam darah membaik

1-2 hari

Sistem indra pengecap dan penciuman mulai membaik, sitem jantung membaik

2 minggu-1 bulan

Fungsi paru membaik, nafas pendek dan batuk berkurang. Fungsi pernapasan meningkat

5 tahun

Risiko stroke menurun seperti orang tidak merokok

10-15 tahun

Risiko kanker paru berkurang dari setengahnya. Semua penyebab kematian dan risiko penyakit jantung menurun sama seperti orang tidak merokok

Cara Berhenti Merokok

Niat, mulai lah dengan niat yang kuat untuk berhenti merokok.

Buatlah evaluasi harian tentang keburukan merokok.

Jauhkan semampu mungkin dari segala hal yang dapat memunculkan keinginan merokok.

Minumlah atau makanlah buah, permen, atau makanan kecil jika timbul keinginan merokok.

Sibukkan diri dengan aktivitas atau hobi anda.

Mintalah orang terdekat anda untuk mendukung anda.

Tarik nafas dalam-dalam dan hembuskan perlahan untuk mengatasi keinginan merokok.



Gambar 7.8 Leaflet



Gambar 7.9 Lokasi Pojok Rokok Desa Sungai Alang

E. Monitoring dan Evaluasi Kegiatan Pemberdayaan

Evaluasi adalah proses penilaian. Penilaian ini bisa menjadi netral, positif atau negatif atau merupakan gabungan dari keduanya. Saat sesuatu dievaluasi biasanya orang yang mengevaluasi mengambil keputusan tentang nilai atau manfaatnya. Evaluasi adalah pengidentifikasian keberhasilan atau kegagalan suatu rencana kegiatan atau program. Evaluasi berusaha mengidentifikasi mengenai apa yang sebenarnya terjadi pada pelaksanaan atau penerapan program. Evaluasi bertujuan untuk:

1. Mengidentifikasi tingkat pencapaian tujuan
2. Mengukur dampak langsung yang terjadi pada kelompok sasaran
3. Mengetahui dan menganalisis konsekuensi-konsekuensi lain yang mungkin terjadi diluar rencana.

Berdasarkan pendapat tersebut, maka evaluasi dapat diartikan sebagai kegiatan memberikan informasi dan menunjukkan seberapa baik program berjalan dan menentukan sampai sejauh mana proses tujuan suatu program dapat dicapai. Kegiatan evaluasi terhadap pelaksanaan program ini terbagi menjadi dua bagian yaitu evaluasi jangka pendek dan evaluasi

jangka menengah. Penilaian evaluasi jangka pendek dilakukan dengan menggunakan *pre-post test* setelah materi edukasi diberikan. Sedangkan evaluasi jangka menengah dinilai dari pengetahuan setelah program dilakukan. Komitmen dalam duplikasi keluarga berkomitmen yang dilakukan antara mahasiswa dengan kepala Desa Sungai Alang. Berikut ini penjelasan lebih lanjut mengenai evaluasi dari kegiatan yang telah dilakukan di Desa Sungai Alang:

1. Evaluasi *Input*

Evaluasi masukan (*input*) dilaksanakan untuk menilai alternatif pendekatan, rencana tindak, rencana staf dan pembiayaan bagi kelangsungan program dalam memenuhi kebutuhan kelompok sasaran serta mencapai tujuan yang ditetapkan. Evaluasi ini berguna bagi pembuat kebijakan untuk memilih rancangan, bentuk pembiayaan, alokasi sumberdaya, pelaksana dan jadwal kegiatan yang paling sesuai bagi kelangsungan program (Muryadi, 2017).

a. Sumber Daya Manusia (*Man*)

Kegiatan intervensi yang dilakukan, sumber daya manusia yang mendukung adalah Tim Pelaksana dalam hal ini Dosen dan

Mahasiswa sebagai asisten dosen (mahasiswa Kesehatan Masyarakat FK ULM) yang berperan sebagai moderator maupun penyuluh kesehatan serta aparat dan masyarakat desa Sungai Alang yang bersedia hadir pada kegiatan tersebut. Kegiatan pembekalan kader mendapat dukungan penuh dari Kepala Desa serta aparat, Kader dan Tim Dosen dari Departemen Promosi Kesehatan serta Psikolog yang merupakan pakar di bidang konseling.

b. Dana (*Money*)

Dana bertujuan untuk mendukung keberlangsungan suatu kegiatan termasuk dalam kegiatan intervensi. Dana yang diperlukan pada kegiatan intervensi ini digunakan untuk operasional dan sarana prasarana penunjang kegiatan.

c. Bahan (*Materials*)

Bahan atau *materials* adalah bahan-bahan yang digunakan oleh manusia untuk mendukung kelancaran suatu kegiatan. Bahan digunakan untuk mencapai hasil yang lebih baik dalam suatu kegiatan intervensi. Bahan atau materi-materi tersebut digunakan sebagai sarana oleh manusia yang ahli dalam bidangnya. Dalam kegiatan intervensi non-fisik materi yang

digunakan seperti LCD, proyektor dan laptop sebagai media yang mempermudah penyampaian materi. Sedangkan untuk intervensi fisik yaitu pembuatan pojok rokok menggunakan alat dan bahan seperti kayu, paku, tali, spanduk, serta poster.

d. Metode (*Method*)

Metode adalah suatu tata cara kerja yang digunakan untuk memperlancar suatu kegiatan. Metode yang digunakan dalam intervensi non-fisik adalah edukasi serta pelatihan kepada kader, tanya jawab dan diskusi antara pemberi materi dan peserta pembekalan. Sedangkan metode yang digunakan untuk intervensi fisik digunakan metode diskusi bersama Kepala Desa dalam menentukan kader.

e. Sarana dan Prasarana (*Machine*)

Machine merupakan sarana dan prasarana yang tersedia untuk mendukung pelaksanaan kegiatan intervensi. Sarana dan prasarana yang digunakan dalam kegiatan edukasi dan pembekalan kader di Desa Sungai Alang adalah seperti rumah kepala desa yang digunakan sebagai tempat rapat, penyuluhan, dan pembekalan kader, laptop, spanduk, kuesioner, dan lain-lain. Sedangkan sarana dan prasarana yang digunakan dalam

kegiatan intervensi pembuatan pojok rokok adalah pos ronda, kayu, paku, palu, gergaji, dan lain-lain.

2. Evaluasi Proses

Evaluasi proses merupakan evaluasi yang dirancang dan diaplikasikan dalam praktik implementasi kegiatan, termasuk mengidentifikasi permasalahan prosedur baik tatalaksana kejadian dan aktivitas. Setiap aktivitas dimonitor perubahan-perubahan yang terjadi secara jujur dan cermat. Pencatatan aktivitas harian demikian penting karena berguna bagi pengambil keputusan untuk menentukan tindak lanjut penyempurnaan. Evaluasi proses dilakukan pada saat kegiatan intervensi sedang berlangsung. Untuk menjamin bahwa evaluasi proses akan mencapai hasil yang diharapkan, maka dibutuhkan strategi pelaksanaan dan pembinaan pemberdayaan masyarakat dengan memperhatikan:

1. Peningkatan kesadaran melalui penggerakkan masyarakat sehingga masyarakat mempunyai peluang yang sebesar-besarnya untuk terlibat aktif dalam pembangunan kesehatan.
2. Pengembangan/pengorganisasian masyarakat (*community organization*) dalam pemberdayaan dengan mengupayakan

peran organisasi masyarakat lokal makin berfungsi dalam pembangunan kesehatan.

3. Peningkatan upaya advokasi yang mendukung masyarakat memperjuangkan kepentingannya melalui pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.
4. Penggalangan kemitraan dan partisipasi lintas sektor terkait, swasta, dunia usaha dan pemangku kepentingan dalam pengembangan dan pembinaan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.
5. Peningkatan pemanfaatan potensi dan sumber daya berbasis kearifan lokal baik dana dan tenaga serta budaya.

Langkah awal yang dilakukan dalam evaluasi proses melalui penilaian terhadap kegiatan edukasi dan pembekalan kader, yaitu untuk menilai kesesuaian antara pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang disepakati. Juga dilihat waktu pelaksanaan apakah sudah sesuai dengan jadwal kegiatan. Pelaksanaan kegiatan intervensi berupa edukasi dan pembekalan kader. Pada saat edukasi dilaksanakan dihadiri oleh kurang lebih 30 orang yang terdiri dari kepala desa, aparat desa, dan warga sekitar. Edukasi dapat berjalan sebagaimana mestinya walaupun ada sedikit hambatan misalnya warga datang tidak sesuai waktu yang telah dijanjikan. Kerjasama antara Dosen dan Mahasiswa

pelaksana kegiatan turut berperan aktif dalam pelaksanaan penyuluhan.

Kegiatan pembekalan kader yang dilaksanakan setelah edukasi pun dapat berjalan sebagaimana mestinya. Pembekalan kader dihadiri oleh kepala desa, aparat desa, kepala puskesmas, bidan desa, dan para kader. Kader yang berhadir cukup antusias dengan pelaksanaan pembekalan ini. Begitu pula dengan seluruh mahasiswa yang kooperatif selama proses pembekalan. Sedangkan untuk pelaksanaan kegiatan intervensi berupa pemasangan media seperti poster, spanduk, leaflet dan booklet dilakukan oleh mahasiswa. Pemasangannya dilakukan di pos ronda yang kini dijadikan sebagai pojok rokok. Pojok rokok ini terletak di setiap RT yang ada di Desa Sungai Alang.

Evaluasi jangka pendek dilakukan dengan memberikan kuesioner melalui *pre* dan *post test*. Di dalam materi penyuluhan memiliki pokok bahasan antara lain pengertian rokok, zat yang terkandung di dalam rokok, jenis perokok, dampak kesehatan, serta penyakit akibat merokok. Evaluasi efektivitas edukasi dilakukan menggunakan analisis sebelum dan sesudah edukasi dengan menggunakan uji *t-test* atau uji T berpasangan guna mengetahui peningkatan pengetahuan peserta kegiatan. Namun sebelum melakukan uji, dilakukan uji normalitas untuk

mengetahui apakah data yang akan di uji termasuk berdistribusi normal atau tidak.

Berikut merupakan hasil uji normalitas nilai *pre* dan *post test*:

Tabel 7.1 Uji Normalitas Pre dan Post Test Pengetahuan
Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|------------------|---------------------------------|-----------|-------------|------------------|-----------|-------------|
| | <i>Statistic</i> | <i>Df</i> | <i>Sig.</i> | <i>Statistic</i> | <i>Df</i> | <i>Sig.</i> |
| <i>Pre-test</i> | .143 | 30 | .119 | .933 | 30 | .059 |
| <i>Post-test</i> | .200 | 30 | .004 | .776 | 30 | .000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Berdasarkan uji normalitas yang telah dilakukan, dapat diketahui bahwa besar sampel adalah 30 orang yang berarti kita menggunakan hasil nilai *sig.* pada Shapiro-Wilk. Pada tabel diatas, dapat dilihat bahwa nilai *sig.* nilai *pre* dan *post test* adalah 0.059 dan 0.000 < 0.05 yang berarti data tersebut tidak berdistribusi normal. Jika data yang di uji tidak berdistribusi normal, maka tidak memenuhi syarat untuk melakukan uji T berpasangan dan diganti dengan uji Wilcoxon. Berikut merupakan tabel uji Wilcoxon untuk menilai adanya perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi berupa edukasi dan pelatihan kader anti rokok.

Tabel 7.2 Uji Wilcoxon Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Intervensi Edukasi dan Pelatihan Kader Anti Rokok

| <i>Test Statistics^a</i> | |
|------------------------------------|---------------------|
| | <i>post – pre</i> |
| Z | -3.631 ^b |
| <i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i> | .000 |

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Pada tabel uji Wilcoxon di atas, diketahui bahwa nilai sig. $0.0001 < 0.05$ yang mana berarti keputusan adalah H_0 ditolak, artinya adanya perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi penyuluhan dan pelatihan kader anti rokok secara signifikan. Jika dilihat berdasarkan distribusi frekuensi sebelum dan sesudah, maka dapat disajikan sebagai berikut:

Tabel 7.3 Distribusi Frekuensi Evaluasi Pengetahuan Sebelum dan Sesudah dilakukan Edukasi dan Pelatihan Kader Anti Rokok

| No. | Kategori Pengetahuan | Persentase Sebelum (%) | Persentase Sesudah (%) |
|-----|----------------------|------------------------|------------------------|
| 1. | Baik | 0 (0%) | 30 (100%) |
| 2. | Cukup | 6 (20%) | 0 (0%) |
| 3. | Kurang | 24 (80%) | 0 (0%) |
| | Jumlah | 100% | 100% |

Berdasarkan Tabel 7.3, dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan peserta sebelum dilakukan penyuluhan dan pelatihan adalah pengetahuan baik sebanyak 0 orang (0%) dan dengan pengetahuan cukup sebanyak 6 orang (20%) serta pengetahuan kurang sebanyak 24 orang (80%). Namun, setelah diberikan penyuluhan dan pelatihan, pengetahuan semua peserta meningkat menjadi baik sebanyak 30 orang (100%).

Tabel 7.4 Distribusi Frekuensi Evaluasi Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Dilakukan Edukasi Rokok

| No. | Kategori Pengetahuan | Persentase Sebelum (%) | Persentase Sesudah (%) |
|---------------|----------------------|------------------------|------------------------|
| 1. | Baik | 0 (0%) | 30 (100%) |
| 2. | Cukup | 6 (20%) | 0 (0%) |
| 3. | Kurang | 24 (80%) | 0 (0%) |
| Jumlah | | 100% | 100% |

Berdasarkan Tabel 7.4, dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan peserta sebelum dilakukan edukasi adalah pengetahuan baik sebanyak 22 orang (73,3%), dan dengan pengetahuan cukup sebanyak 6 orang (20%) dan pengetahuan kurang sebanyak 2 orang (6,7%). Namun, setelah diberikan penyuluhan, pengetahuan semua peserta meningkat menjadi

baik sebanyak 28 orang (93,3%) dan cukup sebanyak 2 orang (6,7%).

3. Evaluasi *Output*

Evaluasi hasil (*product*) dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan menilai hasil yang dicapai, diharapkan dan tidak diharapkan, jangka pendek dan jangka panjang, baik bagi pelaksana kegiatan agar dapat memfokuskan diri dalam mencapai sasaran program maupun bagi pengguna lainnya dalam menghimpun upaya untuk memenuhi kebutuhan kelompok sasaran. Evaluasi hasil ini dapat dibagi ke dalam penilaian terhadap dampak (*impact*), efektivitas (*effectiveness*), keberlanjutan (*sustainability*) dan daya adaptasi (*transportability*).

Berikut ini adalah beberapa evaluasi *output* yang dilakukan terhadap kegiatan di Desa Sungai Alang untuk menilai keberhasilan kegiatan yang telah dilakukan.

a. Edukasi Kesehatan

Evaluasi *output* yang dilakukan terhadap hasil kegiatan edukasi adalah dengan melakukan penilaian terhadap pengetahuan selama 3 bulan.

Tabel 7.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Hasil Monitoring dan Evaluasi Bulan ke-1, ke-2 dan ke-3

| No | Kategori Pengetahuan | Bulan ke-1 | | Bulan ke-2 | | Bulan ke-3 | |
|----|----------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | N | % | N | % | N | % |
| 1. | Baik | 5 | 16,7% | 6 | 20% | 7 | 23,3% |
| 2. | Cukup | 22 | 73,3% | 21 | 70% | 21 | 70% |
| 3. | Kurang | 3 | 10% | 3 | 10% | 2 | 6,7% |
| | Jumlah | 100 | 100% | 100 | 100% | 100 | 100% |

Berdasarkan Tabel 7.5, dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan peserta pada monitoring dan evaluasi pada bulan pertama adalah pengetahuan baik sebanyak 5 orang (16,7%), cukup sebanyak 22 orang (73,3%), dan kurang sebanyak 3 orang (10%). Tingkat pengetahuan peserta pada monitoring dan evaluasi pada bulan kedua adalah pengetahuan baik sebanyak 6 orang (20%), cukup sebanyak 21 orang (70%), dan kurang sebanyak 3 orang (10%). Sedangkan tingkat pengetahuan peserta pada monitoring dan evaluasi pada bulan ketiga adalah pengetahuan baik sebanyak 7 orang (23,3%), cukup sebanyak 21 orang (70%), dan kurang sebanyak 2 orang (6,7%).

Evaluasi secara kualitatif dilakukan setelah monitoring dan evaluasi selama 3 bulan menggunakan *pre-post test* setiap akhir

bulan. Wawancara dilakukan kepada kepala desa, bidan desa dan tokoh masyarakat di Desa Sungai Alang. Tujuan dari wawancara yang dilakuka adalah untuk lebih mengetahui secara mendalam mengenai manfaat pelaksanaan serta keefektifitan kegiatan intervensi. Berikut adalah kutipan wawancara kepada informan.

“...Sangat bermanfaat sekali, jadi gini ya karena masyarakat Desa Sungai Alang mayoritas adalah perokok, dengan adanya intervensi yang dilakukan kita bisa lihat dari skala kecil dulu, dari lingkungan kantor desa. Di kantor desa mereka sekarang sudah mulai mengurangi merokok, kemudian yang biasanya merokok di dalam rumah sekarang sudah mulai berhenti melakukannya, meski belum semuanya yang melakukannya ...Dengan adanya pojok rokok di setiap RT sangat bermanfaat bagi masyarakat yang perokok biar mengurangi merokok di dalam rumah... (Informan Kepala Desa)”

“...penyuluhan yang dilakukan bermanfaat untuk warga Sungai Alang agar mereka tau bahaya dan dampak dari rokok sehingga dapat menguranginya... (Informan Bidan Desa)”

“...memang sangat bermanfaat dan itu juga merupakan anjuran kesehatan untuk masyarakat. Jadi sangat besar sekali manfaatnya dan membantu masyarakat untuk hidup sehat. Selain itu, juga manfaat yang dirasakan tidak hanya pada diri sendiri tetapi pun orang lain juga

merasakannya...Kegiatan penyampaian pesan tentang bahaya merokok di Desa Sungai Alang dan adanya pojok rokok di setiap RT nya sangatlah bermanfaat untuk masyarakat Desa Sungai Alang... (Informan Tokoh Masyarakat)”

Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa kegiatan yang dilakukan memberikan manfaat kepada masyarakat desa. Kegiatan edukasi yang dilakukan dapat mengurangi masyarakat yang merokok didalam rumah dan tempat-tempat yang memiliki larangan merokok. Masyarakat akhirnya keluar dari rumah untuk merokok serta mencari tempat yang dijadikan sebagai pojok rokok. Selain itu, masyarakat juga mengetahui tentang bahaya dan dampak dari rokok sehingga berusaha untuk mengurangi konsumsi rokok. Dengan hasil kegiatan ini, diharapkan komitmen untuk pembentukan Kawasan tanpa rokok bisa berjalan dengan lancar. Kawasan tanpa rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan merokok, atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, promosi, dan atau mempromosikan produk tembakau. Peraturan tentang penetapan kawasan tanpa rokok dikeluarkan oleh pemerintah melalui Peraturan Pemerintah No. 19 tahun 2003 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan yang didalamnya dijelaskan secara singkat

mengenai kandungan zat berbahaya yang terkandung didalam rokok, penyelenggaraan pengamanan rokok serta peran masyarakat dalam upaya penyelenggaraan pengamanan rokok bagi kesehatan.

Edukasi merupakan salah satu kegiatan pendidikan kesehatan yang dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap diri dan lingkungannya, yang ditujukan untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu. Berdasarkan pernyataan tersebut, dapat disimpulkan bahwa edukasi yang telah dilakukan di Desa Sungai Alang mempengaruhi cara pandang masyarakat, sehingga semakin baik pula persepsi seseorang terhadap informasi kesehatan yang disampaikan.

b. Pembentukan dan Pembekalan Kader Anti Rokok dan Petugas Pengawas Perokok

Kegiatan lanjutan pasca kegiatan edukasi adalah pembentukan kader anti rokok dan petugas pengawas perokok dari keluarga yang berkomitmen untuk mengurangi jumlah rokok. Berikut adalah identitas dari kader.

1) Identitas Kader

Tabel 7.6 Distribusi Frekuensi Identitas Peserta pada Kegiatan Edukasi dan Pelatihan Kader Anti Rokok

| No. | Responden | Alamat (RT) | Jenis Kelamin | Rentang Umur | Pendidikan | Pekerjaan |
|-----|-----------|-------------|---------------|--------------|-------------|------------|
| 1 | TR | 2 | L | 21-49 tahun | Tamat SD | Petani |
| 2 | H | 1 | P | 21-49 tahun | Tamat SD | IRT |
| 3 | SH | 1 | P | 21-49 tahun | Tamat SD | IRT |
| 4 | AAS | 1 | L | 21-49 tahun | Diploma III | Petani |
| 5 | Mh | 1 | L | 21-49 tahun | Tamat SD | Petani |
| 6 | Lh | 1 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Petani |
| 7 | MK | 1 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Sopir |
| 8 | Hr | 1 | L | >50 tahun | Tamat SD | Sopir |
| 9 | Ab | 2 | P | 21-49 tahun | Tamat SD | Petani |
| 10 | SJ | 2 | P | 21-49 tahun | Diploma IV | Karyawan |
| 11 | Tr | 1 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Wiraswasta |
| 12 | AW | 2 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Karyawan |
| 13 | Mm | 1 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Petani |
| 14 | LK | 2 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Petani |
| 15 | HE | 2 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTA | Karyawan |
| 16 | Iw | 2 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Petani |
| 17 | WI | 2 | P | 21-49 tahun | Tamat SLTA | IRT |
| 18 | Sg | 3 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Petani |
| 19 | Si | 1 | L | >50 tahun | Tamat SLTA | Wiraswasta |
| 20 | Ys | 1 | L | >50 tahun | Tamat SLTA | Petani |
| 21 | Sr | 1 | L | >50 tahun | Tamat SLTA | Sopir |
| 22 | AS | 3 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTA | Petani |
| 23 | Ay | 3 | L | 21-49 tahun | Tamat SD | Petani |
| 24 | SB | 2 | L | 21-49 tahun | Tamat SD | Buruh |
| 25 | Ad | 1 | L | 21-49 tahun | Tamat SD | Sopir |
| 26 | Ay | 1 | P | 21-49 tahun | Tamat SD | IRT |
| 27 | MR | 2 | L | >50 tahun | Tamat SLTA | Wiraswasta |
| 28 | Nr | 3 | P | 21-49 tahun | Tamat SLTP | IRT |
| 29 | Om | 1 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Buruh |
| 30 | AS | 1 | L | 21-49 tahun | Tamat SLTP | Buruh |

Berdasarkan Tabel 7.6, dapat diketahui bahwa peserta edukasi dan pelatihan adalah laki-laki sebanyak 23 orang (76,7%) dan perempuan sebanyak 7 orang (24,3%). Rata-rata umur yang paling banyak menjadi peserta pelatihan dan edukasi adalah usia 21-49 tahun sebanyak 25 orang (83,3%). Rata-rata pendidikan paling banyak adalah SLTP/Sederajat sebanyak 11 orang (36,7%). Rata-rata pekerjaan peserta yang paling banyak adalah petani sebanyak 12 orang (40%).

2) Penghasilan

Tabel 7.7 Distribusi Frekuensi Penghasilan Peserta pada Kegiatan Edukasi dan Pelatihan Anti Merokok

| No. | Penghasilan (Rp) | Jumlah (orang) | Persentase (%) |
|-----|------------------|----------------|----------------|
| 1 | <Rp 1.337.500 | 8 | 26.7 |
| 2 | > Rp 1.337.500 | 22 | 73.3 |
| | Jumlah | 30 | 100% |

Berdasarkan Tabel 7.7, dapat diketahui bahwa rata-rata penghasilan peserta yang paling banyak pada kategori >Rp 1.337.500 sebanyak 22 orang (73,3%). Sedangkan rata-rata penghasilan yang paling sedikit adalah <Rp 1.337.500 sebanyak 8 orang (26,7%).

3) Pembekalan Kader dan Petugas Pengawas Perokok

Tabel 7.8 Jumlah Keluarga Komitmen Bulan ke-1 sampai dengan bulan ke-3 di Desa Sungai Alang Tahun 2019

| No. | RT | Keluarga Komitmen | | |
|-----|----|-------------------|------------|------------|
| | | Bulan ke-1 | Bulan ke-2 | Bulan ke-3 |
| 1. | 01 | 2 | 3 | 3 |
| 2. | 02 | 2 | 2 | 2 |
| 3. | 03 | 2 | 2 | 7 |

Berdasarkan Tabel 7.8. di atas didapatkan bahwa keluarga yang berkomitmen untuk berhenti atau mengurangi rokok yaitu bulan Januari sebanyak 6 orang, dan mengalami peningkatan bulan Februari yaitu 1 orang serta bulan Maret yaitu sebanyak 5 orang. Hal ini menunjukkan bahwa setiap bulannya keluarga berkomitmen mengalami penambahan. Penambahan jumlah keluarga yang berkomitmen ini salah satunya dipengaruhi oleh kinerja dari kader anti rokok yang dihasilkan dari kegiatan pelatihan kader.

c. Pembentukan Pojok Rokok

Evaluasi output terhadap pembentukan pojok rokok yang dilengkapi dengan pemasangan media penunjang seperti poster,

spanduk, leaflet dan booklet pojok rokok di pos ronda di setiap RT. *Output* dari pembentukan pojok rokok adalah meningkatnya partisipasi masyarakat dalam memanfaatkan pojok rokok tersebut sebagai tempat merokok diluar rumah. Pojok rokok di desain menjadi tempat yang berfungsi sebagai suatu wadah edukasi untuk perubahan perilaku yang dilakukan melalui penyebarluasan informasi, komunikasi, motivasi, dan edukasi baik secara lisan, tulisan, maupun peragaan kepada kelompok sasaran sehingga muncul pemahaman yang sama, pengetahuan, dan kemauan guna berpartisipasi aktif dalam pembangunan kesejahteraan.

Berdasarkan hasil wawancara, masyarakat Desa Sungai Alang terutama kepala desa, bidan desa dan tokoh masyarakat menyatakan bahwa kegiatan yang dilakukan memberikan manfaat buat warga desa. Hal ini sesuai dengan hasil kutipan wawancara berikut.

“...pengelolaan sarana intervensi yang dilakukan oleh masyarakat terutama aparat desa Sungai Alang mengenai pemeliharaan sarana intervensi, masyarakat Desa Sungai Alang akan saling bekerja sama untuk memelihara dan merawat pojok rokok yang ada di setiap RT...”

Pengelolaan sarana intervensi yang dilakukan oleh masyarakat terhadap intervensi yang ada di Desa Sungai Alang

merupakan salah satu bagian dari upaya masyarakat desa bekerjasama dengan Tim pelaksana untuk pengembangan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) diantaranya adalah analisis situasi, pembentukan komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan, pembuatan kebijakan, penyiapan infrastruktur, sosialisasi penerapan KTR, penerapan KTR, pengawasan dan penegakan hukum serta pemantauan dan evaluasi.

Berdasarkan hasil wawancara dengan tokoh masyarakat Desa Sungai Alang, diketahui bahwa kegiatan konseling oleh kader merupakan salah satu metode yang bagus untuk mengurangi perokok di Desa Sungai Alang yang merokok tidak pada tempatnya, karena perokok pasif lebih berbahaya daripada perokok aktif. Kader menjalankan tugas dengan baik dan sesuai dengan tanggungjawab yang diberikan. Hal ini sesuai dengan hasil kutipan wawancara berikut ini.

”...dengan adanya kader yang mengikuti pelatihan dan menjalankan tugasnya dengan baik ketika melakukan penyampaian materi konseling di pojok rokok maka kader menjalankan tugasnya dengan baik dan mendapat sambutan yang baik pula dari masyarakat karena kader memang berasal dari masyarakat Sungai Alang sendiri...(Informan Tokoh Masyarakat)”

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa seluruh kader yang telah ditunjuk akan menunjukkan komitmen dalam menjalankan tugasnya sebagai kader rokok di Desa Sungai Alang. Pelaksanaan kegiatan tersebut dapat dilakukan dengan strategi pendekatan pemberdayaan kader kesehatan di masyarakat melalui pengenalan penggunaan sistem informasi kesehatan kepada kader, dikarenakan saat ini kader kesehatan sebagai mitra tenaga kesehatan sangat membutuhkan peningkatan kemampuan sesuai dengan perkembangan teknologi di era digital saat ini. Perkembangan sistem informasi saat ini sangat penting dan menentukan yang bisa dipakai oleh kader kesehatan untuk meningkatkan kemampuan memonitor perkembangan kesehatan masyarakat. Pernyataan tersebut sesuai dengan petikan wawancara dengan narasumber berikut:

“...kami sebagai kader disini akan tetap memantau jalannya kegiatan ini. Mudah-mudahan bisa tetap dilanjutkan... (Informan Kader Kesehatan)”

“...untuk intervensi yang dilakukan saya rasa sudah cukup karena mengingat cara ini tidak langsung menegur orang lain tetapi kesadaran diri sendiri untuk tidak merokok di dalam rumah...(Kepala Desa Sungai Alang)”

Pembentukan pojok rokok yang dilakukan sudah tergolong sangat bagus, karena cara ini termasuk cara tidak langsung dan dinilai oleh masyarakat Desa Sungai Alang sebagai cara yang cukup bagus untuk menyadarkan masyarakat desa Sungai Alang untuk tidak merokok di dalam rumah. Pengelolaan sarana dan prasarana yang telah diberikan pada pojok rokok akan ditanggung oleh masyarakat Desa Sungai Alang dan akan langsung dikoordinasi oleh Kepala Desa Sungai Alang kepada setiap lingkungan RT agar menjaga dan mengelola pojok rokok tersebut dengan baik. Pernyataan tersebut sesuai dengan petikan wawancara dengan informan sebagai berikut:

“...Begini kalau untuk pojok rokok, itu nanti kalau menurut saya, kita akan memerintahkan para ketua RT sebagai penguasa lingkungan ya kan. Itu untuk pembuatan pojok rokok di wilayah masing-masing per RT. Untuk pengelolaan pojok rokok sendiri, di lingkungan kami ya otomatis jadi tanggung jawab kami. Yang jelas swadaya. Masyarakat akan berswadaya dan masyarakat akan gotong royong dalam mengelola pojok rokok tersebut. Itu biasanya yang terjadi disini...” (Informan Kepala Desa Sungai Alang)

Dana yang dibutuhkan untuk operasional dalam kegiatan pojok rokok dan sarana sangat mudah dijangkau, karena

pelaksanaan edukasi dan konseling di pojok rokok tidak memerlukan biaya besar. Pembuatan spanduk pojok rokok menggunakan biaya yang dikumpulkan melalui swadaya Desa Sungai Alang. Kebijakan Dana Desa ditetapkan pemerintah melalui Peraturan Pemerintah No. 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara. Kebijakan ini dimaksudkan untuk mewujudkan Desa kuat, maju, mandiri, dan demokratis, sehingga untuk itu peran dan potensi Desa harus diberdayakan. Sebelum kebijakan dana Desa ini ditetapkan, telah ada satu kebijakan yang pada hakekatnya adalah untuk membiayai bidang pemerintahan, pembangunan dan kemasyarakatan Desa, seperti Alokasi Dana Desa (ADD). Dengan demikian secara tidak langsung kebijakan penggunaan dana Desa memberi kontribusi terhadap upaya mewujudkan pertumbuhan pembangunan sesuai RPJM Daerah. Pernyataan tersebut sesuai dengan petikan wawancara dengan informan berikut:

“...Kalau menurut saya, operasional kegiatan di pojok rokok masih terjangkau oleh masyarakat ... untuk spanduk pojok rokok, biaya dari desa mungkin bisa aja dari biaya swadaya. Dari biaya swadaya nanti bisa memperbanyak. Hal tersebut bisa dilakukan karena desa kami terkenal dengan gotong royongnya jadi kegiatan ini dapat

dilakukan dengan baik kedepannya...” (Kepala Desa Sungai Alang)

Pembentukan pojok rokok dibarengi dengan pelatihan kader kesehatan. Seluruh kader yang telah ditunjuk akan menunjukkan komitmen dalam menjalankan tugasnya sebagai kader di Desa Sungai Alang. Kader merupakan ujung tombak dalam sosialisasi kepada masyarakat. Kader kesehatan adalah seseorang yang dipilih oleh masyarakat dan bertugas meningkatkan kesehatan masyarakat dengan sukarela.

Pendidikan kesehatan yang diberikan ini berkaitan dengan masalah-masalah yang sedang dihadapi oleh masyarakat saat ini, sehingga dapat disimpulkan bahwa kader merupakan sumber referensi rujukan masyarakat, dipercaya oleh masyarakat dan memiliki hubungan yang dekat dengan masyarakat karena kader tersebut merupakan bagian dari masyarakat. Peran kader dalam menjalankan tugasnya sebagai pemberi informasi kesehatan tersebut berpengaruh besar terhadap perilaku yang ada di masyarakat. Pernyataan tersebut sesuai dengan petikan wawancara dengan informan berikut:

“...Insya Allah, kami sebagai kader disini akan tetap memantau jalannya kegiatan ini. Mudah-mudahan bisa tetap dilanjutkan...” (Tokoh Masyarakat Desa Sungai Alang)

Pembuatan pojok rokok dan kegiatan edukasi berdampak pada pengurangan jumlah perokok di dalam rumah, meskipun tidak menghilangkan 100% perokok di Desa Sungai Alang. Pengurangan jumlah perokok yang merokok di dalam rumah di Desa Sungai Alang tersebut merupakan manfaat dari peningkatan pengetahuan perokok terhadap dampak merokok didalam rumah, sehingga perokok sadar untuk tidak memberikan dampak kesehatan kepada keluarga didalam rumah tangganya.

Larangan merokok secara total lebih mungkin untuk membuat perokok mengurangi bahkan menghentikan kebiasaannya, dibandingkan dengan jika larangan hanya berlaku di sebagian ruangan saja. Larangan total di rumah lebih efektif dalam mengurangi jumlah perokok di kalangan wanita dan orang usia lanjut di atas 65 tahun serta menghentikan kebiasaan merokok pada rumah tanpa anak-anak. Larangan merokok di rumah sebenarnya bukan memaksa perokok untuk berhenti, tetapi lebih kepada melindungi perempuan dan anak, terutama ibu hamil dari dampak buruk rokok para suami, sehingga jumlah perokok pasif berkurang, selain itu larangan merokok di rumah bisa mengurangi remaja yang mencoba untuk merokok.

Pernyataan tersebut sesuai dengan petikan wawancara dengan informan berikut:

“...Dikatakan mampu mengatasi ya mampu mengatasi. Namun ya itu, sebagaimana yang telah disampaikan. Kalau secara signifikan ya belum, karena masih perlu waktu. Kalau mengatasi masalah, itu kalau saya rasa sudah ada usaha untuk mengarah kesana, namun masih belum bisa maksimal, karena kita tau jumlah masyarakat kita itu, kemudian kita yang bergerak disini ditambah dengan kader, namun pekerjaan para kader bukan hanya sebagai kader tapi mereka juga punya tanggung jawab lain yang harus dilaksanakan. Namun untuk mengatasi masalah itu saya rasa sudah baik dan saya rasa nanti akan ada perubahan yang signifikan...” (Kepala Desa Sungai Alang)

“...Jelas mengurangi dan ya tidak mungkin untuk menghapus kan. Ya paling tidak mengurangilah. Karena semua itu juga butuh proses...” (Tokoh Masyarakat Desa Sungai Alang)

Masyarakat Desa Sungai Alang beranggapan jika seseorang langsung menegur orang yang merokok, maka akan ada timbul rasa tidak nyaman dan orang yang ditegur kemungkinan besar akan ada rasa kesal di hatinya. Oleh karena itu, melalui kegiatan ini, berdampak pada kemudahan berinteraksi antar perokok dan petugas pengawas perokok.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga. Rokok dan kesehatan. Edisi ke III. UI Press:Jakarta. Universitas Indonesia, 2002.
- Afif AN, Astuti K. Hubungan antara persepsi terhadap iklan rokok dengan perilaku merokok pada remaja. InSight Jurnal Ilmiah Psikologi 2015, Vol. 17, No.1: hlm. 1-10.
- Agustina E, Suhertin Y. Kontrol diri dan dukungan teman sebaya dengan coping stress pada remaja. Soul 2012; 5(2): 56-66.
- Alamsyah A, Nopianto. Determinan perilaku merokok pada remaja. Journal Endurance 2017; 2: 25-30.
- Alamsyah RM. Faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok dan hubungannya dengan status penyakit periodontal remaja di Kota Medan. Tesis. Medan: Universitas Sumatera Utara, 2009.
- Amalia MN. Analisis pengaruh konsumsi rokok terhadap produktivitas tenaga kerja di Indonesia. Skripsi. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta, 2017.
- Amalia S. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada remaja di Kelurahan Pancoran Mas Kota

- Depok Tahun 2010. Skripsi. Depok: Universitas Indonesia, 2010.
- Ambarwati, dkk. Media, leaflet, video dan pengetahuan siswa SD tentang bahaya merokok. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2014; 10: 7-13.
- Andika, dkk. Hubungan pengetahuan dengan kejadian merokok pada pelajar SMPN 1 Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas* 2016; 5: 361-364.
- Anhar VY, dkk. Analisis faktor risiko perilaku merokok pada remaja melalui pendekatan teori Health Belief Model (HBM) (studi observasional analitik pada pelajar SMP/ sederajat di wilayah Kota Banjarbaru). Laporan penelitian. Banjarbaru: Universitas Lambung Mangkurat, 2019.
- Anto MV, Umboh JM, Joseph WB, dkk. Hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang bahaya merokok dengan tindakan merokok remaja di pasar bersehati kota Manado. Artikel publikasi. Manado: Universitas Sam Ratulangi, 2012.

- Ardini RF. Proses berhenti merokok secara mandiri pada mantan pecandu rokok dalam usia dewasa awal. *Jurnal Psikologi Pendidikan dan Perkembangan* 2012; 1 (2).
- Asizah N. Faktor Individu yang Berhubungan dengan Tindakan Merokok Mahasiswa di Universitas Hasanuddin. Skripsi. Makassar: Universitas Hasanuddin, 2015.
- Aswita A. Pengaruh penyuluhan model pendampingan terhadap perubahan status gizi anak usia 6-24 bulan. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro, 2008.
- Azizah N. Faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok anak jalanan di Kota Makassar. Skripsi. Makassar: Universitas Hasanuddin, 2013.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Konsumsi rokok dan prevalensi merokok, 2004.
- Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia. Gambaran konsumsi pangan, permasalahan gizi dan penyakit tidak menular penduduk Indonesia, 2015.
- Bahtiar A, Rahardja E. Pengaruh brand equity, harga dan distribusi terhadap keputusan pembelian vape (studi pada

- Vape Store 5time). *Journal of Management* 2017; 6: 1-10.
- Champion VL dan Skinner CS. *Health behavior and health education; theory, research and practice*. 4th edition. San Fransisco: Jossey-Bass Inc, 2008.
- Chotidjah S. Pengetahuan tentang rokok, pusat kendali kesehatan eksternal dan perilaku merokok. *Jurnal Psikologi Pendidikan* 2012; 16: 49-56.
- Darlianis. Profil pencapaian tugas perkembangan siswa di SMP Negeri 8 Teluk Kuantan. *Jurnal Ilmu Pendidikan Sosial, Sains, dan Humaniora* 2016; 2.
- Depparanding M, Thaha RM, Natsir S. Perilaku merokok buruh angkut di Pelabuhan Soekarno Hatta Makassar. *Artikel penelitian kesehatan*. Makassar: Universitas Hasanuddin, 2014.
- Devi T, dkk. Penyusunan indikator klinis. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 2011; 14: 181-190.
- Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru. *Rekapitulasi indeks keluarga sehat tingkat Kota/Kabupaten*. Banjarbaru, 2019.
- Edi P, dkk. Hubungan karakteristik dan tingkat pengetahuan mengenai bahaya merokok terhadap perilaku merokok pada laki-laki di Provinsi Bali (analisis data sekunder

- Bali Tobacco Control Initiative tahun 2014). Jurnal BIMKMI 2016; 4: 22-30.
- Etrawati F. Perilaku merokok pada remaja: kajian faktor sosio psikologis. Jurnal Ilmu Kesmas 2014; 5: 77-85.
- Faridah F. Analisis faktor-faktor penyebab perilaku merokok remaja di SMK “X” Surakarta. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal) 2015; Vol.3, No.3: hlm. 887-897.
- Ferrante M, Saulle R, Ledda C, dkk. Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledges, and beliefs among health professional School students. Ann 1st Super Sanita 2013; 49 (2): 143-149.
- Gondodiputro S. Bahaya tembakau dan bentuk-bentuk sediaan tembakau. Bandung: Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, 2007.
- Hamdan SR. Pengaruh peringatan bahaya rokok bergambar pada intensi berhenti merokok. MIMBAR 2015; Vol. 31, No.1: hlm. 241-250.
- Harahap RA. Pengaruh faktor predisposing, enabling dan reinforcing terhadap pemberian imunisasi hepatitis b pada bayi di Puskesmas Bagan Batu Kecamatan Bagan

- Sinembah Kabupaten Rokan Hilir. *Jurnal Jumantik* 2016; 1: 79-103.
- Hasan MI. Pokok-pokok materi statistik 2: statistik inferensif. Jakarta: Bumi Aksara, 2003.
- Hasanah, Sulastri. Hubungan antara dukungan orang tua, teman sebaya dan iklan rokok dengan perilaku merokok pada siswa laki-laki Madrasah Aliyah Negeri 2 Boyolali. *Jurnal Kesehatan GASTER* 2011; 8.
- Helmi AF. Faktor-faktor penyebab merokok pada remaja. Artikel publikasi. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada, 2009.
- Heryani R. Kumpulan Undang–Undang dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Khusus Kesehatan. Jakarta: CV. Trans Info Media, 2014.
- Hidayat T. Analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia, 2012.
- Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Inilah 4 bahaya merokok bagi kesehatan tubuh, 2018.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan nasional riset kesehatan dasar 2018.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pengendalian stroke. Jakarta: Subdit Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah, 2013.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013.

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, Nomor 14 Tahun 2018 tentang Penerimaan Peserta Didik Baru Tahun 2018.

Kumboyono. Hubungan perilaku merokok dan motivasi belajar anak usia remaja di SMK Bina Bangsa Malang. Artikel Ilmiah Majalah Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Malang: Universitas Brawijaya, 2010.

Kusuma ARP. Pengaruh merokok terhadap kesehatan gigi dan rongga mulut. Majalah Ilmiah Sultan Agung, 2011; 49: 1-8.

- Latifah R Hubungan persepsi terhadap picture health warning pada bungkus rokok dengan perilaku merokok pada siswa SMP “X” Yogyakarta. Skripsi. Yogyakarta: Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga, 2016.
- Malau PH. Gambaran pengetahuan perokok tentang bahaya merokok terhadap kesehatan di Kecamatan Doloksanggul Kabupaten Humbang Hasundutan. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara, 2013.
- Maman. Teori Perilaku Merokok. 2009; (online), (<http://unikunik.com/2009/05/03/teori-perilaku-merokok/>, diakses pada 5 Mei 2019).
- Mariyam N. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan tentang bahaya rokok pada remaja di SMP Negeri 3 Kendal. *Jurnal Keperawatan Anak* 2013; 1 (1): 44-48.
- Maseda DR, Suba B, Wongkar D. Hubungan pengetahuan dan sikap tentang bahaya merokok dengan perilaku merokok pada remaja putra di SMA Negeri 1 Tompasobaru. *Jurnal eKp* 2013; 1: 1–7.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan tentang pencantuman peringatan kesehatan

dan informasi kesehatan pada kemasan produk tembakau, CFR, 2013.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Undang-undang Nomor 28 Tahun 2013 tentang pencantuman peringatan kesehatan dan informasi kesehatan pada kemasan produk tembakau, 2013.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 71 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional.

Monks. Pengantar psikologi perkembangan. Yogyakarta: Gajah Mada University Press, 2008.

Mu'tadin Z. Kemandirian sebagai kebutuhan psikologis pada remaja 2002; (online), (<https://maktabahku.wordpress.com/2008/11a/14/kemandirian-sebagai-kebutuhan-psikologis-pada-remaja/>), diakses pada 7 Januari 2019).

Mubarok, Wahid Iqbal. Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2007.

Naing NN, dkk. Factors related to smoking habits of male adolescents. Tobacco induced diseases 2004; 2: 133-140.

- Naisali, dkk. Hubungan perilaku merokok dengan kejadian gastritis pada mahasiswa teknik sipil Universitas Tribhuwana Tunggaladewi Malang. *Jurnal Nursing News* 2017; 2: 304-317.
- Nasution IK. Perilaku merokok pada remaja. Artikel penelitian. Medan: Universitas Sumatera Utara, 2007.
- Nasution IK. Perilaku merokok pada remaja. Medan: Universitas Sumatera Utara, 2007.
- Nasution IK. Perilaku merokok pada remaja. Tesis. Medan: Universitas Sumatera Utara, 2007.
- Nasution. Perilaku Merokok pada Remaja. Skripsi. Medan: Universitas Sumatra Utara 2007.
- Notoadmodjo. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
- Notoatmodjo S. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
- Notoatmodjo S. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
- Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta, 2003.

- Notoatmodjo, S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2014
- Notoatmodjo, S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta. 2007
- Notoatmodjo, Soekidjo. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta, 2003.
- Notoatmodjo. Kesehatan masyarakat ilmu dan seni. Jakarta: Rineka Cipta, 2007.
- Nura'ini SS. Pengaruh teman sebaya terhadap perilaku mengonsumsi miras pada mahasiswa. Yogyakarta: Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta, 2018; (online),(<http://eprints.uad.ac.id/10770/1/PENGARUH%20TEMAN%20SEBAYA%20TERHADAP%20%20PERILAKU%20MENGONSUMSI%20MIRAS%20PADA%20MAHASISWA.pdf>), diakses pada 9 Mei 2019).
- Nurlailah N. Hubungan antara persepsi tentang dampak merokok terhadap kesehatan dengan tipe perilaku merokok mahasiswa Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Skripsi. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, 2010.
- Nurmala I, Indriani D, Mahmudiono T, dkk. Pengaruh penyuluhan terhadap perubahan pengetahuan dan sikap

- perokok berat tentang merokok. *The Indonesian Journal of Public Health* 2007; 4 (3).
- Nursalam. *Keperawatan kesehatan komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, 2009.
- Nururrahmah. Pengaruh rokok terhadap kesehatan dan pembentukan karakter manusia. *Prosiding Seminar Nasional Pendidikan Karakter di Gedung SCC Palopo pada Sabtu, 03 Mei 2014, Vol.1 No.1, hlm: 77-84.*
- Odgen J. *Health psychology*. New York: Open University Press, 2007.
- Ormrod, J.E. *Educational psychology developing learners (psikologi pendidikan: membantu siswa tumbuh dan berkembang)*. Terjemahan oleh Wahyu L, Eva S., Airin Y.S, & Puji L. Jakarta: Penerbit Erlangga, 2009.
- Peraturan Daerah Kabupaten Banjar Nomor 15 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok
- Peraturan Daerah Kota Banjarbaru Nomor 12 tahun 2017 tentang Kawasan Tanpa Rokok
- Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 4 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesehatan di Kalimantan Selatan.

Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan, CFR, 2012.

Purba YC. Hubungan karakteristik, pengetahuan dan sikap remaja laki-laki terhadap kebiasaan merokok di SMU Parulian 1 Medan Tahun 2009. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara, 2009.

Purnomo BI, dkk. Hubungan faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat dengan perilaku merokok pelajar SMKN 2 Kota Probolinggo tahun 2017. *Jurnal Preventia* 2018; 3: 1-19.

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Perilaku merokok masyarakat Indonesia 2013.

Putra BA. 2013. Hubungan antara Intensitas Perilaku Merokok dengan Tingkat Insomnia (Studi pada Mahasiswa yang Merokok sekaligus Mengalami Insomnia di Angkringan sekitar Universitas Negeri Semarang). Skripsi. Semarang: Universitas Negeri Semarang.

- Rachmat M, Thaha RM, Syafar M. 2013. Perilaku Merokok Remaja Sekolah Menengah Pertama. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (Kesmas)*, Vol.7, No.11: hlm. 502-508.
- Rachmat, dkk. Perilaku merokok remaja sekolah menengah pertama. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 2013; 7: 502-512.
- Rahayu RNB. Pengaruh metode 5As terhadap sikap merokok. Tesis. Surakarta: Progam Studi Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret, 2010.
- Rahman F. Gambaran persepsi siswa Sekolah Menengah Pertama Al-Hasra Depok tentang gambar peringatan kesehatan merokok membunuhmu. Skripsi. Jakarta: Universitas Indonesia, 2017.
- Rahmat J. Psikologi komunikasi. Bandung: PT.Remaja Rosdakarya, 2007.
- Richard R, Lynch M, Vansteenkiste M, dkk. Motivation and autonomy in counseling, phsycotherapy, and behaviour change. *The Counseling Psychologist* 2011; 39 (2): 193-260

- Riduan. Belajar mudah penelitian untuk guru karyawan dan peneliti pemula. Bandung: Alfabeta, 2010.
- Ridwan AM. Hubungan antara pengetahuan, persepsi peringatan kesehatan bergambar, dan pengaruh teman sebaya dengan perilaku merokok remaja (studi observasional analitik pada siswa SMP/ sederajat di Kecamatan Cempaka Kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan). Skripsi. Banjarbaru: Universitas Lambung Mangkurat, 2019.
- Robbins SP. prinsip-prinsip perilaku organisasi. Cetakan ke-5. Jakarta: Erlangga, 2002.
- Rudi A, Masan I, Kwureh HN. Efektivitas peringatan kesehatan bergambar bungkus rokok pada pelajar. Wawasan kesehatan 2017. 4(1): 15-20.
- Sandek R, Astuti K. Hubungan antara sikap terhadap perilaku merokok dan kontrol diri dengan intensi berhenti merokok. Tesis. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Wangsa Manggala, 2012
- Sanuri A, Rahayu S. Gambaran karakteristik, keluarga dan perilaku seksual santri di Pesantren Purba Baru. Jurnal Komunikasi Penelitian 2006; 15: 1-6.

- Sarino dan Ahyanti. 2012. Perilaku merokok pada siswa SMP. *Jurnal Keperawatan*; 3(2): 148-155.
- Simarmata S. Perilaku merokok pada siswa siswi Madrasah Tsanawiyah Negeri Model Kuok Kecamatan Bangkenan Barat Kabupaten Kampar Provinsi Riau Tahun 2012. Skripsi. Universitas Indonesia, 2012.
- Simarmata W. Almanak HKBP. Medan: HKBP, 2012.
- Sitepoe M. Kekhususan rokok Indonesia. Jakarta: PT Grasindo, 2000.
- Soetjiningsih. Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya. Jakarta: Agung Seto, 2010.
- Sofia A, Adiyanti MG. Hubungan pola asuh otoritatif orang tua dan konformitas teman sebaya terhadap kecerdasan moral, 2003.
- Stead L. Individual behavioural counseling for smoking cessation. Review. UK: University of Oxford, 2008.
- Stephanus, Susanto. Persepsi masyarakat terhadap partisipasi mereka dalam program CSR PT Holcim Indonesia TBK Cilacap Plant. Yogyakarta: Universitas Atma Jaya 2014.
- Sukmaningsih. Penurunan jumlah spermatisit pakiten dan spermatid tubulus seminiferus testis pada mencit (mus

- musculus) yang dipaparkan asap rokok. *Jurnal Biologi* 2009; 13: 31-35.
- Sumarna R. 2009. Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Merokok pada Mahasiswi Ekstensi Angkatan 2007 di FISIP UI Tahun 2009. Skripsi. Depok: Universitas Indonesia.
- Sumarna, Riny. Pengetahuan, sikap dan perilaku merokok pada mahasiswi ekstensi angkatan 2007 di Fisip UI Tahun 2009. Depok: Universitas Indonesia, 2009.
- Suryono. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Buku Kesehatan, 2011.
- Sutik S. Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan persepsi tentang perubahan fisik masa pubertas pada remaja putri usia 12-15 tahun di Desa Wonokalang Kecamatan Wonoayu Kabupaten Sidoarjo. Karya tulis ilmiah. Sidoarjo: Akademi Kebidanan Mitra Sehat, 2013.
- Thoha C. Kapita selekta pendidikan Islam. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offsite, 2006.
- Tirtosastro S, Murdiyati AS. Kandungan kimia tembakau dan rokok. *Buletin Tanaman Tembakau, Serat & Minyak Industri* 2010; Vol. 2, No. 1: hlm. 33-43.
- Tobacco Initiative. Kesadaran masyarakat, pendidikan, dan program berhenti merokok. Jakarta, 2013.

- Trisnawati, dkk. Persepsi terhadap peringatan kesehatan bergambar pada bungkus rokok dan perilaku merokok remaja di Yogyakarta. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan* 2018; 14: 10-20.
- Umar A. Hubungan persepsi gambar peringatan bahaya efek merokok pada kemasan bungkus rokok dengan perilaku merokok remaja di SMP "X" Kota Batu. Tesis. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang, 2017.
- Vitale F. Professional intervention for smoking cessation. *European Journal of Public Health* 2010; 10 (3).
- Widianti, Wahyono. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok siswa SMP Negeri "X" di Kota Bogor tahun 2014. Skripsi. Jakarta: Universitas Indonesia, 2014.
- Widiyansah M. Faktor-faktor penyebab perilaku remaja perokok di Desa Sidorejo Banjarbaru Penajam Paser Utara. *eJournal Sosiologi* 2014; 2: 1-12.
- Wijayanti, dkk. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada remaja Kampung Bojong Rawalele. *Global Medical and Health Communication* 2017; 5: 194-201.

- Wong, dkk. Buku ajar keperawatan pediatrik. Alih bahasa: Andry Hartono, dkk. Jakarta: EGC, 2009.
- World Health Organization (WHO), Regional Office for South-East Asia. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Indonesia Report 2014. New Delhi: WHO-SEARO, 2015.
- World Health Organization (WHO). Tobacco control country profiles. American cancer society, world health organization and international union against cancer, 2003.
- World Health Organization (WHO). Encouraging People to Stop Smoking. Learning Modules. Switzerland: Department of Mental Health and Substance Dependence, 2011.

RIWAYAT PENULIS



Vina Yulia Anhar, lahir di Banjarmasin 11 Oktober 1993, merupakan salah satu tenaga dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Fokus keilmuan yang digeluti yaitu perilaku dan promosi kesehatan. Pendidikan S1 diselesaikan pada tahun 2015 di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas

Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Pada tahun 2018, pendidikan S2 diselesaikan di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Beberapa buku ajar yang telah diterbitkan yaitu Dasar-dasar Promosi Kesehatan, Dasar-dasar Manajemen Kesehatan, dan berbagai modul perkuliahan terkait dengan administrasi dan kebijakan kesehatan serta promosi kesehatan. Pernah terlibat pada berbagai penelitian terkait dengan rokok, kesehatan remaja, kesehatan lingkungan dan lainnya.



Fauzie Rahman lahir di Amuntai 21 April 1986. Pada tahun 2004, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2008. Pada Tahun 2009 pernah menjadi Verifikator Independen Program Jamkesmas Kota Banjarbaru. Pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan pada

Peminatan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health (MPH)* pada tahun 2013. Selama menjalani Pendidikan Magister juga dipercaya menjadi Asisten Konsultan pada Divisi Manajemen Bencana, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK UGM. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM, Anggota Senat di FK ULM, Senat Universitas Lambung Mangkurat serta Auditor pada Lembaga Penjamin Mutu ULM. Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), serta Perhimpunan Promosi Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPKMI). Dibidang kegiatan kemahasiswaan, ia juga berperan sebagai pembina di salah satu organisasi mahasiswa FK ULM, dosen pembimbing mahasiswa berprestasi, dan dosen pembimbing kegiatan Pekan Ilmiah Mahasiswa tingkat Nasional serta Reviewer Program Kreativitas Mahasiswa (PKM) 5 Bidang. Selain itu, ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional

maupun internasional, penulisan makalah dan poster. Ia juga aktif sebagai reviewer Artikel pada Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (JAKI) dan *International Conference on Family Planning*.



Syamsul Arifin lahir di Daha Utara 18 Februari 1975. Tahun 1993 memulai pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar dokter tahun 2000. Tahun 2006 melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana manajemen Pendidikan Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar magister pendidikan tahun 2008. Pada tahun 2011

oleh Konsil Kedokteran Indonesia mendapatkan sertifikasi sebagai Dokter Layanan Primer (DLP). Pada tahun 2018 mendapatkan gelar Doktor Ilmu Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Pengalaman pekerjaan pada Tahun 2001, menjabat sebagai Kepala Puskesmas Pasungkan. Tahun 2002 menjabat sebagai kepala Puskesmas Rawat Inap Negara. Sejak tahun 2003 menjadi staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. khususnya pada bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat. Tahun 2009-2012 dipercaya sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan FK ULM,. Tahun 2012-2016 dipercaya sebagai Pembantu Dekan II FK ULM. Tahun 2014-2015 dipercaya juga dipercaya sebagai Ketua

Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FK ULM. Tahun 2018 sampai sekarang dipercaya sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya. Tidak hanya di institusi pendidikan, juga aktif di organisasi Koalisi Kependudukan Kalimantan Selatan sebagai Ketua Seksi Kesehatan sejak 2012. Dan dipercaya sebagai Direktur Klinik IDI Pangeran Antasari dari tahun 2007-2012. Tahun Dipercaya sebagai Ketua bidang pengembangan organisasi pada IDI Cabang Banjarmasin pada tahun 2017-2019. Dipercaya sebagai anggota Dewan Riset Daerah Provinsi Kalimantan Tengah tahun 2019 sampai sekarang. Beberapa penghargaan yang pernah diterima, tahun 2001 telah mengantarkan puskesmas Pasungkan sebagai Puskesmas berprestasi juara III tingkat Propinsi Kalimantan Selatan. Tahun 2002 sebagai dokter Teladan II tingkat Kabupaten Hulu Sungai Selatan. Tahun 2011 sebagai Ketua Program Studi berprestasi I tingkat Universitas Lambung Mangkurat.



Andini Octaviana Putri lahir di Banjarbaru pada 4 Oktober 1993. Lulus dari SMAN 1 Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Januari 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga pada tahun 2016 dan lulus pada tahun 2018. Saat ini Ia bekerja sebagai staf pengajar di Departemen KIA dan Kesehatan Reproduksi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung

Mangkurat. Dalam beberapa tahun terakhir pernah terlibat dalam penelitian dan pengabdian dengan topik mengenai stunting pada balita.



Nur Laily Lahir di Martapura pada 15 April 1993. Lulus SMAN I Martapura Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pendidikan

pasca sarjana di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UNLAM dan lulus pada tahun 2017. Saat ini ia bekerja sebagai staf di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Selain itu, ia juga aktif sebagai tim penyusun bahan ajar/modul kegiatan seperti Buku Ajar Dasar-Dasar Promosi Kesehatan, Buku Ajar Pengantar Kominikasi Kesehatan, Buku ajar Komunikasi Kesehatan, Perilaku Organisas, Manajemen Pemasaran Pelayanan Kesehatan, Manajemen Mutu, Manajemen Logistik Kesehatan, BBM-Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah sakit.



Dian Rosadi lahir di Pandansari pada tanggal 23 Maret 1988. Menempuh pendidikan Strata satu pada tahun 2006 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan melanjutkan pendidikan Magister tahun 2011 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan *Field Epidemiology Training Program (FETP/EL)*. Kemudian

bergabung sebagai staf pengajar di Departemen Epidemiologi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam hal penelitian dan pengabdian sering terlibat tentang faktor risiko penyakit menular dan tidak menular, surveilans penyakit dan kejadian luar biasa.



Ayu Riana Sari dilahirkan di Banjarmasin pada tanggal 30 Desember 1989 sebagai anak ke-1 dari dua bersaudara dari pasangan H. Riza Azwari dan Hj. Nurhayati. Saat ini bertempat tinggal di Jln. Jahri Saleh Gg. Keluarga Banjarmasin. Pendidikan sarjana di tempuh di Program Studi Kesehatan Masyarakat, lulus tahun 2011. Pada tahun 2014, diterima di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, dan menamatkan

pada tahun 2018. Dia bekerja sebagai tenaga pengajar pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat pada awal tahun 2012. Dia pernah menjadi *enumerator preparation plan (master plan) survey of health care needs of*

Banjarbaru City 2011-2015 dan pernah menjadi enumerator survey nasional pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba (pada kelompok pekerja) di 33 provinsi tahun 2012. Pengalaman karya tulis ilmiah adalah faktor risiko penyakit chikungunya di Desa Mandikapau Timur Kabupaten Banjar 2010 dan analisis pengaruh koordinasi intraorganizational terhadap kinerja puskesmas dalam program pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita (studi di Puskesmas Kabupaten Banjar).



Atikah Rahayu lahir di Marabahan tanggal 20 April 1978. Jenjang pendidikan dasar ia tempuh di SDN Marabahan 3 (1984-1990), dan di SMPN 1 Marabahan (1990-1993). Adapun jenjang pendidikan menengahnya di SMAN 1 Marabahan (1993-1996). Selanjutnya ia melanjutkan kuliah di FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat) Universitas Airlangga di Surabaya (2000-2002)

dengan topic skripsi bidang gizi. Pada tahun 2010 kembali melanjutkan pendidikan magister ilmu kesehatan masyarakat, peminatan gizi kesehatan dengan konsentrasi gizi masyarakat pada Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta (2010-2012). Topik-topik penelitian maupun pengabdian masyarakat terkait gizi masyarakat hingga mengaitkan beberapa metode pendidikan untuk mencegah dan menanggulangi masalah gizi khususnya kejadian pada balita maupun remaja. Beberapa produk ajar telah dihasilkannya dan aktif pula dalam penulisan jurnal bereputasi nasional maupun

internasional.



Fahrini Yulidasari lahir di Martapura 15 Februari 1985. Pada tahun 2003, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar SKM pada tahun 2007. Pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan pada peminatan Gizi Kesehatan konsentrasi Gizi Masyarakat Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada

dan mendapatkan gelar *Master of Public Health (MPH)* pada tahun 2014.

Saat ini, bekerja sebagai staf pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM, juga dipercaya dan diamanahi sebagai Kepala Departemen Gizi dan Ketua Unit KTI dan P2M. Selain itu, aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan yang digunakan sebagai acuan mahasiswa dalam proses belajar mengajar, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya yang terkait dengan Gizi Masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional bereputasi, serta aktif mengikuti seminar nasional dan internasional baik sebagai peserta oral presentation maupun peserta poster.



Lia Anggraini lahir di Buntok pada tanggal 27 Juni 1996 dari pasangan Bapak Novi Hertawan dan Ibu Sufiem. Beragama Islam dan bertempat tinggal di Banjarbaru. Adapun riwayat pendidikan yaitu pada tahun 2008 lulus dari SDN 3 Buntok. Kemudian melanjutkan pendidikan di SMPN 2 Buntok dan lulus pada tahun 2011. Pada tahun 2014 lulus dari SMAN 1

Buntok pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Februari 2014. Saat ini bekerja sebagai staf pengajar di Departemen Gizi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam beberapa tahun terakhir pernah terlibat dalam penelitian dan pengabdian dengan topik mengenai stunting pada balita.



Hadianor lahir di Amuntai pada 20 Mei 1995. Lulus MAN I Amuntai Kabupaten Hulu Sungai Utara Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2013. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)

pada Januari 2017. Saat ini ia bekerja sebagai staf di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Semasa kuliah, ia aktif diberbagai organisasi kemahasiswaan seperti Himpunan Mahasiswa Kesehatan Masyarakat (HIMA KESMAS) FK UNLAM dan Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) FK UNLAM. Selain aktif di kegiatan organisasi mahasiswa, semasa kuliah ia juga aktif sebagai asisten peneliti di berbagai penelitian dan pengabdian yang dilakukan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Selain itu, ia juga aktif sebagai tim penyusun bahan ajar/modul kegiatan seperti Buku ajar Komunikasi Kesehatan (2016), Perilaku Organisasi (2016), Buku Ajar Metode Kontarsepsi Jangka Panjang (2017), Manajemen Pemasara Pelayanan Kesehatan (2017), BBM-Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah sakit (2017). Pengalaman penulisan karya tulis ilmiah adalah tentang Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Martapura Tahun 2016.



Anggun Wulandari lahir di Barabai pada tanggal 18 Pebruari 1994. Menempuh pendidikan sarjana pada tahun 2012 di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Pada tahun 2016, bergabung di Program Studi Kesehatan Masyarakat di Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

hingga sekarang dan melanjutkan pendidikan magister pada tahun 2017 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dengan Peminatan Manajemen Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan (MPKPK). Topik penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan serta artikel ilmiah dan buku yang ditulis mengenai ekonomi kesehatan, pembiayaan kesehatan, promosi kesehatan, manajemen pemasaran pelayanan kesehatan, perilaku organisasi, dan manajemen pengembangan sumber daya manusia.



Meitria Syahadatina Noor lahir di Surabaya tanggal 19 Mei 1979, anak dari dr. H. Bachran Noor Bachtiar dan ibu Hj. Sulastri. Nama suaminya RB. Wibi Harsono, memiliki 1 orang anak bernama RR. Aisyah Nur Safa. Jenjang pendidikan dasar tamat tahun 1991 di SDN Rantau Kiwa 1 Rantau, dan tahun 1994 di SMPN 2 Banjarmasin. Jenjang pendidikan menengah tamat tahun 1997 di SMAN 1 Banjarmasin.

Kemudian melanjutkan kuliah di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan lulus profesi dokter tahun 2005. Pada tahun 2006, diangkat sebagai PNS dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat hingga sekarang. Pada tahun 2008, melanjutkan pendidikan magister di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, lulus tahun 2010. Jenjang pendidikan S3 ditempuh pada tahun 2013-2017 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Topik penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan serta artikel ilmiah dan buku yang ditulis lebih banyak mengenai kesehatan reproduksi dan gizi yang terkait dengan kesehatan reproduksi.



Agus Muhammad Ridwan lahir di Kotabaru 11 Agustus 1998. Pada tahun 2016, memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan sebagai spesifikasi dari jurusan yang digeluti. Saat ini selain sebagai mahasiswa aktif juga sebagai asisten

peneliti dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat, ia juga aktif dalam kegiatan sosial seperti pengabdian masyarakat dan bakti sosial. Selain itu juga ia juga sering mengikuti lomba non akademik yang di lakukan oleh internal maupun eksternal kampus, seperti dalam bidang olahraga futsal.



Yolanda Amelia Marta lahir di Anjir 5 September 1998. Pada tahun 2016, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang, memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan sebagai spesifikasi dari jurusan yang digelutinya. Selain sebagai seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga

pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi anggota Forum Studi Ilmiah Mahasiswa FK ULM selama periode 2017-2018 dan periode 2018-2019.



Nanda Suji Paramita lahir di Balikpapan 22 Mei 1998. Pada tahun 2016, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang, memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan sebagai spesifikasi dari jurusan yang digelutinya. Selain sebagai seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga pernah aktif di organisasi eksternal luar kampus, yaitu menjadi pengurus

daerah Kalimantan Selatan dalam Ikatan Senat Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia selama periode 2018-2019. Tidak hanya dalam organisasi, ia juga aktif melakukan kegiatan social seperti pengabdian masyarakat dan enumerator.



Misda Silva lahir di Palangkaraya 6 Januari 2000. Pada tahun 2016, memulai pendidikan Sarjana di program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang, memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan sebagai spesifikasi dari jurusan yang digelutinya. Saat ini, selain sebagai seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga aktif diorganisasi internal kampus, yaitu menjadi anggota KSI ASY-SYIFA

FK ULM selama periode 2017-2018 dan periode 2018-2019. Selain itu, ia juga pernah mengikuti lomba non akademik yaitu lomba MTQ (Cabang Syarhil Qur'an) tingkat Nasional tahun 2017.



Sri Indang Kasih lahir di Wilas, 27 Agustus 1998, Kabupaten Kotabaru Kalimantan Selatan. Pada tahun 2016, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan(AKK) sebagai spesifikasi dari jurusan yang digelutinya.



Syifaul Husna lahir di Tabalong 15 Mei 1998. Pada tahun 2016, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang, memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan sebagai spesifikasi dari jurusan yang digelutinya. Selain sebagai seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga pernah aktif di organisasi internal kampus, yaitu menjadi anggota KSI ASY-SYIFA FK ULM selama periode 2017-2018 dan periode 2018-2019. Selain itu, ia juga pernah mengikuti lomba non akademik yaitu lomba MTQ (Cabang Syarhil Qur'an) tingkat Nasional tahun 2017.



Widya Wati Rahmadani lahir di Batulicin 9 Januari 1998. Pada tahun 2016, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang. Memilih peminatan Kesehatan dan Keselamatan Kerja sebagai spesifikasi dari jurusan yang digelutinya. Selain sebagai seorang mahasiswa PSKM FK ULM, ia juga pernah aktif di organisasi

internal kampus, yaitu menjadi anggota Himpunan Mahasiswa Kesehatan Masyarakat ULM.