

**PENELITIAN UNGGULAN KOMPETITIF
UNIVERSITAS SRIWIJAYA**

**PEMODELAN KAWASAN TANPA ROKOK
(*NON-SMOKING AREA MODELLING*)
PADA TINGKAT RUMAH TANGGA
DI KABUPATEN OGAN ILIR**

**Najmah, SKM., MPH
Fenny Etrawati, SKM., MKM
Yeni, SKM, MKM
Feranita Utama, SKM, M.Kes**

Dibiayai dari DIPA Nomor 023-04.2.415112/2014 tanggal 5 Desember 2013
Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran Universitas Sriwijaya
Sesuai dengan Surat Perjanjian Pekerjaan Penelitian Unggulan Kompetitif
Universitas Sriwijaya
Nomor 191/UN9.3.1/LT/2014 tanggal 7 April 2014



**UNIVERSITAS SRIWIJAYA
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
NOVEMBER 2014**


HALAMAN PENGESAHAN

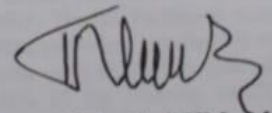
1. Judul Penelitian : Pemodelan Kawasan Tanpa Rokok (*Non-Smoking Area Modeling*) pada tingkat Rumah Tangga di Kabupaten Ogan Ilir
2. Bidang Penelitian : Lingkungan
3. Ketua Penelitian
 - a. Nama Lengkap : Najmah, S.KM., M.PH
 - b. Jenis Kelamin : Perempuan
 - c. NIP : 198307242006042003
 - d. Pangkat dan Golongan : Penata Muda/IIIa
 - e. Jabatan Struktural : -
 - f. Jabatan Fungsional : Lektor
 - g. Perguruan Tinggi : Universitas Sriwijaya
 - f. Fakultas/Jurusan : Kesehatan Masyarakat/ Epidemiologi dan Biostatistik
 - i. Alamat kantor : Jl Raya Palembang-Prabumulih, Km.32 Indralaya, Kab. Ogan Ilir
 - j. Telepon/faks : (0711) 580068/(0711) 580089
 - k. Alamat Rumah : Jl. KH. Azhari 13 Ulu Lr. Jaya No. 151 RT.07 Palembang
 - l. Telepon/HP/Faks/E-mail: 085267412242/najem240783@yahoo.com
4. Jangka waktu penelitian : 6 Bulan
5. Jumlah yang diajukan : Rp 45.000.000

Indralaya, 20 November 2014

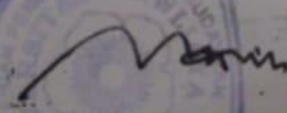
Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Ketua Peneliti,


Iwan Stia Budi, S.KM., M.Kes
NIP.197712062003121003


Najmah, S.KM., M.PH
NIP 198307242006042003

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian


Prof. Dr. Ir. H.M. Said, M.Sc
NIP. 196110091987031003

HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul Penelitian : Pemodelan Kawasan Tanpa Rokok (*Non-Smoking Area Modeling*) pada tingkat Rumah Tangga di Kabupaten Ogan Ilir
2. Bidang Penelitian : Lingkungan
3. Ketua Penelitian
 - a. Nama Lengkap : Najmah, S.KM., M.PH
 - b. Jenis Kelamin : Perempuan
 - c. NIP : 198307242006042003
 - d. Pangkat dan Golongan : Penata Muda/IIIa
 - e. Jabatan Struktural : -
 - f. Jabatan Fungsional : Lektor
 - g. Perguruan Tinggi : Universitas Sriwijaya
 - f. Fakultas/Jurusan : Kesehatan Masyarakat/ Epidemiologi dan Biostatistik
 - i. Alamat kantor : Jl Raya Palembang-Prabumulih, Km.32 Indralaya, Kab. Ogan Ilir
 - j. Telepon/faks : (0711) 580068/(0711) 580089
 - k. Alamat Rumah : JL. KH. Azhari 13 Ulu Lr. Jaya No. 151 RT.07 Palembang
 - l. Telepon/HP/Faks/E-mail:085267412242/najem240783@yahoo.com
4. Jangka waktu penelitian : 6 Bulan
5. Jumlah yang diajukan : Rp 45.000.000

Indralaya, 20 November 2014

Mengetahui,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Ketua Peneliti,

Iwan Stia Budi, S.KM., M.Kes
NIP.197712062003121003

Najmah, S.KM., M.PH
NIP 198307242006042003

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian

Prof. Dr. Ir. H.M. Said, M.Sc
NIP. 196110091987031003

**PEMODELAN KAWASAN TANPA ROKOK (*NON-SMOKING AREA MODELLING*) PADA
TINGKAT RUMAH TANGGA
DI KABUPATEN OGAN ILIR**

**Najmah, SKM., MPH, Fenny Etrawati, SKM., MKM, Yeni, SKM, MKM
Feranita Utama, SKM, M.Kes**

Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Unsri

Sumber dana: DIPA UNSRI : Nomor 023-04.2.415112/2014 tanggal 5 Desember 2013

ABSTRAK

Latar Belakang

Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan salah satu upaya pengendalian produk tembakau guna peningkatan kesehatan masyarakat. Berbagai bentuk regulasi mengenai komitmen terhadap KTR telah diterbitkan baik di tingkat nasional maupun di tingkat daerah. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa *trend* peningkatan perokok aktif saat ini tidak hanya didominasi oleh kelompok dewasa namun juga remaja. Kondisi ini juga memicu peningkatan dampak kesehatan bagi perokok aktif dan perokok pasif seperti ISPA, TB dan Pneumonia. Sehingga diperlukan pemodelan intervensi terpadu untuk menguji efektivitas intervensi pemodelan kawasan tanpa rokok pada tingkat rumah tangga di Ogan Ilir yang diadopsi dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

Metodologi

Inisiasi kawasan tanpa rokok pada tingkat rumah tangga di Ogan Ilir akan dilakukan melalui penerapan model intervensi CDC pada 4 desa dan 200 sampel yang dipilih melalui metode *cluster random sampling*. Penelitian ini meliputi tiga tahapan utama, tahapan pertama dilakukan pengumpulan data kuantitatif pada dua desa kontrol untuk melihat gambaran perilaku merokok masyarakat tanpa intervensi. Tahapan kedua yakni melakukan penerapan model intervensi CDC pada kelompok intervensi yang meliputi: 1) *brief clinical treatment* dengan memberikan pelatihan terhadap 8 bidan, 2) konseling terpadu dengan target kepala rumah tangga, 3) promosi kesehatan terkait KTR melalui SMS gaul (*telephone celluler*). 4) Intervensi pemberian permen pengganti produk rokok, 5) pemberian motivasi pemindahan anggaran belanja rokok untuk tabungan sehat. Ketiga, pengukuran dilakukan pada kelompok intervensi setelah satu bulan intervensi dilaksanakan. Analisa regresi sederhana dan regresi berganda dilakukan untuk mengukur efektivitas pemodelan KTR di Ogan Ilir.

Hasil dan kesimpulan

Rata-rata umur antara kelompok intervensi dan non intervensi 46 tahun dan 44 tahun. Sedangkan jumlah anggota keluarga berkisar 4 orang dan balita antara 0-2 balita per rumah pada kelompok intervensi dan non intervensi. Hasil intervensi yang dilakukan mempunyai peluang 46% untuk mengurangi perilaku merokok responden (RP 0,46) setelah dikontrol oleh variabel pendidikan (RP 0,152) dan Sikap (RP 0,216) dengan nilai $p < 0.0001$. Tingkat Partisipasi masyarakat kelompok intervensi dan kelompok non intervensi mencapai 100%, perbedaan kejadian TB sebesar 1,2% antara kelompok intervensi dan non intervensi, rata-rata uang yang dihabiskan oleh kelompok intervensi untuk membeli rokok per hari sebesar Rp.7000(95% CI Rp 1000-Rp 48000) sedangkan pada kelompok non intervensi Rp 10.000(95% CI Rp 1000-Rp 150.000). Intervensi terpadu ini berhasil merubah perilaku merokok untuk menciptakan kawasan tanpa rokok tingkat rumah tangga, sehingga diperlukan partisipasi masyarakat dan dinas kesehatan setempat untuk menindaklanjuti penerapan intervensi ini dalam jangka panjang.

Kata-kata kunci : Kawasan Tanpa Rokok, rumah tangga, model intervensi CDC, perilaku merokok

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	2
ABSTRAK	4
DAFTAR ISI.....	5
BAB I. PENDAHULUAN	7
A. Latar Belakang	7
B. Tujuan Penelitian.....	9
BAB II STUDI PUSTAKA.....	10
A. Perilaku Merokok.....	10
B. Faktor yang Mendorong Perilaku Merokok	11
C. Dampak Rokok.....	12
D. Pengendalian Masalah Rokok	14
E. Penelitian terkait Efektivitas Program Intervensi dalam mengurangi kebiasaan merokok.....	16
Treating tobacco use and dependence: An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation{ Anderson, 2002 #102}	20
F. Penelitian terkait Kawasan Tanpa Rokok tingkat Rumah Tangga.....	22
BAB III. METODE PENELITIAN.....	26
A. Desain Penelitian.....	26
B. Tahapan penelitian	29
C. Analisis.....	35
D. Jadwal penelitian	36
BAB IV. HASIL PENELITIAN	37
A. Gambaran Lokasi Penelitian	37
B. Karakteristik Demografi Responden.....	37
C. Sanitasi Lingkungan.....	38
D. Gambaran Partisipasi Masyarakat Saat Penerapan Model Intervensi Cdc Di Ogan Ilir	40
E. Gambaran Kejadian Penyakit Ispa, Pneumonia Dan Tb	40
F. Perilaku Merokok Masyarakat Pada Kelompok Yang Mendapat Intervensi Cdc Dan Tidak Mendapat Intervensi Cdc Di Ogan Ilir.....	41
G. Perbedaan Perilaku Merokok Masyarakat Pada Kelompok Yang Mendapat Intervensi Cdc Dan Pada Kelompok Yang Tidak Mendapat Intervensi Cdc Di Ogan Ilir	42
H. Efektivitas Dana (<i>Cost-Effectiveness</i>) Penerapan Model Intervensi Cdc Di Ogan Ilir	43
I. Hasil Multivariat	44
BAB V. PEMBAHASAN	45
A. Karakteristik Demografi Responden.....	45
B. Sanitasi Lingkungan.....	47
C. Kejadian ISPA dan Pneumonia	49
D. Perilaku merokok pada kelompok yang mendapat intervensi CDC dan kelompok yang tidak mendapat terapi CDC	49
E. Efektivitas dana (cost effectiveness) penerapan model CDC	51
F. Keterbatasan Penelitian	51

BAB VI. PENUTUP.....	52
A. Kesimpulan.....	52
B. Saran.....	52
BAB VII. PEMBIAYAAN	53
A. Biaya PENELITIAN	53
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	58

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu indikator kemakmuran rakyat adalah tingginya derajat kesehatan masyarakat dengan keserasian lingkungan. Oleh karena itu, kondisi sehat yang tidak hanya terbatas pada sehat jasmani dan rohani tetapi juga secara sosial merupakan investasi bagi pembangunan sekaligus sebagai modalitas untuk meningkatkan produktivitas. Peningkatan upaya kesehatan melalui pengendalian produk tembakau tidak pernah menjadi isu politik utama meski disadari bahwa hidup sehat merupakan hak asasi manusia. Perilaku merokok yang cenderung tidak ramah terhadap lingkungan merupakan salah satu efek dari kurangnya pengendalian terhadap produk tembakau. Perilaku merokok tidak hanya memberikan dampak kesehatan bagi seorang perokok namun juga merugikan orang-orang di sekelilingnya terutama keluarga dengan menjadikan mereka sebagai perokok pasif. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2010), informasi mengenai perilaku merokok dapat dimanfaatkan oleh pembuat kebijakan dalam menerapkan strategi pencegahan untuk menghindari beban akibat rokok tersebut tidak hanya bagi perokok aktif tetapi juga terhadap perokok pasif.

Indonesia, merupakan salah satu Negara dengan tingkat konsumsi tembakau tertinggi di dunia. Hal ini terjawab melalui berbagai catatan statistik yang menunjukkan tingginya jumlah perokok di Indonesia. Pada tahun 2004 diestimasikan bahwa sepertiga (34%) dari orang Indonesia merokok. Melalui Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2008 diketahui bahwa 23,7% penduduk umur > 10 tahun merokok setiap hari. Survey yang sama pada tahun 2010 menunjukkan bahwa 28,2% penduduk umur > 15 tahun merokok setiap hari, hasil ini memperlihatkan adanya kenaikan yang signifikan persentase penduduk perokok aktif. Berdasarkan intensitasnya, seperlima dari jumlah perokok tersebut menghisap sebanyak 11-20 batang (1 bungkus) rokok per hari. Perokok aktif tidak hanya didominasi oleh orang dewasa saja, persentase perokok pada remaja usia 13-15 tahun sebesar 12% dengan perbandingan perokok pada remaja putri dan remaja putra adalah 1: 12. Lembaga statistik Indonesia pada periode 2001-2004 mencatat adanya lonjakan pada perokok pemula pada usia di bawah 10 tahun dari 0,4 persen naik menjadi 2,8 persen. Hasil

pencatatan tahun 2012 memperlihatkan distribusi perilaku merokok masih tinggi dengan distribusi yang hampir sama berkisar 60-80% baik pada penduduk di perkotaan maupun di pedesaan. Ironisnya, masyarakat dengan tingkat kekayaan pada kuintil terbawah yang paling banyak merokok. (BPS, 2004; BPS, 2012; Indonesian MOH, 2004; Kemenkes RI, 2008; Kemenkes RI, 2010; Shafey et.al, 2009; GYTS, 2009).

Berbagai penyakit yang dapat dipicu melalui perilaku merokok antara lain Infeksi Salurat Pernafasan Atas (ISPA), Pneumonia dan Tuberkulosis (TB). Prevalensi nasional penyakit tersebut secara berturut adalah 8,10; 0,63 dan 0,40. Jika dibandingkan dengan angka tersebut Provinsi Sumatera Selatan memiliki prevalensi ISPA dan Pneumonia di atas rata-rata nasional yakni 10,08 dan 0,75 sedangkan prevalensi TB 0,15 lebih rendah dibandingkan dengan rerata kejadiannya di Indonesia. Ogan Ilir merupakan salah satu kabupaten di Sumatera Selatan dengan jumlah penduduk mencapai 400.000 jiwa. Hasil pencatatan kesehatan di Ogan Ilir memperlihatkan bahwa ISPA merupakan penyakit dengan temuan kasus terbanyak yakni 32,991 sedangkan penderita TB dengan pemeriksaan Basil Tahan Asam Positif (BTA+) sebanyak 343 kasus. (Dinkes Kabupaten Ogan Ilir, 2009 dan Dinkes Provinsi Sumatera Selatan, 2012)

Perilaku merokok tidak hanya berdampak buruk bagi kesehatan kesehatan perokok aktif tetapi juga terbukti mempengaruhi status kesehatan perokok pasif. Pada tahun 2011 The Tobacco Atlas mencatat bahwa setidaknya 600.000 perokok pasif meninggal dan 75% diantaranya adalah wanita dan anak-anak. Dalam rangka mengurangi besaran dampak akibat perilaku merokok, diperlukan suatu upaya inisiasi kawasan tanpa asap rokok tingkat rumah tangga di Ogan Ilir. Komposisi penduduk di daerah ini yakni 29,3% merupakan pelajar/mahasiswa diyakini rentan terhadap pengaruh perilaku merokok baik aktif maupun pasif. Penerapan secara komprehensif model intervensi yang diadopsi dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) diharapkan dapat mengurangi dampak perilaku merokok di tingkat rumah tangga di Kabupaten Ogan Ilir.

B. Tujuan Penelitian

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk menguji efektivitas intervensi pemodelan kawasan tanpa rokok pada tingkat rumah tangga di Ogan Ilir yang diadopsi dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Sedangkan tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi gambaran partisipasi masyarakat saat penerapan model intervensi CDC di Ogan Ilir
2. Mengidentifikasi kejadian penyakit ISPA, Pneumonia dan TB pada kelompok yang mendapat intervensi CDC di Ogan Ilir
3. Mengidentifikasi kejadian penyakit ISPA, Pneumonia dan TB pada kelompok yang tidak mendapat intervensi CDC di Ogan Ilir
4. Mengidentifikasi perilaku merokok masyarakat pada kelompok yang mendapat intervensi CDC di Ogan Ilir
5. Mengidentifikasi perilaku merokok masyarakat pada kelompok yang tidak mendapat intervensi CDC di Ogan Ilir
6. Menganalisis perbedaan perilaku merokok masyarakat pada kelompok yang mendapat intervensi CDC dan pada kelompok yang tidak mendapat intervensi CDC di Ogan Ilir
7. Menganalisis efektivitas dana (*cost-effectiveness*) penerapan model intervensi CDC di Ogan Ilir

BAB II STUDI PUSTAKA

A. Perilaku Merokok

WHO (1998) telah menerbitkan pedoman standar untuk mengukur perilaku merokok. Pedoman ini secara umum membagi kategori individu berdasarkan perilaku merokok menjadi dua kategori yaitu perokok dan bukan perokok.

Seorang perokok adalah orang yang pada saat survei, merokok produk tembakau baik harian atau kadang-kadang. Perokok harian adalah orang, yang merokok produk tembakau setidaknya sekali sehari (perokok yang tidak merokok pada hari-hari puasa agama, masih diklasifikasikan sebagai perokok harian), sedangkan perokok kadang-kadang adalah orang yang merokok, tapi tidak setiap hari. Bukan perokok adalah orang yang pada saat survei, tidak merokok sama sekali. Bukan perokok dapat diklasifikasikan lagi menjadi mantan perokok dan sama sekali tidak pernah merokok.

Smet (1994) mengklasifikasikan perokok berdasarkan banyaknya rokok yang dihisap dalam 3 tipe, yaitu; (1) perokok berat, merupakan perokok yang menghisap rokok lebih dari 15 batang dalam sehari; (2) perokok sedang, merupakan perokok yang menghisap 5-14 batang rokok dalam sehari; (3) perokok ringan, merupakan perokok yang menghisap 1-4 batang rokok dalam sehari.

Perilaku merokok berdasarkan tempat-tempat untuk merokok, diklasifikasikan ke dalam 3 tipe (Mu'tadin, 2002), yaitu:

1. Merokok di tempat-tempat umum (ruang publik)

Tipe ini terbagi lagi menjadi dua yaitu kelompok homogen dan kelompok heterogen. Kelompok homogen (sama-sama perokok) menikmati kebiasaannya secara bergerombol, umumnya mereka masih menghargai orang lain, karena itu mereka menempatkan diri di *smoking area*. Kelompok heterogen melakukan kegiatan merokok di tengah-tengah orang lain yang tidak merokok, anak kecil, orang jompo, orang sakit dan lain-lain.

2. Merokok di tempat-tempat pribadi

Tipe ini juga diklasifikasikan menjadi dua, yaitu Kelompok yang merokok di kantor atau kamar pribadi dan kelompok yang merokok di toilet.

- a. Kantor atau di kamar tidur pribadi

Perokok memilih tempat-tempat seperti ini sebagai tempat merokok digolongkan kepada individu yang kurang menjaga kebersihan diri, penuh rasa gelisah yang mencekam.

b. Toilet

Perokok jenis ini dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

Tomkins dalam Mu'tadin (2002) mengemukakan, ada 4 tipe perilaku merokok berdasarkan *Management of affect theory*, yaitu:

1. Perilaku merokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif, (a) *pleasure relaxation*, perilaku merokok hanya untuk menambah atau meningkatkan kenikmatan yang sudah didapat, misalnya merokok setelah minum kopi atau makan; (b) *simulation to pick them up*, yaitu perilaku merokok hanya dilakukan perilaku merokok yang dilakukan sekedar untuk menyenangkan perasaan; (c) *Pleasure of handling the cigarette* adalah kenikmatan yang diperoleh dengan memegang rokok. Sangat spesifik pada perokok pipa. Perokok pipa akan menghabiskan waktu untuk mengisi pipa dengan tembakau sedangkan untuk menghisapnya hanya dibutuhkan waktu beberapa menit saja. Atau perokok lebih senang berlama-lama untuk memainkan rokoknya dengan jari-jarinya lama sebelum ia nyalakan dengan api.
2. Perilaku merokok yang dipengaruhi oleh perasaan negatif, misalnya bila ia marah, cemas, gelisah, rokok dianggap sebagai penyelamat.
3. Perilaku merokok yang adiktif (*psychological addiction*) adalah perilaku dengan menambahkan dosis rokok yang digunakan setiap saat setelah efek dari rokok yang diisapnya berkurang.
4. Perilaku merokok yang sudah menjadi kebiasaan. Mereka menggunakan rokok sama sekali bukan karena untuk mengendalikan perasaan mereka, tetapi karena benar-benar sudah menjadi kebiasaannya rutin atau tanpa dipikirkan dan tanpa disadari.

B. Faktor yang Mendorong Perilaku Merokok

Epidemi tembakau ini telah dimulai dan ditopang dengan strategi agresif industri tembakau (rokok), yang telah sengaja menyesatkan publik tentang risiko

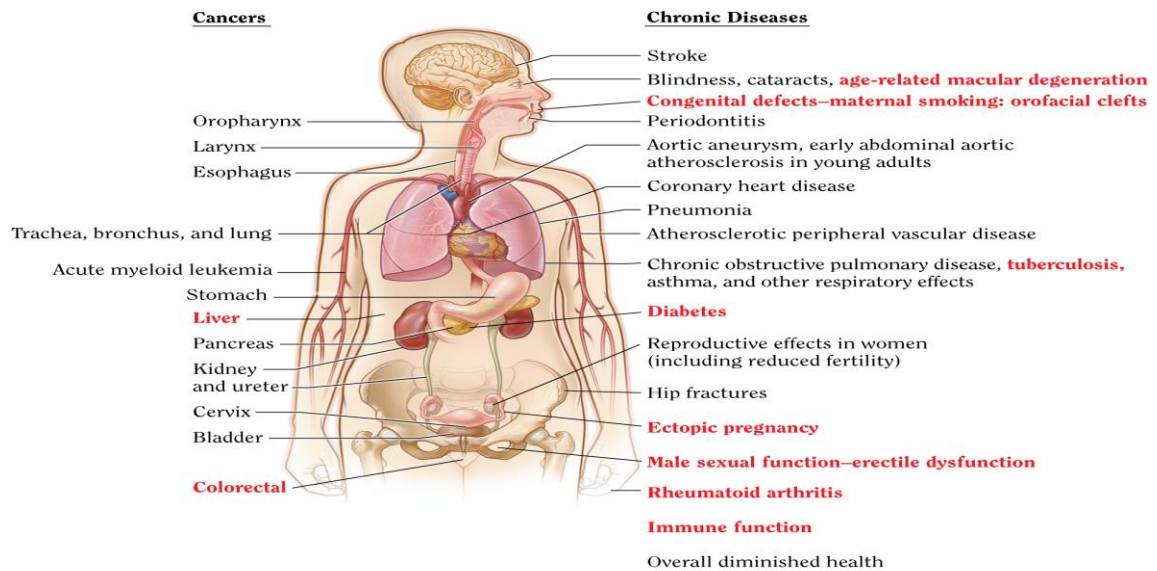
merokok (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Berbagai cara dilakukan oleh industri rokok untuk memasarkan produknya. Salah satunya melalui iklan rokok yang menarik. Industri rokok sering menampilkan iklan-iklan yang menunjukkan merokok sebagai simbol kemerdekaan berekspresi dan perlawanan terhadap peraturan yang konservatif. Pada tahun 20-an, orang tua tidak lagi sanggup menahan anak remajanya untuk tidak merokok (Mahommad, 2011), hal ini juga terlihat hasil risekdas pada tahun 2010 dimana mayoritas perokok mulai merokok pada usia remaja. Di kalangan remaja laki-laki disebarkan pandangan bahwa “kalau tidak merokok, lebih baik bergabung dengan banci”, dan di kalangan remaja perempuan disebarkan pandangan bahwa “merokoklah bila ingin sejajar dengan laki-laki”.

Penelitian Komalasari dan Helmi (2002) menyebutkan beberapa faktor penyebab perilaku merokok pada remaja antara lain (1) sikap permisif orang tua, merokok dianggap sebagai hal yang wajar, (2) sosialisasi melalui teman sebaya, dan (3) yang paling didominasi dipengaruhi oleh adanya kepuasan-kepuasan setelah merokok. Penelitian ini menyimpulkan bahwa pertimbangan-pertimbangan emosional lebih mempengaruhi dibandingkan pertimbangan-pertimbangan rasional dalam berperilaku merokok.

C. Dampak Rokok

Asap tembakau mengandung campuran mematikan lebih dari 7000 bahan kimia, ratusan bahan beracun, dan sekitar 70 bahan dapat menyebabkan kanker. Rokok juga mengandung nikotin, yang memiliki efek adiktif pada penggunaannya (CDC, 2014). WHO (2011) menyebutkan bahwa rokok merupakan penyebab utama kematian, membunuh setengah masa hidup perokok. Sejak laporan pertama Surgeon General pada tahun 1964 lebih dari 20 juta kematian dini dapat dikaitkan dengan perilaku merokok. Merokok telah dikaitkan dengan penyebab penyakit pada hampir semua organ tubuh. Merokok juga dapat menurunkan status kesehatan dan membahayakan janin. Bahkan 50 tahun setelah laporan pertama Surgeon General, penelitian baru mengidentifikasi penyakit yang disebabkan oleh merokok, meliputi penyakit umum seperti diabetes mellitus, *rheumatoid arthritis*, dan kanker kolorektal (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Bukan hanya perokok yang menerima akibat buruk produk tembakau, tetapi juga orang-orang yang bahkan sama sekali tidak pernah merokok namun terus terpapar dengan asap tembakau ini. Paparan asap tembakau berhubungan dengan penyakit kanker, pernafasan, dan penyakit kardiovaskular penyakit, dan efek buruk pada kesehatan bayi dan anak-anak (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).



Sumber: (U.S. Department of Health and Human Services, 2014)

Gambar 2.1 Dampak Merokok Bagi Kesehatan

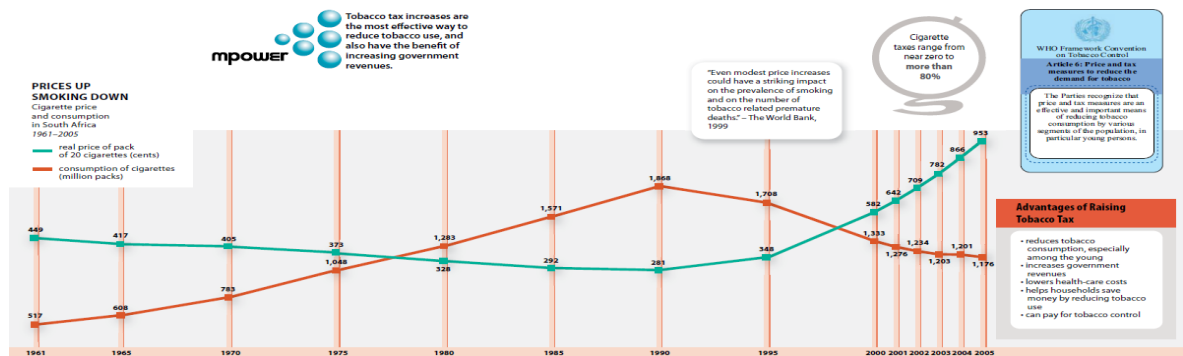
Merokok tidak hanya berakibat negatif bagi kesehatan, tetapi juga berdampak negatif ekonomi masyarakat dan individu (Reimondos dkk, 2012). Penelitian Barber dkk pada tahun 2008 menyebutkan biaya pemeliharaan kesehatan untuk penyakit-penyakit yang disebabkan rokok diperkirakan mencapai Rp.11 trilyun atau US\$1,2 juta per tahun. Pada tingkat individu, merokok juga memerlukan biaya ekonomi tinggi. Menurut data SUSENAS (2005), pada rumah tangga dengan perokok, 11.5 % dari total pengeluaran bulanan rumah tangga digunakan untuk rokok. Persentase pengeluaran rumah tangga untuk rokok bahkan lebih besar lagi pada keluarga yang kurang mampu (Reimondos dkk, 2012).

D. Pengendalian Masalah Rokok

Perilaku merokok sudah menjadi masalah dunia, berbagai upaya telah dilakukan untuk mengendalikan permasalahan ini. Beberapa cara untuk mengendalikan masalah rokok ini antara lain:

1. Dengan menaikkan pajak

Industri rokok seringkali diklaim dapat memperkokoh perekonomian bangsa. Ini terkadang menjadi alasan pemerintah sukar mengambil kebijakan keras pada industri rokok, salah satunya terkait pajak. Dengan dinaikkan pajak rokok, maka akan menaikkan pula harga jual rokok. Harga rokok yang mahal diharapkan akan menurunkan daya beli masyarakat. Data Global Youth Tobacco Survey menunjukkan bahwa harga rokok berbanding terbalik dengan konsumsi rokok.



sumber: GYTS, 2006

Gambar 2.2 Hubungan Kenaikan Pajak dengan Konsumsi Rokok

Di Indonesia cukai rokok menjadi sumber tetap pemerintah, menyumbang 5,7 persen total penerimaan pajak Indonesia pada 2007. Mengingat harga dan cukai tembakau yang masih rendah, ada potensi besar untuk peningkatan pendapatan pajak yang lebih besar lagi (Barber 2008 dalam Reimondos, 2012).

2. Peraturan Kawasan Tanpa Rokok

Adanya peraturan tentang kawasan tanpa rokok pada hakikatnya adalah untuk mencegah atau mengurangi dampak rokok pada perokok pasif. Beberapa pemerintah daerah di Indonesia telah menerbitkan peraturan ini, salah satunya Kota Palembang (Perda no. 7 tahun 2009). Beberapa kawasan tanpa rokok dalam peraturan ini antara lain: (1) tempat umum, (2) tempat kerja, (3) tempat ibadah, (4) arena kegiatan anak-anak, (angkutan umum), (6) kawasan proses belajar mengajar, dan (7) tempat pelayanan kesehatan. Peraturan ini masih belum maksimal karena kurangnya pengawasan dan sistem monitoring yang kurang tegas. Untuk itu perlu

adanya monitoring dan pelaksanaan kebijakan yang tegas, serta adanya evaluasi terhadap kebijakan ini (WHO, 2010).

Dalam peraturan ini tidak disebutkan kawasan rumah tangga dalam pengendalian rokok. Namun demikian, banyak anak yang belajar merokok atau terpapar asap rokok dari rumah mereka. Untuk itu, kawasan rumah tangga juga perlu diperhatikan dalam pengendalian rokok ini.

3. Promosi kesehatan dan program berhenti merokok

Promosi kesehatan penting dilakukan dalam rangka mengubah perilaku masyarakat. Bahaya rokok memang seringkali diabaikan karena dampak negatif merokok tidak langsung dirasakan. Dengan promosi yang intensif diharapkan dapat mengubah sikap masyarakat tentang rokok, sehingga nantinya berpengaruh terhadap perilaku merokok. Reimondos (2012) mengusulkan bahwa untuk mengendalikan masalah rokok di Indonesia perlu adanya kepedulian masyarakat, pendidikan dan program berhenti merokok. Beberapa program yang dapat dilakukan yaitu dengan adanya program pendidikan tentang rokok di sekolah, program pendidikan dimasyarakat dan iklan serangan balik dan ketersediaan program berhenti merokok.

Beberapa langkah yang terbukti efektif bagi perokok yang membutuhkan bantuan untuk berhenti antara lain (CDC, 2014): (a) Intervensi klinis singkat (yaitu, ketika dokter membutuhkan waktu 10 menit atau kurang untuk memberikan saran dan bantuan tentang berhenti); (b) konseling individu, kelompok, atau konseling melalui telepon; (c) terapi perilaku (misalnya, pelatihan dalam pemecahan masalah); (d) pengobatan kontak perorangan dan dengan intensitas lebih; dan (e) program untuk memberikan pengobatan menggunakan *mobile phones*.

Beberapa bahan yang terbukti efektif untuk berhenti merokok antara lain: (a) produk pengganti nikotin, seperti permen dan permen karet; dan (b) obat dengan resep tanpa nikotin seperti: bupropion SR (Zyban ®), varenicline tartrate (Chantix ®).

Konseling dan pengobatan keduanya efektif untuk mengobati ketergantungan tembakau, dan menggunakan keduanya lebih efektif daripada menggunakan salah satu.

4. Larangan menyeluruh terhadap iklan merokok, promosi dan sponsor.

Tidak dapat dipungkiri, iklan mempengaruhi seseorang dalam berperilaku. Untuk itu WHO (2010) menganjurkan pelarangan kegiatan promosi, iklan ataupun sponsor rokok. Reimondos juga menganjurkan pelarangan ini untuk diterapkan di Indonesia.

E. Penelitian terkait Efektivitas Program Intervensi dalam mengurangi kebiasaan merokok

Dari beberapa jurnal diatas dapat disimpulkan bahwa Intervensi merupakan bentuk cara atau program yang dikembangkan untuk mengendalikan perilaku merokok seseorang. Dalam melakukan intervensi perilaku merokok sangat susah dilakukan karena berhubungan dengan perilaku seseorang dan perilaku individu dengan yang lain berbeda-beda. Ada beberapa intervensi yang dapat dilakukan yaitu dengan mengubah prilaku kognitif, lewat upaya kesehatan masyarakat, praktek konseling dengan dokter dan diperlukan program pelatihan untuk memberikan informasi intervensi dan mempromosikan penyediaan konseling secara singkat

1. Judul	Effects of a Brief Cognitive Intervention Aimed at Communicating the Negative Reinforcement Explanation for Smoking on Relevant Cognitions and Urges to Smoke{McDermott, #70}
Tahun	2011
Penulis	McDermott, Máirtín S ; Marteau, Theresa M ; Hajek, Peter . Journal of Smoking Cessation
Metode	Perokok (n = 205) menjalani perlakuan standar berhenti merokok, perlakuan diterapkan secara acak dengan menerima baik intervensi eksperimental, intervensi singkat atau intervensi kontrol melalui penjelasan video tentang risiko kesehatan dari merokok. Pendahuluan: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai dampak dari intervensi yang bertujuan untuk mengkomunikasikan penjelasan negatif dari merokok, satu set ide-ide yang berasal dari buku-buku self-help populer, pada kesadaran peserta dan dorongan untuk merokok. Hasil yang diterima peserta dari penjelasan penguatan negatif untuk merokok, harapan hasil positif untuk merokok, self-efficacy dan dorongan untuk merokok dilaporkan pada satu minggu pasca penghentian. Hasil: (. Expt Adjusted kelompok rata-rata = 2,50, kelompok kontrol rata-rata = 2.75, F (1,60) = 0.98, p = 0,33) . Pasca dorongan penghentian merokok serupa pada kedua kelompok merokok. Langkah-langkah kognitif lainnya yang juga berubah. Kesimpulan: Intervensi kognitif singkat ditawarkan sebagai tambahan untuk perawatan standar gagal untuk mengurangi dorongan untuk merokok atau mengubah kognisi perokok. Mengubah kognisi perokok mungkin sama menantangnya dengan mengubah perilaku mereka. Saran disediakan untuk penelitian lebih lanjut.
Hasil Penelitian	
Kelebihan	Dalam jurnal ini digunakan intervensi kognitif yang singkat yang dijadikan sebagai tambahan dalam perawatan standar yang gagal dalam mengurangi dorongan untuk merokok ataupun mengubah kognisi perokok.

	Digunakan banyak intervensi, sehingga didapatkan informasi yang beragam.
Kekurangan	Banyak intervensi yang digunakan sebagai pembanding dalam study sehingga dapat menimbulkan perbedaan hasil dan berbagai persepsi. {McDermott, #70}
2. Judul	Ability of smokers to reduce their smoking and its association with future smoking cessation {Hughes, 1999 #58}
Tahun	1999
Penulis	Hughes, John R ; Cummings, K Michael ; Hyland, Andy
Metode	Menggunakan studi observasi longitudinal. Dengan melibatkan 22 Komunitas kota di AS untuk di intervensi dengan percobaan untuk berhenti merokok (COMMIT). Jumlah sampel ada 1410 subyek yang merokok di kedua awal dan pada 2 tahun follow-up. Menggunakan intervensi upaya kesehatan masyarakat untuk berhenti merokok pada sebagian komunitas. Penelitian dilakukan dengan sampel melaporkan hari pada awal dimana dilarang merokok, 2 tahun dan 4 tahun follow-up.
Hasil Penelitian	Bertujuan untuk menguji apakah perokok di Amerika Serikat secara signifikan dapat mengurangi merokok mereka dan mempertahankan pengurangan ini dan, jika demikian, apakah dapat diprediksi peningkatan atau penurunan kemungkinan berhenti merokok di masa depan. Hasil: Pada 2 tahun tindak lanjut, 60% dari subjek tidak merubah kebiasaan mereka atau peningkatan merokok, 17% mengalami penurunan merokok dengan 5-25%, 15% oleh 24-49% dan 8% > atau = 50%. Di antara 40% yang telah mengurangi > atau = 5% pada 2 tahun follow-up, 52% melaporkan mempertahankan pengurangan pada 4 tahun follow-up. Pengurangan merokok di tahun ke-2 tidak prospektif memprediksi peningkatan atau penurunan kemungkinan upaya berhenti merokok; itu juga tidak memprediksi akhirnya berhenti tahun ke 4. KESIMPULAN: Sebuah minoritas besar perokok AS mampu mengurangi merokok mereka dan mempertahankan ini untuk jangka waktu yang lama. Pengurangan merokok tidak mempromosikan atau melemahkan penghentian.
Kelebihan	Penelitian ini menggunakan desain studi observasional longitudinal, sehingga dapat mengetahui pengaruh intervensi dengan outcome.
Kekurangan	Penelitian ini dapat menggambarkan signifikansi pengurangan kebiasaan merokok dan mempertahankan pengurangan tersebut. Follow up yang terjadi dapat mempengaruhi hasil dari penelitian Penelitian ini membutuhkan waktu yang lama. {Hughes, 1999 #58}
3. Judul	Physicians taking action against smoking: An intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners {Tremblay, 2001 #88}
Tahun	2001
Penulis	Tremblay, Michele ; Gervais, Andre ; Lacroix, Chantal ; O'Loughlin, Jennifer ; et al
Metode	Pada tahun 1997 Direction de la Sante publique de Montréal-Pusat diprakarsai beberapa dokter untuk menindaklanjuti perilaku merokok. Dilakukan dengan sebuah program intervensi 5 tahun untuk meningkatkan praktek konseling berhenti merokok dari dokter umum (dokter) di Montreal. Pengembangan program dipandu oleh model mendahului-lanjutkan. Model ini menganjurkan faktor mengidentifikasi hasil yang mempengaruhi, dalam konseling hal ini praktek. Faktor-faktor ini kemudian digunakan untuk menentukan tujuan program, untuk mengembangkan kegiatan program dan merancang evaluasi. Kegiatan program selama 3 tahun pertama termasuk penghentian lokakarya konseling dan konferensi untuk dokter, publikasi artikel dalam jurnal profesional, publikasi pedoman klinis untuk konseling berhenti merokok dan penyebaran materi

Hasil Penelitian	<p>pendidikan bagi dokter dan perokok. Program juga didukung kegiatan mendorong perokok untuk meminta dokter mereka untuk membantu mereka berhenti merokok. Hasil dari 2 survei cross-sectional, yang dilakukan pada tahun 1998 dan 2000, dari sampel acak dari sekitar 300 dokter menyarankan beberapa perbaikan dari waktu ke waktu dalam beberapa praktik konseling, termasuk menawarkan konseling kepada lebih banyak pasien dan mendiskusikan menetapkan tanggal berhenti. Perbaikan lainnya yang diamati antara perempuan daripada laki-laki dokter di kedua faktor psikososial berkaitan dengan konseling dan praktek konseling spesifik. Misalnya, perbaikan yang dicatat di antara dokter perempuan dalam kemampuan yang dirasakan sendiri untuk memberikan konseling yang efektif dan dengan keyakinan bahwa penting untuk menjadwalkan janji khusus untuk membantu pasien berhenti; di samping itu, pentingnya dirasakan beberapa hambatan untuk konseling menurun antara dokter perempuan. Sebagian besar dari responden perempuan survei 2000 ditawarkan tertulis materi pendidikan daripada yang terjadi pada tahun 1998, dan proporsi yang lebih besar dari dokter laki-laki yang ditujukan lebih banyak waktu untuk konseling pada tahun 2000 dibandingkan pada tahun 1998; Namun, di antara dokter pria proporsi yang membahas pro dan kontra dari merokok dengan pasien dalam tahap pra-kontemplasi menurun antara tahun 1998 dan 2000, seperti yang dilakukan proporsi yang dimaksud pasien dalam tahap persiapan untuk sumber daya masyarakat.</p> <p>Program berbasis teori untuk meningkatkan praktek konseling dokter bisa menjadi komponen kunci dari strategi yang komprehensif untuk mengurangi penggunaan tembakau.</p>
Kelebihan	Menganalisis dan mengidentifikasi hal yang mempengaruhi praktek konseling rokok{Tremblay, 2001 #88}
Kekurangan	
4.Judul	A Pilot Community-Based Intensive Smoking Cessation Intervention in African Americans: Feasibility, Acceptability and Early Outcome Indicators{ King, 2008 #64}
Tahun Penulis	2008/ Journal of the National Medical Association King, Andrea, PhD ; Sánchez-Johnsen, Lisa, PhD ; Orman, Sarah Van, MD ; Cao, Dingcai, PhD ; Matthews, Alicia, PhD
Metode	Beberapa program intensif pengobatan berhenti merokok yang berbasis masyarakat telah dirancang untuk perokok Afrika-Amerika, sebuah kelompok yang mengalami berbagai kesenjangan kesehatan yang berhubungan dengan merokok. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji kelayakan, akseptabilitas dan biokimia diverifikasi indikator hasil awal dalam program berhenti merokok berbasis masyarakat yang komprehensif di 50 berpenghasilan menengah perkotaan, rendah dan perokok Afrika-Amerika.
Hasil Penelitian	Intervensi adalah program kelompok enam-sesi intensif disampaikan dalam masyarakat dan pasokan satu bulan dari patch transdermal nikotin. Hasil penelitian menunjukkan 74% dari peserta yang terdaftar menyelesaikan program dan 51% dari peserta sangat patuh untuk menambal panduan penggunaan. Intent-to-treat analisis mengungkapkan bahwa 34% dari peserta biokimia dinyatakan benar berhenti merokok pada satu posting bulan tanggal berhenti. Dorongan merokok dan gejala depresi juga menurun secara signifikan selama bulan pertama. Pada tiga dan enam bulan follow-up, biokimia dikonfirmasi berhenti harga yang 22% dan 18%, masing-masing. Kepatuhan terhadap penggunaan plester nikotin, peringat yang lebih tinggi dari menolong dirasakan tugas pemantauan diri (wrap lembar) dan skor depresi yang lebih rendah pada awal semua signifikan diperkirakan berhenti kesuksesan selama bulan pertama pengobatan (semua p ini <0,05). Penelitian yang lebih besar dijamin untuk memeriksa unsur-unsur pengobatan yang ditargetkan dan faktor perbedaan individu untuk meningkatkan hasil penghentian pada perokok Afrika-Amerika.
Kelebihan	intervensi dalam jurnal ini dilakukan dengan cara pembuatan program kelompok

Kekurangan	enam sesi dan pasukan transdermal nikotin yang secara total sangat berpengaruh terhadap penurunan kebiasaan merokok di afrika amerika. cakupan penelitian masih kecil, sehingga digunakan penelitian yang lebih besar untuk menurunkan kebiasaan merokok di afrika amerika{King, 2008 #64}
5.Judul	Gender Differences in Smoking and Cessation Behaviors Among Young Adults After Implementation of Local Comprehensive Tobacco Control{Ellis, 2008 #52}
Tahun	2008/ American Journal of Public Health
Penulis	Ellis, Jennifer A, PhD ; Perl, Sarah B, MPH ; Davis, Karen, MPH, MSW ; Vichinsky, Laura, BA
Metode	Mempelajari perbedaan gender dalam penurunan merokok orang dewasa awal dan partisipasi pada pelayanan penghentian pada populasi yang luas. The New York City (NYC) Departemen Kesehatan dan Kesehatan Mental melaksanakan program penghentian pada populasi yang luas untuk mendistribusikan terapi penggantian nikotin gratis (NRT); Data demografi dikumpulkan dari pendaftar. Prevalensi merokok dinilai menggunakan data dari Survei Kesehatan Masyarakat, survei berbasis populasi tahunan antara 2002 dan 2005
Hasil Penelitian	Merokok di kalangan orang dewasa awal di NYC menurun dari 23,8% menjadi 18,8%, yang dijelaskan sepenuhnya oleh penurunan 41,8% di antara wanita dewasa awal (23,2% menjadi 13,5); Prevalensi tetap di 24% di antara pria dewasa awal. Lebih banyak perempuan dewasa muda yang terdaftar dalam layanan penghentian dibandingkan laki-laki, meskipun sekali terdaftar, kemungkinan menggunakan NRT adalah tinggi di antara kedua kelompok. Di antara orang dewasa awal, perempuan telah responsif terhadap pengendalian tembakau yang komprehensif, namun laki-laki membutuhkan strategi yang lebih intensif. Distribusi populasi yang luas NRT bisa efektif dengan orang dewasa awal secara keseluruhan; Namun, sumber daya tambahan perlu ditujukan untuk mengidentifikasi strategi penjangkauan sukses untuk pria dewasa muda.
Kelebihan	Metode yang digunakan dalam jurnal ini bertujuan untuk mendistribusikan faktor perbedaan individu untuk meningkatkan hasil penghentian. Dari hasilnya diketahui terjadi penurunan prevalensi merokok pada sampel yang diintervensi.
Kekurangan	Distribusi NRT hanya efektif untuk orang dewasa muda dan diperlukan sumber daya tambahan untuk mengidentifikasi strategi penjangkauan sukses pada pria dewasa muda.{Ellis, 2008 #52}
6.Judul	A National Survey of Training and Smoking Cessation Services Provided in Community Pharmacies in Thailand{Nimpitakpong, #77}
Tahun	2010/ Journal of Community Health
Penulis	Nimpitakpong, Piyarat ; Chaiyakunapruk, Nathorn ; Dhippayom, Teerapon
Metode	Selama beberapa tahun terakhir, beberapa program pelatihan telah dijalankan untuk mendukung merokok jasa penghentian kalangan farmasi komunitas di Thailand. Hal ini termasuk program pelatihan komprehensif yang ditawarkan oleh Jaringan Thai Farmasi untuk Pengendalian Tembakau (TPNTC) dan program pelatihan singkat yang dijalankan oleh lembaga-lembaga lain. Penelitian ini memberikan perkiraan skala kegiatan berhenti merokok antara apotek Thai, dan mengkaji dampak dari kedua program pelatihan singkat dan komprehensif tentang penyediaan layanan berhenti merokok. Sebuah kuesioner yang dikirimkan kepada 3.600 apoteker masyarakat Thai. Sebanyak 1.001 kuesioner kembali (response rate: 27,8%). Layanan berhenti merokok disediakan oleh 71,1% responden, dan 47,4% dari layanan tersebut hanya

Hasil Penelitian	<p>memberikan saran singkat. Layanan yang komprehensif (didefinisikan oleh 5A ini seperti bertanya, menyarankan, menilai, membantu, dan mengatur tindak lanjut) menyumbang 15,3% dari responden. Hanya 293 apoteker (29,6%) mengatakan mereka telah menerima pelatihan penghentian; 62,5% di antaranya telah menerima pelatihan tersebut dari TPNTC. Penerimaan pelatihan singkat dan komprehensif dikaitkan dengan tingkat yang lebih tinggi dari penyediaan saran singkat, bila dibandingkan dengan tanpa pelatihan, menunjukkan disesuaikan odds ratio (OR) 2,93 (95% CI, 1,66-5,18) dan 5,93 (95% CI, 3,18-10,17) masing-masing, sementara bukti perbedaan antara program pelatihan ini tidak diamati, setelah sebuah disesuaikan OR 1,94 (95% CI, 0,89-4,21). TPNTC dilatih apoteker adalah 4.98 kali (95% CI, 2,24-11,05) lebih mungkin dibandingkan mereka yang menerima pelatihan singkat lain untuk menyediakan layanan penghentian 5A ini. Semua jenis program pelatihan membantu untuk mempromosikan penyediaan konseling singkat oleh apoteker. Pelatihan komprehensif dikaitkan dengan peningkatan penyediaan kedua 4A dan jasa penghentian 5A ini.</p>
Kelebihan	<p>Dapat diketahui perkiraan skala kegiatan berhenti merokok di masing-masing apotek di Thailand.</p> <p>Dapat mengkaji dampak program pelatihan secara singkat dan komprehensif tentang penyediaan layanan berhenti merokok.</p>
Kekurangan	<p>hanya 1001 dari 3600 kuesioner yang diperoleh dari pembagian sampel. {Nimpitakpong, #77}</p>

7.Judul	<p>Treating tobacco use and dependence: An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation{Anderson, 2002 #102}</p>
Tahun	2002/ Chest
Penulis	Anderson, Jane E ; Jorenby, Douglas E ; Scott, Walter J ; Fiore, Michael C
Metode	<p>Pencegahan morbiditas dan mortalitas terkait tembakau melalui intervensi berhenti merokok adalah salah satu misi yang paling penting dari dokter.</p> <p>Artikel ini merangkum temuan utama dan rekomendasi klinis dari Departemen Kesehatan dan Layanan Manusia / Pedoman Pelayanan Kesehatan Masyarakat, Mengobati Penggunaan dan Ketergantungan Tembakau, yang komprehensif, cetak biru berbasis bukti untuk berhenti merokok. Dengan menjadi fasih dalam intervensi klinis dan dengan menerapkan perubahan kelembagaan sederhana dijelaskan dalam artikel ini dan dalam pedoman, dokter dada dapat lebih efektif melakukan intervensi dengan pasien mereka yang merokok.</p>
Hasil Penelitian	<p>Rekomendasi 1</p> <p>Intervensi berulangpanjang atau bahkan pantang permanen. Prinsip utama pengakuan ketergantungan tembakau sebagai penyakit kronis. Klinik bersedia untuk berkomitmen upaya untuk berhenti merokok selama kunjungan itu, perawatan harus diberikan pada setiap kunjungan untuk memaksimalkan kesempatan pasien kesuksesan.</p> <p>Rekomendasi 2</p> <p>Setiap pasien yang menggunakan tembakau harus ditawarkan setidaknya salah satu perawatan berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien bersedia untuk mencoba untuk berhenti menggunakan tembakau harus diberi perawatan yang diidentifikasi sebagai efektif dalam pedoman; dan • Pasien tidak bersedia untuk mencoba untuk berhenti menggunakan

tembakau harus disediakan dengan intervensi singkat yang dirancang untuk meningkatkan motivasi mereka untuk berhenti.

Rekomendasi 3

Dokter dan sistem pengiriman kesehatan melembagakan identifikasi yang konsisten, dokumentasi, dan pengobatan setiap pengguna tembakau yang terlihat dalam pengaturan perawatan kesehatan.

Rekomendasi 4

Intervensi singkat untuk semua pengguna tembakau pada setiap kunjungan klinik.

Rekomendasi 5

Memperkuat pesan dokter penghentian singkat dan memberikan tindak lanjut dan layanan dukungan kepada pasien mencoba untuk berhenti.

Rekomendasi 6

Farmakoterapi

Rekomendasi 7

Memanfaatkan permen karet, inhaler, atau semprot hidung, lebih mujarab ketimbang bentuk tunggal pengganti nikotin. Pasien harus didorong untuk menggunakan pengobatan kombinasi.

Kelebihan

Penelitian berisikan pedoman mengenai rekomendasi klinis bagi dokter dada agar dapat lebih efektif melakukan intervensi pada pasien mereka yang merokok{ Anderson, 2002 #102}

Kekurangan

8.Judul	Prospective Cohort Study of the Effectiveness of Smoking Cessation Treatments Used in the "Real World" {Kotz, #68}
Tahun	2014/ Mayo Clinic Proceedings
Penulis	Kotz, Daniel, PhD ; Brown, Jamie, PhD ; West, Robert, PhD
Metode	Tujuan: untuk memperkirakan efektivitas bantuan yang biasa digunakan untuk berhenti merokok di Inggris dengan menggunakan data longitudinal. Melakukan studi kohort prospektif pada tahun 1560 perokok dewasa yang berpartisipasi dalam survei rumah tangga nasional Inggris di periode dari November 2006 sampai Maret 2012, merespons survei tindak lanjut 6 bulan, dan dilakukan minimal 1 berhenti upaya antara 2 pengukuran. Metode berhenti diklasifikasikan sebagai berikut: (1) resep obat (terapi penggantian nikotin [NRT], bupropion, atau varenicline) dalam kombinasi dengan dukungan spesialis perilaku disampaikan oleh Layanan Merokok Nasional Pelayanan Kesehatan Berhenti; (2) obat resep dengan nasihat singkat; (3) NRT dibeli di atas meja; (4) tidak ada ini. Parameter utama adalah dilaporkan sendiri pantang sampai dengan saat survei tindak lanjut 6 bulan, disesuaikan untuk pembaur potensial utama termasuk ketergantungan rokok.
Hasil Penelitian	Dibandingkan dengan perokok yang menggunakan tidak ada alat bantu berhenti, kemungkinan disesuaikan sisa berpuasa sampai dengan saat survei tindak lanjut 6 bulan yang 2.58 (95% CI, 1,48-4,52) kali lebih tinggi pada pengguna obat resep dalam kombinasi dengan dukungan spesialis perilaku dan 1,55 (95% CI, 1,11-2,16) kali lebih tinggi pada pengguna obat resep dengan nasihat singkat. Penggunaan NRT dibeli di atas meja dikaitkan dengan kemungkinan lebih rendah dari pantang (rasio odds, 0,68; 95% CI, 0,49-0,94). Obat resep yang ditawarkan dengan dukungan perilaku spesialis dan yang ditawarkan dengan dukungan perilaku minimal adalah metode sukses berhenti merokok di Inggris.
Kelebihan	Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan studi kohort prospektif yaitu secara kontinyu dan longitudinal, sehingga cocok untuk meneliti berbagai masalah kesehatan yang makin meningkat, termasuk mengenai ketergantungan merokok.
Kekurangan	Penelitian ini membutuhkan waktu yang lama {Kotz, #68}

F. Penelitian terkait Kawasan Tanpa Rokok tingkat Rumah Tangga

Dari beberapa penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa Kawasan Tanpa Rokok tingkat Rumah Tangga Penerapan rumah tangga sebagai kawasan tanpa rokok agak sulit dilakukan. Namun apabila diterapkan dapat menurunkan kebiasaan merokok. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengawasan. Dukungan terhadap program ini hanya muncul dari kaum perempuan yang ada di rumah tersebut sedangkan laki-laki yang kebanyakan perokok jarang mendukung program ini. tingkat pendidikan dan penghasilan rumah tangga juga mempengaruhi penerapan rumah tanpa rokok.

1. Testing an empowerment intervention to help parents make homes smoke-free: a randomized controlled trial

Judul	Testing an empowerment intervention to help parents make homes smoke-free: a randomized controlled trial{Herbert, #104}
Tahun	2011
Penulis	Rosemary j. Herbert, anita j. Gagnon, jennifer l. O'loughlin, janet e. Rennick
Metode	Sebuah uji coba terkontrol secara acak dilakukan antara february 2005 dan maret 2007, persetujuan etis diperoleh dari etika penelitian dewan mcgill university dan university of prince edward island sebelum perekrutan. Sampel keluarga direkrut dari kalangan keluarga yang terhubung dengan lima kantor keperawatan kesehatan masyarakat, lima keluarga sumber pusat dan delapan pusat penitipan anak (organisasi Terletak di seberang prince edward island yang menawarkan program Untuk anak-anak dan keluarga) dan taman kanak-kanak. Kelayakan Kriteria meliputi: (a) minimal satu batang rokok yang dirokok per hari di dalam rumah; (b) keluarga memiliki satu atau lebih Anak usia 5 tahun yang tinggal di rumah; dan (c) satu orang tua (tidak harus perokok) bersedia untuk berpartisipasi dalam intervensi. Intervensi terdiri dari 2 sesi kelompok yang diadakan sekali Seminggu selama tiga minggu berturut-turut, diikuti oleh panggilan telepon mingguan selama tiga minggu tambahan Dalam analisis multivariabel, perbedaan yang terdeteksi tidak signifikan secara statistik Antara kelompok di
Hasil Penelitian	6 bulan follow-up dan intervensi peserta yang merokok lebih satu rokok per hari 0.65 (95% ci -5,68, 6,98) dibandingkan Untuk peserta kontrol. Namun, Jumlah rokok yang dihisap di rumah menurun pada kedua kelompok. Peserta intervensi Menurun dari rata-rata 17-4,5 batang per hari; peserta kontrol menurun dari rata-rata 18,5-3,5 batang per hari. Orang tua diberi nilai sesi antara 4 dan 5 pada lima titik Skala likert, dengan rata-rata keseluruhan 4,7. Banyak peserta melakukan upaya besar untuk berpartisipasi dalam sesi. Skor pemberdayaan pada kelompok intervensi meningkat dari rata-rata 59 pada awal menjadi 62,5 pada 6 bulan follow-up, dan pada kelompok kontrol meningkat dari 61 pada awal menjadi 66 pada 6 bulan follow-up. Perubahan intervensi kelompok ($s = -81,5$, $p = 0,04$) dan kontrol kelompok ($s = -131,5$, $p = 0,0006$) keduanya cukup signifikan.
Kelebihan	Pemilihan sampelnya sudah mengikuti kriteria yang sesuai dengan penelitian yang sangat ketat. Penelitiannya membedakan antara kelompok yang menerima perlakuan dan tidak menerima perlakuan dan diikuti kedepan sehinggahasil penelitiannya sudah akurat. Maslah etis sudah dapat dihindari dengan melakukan perjanjian sebelum penerapan program.
Kekurangan	Tidak menjelaskan besar sampel yang digunakan., biaya dan waktu pengerjaan penelitiannya sangat mahal dan lama.

2. Battling tobacco use at home: an analysis of smoke-free home rules among us veterans from 2001 to 2011

Judul	Battling tobacco use at home: an analysis of smoke-free home rules among us veterans from 2001 to 2011 {Zhang, 2014 #98}
Tahun	2011
Penulis	Xiao zhang, phd, ana p. Martinez-donate, phd, jessica cook, phd, megan e. Piper, phd, kristin berg, md, and nathan r. Jones, phd
Metode	Kami menggunakan data dari 2001-2002 dan 2010-2011 penggunaan tembakau tambahan dalam survei penduduk terbaru untuk memperkirakan dan membandingkan adanya aturan rumah bebas asap rokok di kalangan veteran dan nonveterans untuk setiap periode survei. Dalam periode survei tertentu, sampel tus-cps tentang 240 000 orang yang merupakan sumber data utama yang representatif nasional dan tingkat negara mengenai perilaku merokok. Wawancara survei tus-cps semua anggota rumah tangga memenuhi syarat yang berusia 18 tahun atau lebih; data untuk 2001-2002 tus-cps kami membatasi analisis kami untuk mereka yang berusia 18 tahun atau lebih tua. kami menggunakan responden yang hanya memberikan respons yang valid untuk pertanyaan aturan rumah bebas asap. Prevalensi aturan rumah bebas asap rokok diantara para veteran meningkat dari 64.0% menjadi 79.7% antara 2001 dan 2011 ($p < .01$) tapi konsisten lebih rendah dari yang diperkirakan untuk yang nonveterans (67.6% dan 84.4%, masing-masing).
Hasil Penelitian	Disparitas antara 2 kelompok meningkat secara signifikan dari waktu ke waktu ($p < .05$). Pada tahun 2010-2011, rumah tangga perokok pada veteran mungkin memiliki aturan rumah bebas asap rokok kurang lengkap daripada yang nonveterans. Namun, di antara veteran, individu tertentu dan perbedaan untuk memprediksi kemungkinan penerapan aturan bebas asap rokok. Di antara rumah tangga veteran bukan perokok, terdiri dari perempuan, sudah menikah, dan tidak pernah merokok; memiliki tingkat pendidikan dan pendapatan rumah tangga yang lebih tinggi; dan hidup dengan anak di bawah umur yang lebih memungkinkan untuk menerapkan aturan rumah bebas asap rokok.
Kelebihan	Penelitian ini cepat mudah dan murah karena hanya mengandalkan data sekunder yang sudah dikumpulkan dan tinggal dianalisis.
Kekurangan	Penelitian ini menggunakan data sekunder kemungkinan untuk terjadi manipulasi data sangat mungkin terjadi.

2. Battling Tobacco Use at Home: An Analysis of Smoke-Free Home Rules Among US Veterans From 2001 to 2011

Judul	Battling Tobacco Use at Home: An Analysis of Smoke-Free Home Rules Among US Veterans From 2001 to 2011 {Zhang, 2014 #98}
Tahun	2014
Penulis	Xiao Zhang, PhD, Ana P. Martinez-Donate, PhD, Jessica Cook, PhD, Megan E. Piper, PhD, Kristin Berg, MD, and Nathan R. Jones, PhD
Metode	Kami menggunakan data dari 2001 --- 2002 dan 2010 --- 2011 Penggunaan Survei Penduduk Current (TUS-CPS). Dalam diberikan periode survei, sampel TUS-CPS tentang 240 000 orang dan merupakan sumber utama Data perwakilan tingkat negara nasional dan tentang kebiasaan. Wawancara survei TUS-CPS semua memenuhi syarat anggota rumah tangga berusia 18 tahun atau lebih; data untuk 2001 --- 2002 TUS-CPS termasuk individu yang berusia 15 tahun dan lebih tua, tapi kami Seluruh responden TUS-memenuhi syarat ditanya tentang status merokok mereka dan dikategorikan menjadi 3 kelompok: (1) perokok (individu yang telah merokok 100 atau lebih rokok di hidup mereka dan merokok setiap hari atau beberapa hari pada saat wawancara), (2) mantan perokok (orang-orang yang telah merokok 100 atau lebih rokok tetapi tidak lagi merokok), dan (3) tidak pernah perokok (mereka yang memiliki merokok kurang dari 100 batang rokok) Berdasarkan status merokok warga, kami mengklasifikasikan

	<p>rumah tangga menjadi 2 kategori: bukan perokok rumah tangga (tanpa perokok saat ini) dan rumah tangga perokok (dengan setidaknya 1 saat ini perokok)</p>
Hasil Penelitian	<p>Rata-rata usia warga adalah 57,6 tahun (SD = 15,5) pada tahun 2001 --- 2002 dan 60,3 tahun (SD = 15,7) pada tahun 2010 --- 2011, dan mereka didominasi laki-laki (94.3% dan 93.0%, masing-masing; sekitar dua pertiga dari warga menikah. Untuk kedua siklus survei, rokok veteran dikonsumsi banyak rokok daripada rekan-rekan mereka yang belum bertugas di militer. Pada tahun 2001 --- 2002, konsumsi rokok rata-rata harian adalah 18.9 (SD = 10,4) untuk veteran dan 15.0 (SD = 9.6) untuk nonveterans (P <.001). oleh 2010 --- 2011, konsumsi rata-rata adalah 16.1 (SD = 9,5) dan 12,8 (SD = 8.6), masing-masing (P <.001).</p> <p>Secara keseluruhan, prevalensi lengkap rumah aturan bebas asap rokok antara veteran meningkat secara signifikan: dari 64.0% pada tahun 2001 --- 2002-79,7 %% tahun 2010 --- 2011 (P <.001). Namun, kenaikan itu lebih tajam untuk veteran tinggal di rumah tangga dengan arus perokok (dari 27,7% menjadi 44,5%) dibandingkan mereka yang berasal dari rumah tangga dengan hanya perokok (dari 77.4% menjadi 89.3%). Perlu dicatat bahwa tingkat veteran yang hidup dengan perokok menurun dari 11,0% pada tahun 2001 --- 2002-8,0% pada tahun 2010 --- 2011. Pada tahun 2001 --- 2002, lengkap rumah bebas asap rokok aturan di antara para veteran berkisar dari 51.0% di Kentucky 86,1% di Utah oleh 2010 --- 2011, kisaran menyempit, dengan rendah dari 68.7% di West Virginia dan tinggi dari 94.0% di Utah. prevalensi aturan rumah bebas asap rokok meningkat sebesar 10 poin persentase atau lebih di semua negara antara 2001 dan 2011, dengan pengecualian dari Utah, yang sudah memiliki tingkat tinggi pada tahun 2001 --- 2002. Prevalensi aturan rumah bebas asap rokok adalah umumnya lebih tinggi di antara negara-negara di Barat dan lebih rendah di antara negara bagian di Midwestern dan Wilayah selatan, terlepas dari survei periode. Pada tahun 2010 --- 2011, veteran perokok dan rumah tangga bukan perokok cenderung tidak memiliki aturan lengkap rumah bebas asap rokok dari adalah nonveterans. Namun, diantara veteran, individu tertentu dan perbedaan antar memprediksi kemungkinan melembagakan aturan bebas asap rokok. Di antara veteran dari rumah tangga tanpa perokok, individu yang adalah perempuan, menikah, dan tidak pernah perokok; memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan pendapatan rumah tangga; dan hidup dengan anak di bawah umur yang lebih mungkin mengadopsi rumah aturan bebas asap rokok lengkap. Untuk veteran dalam rumah tangga perokok, yang faktor yang sama, kecuali untuk jenis kelamin, dikaitkan dengan kemungkinan memiliki smokefree sebuah memerintah. Selain itu, usia muda dan Etnis Hispanik yang unik terkait dengan kemungkinan memiliki aturan rumah di antara para veteran yang tinggal di perokok rumah tangga.</p>
Kelebihan	<p>Penelitian ini cepat mudah dan murah karena hanya mengandalkan data sekunder yang sudah dikumpulkan dan tinggal dianalisis.</p>
Kekurangan	<p>Data yang digunakan data sekunder sehingga manipulasi data sangat mungkin terjadi. Waktu penelitiannya lama dan biaya penelitian mahal.</p>

4. Achieving smoke-free apartment outdoor area policies in asian/pacific islander neighborhoods of central los angeles

Judul	Achieving smoke-free apartment outdoor area policies in asian/pacific islander neighborhoods of central los angeles {Treiber, #105}
Tahun	2012
Penulis	Jeanette treiber, veronica acosta-deprez, robin kipke, travis satterlund, christine araque
Metode	Core rakyat menggunakan pendekatan partisipatif untuk kampanye. Anggota masyarakat terlibat dalam pengambilan keputusan Keputusan dan pengumpulan data. Sebuah evaluator terlatih staf dan relawan profesional untuk melakukan kegiatan proses dan evaluasi hasil. Untuk panduan penjangkauan dan pendidikan usaha, orang Core melakukan tiga kelompok fokus dengan penghuni apartemen, survei telepon

Hasil Penelitian	<p>dengan 69 manajer apartemen dan wawancara mendalam telepon dengan 22 ini. Hasil diukur dengan jumlah kebijakan bebas asap rokok sukarela berlalu dan dengan jumlah kompleks bebas dari sampah tembakau diamati. Pengamatan pra dan posttest dilakukan di semua 52 kompleks dalam sampel, menunjukkan</p> <p>Ada atau tidak adanya sampah tembakau (puntung rokok atau tembakau kemasan) di parkir area/garasi, pintu masuk, kamar, lorong-lorong/koridor, taman bermain, dan lainnya</p> <p>Lokasi. Penilaian pretest diberikan januari-mei 2008 dan posttest pada januari-mei 2010. Statistik deskriptif dan analisis isi digunakan untuk menganalisis hasil dari survei dan wawancara dengan manajer apartemen dan diskusi kelompok terfokus. Observation data dimasukkan ke spss dan dianalisis dengan menggunakan statistik deskriptif dan dipasangkan t-tes</p> <p>Dari 69 yang awalnya dihubungi, 52 unit tidak punya kebijakan membatasi penggunaan tembakau. Ini menjadi target intervensi.</p> <p>Survei dan wawancara dari pemilik/manajer ditunjukkan</p> <p>Bahwa mayoritas percaya bahwa asap rokok berbahaya bagi kesehatan individu. Orang-orang core menyelenggarakan serangkaian diskusi kelompok terfokus untuk menunjukkan bahwa penyewa kebijakan tersebut disukai.</p> <p>Namun, sebagian besar penyewa sangat prihatin tentang kesehatan mereka dan efek bekas paparan asap yang mungkin berisiko tertular</p> <p>Penyakit yang berhubungan dengan tembakau. Hampir semua menyampaikan bahwa Mengendalikan polusi udara dan asap rokok akan meningkatkan kualitas hidup mereka. Peserta mencatat bahwa menghadapi perokok dapat kadang-kadang menjadi masalah, sehingga sebagian besar tidak mengatakan apa-apa untuk menghindari konflik. Hasil kelompok fokus ini dibagi dengan manajer apartemen sebagai indikasi menarik dari dukungan penyewa kebijakan bebas asap rokok. Post test menunjukkan hampir tidak ada sampah tembakau dalam daerah outdoor yang diamati. Pra dan pasca uji perbandingan menunjukkan penurunan signifikan secara statistik dari sampah tembakau. Di area parkir/garasi ($p < 0,05$), cara masuk ($p < 0,01$), halaman ($p < 0,01$), dan balkon/jalan/komunitas kamar ($p < 0,01$).</p>
Kelebihan	<p>Adanya pre test dan posttest sebelum dan sesudah intervensi dapat menggambarkan efektivitas program yang telah diterapkan.</p>
Kekurangan	<p>Waktu penelitian lama dan biayanya mahal, kriteria pemilihan sampelnya tidak dijelaskan.</p>

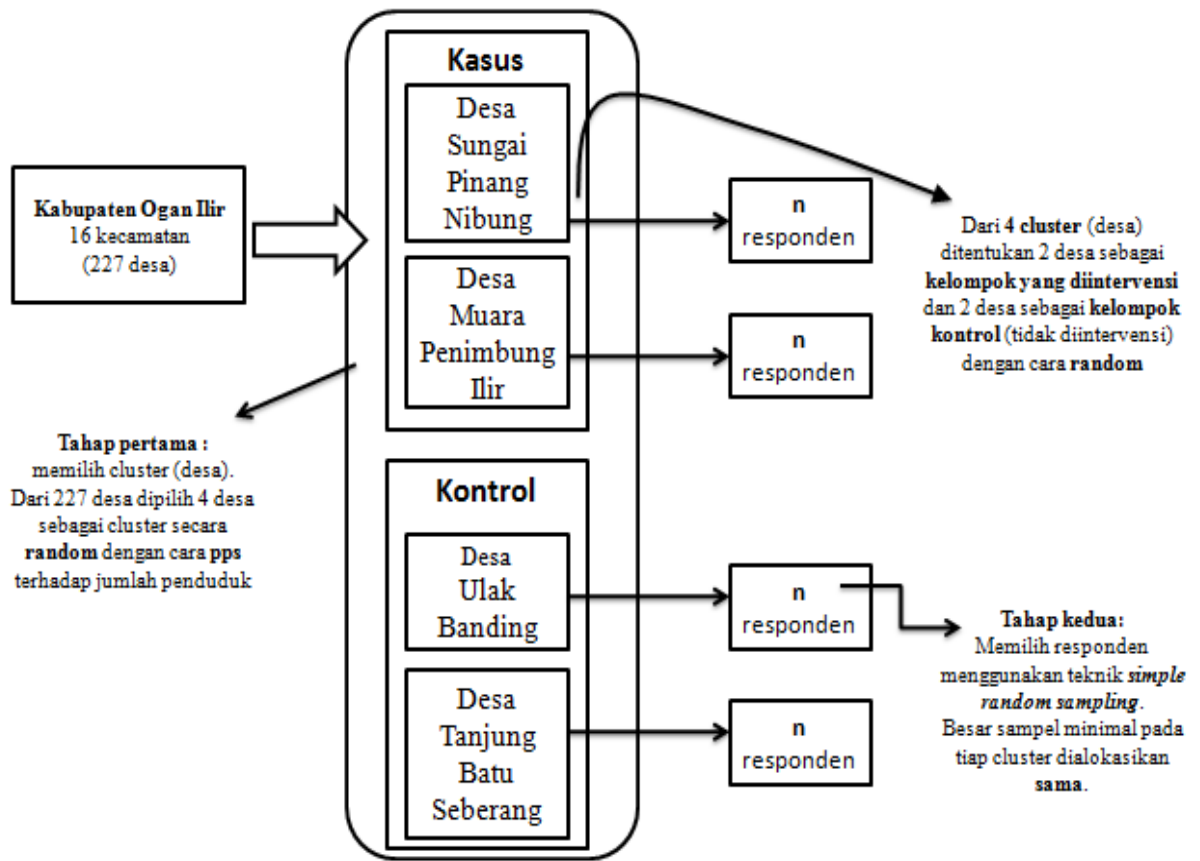
BAB III. METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan riset kuantitatif dengan desain penelitian *quasi experiment*. Pada penelitian ini akan dilakukan pengukuran pada kelompok yang diintervensi dan kelompok yang tidak diintervensi. Penelitian ini dilakukan dalam 3 tahap penting yaitu survei awal pengumpulan data kuantitatif sebelum intervensi diberikan, kedua adalah pelaksanaan intervensi dan ketiga pengumpulan data kuantitatif setelah intervensi.

Lokasi penelitian ini adalah di kabupaten Ogan Ilir. Adapun populasi penelitian ini adalah seluruh rumah tangga di kabupaten Ogan Ilir. Unit sampling adalah rumah tangga dan sampel penelitian adalah sebagian rumah tangga yang ada di kabupaten Ogan Ilir. Sampel akan diambil dengan menggunakan teknik *cluster random sampling*.

Dari total 227 desa yang ada di 16 kecamatan di kabupaten Ogan Ilir maka akan dipilih 4 desa sebagai *cluster*. Dari 4 cluster terpilih akan dipilih dua desa sebagai kelompok yang mendapat intervensi dan dua desa sebagai kelompok kontrol yang tidak diintervensi. Adapun teknik pengambilan sampel dapat dilihat pada gambar 5.1 berikut ini.



Gambar 5.1 Teknik Pemilihan Sampel

Besarnya sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini akan dihitung menggunakan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda dua rata-rata (Lemeshow, 1997).

Rumus :

$$n = \frac{\sigma^2 [z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

σ^2 = varians dari beda 2 rata-rata pasangan

$z_{1-\alpha/2}$ = nilai z pada interval kepercayaan $1-\alpha/2$ uji hipotesis dilakukan dua arah (two tailed) (1,96)

$z_{1-\beta}$ = nilai z pada kekuatan uji (power) $1-\beta$ 80% (0,84)

μ_1 = perkiraan rata-rata pada kelompok non intervensi

μ_2 = perkiraan rata-rata pada kelompok intervensi (didapat dari penelitian terdahulu atau penelitian awal)

Deff = desain efek (2)

Besar sampel minimal akan dihitung menggunakan aplikasi *sample size 2.0*. Pada penelitian ini diasumsikan perbedaan rata-rata skor perilaku merokok pada kelompok intervensi dan tidak intervensi adalah 10% dengan varians σ^2 sebesar 5%. Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh besar sampel minimal untuk satu kelompok adalah 40 responden. Dengan mempertimbangkan tingkat keanekaragaman masyarakat Ogan Ilir yang cukup heterogen maka jumlah sampel minimal dikali desain efek (2) sehingga menjadi 80 responden.

Penelitian ini merupakan uji hipotesis untuk beda dua rata-rata kelompok maka jumlah sampel minimal harus dikali 2 menjadi 160 responden. Karena jumlah *cluster* yang dipilih sebanyak 4 desa maka untuk setiap desa akan diambil responden sebanyak 40 responden. Namun, mempertimbangkan kondisi di lapangan maka untuk menghindari adanya *loss to follow up* atau sampel drop out, besar sampel minimal akan ditambah sebanyak 20% yaitu 8 responden pada tiap *cluster* sehingga menjadi 48 responden. Jadi total besar sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 192 responden. Oleh karena itu, dilapangan jumlah sampel yang akan diambil pada tiap *cluster* akan digenapkan menjadi 50 responden per *cluster* (desa) sehingga total sampel yang akan diambil menjadi 200 responden.

Tahap pertama pada pengambilan sampel adalah melakukan pemilihan *cluster* secara *probability proportionate to size (pps)* terhadap jumlah penduduk di 16 kecamatan (227 desa) dengan cara random menggunakan aplikasi komputer. Pengambilan sampel dengan cara *pps* terhadap jumlah penduduk akan membuat sampel terbobot dengan sendirinya (*self weighted*) sehingga tidak diperlukan pembobotan lagi pada saat analisis. Metode ini memungkinkan setiap desa mempunyai peluang yang sama untuk terpilih sebagai *cluster*. Berdasarkan hasil random menggunakan aplikasi komputer diperoleh 4 desa yang akan menjadi lokasi penelitian yaitu desa sungai pinang nibung, ulak banding, muara penimbung ilir dan tanjung batu seberang.

Setelah desa terpilih kemudian dilakukan randomisasi lagi untuk menentukan desa mana yang mendapat intervensi dan desa mana yang tidak mendapat intervensi. Randomisasi intervensi dilakukan dengan menggunakan undian koin. Hasil randomisasi menggunakan pelemparan koin diperoleh desa yang akan mendapat intervensi adalah desa sungai pinang nibung dan muara penimbung ilir. Sedangkan desa yang akan menjadi kontrol adalah desa ulak banding dan tanjung batu seberang.

Tahap selanjutnya pengambilan sampel pada tiap *cluster* yang dilakukan dengan teknik *simple random sampling*. Besar sampel minimal pada setiap *cluster* ditetapkan sama (alokasi rata), hal ini dapat dilakukan karena pada saat pemilihan *cluster* telah dilakukan dengan metode pps terhadap jumlah penduduk. Adapun besar sampel pada tiap *cluster* adalah 50 responden.

Adapun kriteria inklusi pengambilan sampel untuk kelompok yang akan diintervensi dan kelompok kontrol yang tidak diintervensi adalah sebagai berikut :

1. Responden adalah kepala keluarga
2. Status sudah menikah
3. Status responden adalah perokok aktif

B. Tahapan penelitian

Tahapan penelitian yang akan dilakukan meliputi 3 tahapan penting yaitu *survei awal*, intervensi program dan *post test*. Secara garis besar, bagan alur tahapan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti dapat dilihat pada gambar 5.2. Adapun penjelasan mengenai tahapan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tahap Pertama (Survei awal)

Pada tahap ini akan dilakukan survei awal terhadap gambaran karakteristik rumah tangga yang ada di desa terpilih. Survei awal akan dilakukan sebelum intervensi program diberikan kepada kelompok intervensi. Survei awal akan dilakukan melalui survei lapangan dalam rangka pengumpulan data sekunder seperti jumlah penduduk di tiap desa, daftar penduduk di tiap desa dan tenaga kesehatan yang ada di desa tersebut. Informasi dari survei awal ini akan digunakan untuk menentukan secara random sampel yang akan diambil pada tiap desa. Pada tahap ini juga, dilakukan pengukuran pada kelompok kontrol (non-intervensi) pada dua desa terpilih

2. Tahap Kedua (Intervensi Program)

Pada tahap ini akan dilakukan intervensi program mengenai kawasan rumah tangga tanpa asap rokok. Pemberian intervensi program akan dilakukan setelah proses pengumpulan data awal (*survei awal*) selesai dilakukan. Intervensi program akan dilakukan selama satu (1) bulan. Intervensi program akan dilakukan pada desa terpilih yaitu desa ulak segelung dan desa tanjung pinang 2. Pada masing-masing desa akan dipilih 50 orang sampel sebagai responden. Total responden yang akan mendapat intervensi adalah 100 rumah tangga. Intervensi yang akan digunakan pada penelitian ini mengadopsi dari pendekatan yang digunakan Pusat pengendalian penyakit dunia (CDC) dalam upaya mengendalikan tembakau (*smoking cessation*). Intervensi program ini diberikan kepada semua anggota rumah tangga terpilih yaitu orang tua dan anak. Intervensi program yang akan dilakukan pada penelitian ini antara lain :

a. *Brief clinical intervention*

Pada tahap ini akan dipilih 2 orang tenaga kesehatan atau kader dari setiap desa untuk pelatihan (training) mengenai rumah tangga tanpa asap rokok. Training terhadap tenaga kesehatan atau kader bertujuan agar dapat memberikan konseling seputar rokok dan pentingnya rumah tangga tanpa asap rokok. Hal ini dilakukan oleh tenaga kesehatan di desa baik bidan maupun kader puskesmas.

Pelatihan tenaga kesehatan atau kader akan dilakukan oleh peneliti bersama anggota peneliti. Pelatihan akan diberikan sebanyak satu (1) kali selama dua hari kepada tenaga kesehatan atau kader. Materi pelatihan yang diberikan meliputi bahaya rokok dan pentingnya kawasan tanpa asap rokok. Tenaga kesehatan juga akan diberikan *flipchart* yang mempermudah mereka melakukan konseling tentang rokok.

b. Konseling terpadu

Konseling yang akan diberikan mengenai kawasan rumah tangga tanpa asap rokok. Konseling ini akan diberikan oleh tenaga kesehatan atau kader yang telah di training mengenai substansi materi yang harus disampaikan kepada

klien. Responden yang akan menjadi target konseling terpadu ini adalah kepala rumah tangga (ayah). Responden dimotivasi untuk merokok tidak di dalam ruangan tertutup, seperti rumah. Jika mereka ingin merokok, mereka disarankan untuk merokok di ruangan terbuka, seperti halaman rumah dan tidak merokok di depan anak-anak. Konsep ini dilakukan untuk mengurangi dampak buruk dari asap rokok bagi perokok pasif di tingkat rumah tangga.

Konseling terpadu akan diberikan sebanyak satu (1) kali hingga dua kali dalam satu bulan oleh tenaga kesehatan yang telah dilatih. Konseling ini akan diberikan secara individual dengan cara datang ke rumah tangga yang terpilih menjadi responden ataupun kelompok. Waktu pemberian konseling akan dilakukan secara terpadu pada waktu sore hari pada hari-hari libur seperti Sabtu dan Minggu.

c. SMS gaul promosi kesehatan

Sasaran program SMS gaul ini adalah remaja. Apabila di rumah tangga terpilih ada anggota rumah tangga yang berstatus remaja maka sms gaul akan diberikan sebagai penguat program intervensi kawasan rumah tangga tanpa asap rokok yang diberikan kepada kepala keluarga. SMS gaul adalah salah satu cara yang dipilih sebagai sarana promosi kesehatan melalui *mobile phone* (handphone). Melalui sms gaul diharapkan promosi kesehatan dapat diberikan secara kontinu dan tepat sasaran. Hal ini dikarenakan banyaknya masyarakat yang telah menggunakan handphone terutama kalangan remaja, sehingga dianggap handphone sebagai salah media yang dapat efektif dalam penyebaran informasi kesehatan. SMS gaul akan diberikan secara rutin setiap hari selama satu bulan (30 hari) kepada remaja oleh tim.

SMS gaul akan berisi pesan edukasi terhadap remaja mengenai bahaya rokok dan ajakan untuk tidak merokok di dalam ruang tertutup dalam hal ini rumah. Untuk remaja yang bukan perokok, sms ini akan memotivasi mereka untuk tidak akan mencoba merokok pada usia muda. Remaja yang menjadi target sasaran akan dimotivasi untuk meneruskan pesan singkat ini kepada peer mereka atau teman sebaya mereka sehingga upaya promosi kesehatan bisa meningkatkan pengetahuan remaja tentang bahaya rokok.

d. **Intervensi Pemberian Permen herbal Pengganti Rokok**

Sasaran program ini adalah remaja dan orang tua. Intervensi pemberian permen ini dilakukan setelah konseling diberikan. Diharapkan melalui pemberian permen herbal seperti aroma jahe, cengkeh dan mint ini dapat meminimalisir perilaku merokok di dalam rumah. Apabila saat berada di dalam rumah responden ingin merokok dapat diganti dengan permen herbal yang diberikan. Pemberian permen akan diberikan selama satu bulan. Jumlah permen yang diberikan oleh tim adalah sebanyak 1 paket per responden per minggu selama satu bulan.

e. **Celengan Sehat**

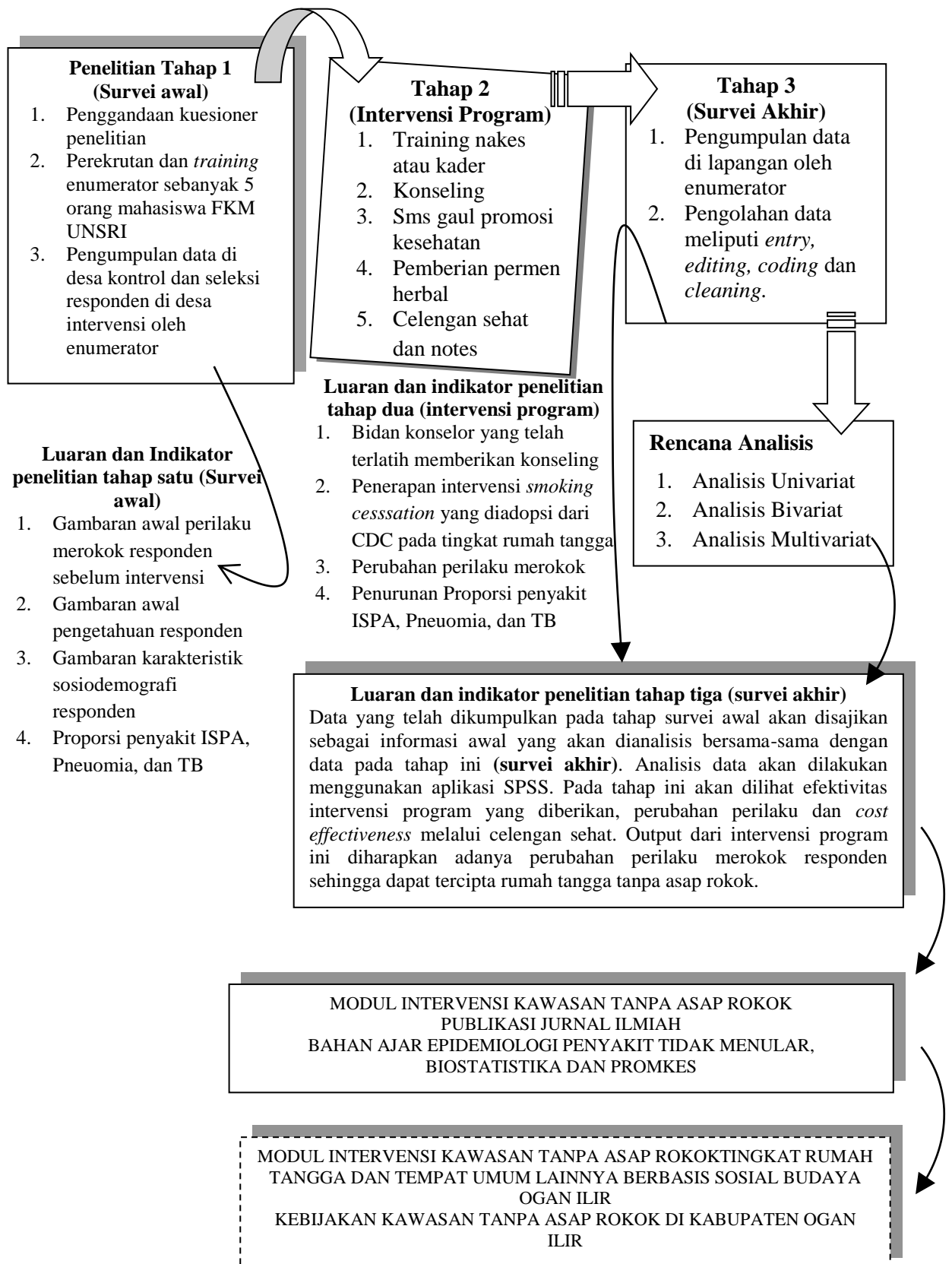
Responden di motivasi untuk mengurangi kebiasaan merokok dengan mengalokasikan sebagian uang rokok ke dalam celengan. Sehingga responden bisa memperhitungkan keuntungan secara ekonomi ketika mereka bisa mengurangi kebiasaan merokok. Setiap rumah tangga terpilih akan diberikan celengan sebanyak satu (1) buah. Pada akhir intervensi akan dihitung berapa banyak uang alokasi untuk rokok yang telah ditabung oleh responden.

3. Tahap Ketiga (*Post Test*)

Post test akan dilakukan melalui survei lapangan dalam rangka pengumpulan data kuantitatif pada kelompok intervensi. Pengumpulan data ini akan dilakukan melalui observasi dan wawancara menggunakan kuesioner yang telah disusun. Pada penelitian ini, kuesioner yang akan digunakan telah disusun berdasarkan kuesioner baku dari riset terdahulu mengenai gambaran penyakit, pengetahuan dan perilaku merokok sebelum dan sesudah intervensi. Adapun kuesioner baku yang dijadikan rujukan yaitu RISKESDAS 2007 dan RISKESDAS 2010, kuesioner *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) 2011 dan kuesioner Dunia Remajaku Seru (DAKU!) Tahun 2013. Data kuantitatif yang akan dikumpulkan antara lain variabel demografi (umur, pendidikan, sosial ekonomi), pengetahuan dan variabel perilaku merokok sebagai variabel dependen.

Post test akan dilakukan pada semua *unitsampling* terpilih pada kelompok intervensi yaitu rumah tangga. Pengumpulan data di lapangan akan dibantu oleh enumerator yang telah ditunjuk yaitu sebanyak 4 orang mahasiswa FKM UNSRI. Enumerator yang ditunjuk akan diberi pelatihan terlebih dahulu sebelum melakukan pengumpulan data. Setelah semua data terkumpul maka akan dilakukan proses pengolahan data dengan menggunakan aplikasi SPSS. Langkah-langkah pengolahan data yang akan dilakukan antara lain *entry*, *editing*, *coding*, dan *cleaning* data.

Data yang telah dikumpulkan pada tahap ini akan disajikan sebagai informasi awal yang nantinya akan dianalisis bersama-sama dengan data pada tahap selanjutnya. Data ini akan digunakan sebagai landasan dalam melakukan intervensi program rumah tangga tanpa asap rokok.



Gambar 4.2. Bagan Alur Penelitian
Pemodelan kawasan tanpa asap rokok pada tingkat rumah tangga
melalui intervensi program *smoking cessation*

C. Analisis

Analisis yang dilakukan pada penelitian ini antara lain :

1. Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk melihat deskripsi perilaku merokok responden dan variabel demografi seperti umur, pendidikan dan sosial ekonomi. Pada variabel kategorik akan dilihat proporsi masing-masing kategori. Sedangkan pada variabel numerik seperti umur dan perilaku akan dilihat mean dan standar deviasi apabila data berdistribusi normal atau median dan range apabila data berdistribusi tidak normal.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen dengan variabel dependen. Penelitian ini merupakan analisis terhadap data dependen. Oleh karena itu uji statistik yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah analisis untuk pengukuran data berpasangan yaitu uji t independen (*dependent sample t test*) dengan derajat kemaknaan (α) sebesar 5%. Analisis bivariat ini akan dilakukan dengan menggunakan aplikasi komputer untuk statistik. Selain itu, dalam penelitian ini akan dilakukan perhitungan Odds Ratio (OR) untuk mengetahui besarnya perubahan perilaku merokok pada kelompok intervensi dan kelompok tidak intervensi

3. Analisis Multivariat.

Analisis ini bertujuan untuk melihat bagaimana pengaruh intervensi yang telah diberikan terhadap perubahan perilaku setelah dikontrol oleh variabel demografi. Analisis multivariat untuk melihat berapa besar pengaruh intervensi yang diberikan terhadap perilaku merokok.

D. Jadwal penelitian

Adapun jadwal penelitian ini seperti terlihat pada tabel berikut.

No	Kegiatan	Bln ke-1	Bln ke-2	Bln ke-3	Bln ke-4	Bln ke-5	Bln ke-6
1.	Kontrak penelitian	■					
2.	Koordinasi dengan BAPPEDA & Dinkes OI	■					
3.	Perekrutan & pelatihan enumerator	■					
4.	Pengumpulan data awal		■				
5.	Intervensi Program : - Training nakes atau kader - Konseling - Sms gaul promosi kesehatan - Pemberian permen herbal - Celengan sehat		■	■	■		
6.	Pengumpulan data (<i>post test</i>)					■	
7.	Pengolahan dan analisis data					■	
8.	Seminar hasil					■	
9.	Pelaporan						■

BAB IV. HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 4 desa di Kabupaten Ogan Ilir yang dipilih secara random. Desa Tanjung Batu Seberang dan Desa Ulak Banding terpilih sebagai desa control sedangkan Desa Sungai Pinang Nibung dan Desa Muara Penimbung Ilir terpilih sebagai desa intervensi. Berikut gambaran penduduk di keempat desa tersebut.

Tabel 4.1. Gambaran Jumlah Penduduk di 4 Desa Lokasi Penelitian

No.	Nama Desa	Keterangan Desa	Jumlah Penduduk	Jumlah KK
1.	Desa Tanjung Batu Seberang	Non Intervensi	1395	333
2.	Desa Ulak Banding	Non Intervensi	499	275
3.	Desa Sungai Pinang Nibung	Intervensi	1765	372
4.	Desa Muara Penimbung Ilir	Intervensi	991	276

B. Karakteristik Demografi Responden

Hasil analisis karakteristik demografi responden pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok intervensi bekerja sebagai petani (61 %) sedangkan sebanyak bekerja sebagai wiraswasta pada kelompok non intervensi bekerja (44%). Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebanyak 55,8% responden pada kelompok intervensi tidak tamat SD/MI dan sebesar 34% pada kelompok non intervensi. Hasil analisis deskriptif terhadap karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut ini. Rata-rata umur antara kelompok intervensi dan non intervensi 46 tahun dan 44 tahun. Sedangkan jumlah anggota keluarga berkisar 4 orang dan balita antara 0-2 balita per rumah pada kelompok intervensi dan non intervensi.

Tabel 4.2 Gambaran Karakteristik Responden pada Desa yang Mendapat Intervensi dan Non Intervensi

Variabel	Status Intervensi		
	Intervensi (n = 95)	Non Intervensi (n = 100)	
Pekerjaan	Tidak Kerja, n(%)	11 (11,6%)	10 (10%)
	TNI/POLRI, n(%)	1 (1%)	1 (1%)
	PNS/Pegawai, n(%)	1 (2%)	1 (1%)
	Wiraswasta/Jasa/Dagang, n(%)	19 (20%)	44 (44%)
	Petani, n(%)	58 (61,1%)	31 (31%)
	Buruh, n(%)	4 (4,2%)	9 (9%)
	Lainnya, n(%)	0 (0%)	4 (4%)
Status Kawin	Belum Kawin	0 (0%)	7(7,5%)
	Kawin	93 (98,9%)	85(91,4 %)
	Cerai Hidup	0 (0%)	1(1,1 %)
	Cerai Mati	1(1,1%)	0 (0%)
Pendidikan	Tidak Pernah Sekolah, n(%)	9 (9,5%)	3 (3%)
	Tidak Tamat SD/MI, n(%)	11 (11,6%)	17 (17%)
	Tamat SD/ MI, n(%)	53 (55,8%)	34 (34%)
	Tamat SMP, n(%)	11 (11,6%)	25 (25%)
	Tamat SMA, n(%)	11 (11,6%)	18 (18%)
	Tamat D1/D2/D3, n(%)	0 (0%)	1 (1%)
	Tamat PT	0 (0%)	2 (2%)
	Status Intervensi		
	Intervensi	Non Intervensi	
Umur Bapak(Median, Range)	46(26-83)	44(27-69)	
Jumlah Anggota Keluarga (Median, Range)	4(1-8)	4 (1-8)	
Jumlah Balita(Median, range)	0 (0-2)	1(0-2)	

C. Sanitasi Lingkungan

Hasil analisis menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki jenis atap rumah berupa genteng yaitu sebanyak 38,9% pada kelompok intervensi dan 57% pada kelompok non intervensi (tabel 4.3). Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa mayoritas dinding rumah responden terbuat dari kayu/papan/triplek (70,5% pada kelompok intervensi dan 65% pada kelompok non intervensi). Berdasarkan jenis plafon diketahui bahwa sebesar 28,4% pada kelompok intervensi dan 36% pada kelompok non intervensi memiliki plafon kayu, sedangkan jenis lantai yang paling banyak adalah lantai kayu yaitu 72,6% pada kelompok intervensi dan 61% pada kelompok non intervensi. Berdasarkan ventilasi yang ada di ruang keluarga diketahui bahwa sebanyak 77% responden kelompok intervensi memiliki ventilasi lebih dari 10% dan 72% pada kelompok non intervensi. Sedangkan berdasarkan ventilasi di kamar tidur diketahui bahwa bahwa sebanyak 75,8% responden kelompok intervensi

memiliki ventilasi lebih dari 10% dan 73% pada kelompok non intervensi (Lihat tabel 4.3)

Tabel 4.3 Gambaran Sanitasi Lingkungan pada Desa yang Mendapat Intervensi dan Non Intervensi

Variabel	Status Intervensi	
	Intervensi (n = 95)	Non Intervensi (n = 100)
Jenis Atap		
Beton, n (%)	1 (1%)	1 (1%)
Genteng, n (%)	37 (38,9%)	57 (57%)
Sirap, n (%)	0 (0%)	2 (2%)
Seng, n (%)	35 (36,8%)	22 (22%)
Asbes, n (%)	3 (3,2%)	2 (2%)
Ijuk, n (%)	16 (16,8%)	16 (16%)
Lainnya, n (%)	3 (3,2%)	0 (0%)
Jenis Dinding		
Tembok, n (%)	21 (22,1%)	33 (33%)
Kayu/ papan/ triplek, n (%)	67 (70,5%)	65 (65%)
Seng, n (%)	1 (1%)	1 (1%)
Lainnya, n (%)	6 (6,3%)	1 (1%)
Jenis Plafon		
Beton, n (%)	0 (0%)	2 (2%)
Gypsum, n (%)	1 (1,1%)	7 (7%)
Asebes, n (%)	1 (1,1%)	0 (0%)
Kayu, n (%)	27 (28,4%)	36 (36%)
Anyaman Bambu, n (%)	1 (1,1%)	1 (1%)
Lainnya	19 (20%)	4 (4%)
Jenis Lantai		
Keramik, n (%)	12 (19,5%)	28 (28%)
Semen, n (%)	12 (12,6%)	10 (10%)
Papan, n (%)	69 (72,6%)	61 (61%)
Tanah, n (%)	2 (2,1%)	1 (1%)
Ventilasi di Ruang Keluarga		
Ada, Luasnya \geq 10%, n (%)	74 (77,9%)	71 (72%)
Ada, Luasnya \leq 10%, n (%)	17 (17,9%)	25 (25%)
Tidak Ada, n (%)	4 (4,2%)	3 (3%)
Ventilasi di Kamar Tidur		
Ada, Luasnya \geq 10%, n (%)	71 (75,8%)	73 (73%)
Ada, Luasnya \leq 10%, n (%)	19(20%)	25 (25%)
Tidak Ada, n (%)	4 (4,2%)	2 (2%)

D. Gambaran Partisipasi Masyarakat Saat Penerapan Model Intervensi Cdc Di Ogan Ilir

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa tingkat partisipasi masyarakat mencapai 100% baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok non intervensi.

Tabel 4.4 Gambaran Partisipasi Masyarakat pada Desa yang Mendapat Intervensi dan Non Intervensi

Variabel	Status Intervensi	
	Intervensi (n = 95)	Non Intervensi (n = 100)
Tingkat Partisipasi, n(%)	95 (100%)	100 (100%)

E. Gambaran Kejadian Penyakit Ispa, Pneumonia Dan Tb

Hasil analisis gambaran kejadian penyakit ISPA, Pneumonia dan TB, menunjukkan bahwa sebanyak 3% pada kelompok intervensi didiagnosis menderita TB melalui pemeriksaan dahak sedangkan dalam 12 bulan terakhir ada 1% responden yang didiagnosis menderita TB. Pada kelompok non intervensi diketahui sebanyak 4,2% responden didiagnosis menderita TB sedangkan dalam 12 bulan terakhir tidak ditemukan satupun responden yang didiagnosis menderita TB (Lihat tabel 4.5)

Berdasarkan tabel 4.5 juga diketahui bahwa sebanyak 2,1% responden kelompok intervensi dan 5% pada kelompok non intervensi menderita batuk dahak bercampur darah. Sedangkan proporsi responden yang menderita ISPA sebanyak 4,2% pada kelompok intervensi dan 8% pada kelompok non intervensi.

Tabel 4.5 Kejadian Penyakit ISPA, Pneumonia dan TB pada Desa yang Mendapat Intervensi dan Non Intervensi

Variabel		Status Intervensi	
		Intervensi (n = 95)	Non Intervensi (n = 100)
Diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan Dahak	Ya, n(%)	3(3%)	4(4,2%)
	Tidak, n(%)	97(97%)	91(95,8%)
Menderita Tuberkulosis 12 bulan terakhir	Ya, n(%)	1 (1,1%)	0(0%)
	Tidak, n(%)	94(94,5%)	100 (100%)
Batuk dahak bercampur darah	Ya, n(%)	2 (2,1%)	5 (5%)
	Tidak, n(%)	93 (91,6%)	95 (96,4%)
ISPA dan Pneumonia	Ya, n(%)	4 (4,2%)	8 (8%)
	Tidak, n(%)	91 (95,8%)	92 (92%)

F. Perilaku Merokok Masyarakat Pada Kelompok Yang Mendapat Intervensi Cdc Dan Tidak Mendapat Intervensi Cdc Di Ogan Ilir

Hasil analisis diperoleh bahwa 84,2% pada kelompok intervensi dan 67% pada kelompok non intervensi tidak akan menolak rokok gratis yang diberikan. Sebanyak 65,3% pada kelompok intervensi tidak ingin merokok di masa yang akan datang dan 62% kelompok non intervensi tetap akan merokok di masa yang akan datang. Sedangkan proporsi responden yang merokok setiap hari dalam sebulan terakhir mencapai 71,6% pada kelompok intervensi dan 91% pada kelompok non intervensi.

Berdasarkan tabel 4.6 diperoleh bahwa 58,9% kelompok intervensi merokok di dalam rumah dan 72,6% responden tidak merokok dengan anggotakeluarga, sedangkan pada kelompok non intervensi diketahui bahwa 70% responden merokok di dalam rumah dan bersama anggota keluarga. (Lihat tabel 4.6)

Tabel 4.6 Gambaran perilaku yang berkaitan dengan rokok

Variabel	Status Intervensi		
	Intervensi (n = 95)	Non Intervensi (n = 100)	
Pernah Menolak Rokok Gratis	Ya, n(%)	80 (84,2%)	67 (67%)
	Tidak, n(%)	15 (15,8%)	33 (33%)
Dimasa akan datang tetap Merokok	Ya, n(%)	33 (34,7%)	62 (62%)
	Tidak, n(%)	62 (65,3%)	38 (38%)
Merokok Sebulan Terakhir	Ya, Setiap Hari, n(%)	68 (71,6%)	91 (91%)
	Ya, Kadang-kadang, n(%)	22 (23,2%)	8 (8%)
	Tidak, Tapi sebelumnya pernah, n(%)	4 (4,2%)	0 (0%)
	Tidak Pernah Sama Sekali, n(%)	1 (1,1%)	1 (1%)
Merokok di Rumah	Di dalam Rumah, n(%)	56 (58,9%)	70 (70%)
	Di depan Rumah, n(%)	10 (10,5%)	16 (16%)
	Di Luar Pekarangan Rumah, n(%)	29 (30,5%)	14 (14%)
Merokok dengan Anggota Keluarga	Ya, n(%)	26 (27,4%)	70 (70%)
	Tidak, n(%)	69 (72,6%)	30 (30%)
Mengajak Orang Lain Merokok	Ya, n(%)	19 (20%)	43 (43%)
	Tidak, n(%)	76 (80%)	57 (57%)
Mengajak Orang Lain Tidak Merokok	Ya, n(%)	36 (37,9%)	48 (48%)
	Tidak, n(%)	59 (62,1%)	52 (52%)
Keinginan untuk berhenti merokok	Ya, n(%)	89 (100%)	80 (86,7%)
	Tidak, n(%)	6 (6,3%)	20 (20%)

G. Perbedaan Perilaku Merokok Masyarakat Pada Kelompok Yang Mendapat Intervensi Cdc Dan Pada Kelompok Yang Tidak Mendapat Intervensi Cdc Di Ogan Ilir

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui karakteristik perilaku merokok pada kelompok intervensi dan non intervensi hampir sama. Rata-rata umur pertama kali merokok adalah 15 pada kedua kelompok dan rata-rata merokok tiap hari pada saat responden umur 19 tahun pada kelompok intervensi dan umur 18 tahun pada kelompok non-intervensi. Rata-rata jumlah rokok tiap hari mencapai 20 batang sedangkan usia berhenti merokok pada usia 50 pada kedua kelompok (lihat tabel 4.7).

Tabel 4.7 Gambaran Perilaku Merokok pada Desa yang Mendapat Intervensi dan Non Intervensi

Variabel	Status Intervensi	
	Intervensi (n=95)	Non Intervensi (n=100)
Umur pertama kali merokok (Median, Range) Missing	15.50(5-53) 1	15 (6-35) 12
Umur pertama kali merokok tiap hari(Median, Range) Missing	19 (7-60) 6	18(6-40) 20
Rata-rata batang rokok per hari(Median, Range) Missing	12 (1-48) 0	12 (1-80) 0
Usia berhenti merokok(Mean, SD) Missing	50 (12.2) 42	48(11.24) 60

Perbedaan perilaku antara kelompok intervensi dan non intervensi dapat dilihat pada tabel 4.8. Hasil analisis menunjukkan bahwa rata-rata skor perilaku merokok kelompok intervensi mencapai 7,40 dan 5,75 pada kelompok non intervensi (-2,141 - -1,159). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai p value < 5%. Ada perbedaan yang bermakna antara perilaku merokok pada kelompok intervensi dan perilaku merokok pada kelompok pada kelompok non intervensi.

Tabel 4.8 Perbedaan Perilaku Merokok pada Desa yang Mendapat Intervensi dan Non Intervensi

Variabel	Status Intervensi	
	Intervensi (n = 95)	Non Intervensi (n = 100)
Perbedaan		
Perilaku Merokok	Rata-rata skor perilaku merokok	7,40
	Perbedaan skor perilaku merokok	-1,650
	P value	0,0001
	95% confident interval	-2,141 - 1,159

H. Efektivitas Dana (*Cost-Effectiveness*) Penerapan Model Intervensi Cdc Di Ogan Ilir

Hasil analisis tabel 4.9 menunjukkan penghasilan setiap hari pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan pada kelompok non intervensi sedangkan uang untuk membeli kebutuhan sehari-hari cenderung sama pada kedua kelompok tersebut. Rata-rata uang yang dihabiskan oleh kelompok intervensi untuk membeli rokok per hari sebesar Rp.7000 sedangkan jumlah tabungan per hari sebesar Rp.10.000. Berdasarkan hasil analisis tabel 4.9 dapat dilihat bahwa ada cost effectiveness dengan pengalihan uang rokok pada kelompok intervensi jika dibandingkan kelompok non intervensi. (Lihat tabel 4.9)

Tabel 4.9 Perbedaan Perilaku Merokok pada Desa yang Mendapat Intervensi dan Non Intervensi

Variabel	Status Intervensi	
	Intervensi (n = 95)	Non Intervensi (n = 100)
Penghasilan Setiap Hari (rupiah)	Rp 50.000 (Rp 10.000-100.000)	Rp 80.000 (Rp 5000-Rp 450.000)
Missing	54	21
Membeli Kebutuhan Sehari-hari (Median, Range)	Rp 22.500 (Rp 5000- Rp 70.000)	Rp 30.000 (Rp 1500-200.000)
Missing	33	8
Membeli Rokok per Hari (Median, Range)	Rp 7000 (Rp 1000- Rp 48000)	Rp 10.000 (Rp 1000-Rp 150.000)
Missing	32	4
Tabungan per Hari	Rp 4000 (Rp 1000- Rp 67.000)	RPp 20.000 (Rp500- Rp 499.500)
Missing	52	74

I. Hasil Multivariat

Hasil analisis pada tabel 4.10 menunjukkan bahwa variabel independen yang dapat masuk ke dalam pemodelan adalah variabel intervensi, pendidikan dan sikap mengenai rokok (p value <0,25). Sedangkan variabel pekerjaan, umur dan skor pengetahuan tidak dapat masuk ke dalam pemodelan karena p value > 0,25. Secara substansi ketiga variabel tersebut dianggap penting sehingga tetap dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat.

Tabel 4.10
Hasil Uji Bivariabel Antara Variabel Independen dan Variabel Dependen

Variabel	95% CI	p value
Intervensi	-2,141 – (- 1,159)	*<0,0001
Pendidikan	-0,097-0,377	*0,245
Pekerjaan	-0,198-0,111	0,577
Umur (Tahun)	-0,036-0,007	0,190
Skor sikap	0,043-0,176	*0,001
Skor Pengetahuan	-0,202- 0,111	0,556

Tabel 4.11 Tahap Pemodelan Multivariabel

Variabel	Full Model (RP)	Model I (RP)	Model II (RP)	Model III (RP)
Intervensi	*0,462	*0,460	*0,460	*0,463
Pendidikan	0,131	0,141	*0,132	*0,152
Pekerjaan	-0,064	-0,064	-	-
Umur (Tahun)	-0,071	-0,076	-0,176	-
Skor sikap	*0,227	*0,223	*0,221	*0,216
Skor Pengetahuan	-0,052	-	-	-

Keterangan : * = nilai sig (p Value) < alpha (5%)

Hasil analisis pada tabel 4.11 menunjukkan bahwa secara bersama-sama variabel intervensi mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perubahan perilaku responden (p value < 0,05). Hasil intervensi yang dilakukan mempunyai peluang 46% untuk mengurangi perilaku merokok responden (RP 0,46) setelah dikontrol oleh variabel pendidikan (RP 0,152) dan Sikap (RP 0,216).

BAB V. PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian ini, karakteristik responden mayoritas bekerja sebagai petani dan wiraswasta, pendidikan SD/MI ke bawah, status menikah dan berusia sekitar 45 tahun. Pada perilaku merokok, umumnya ada perbedaan yang bermakna antara perilaku merokok pada kelompok intervensi dan perilaku merokok pada kelompok non intervensi. Kelompok intervensi cenderung lebih banyak menolak merokok gratis, dan cenderung tidak mengajak anggota keluarga merokok, lebih mengurangi merokok sebulan terakhir, dan lebih rendah merokok didalam rumah dibandingkan kelompok non-intervensi. Sedangkan hanya sedikit masyarakat yang teridentifikasi TB dan baik kelompok intervensi maupun kelompok non intervensi. Dari sisi efektivitas biaya (*cost effectiveness*), rata-rata uang yang dihabiskan oleh kelompok intervensi untuk membeli rokok per hari cenderung lebih rendah dibandingkan kelompok non-intervensi.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Pekerjaan

Responden yang direkrut dalam penelitian ini adalah kepala keluarga yang merokok. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa perokok berasal dari berbagai latar belakang pekerjaan namun paling banyak bekerja sebagai petani, wiraswasta, dan tidak bekerja baik untuk kelompok intervensi maupun untuk kelompok non intervensi. Kecenderungan merokok tidak hanya terjadi pada kelompok responden yang bekerja tetapi juga pada kelompok responden yang tidak bekerja. Kedua kategori tersebut berkaitan dengan tingkat stress pada pekerja atau pengangguran. Pada kelompok pekerja, stress dapat disebabkan oleh beban kerja yang berat sehingga mereka metode *coping* yang mereka lakukan untuk mengatasi/mengalihkan stress nya dengan jalan menghisap rokok. Sebaliknya, risiko untuk merokok pada kelompok pengangguran juga terkait dengan stress akibat tidak adanya kesibukan sehingga untuk mengisi waktu luangnya, mereka menghisap rokok. Hasil penelitian Rohman (2009) menunjukkan bahwa remaja yang merokok kebanyakan memiliki orang tua

dengan latar belakang status sosial ekonomi yang rendah. Hal ini juga didukung dengan hasil pencatatan BPS (2012) yang menunjukkan bahwa perokok di Indonesia banyak berasal dari masyarakat dengan tingkat kekayaan pada kuintil terbawah dimana distribusi merokok 60-80% baik pada penduduk di perkotaan maupun di pedesaan. Kesimpulan penelitian Darwin (2007) juga menunjukkan bahwa masyarakat yang memiliki keterbatasan pendapatan justru menghabiskan sebagian besar penghasilannya untuk membeli rokok dibandingkan dengan mengakses pendidikan dan kesehatan.

2. Status Kawin

Dalam penelitian ini diperlihatkan bahwa sebagian besar responden berstatus menikah. Hal ini dikarenakan kriteria restriksi yang digunakan dalam rekrutment responden adalah laki-laki yang berstatus sebagai kepala keluarga. Perilaku merokok pada mereka yang berstatus menikah juga banyak didorong oleh status sosial ekonominya sehingga mengalihkan stress yang dialaminya melalui perilaku menghisap rokok (Darwin, 2007; Rohman, 2009). Status perkawinan seseorang tidak hanya membawa risiko perilaku merokok pada laki-laki tetapi juga dapat digunakan sebagai peluang untuk melakukan intervensi bidang kesehatan dalam menurunkan perilaku merokok. Hasil penelitian melalui pengumpulan data survey longitudinal oleh Broman, et.al (2003) menunjukkan bahwa pada data baseline survey sejumlah responden yang belum menikah masih meneruskan merokok. Hasil yang *significant* terlihat pada endline survey dimana sejumlah responden yang menikah berhenti merokok. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, mereka yang menikah relatif lebih sukses dalam program berhenti merokok dengan adanya perubahan struktur keluarga yang semula lajang menjadi beristri dan estimasi adanya dukungan dari pasangannya untuk mendukung program berhenti merokok.

3. Pendidikan

Dari 95 orang responden pada kelompok intervensi dan 100 orang responden di kelompok non intervensi semuanya berpendidikan sama dengan atau rendah dari SMA bahkan untuk kedua kelompok terlihat bahwa lebih dari

50% nya hanya mengenyam kategori pendidikan dasar baik tamat maupun tidak tamat sekolah dasar. Hal ini sungguh ironis, sesuai kesimpulan Darwin (2007) dalam penelitiannya bahwa masyarakat terkategori sosial ekonomi rendah lebih banyak menghabiskan penghasilannya untuk rokok ketimbang untuk keperluan pendidikan dan kesehatan. Pendidikan seseorang secara alamiah seharusnya berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang. Akan tetapi tidak semua institusi pendidikan memberikan mata ajar yang spesifik bahwa ada banyak dampak buruk yang bisa ditimbulkan karena perilaku merokok. Oleh karena itu, terkadang di masyarakat bisa juga ditemui fenomena bahwa mereka yang punya tingkat pendidikan tinggi tetap berperilaku merokok. Hasil studi Duana, et.al (2012) di kabupaten Badung-Bali menunjukkan bahwa bahwa lebih dari 50% responden yang berpengetahuan rendah cenderung merokok, akan tetapi secara statistik tingkat pengetahuan tidak terbukti memiliki hubungan yang *significant* terhadap perilaku merokok. Hal ini dimungkinkan karena ketidakterpaparan dengan informasi tentang rokok didukung dengan kondisi lingkungan (*peer group*) yang tidak merokok membuat seorang individu terproteksi untuk tidak ikut mencoba rokok. Selain itu, tingkat pendidikan orang tua secara statistic menjadi faktor predictor bagi perilaku merokok anak remajanya (Berg, et.al, 2011; Vries, et.al, 2003). Hal ini dikarenakan, remaja cenderung akan melakukan perilaku yang sama dengan *role model* nya termasuk orang tua.

B. Sanitasi Lingkungan

Mayoritas responden, baik kelompok yang mendapat intervensi maupun kelompok yang tidak mendapat intervensi tinggal di rumah yang atapnya terbuat dari genteng atau seng. Ditjen Cipta Karya (1997) menyebutkan salah satu komponen rumah sehat adalah memiliki atap rumah yang berfungsi sebagai penahan panas sinar matahari serta melindungi masuknya debu, angin dan air hujan. Atap yang terbuat dari genteng dan seng, sudah mampu melakukan perannya dalam menahan sinar matahari, masuknya debu, angin dan air hujan. Atap yang terbuat dari genteng dan seng juga cukup aman bagi kesehatan. Genteng dan seng cukup banyak tersedia sehingga masyarakat mudah untuk memperolehnya.

Lebih dari separuh baik pada kelompok intervensi maupun kelompok non intervensi tinggal di rumah yang dindingnya terbuat dari kayu. Ditjen Cipta Karya (1997) menyebutkan rumah yang sehat memiliki dinding rumah yang kedap air, berfungsi untuk mendukung atau menyangga atap, menahan angin dan air hujan, melindungi dari panas dan debu dari luar, serta menjaga kerahasiaan (*privacy*) penghuninya. Dinding yang terbuat kayu selain mampu melakukan fungsi yang dipersyaratkan untuk rumah sehat, juga lebih aman terutama untuk daerah yang rawan gempa.

Jenis plafon rumah yang banyak digunakan baik kelompok intervensi maupun kelompok non intervensi adalah kayu. Plafon berperan dalam menahan dan menyerap panas matahari. Ditjen Cipta Karya (1997) menyebutkan, minimum jarak antara langit-langit rumah dengan lantai adalah 2,4 meter, bisa dari bahan papan, anyaman bambu, tripleks atau gipsum. Papan atau kayu sudah cukup baik sebagai pilihan untuk plafon rumah.

Jenis lantai yang paling banyak digunakan oleh kelompok intervensi dan kelompok non intervensi adalah lantai papan. Rumah yang sehat memiliki lantai kedap air dan tidak lembab, tinggi minimum 10 cm dari pekarangan dan 25 cm dari badan jalan, bahan kedap air (Ditjen Cipta Karya, 1997). Papan atau kayu yang digunakan sebagai lantai oleh mayoritas responden dalam penelitian ini cukup kedap air dan tidak lembab sehingga cukup baik untuk kesehatan penghuni di dalam rumah.

Lebih dari 70% kelompok intervensi maupun kelompok non intervensi sudah memiliki rumah dengan ventilasi yang memenuhi syarat kesehatan. Notoatmodjo (2003) menyebutkan salah satu fungsi ventilasi adalah menjaga agar aliran udara di dalam rumah tersebut tetap segar. Ventilasi rumah mempengaruhi kelembaban ruangan. Luas ventilasi yang kurang akan menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit. Kelembaban ini merupakan media yang baik untuk bakteri-bakteri dan pathogen. Luas ventilasi rumah yang <10% dari luas lantai (tidak memenuhi syarat kesehatan) juga akan menyebabkan kurangnya konsentrasi O₂ di dalam rumah yang berarti kadar CO₂ yang bersifat racun bagi penghuninya menjadi meningkat (Notoatmodjo, 2003). Terlebih lagi bila di dalam rumah tersebut ada anggota keluarga yang merokok. Asap hasil pembakaran rokok berbahaya bagi penghuni rumah.

C. Kejadian ISPA dan Pneumonia

Hasil penelitian di empat desa yang terpilih sebagai tempat pengambilan sampel cukup sedikit ditemukan kasus TB. Paru, ISPA dan Pneumonia. Hal ini dikarenakan *recall* terhadap kejadian penyakit tidak dilakukan melalui penelusuran dokumentasi penyakit di fasilitas pelayanan kesehatan akan tetapi berdasarkan ingatan dan pengakuan pasien ketika diwawancarai. Terutama untuk penyakit TB. Paru tidak dapat diprediksi angka kejadian kasusnya di masyarakat karena responden tidak memeriksakan dahaknya ke fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan riset diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara perilaku merokok dengan kejadian TB. Paru, ISPA dan Pneumonia.

Perilaku merokok tidak hanya menimbulkan kerugian kesehatan bagi dirinya sendiri selaku perokok akti akan tetapi juga bagi orang-orang di sekelilingnya misalnya istri dan anak-anaknya. Seorang *passive smoker* bahkan lebih besar risikonya untuk mengalami permasalahan kesehatan TB. Paru, ISPA dan Pneumonia akibat asap rokok yang dihisapnya. Hal ini dikarenakan sebagian besar asap rokok yang dibuang ketika seseorang merokok dihembuskan keluar mulut dan mengandung berbagai kandungan unsur kimia berbaya pemicu permasalahan kesehatan. Pada tahun 2011 The Tobacco Atlas mencatat bahwa setidaknya 600.000 perokok pasif meninggal dan 75% diantaranya adalah wanita dan anak-anak.

D. Perilaku merokok pada kelompok yang mendapat intervensi CDC dan kelompok yang tidak mendapat terapi CDC

Lebih dari tiga perempat jumlah responden yang mendapat intervensi menyatakan akan menolak saat diberikan rokok gratis dan pada kelompok non intervensi lebih dari setengahnya menyatakan akan menolak rokok gratis. Separuh dari responden yang mendapat intervensi menyatakan selalu merokok di dalam rumah sedangkan kelompok non intervensi hampir dua pertiga dari responden selalu merokok di dalam rumah. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan adanya penurunan jumlah rokok yang dihisap di rumah pada kelompok yang diintervensi dan kelompok kontrol (Rosemary, 2011). Kebiasaan merokok merupakan masalah kesehatan yang cukup sulit diselesaikan.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara perilaku merokok kelompok yang mendapat intervensi kawasan tanpa asap rokok

dibandingkan kelompok yang tidak diintervensi. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan tidak adanya perbedaan yang signifikan secara statistik antara kelompok yang diintervensi selama 6 bulan dibandingkan kelompok kontrol (Rosemary, 2011). Namun hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya. Sebuah penelitian di 3 kota yaitu Kota Padang, Kota Padang Panjang, dan Kota Payakumbuh menunjukkan bahwa Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dalam pelaksanaannya masih kurang dalam waktu dua sampai tiga tahun, sehingga efektifitas KTR dalam penurunan perokok aktif pada tiga kota belum menunjukkan angka yang signifikan, namun ada kecenderungan penurunan perokok (Nizwardi, 2013). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 72,6% responden yang mendapat intervensi tidak merokok jika berada dekat dengan anggota keluarga. Hal ini berbeda sekali dengan kelompok yang tidak mendapat intervensi dimana sebanyak 70% responden menyatakan akan merokok meskipun sedang berada dekat dengan anggota keluarga.

Hasil penelitian sebelumnya pada mahasiswa UGM menunjukkan bahwa penerapan kawasan tanpa rokok di FK UGM dapat memberikan dampak yang positif berupa turunnya proporsi mahasiswa yang merokok, meskipun penurunan tersebut kemungkinan tidak hanya merupakan dampak langsung dari penerapan kampus bebas rokok tetapi gabungan antara penerapan kampus bebas rokok dan pemberlakuan larangan merokok bagi mahasiswa sebagai bagian dari perilaku profesional (Prabandari, 2009).

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi efektivitas sebuah intervensi kawasan tanpa rokok. Faktor-faktor yang mempengaruhi orang untuk menaati peraturan adalah pengetahuan tentang peraturan, isinya dan memahami bahaya asap rokok, perilaku hukum dan petugas atau tenaga yang menegakkan aturan. Selain itu faktor lingkungan, takut sanksi, memahami tujuan peraturan sehingga upaya penyebaran informasi secara persuasif dapat ditingkatkan agar terwujud hak atas kesehatan masyarakat (Zakiah, 2013). Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dan sikap pengunjung mengenai kawasan tanpa rokok (Amalia, 2012). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden hanya tamat SD/MI yaitu 55,8% pada kelompok intervensi dan 34% pada kelompok non intervensi.

E. Efektivitas dana (cost effectiveness) penerapan model CDC

Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa rata-rata uang yang dihabiskan oleh kelompok intervensi untuk membeli rokok per hari sebesar Rp. 7000 (95 CI 1000- Rp 48.000) sedangkan pada kelompok non intervensi sebesar Rp 10.000(95 CI 1000-Rp 150.000). Jumlah uang yang dihabiskan oleh kelompok intervensi jauh lebih kecil jika dibandingkan kelompok yang tidak diintervensi.

Sebagian besar responden bekerja sebagai petani yaitu 61% pada kelompok intervensi dan 31% pada kelompok non intervensi. Penghasilan yang diperoleh sebagai seorang petani terkadang tidak menentu. Cost effectiveness merupakan salah satu metode efektif yang dapat digunakan untuk mengalihkan kebiasaan merokok seseorang. Melalui celengan yang diberikan, responden di persuasi untuk mengalihkan sebagian uang rokoknya ke dalam celengan.

F. Keterbatasan Penelitian

Hasil penelitian di empat desa yang terpilih sebagai tempat pengambilan sampel cukup sedikit ditemukan kasus TB. Paru, ISPA dan Pneumonia. Hal ini dikarenakan *recall* terhadap kejadian penyakit tidak dilakukan melalui penelusuran dokumentasi penyakit di fasilitas pelayanan kesehatan akan tetapi berdasarkan ingatan dan pengakuan pasien ketika diwawancarai. Terutama untuk penyakit TB. Paru tidak dapat diprediksi angka kejadian kasusnya di masyarakat karena responden tidak memeriksakan dahaknya ke fasilitas pelayanan kesehatan. Tetapi, peneliti berusaha mendiagnosa dengan benar dan menanyakan detail tentang gejala TB Paru, ISPA dan Pneumonia secara mendalam.

Untuk pengukuran efektivitas biaya(*cost effectiveness*) tidak dapat dilakukan secara optimal karena terdapat banyak data yang hilang(*missing data*) karena keengganan responden untuk membiasakan diri untuk menabung dan tidak ingin jumlah penghasilan dan biaya kebutuhan sehari-hari diketahui oleh peneliti. Sehingga, peneliti berusaha menggali pada sebagian responden saja.

BAB VI. PENUTUP

A. Kesimpulan

Adapun kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Partisipasi masyarakat pada kelompok intervensi mencapai 100% dan pada kelompok non intervensi juga mencapai 100%
2. Sebanyak 3% pada kelompok intervensi didiagnosis menderita TB melalui pemeriksaan dahak sedangkan pada kelompok non intervensi diketahui sebanyak 4,2% responden didiagnosis menderita TB, sebanyak 2,1% responden kelompok intervensi dan 5% pada kelompok non intervensi menderita batuk dahak bercampur darah serta sebanyak 4,2% pada kelompok intervensi dan 8% pada kelompok non intervensi. menderita ISPA
3. Kelompok intervensi cenderung lebih banyak menolak merokok gratis, dan cenderung tidak mengajak anggota keluarga merokok, lebih mengurangi merokok sebulan terakhir, dan lebih rendah merokok didalam rumah dibandingkan kelompok non-intervensi.
4. Ada perbedaan yang bermakna antara perilaku merokok pada kelompok intervensi dan perilaku merokok pada kelompok non intervensi.
5. Hasil analisis di atas menunjukkan bahwa rata-rata uang yang dihabiskan oleh kelompok intervensi untuk membeli rokok per hari sebesar Rp. 7000 (95 CI 1000- Rp 48.000) sedangkan pada kelompok non intervensi sebesar Rp 10.000(95 CI 1000-Rp 150.000)

B. Saran

1. Pentingnya pendidikan kesehatan melalui konseling yang lebih difokuskan kepada kepala rumah tangga
2. Sosialisasi metode *cost effectiveness* dalam terapi berhenti merokok kepada kelompok sasaran yang lebih luas
3. Peningkatan pemberdayaan peran kader kesehatan dalam mewujudkan lingkungan rumah tangga tanpa asap rokok

BAB VII. PEMBIAYAAN

Biaya PENELITIAN

Judul Penelitian : Pemodelan Kawasan Tanpa Rokok di Tingkat Rumah Tangga

di Kabupaten Ogan Ilir

Ketua Peneliti : Najmah, S.KM, M.PH

Fakultas : Kesehatan Masyarakat UNSRI

Anggaran Tahun Ke-1

No	Kegiatan / Subkegiatan	Volume	Harga satuan	Jumlah Biaya
A.	Honorarium			
1	Ketua Penelitian	1 org	Rp4.000.000	Rp4.000.000
2	Anggota penelitian	3 org	Rp1.500.000	Rp4.500.000
3	Konsultan penelitian	1 org	Rp500.000	Rp500.000
4	Kader kesehatan	8 org	Rp200.000	Rp1.600.000
5	Enumerator (300 kuesioner)	300 pkt	Rp7.500	Rp2.250.000
B.	Bahan habis pakai			
1	Kertas 80 gr 1 rim	4 pkt	Rp38.000	Rp152.000
2	Catridge warna + service	1 pkt	Rp325.000	Rp325.000
3	Tinta printer warna	3 bh	Rp25.000	Rp75.000
4	Cetak stiker	4 pkt	Rp140.000	Rp560.000
5	Cetak booklet	8 pkt	Rp14.500	Rp116.000
6	Fotokopi quesioner + inform consent	250 lbr	Rp200	Rp50.000
7	Fotokopi quesioner + inform consent	2700 lbr	Rp125	Rp337.500
8	Bahan-bahan surveyor (seminar kit)	5 pkt	Rp33.700	Rp168.500
9	Bahan pelatihan kader kesehatan	8 pkt	Rp10.000	Rp80.000
10	Konsumsi pelatihan kader (Muara Penimbung Ilir)	6 pkt	Rp11.500	Rp69.000
11	Celengan rokok	120 pkt	Rp3.000	Rp360.000
12	Souvenir untuk responden (220 orang)	220 pkt	Rp7.000	Rp1.540.000

	13	Suvenir untuk kader (syrup)	8 bh	Rp11.500	Rp92.000
	14	Konsumsi rapat koordinasi (1 kali)	1 kali	Rp194.000	Rp194.000
	15	Permen (130 bks x 5 kali)	650 pkt	Rp5.500	Rp3.575.000
	16	Perlengkapan flip chart	1 pkt	Rp100.000	Rp100.000
	17	Flasdish surveyor	6 bh	Rp58.000	Rp348.000
	18	Snack launching penelitian	175 pkt	Rp3.700	Rp647.500
	19	pena responden	10 ktk	Rp14.000	Rp140.000
	20	amplop	1 ktk	Rp12.000	Rp12.000
	21	cap + tinta + bantalan	1 pkt	Rp54.000	Rp54.000
	22	map gobi	1 bh	Rp18.000	Rp18.000
	23	karton	1 bh	Rp6.500	Rp6.500
	25	fotokopi profil desa tj batu	1 pkt	Rp15.000	Rp15.000
	26	fotokopi profil kesehatan pkm talang aur	1 pkt	Rp26.000	Rp26.000
	28	fotokopi tanjung batu seberang	1 pkt	Rp248.000	Rp248.000
	29	fotokopi undangan	1 pkt	Rp70.000	Rp70.000
	30	notes	120 bh	Rp500	Rp60.000
	31	suvenir dan permen 28 september	1 pkt	Rp200.000	Rp200.000
	32	kertas concord	1 pkt	Rp10.000	Rp10.000
	33	Konsumsi rapat koordinasi hikom	4 pkt	Rp250.000	Rp1.000.000
C.		Biaya Perjalanan dan akomodasi			
	1	Transportasi survei awal 4 desa	4 pkt	Rp50.000	Rp200.000
	2	Transportasi launching penelitian 2 desa	2 pkt	Rp500.000	Rp1.000.000
	3	Konsumsi launching penelitian 2 desa	2 pkt	Rp350.000	Rp700.000
	4	Transportasi surveyor (5 orang x 4 desa x 6 kali)	120 ok	Rp50.000	Rp6.000.000
	5	lupsum surveyor (5 orang x 4 desa x 6 kali)	120 ok	Rp30.000	Rp3.600.000
	6	Transportasi supervisi (4 orang x 4 desa x 2 kali)	32 ok	Rp100.000	Rp3.200.000
	7	lupsum (4 orang x 4 desa x 2 kali)	32 ok	Rp50.000	Rp1.600.000
D.		Pengeluaran lain-lain			
	1	Pembuatan proposal	6 pkt	Rp13.500	Rp81.000

	2	Materai	6 pkt	Rp8.000	Rp48.000
	3	Uang kades desa Muaro penimbung ilir dan sungai pinang	2 org	Rp50.000	Rp100.000
	4	Gunting	1 bh	Rp12.000	Rp12.000
	5	Ongkos bawa printer	1 pkt	Rp20.000	Rp20.000
	6	Fotokopi dan jilid laporan akhir	6 pkt	Rp50.000	Rp300.000
	7	Modul KTR	4 pkt	Rp50.000	Rp200.000
	8	Ex banner	4 pkt	Rp160.000	Rp640.000
	9	Sosialisasi	1 pkt	Rp1.000.000	Rp1.000.000
	10	Penelusuran pustaka (biaya internet) (3 org)	3 ob	Rp100.000	Rp300.000
	11	Komunikasi dan telekomunikasi (4 org x 4 bulan)	16 ob	Rp100.000	Rp1.600.000
	12	Pajak 2 % x Rp. 45.000.000	1 kali	Rp900.000	Rp900.000
	JUMLAH TOTAL				Rp45.000.000

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (1997). *Rumah dan Lingkungan Pemukiman Sehat*. Jakarta, Ditjen Cipta Karya Departemen Pekerjaan Umum R.I.
- Badan Pusat Statistik. 2004, *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta, BPS.
- Badan Pusat Statistik. 2004, *Survey Sosial dan Ekonomi Nasional*. Jakarta, BPS.
- Badan Pusat Statistik. 2012, *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta, BPS.
- Berg, C. J, et.al. 2011. 'Smoking Patterns, Attitudes and Motives: Unique Characteristics Among 2-Year Versus 4-Year College Students'. *Health Education Research*, Tahun 2011 Vol.26, No.4.
- Broms, U, et.al. 2004. 'Smoking Cessation by Socioeconomic Status and Marital Status: The Contribution of Smoking Behavior and Family Background', *Nicotine Tob Res*, Tahun 2004, Vol. 6, No. 3.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2014, *Quitting Smoking*. Atlanta-USA, CDC.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir. 2009, *Profil Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir tahun 2009*. Indralaya, Dinkes Kabupaten Ogan Ilir .
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. 2012, *Ringkasan Eksekutif Data dan Informasi Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan*. Palembang, Dinkes Provinsi Sumatera Selatan.
- Darajat, Zakiah Dkk. (2013). PELAKSANAAN PERATURAN KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK PADA TEMPAT UMUM SEBAGAI PERWUJUDAN HAK ATAS KESEHATAN MASYARAKAT (Fakultas Hukum Universitas Hasanuddin)
- Darwin, R. 2007. *Perilaku Merokok Dan Pengalaman Regulasi di Berbagai Negara*.
- Eriksen, M, Hana R dan Judith M. 2011, *The Tobacco Atlas, 4th edition*. Atlanta-Georgia, American Cancer Society.
- Global Youth Tobacco Survey (GYTS). 2009, *Indonesia-Nasional 2006*. Atlanta-USA, *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*.
- Imelda.S, Christina Dkk. (2012). PENGARUH PENGETAHUAN DAN SIKAP GURU DAN SISWA TENTANG ROKOK DAN KEBIJAKAN KAWASAN TANPA ROKOK TERHADAP PARTISIPASI DALAM PENERAPAN KAWASAN TANPA ROKOK DI SMP NEGERI 1 KOTA MEDAN TAHUN 2012 (Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2008, *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2009, *UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi Kesehatan*. Jakarta, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010, *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta, Kemenkes RI.
- Komalasari dan Helmi. 2006. *Faktor-faktor Penyebab Merokok Pada Remaja*. Jurnal Psikologi Universitas Gajah Mada Yogyakarta
- Mohammad, K. 2011. *Sekilas Perjalanan Gerakan Tobacco Control di Dunia* dalam Chamim, M., dkk., 2011. *A Giant Pack of Lies, Bongkah Raksasa Kebohongan*,

- Menyorot Kedigdayaan Industri Rokok di Indonesia*. Jakarta: KOJI Communication.
- Mutadin, Z. 2002. *Kemandirian Sebagai Kebutuhan Psikologis Pada Remaja dan Rokok*. www.e-psikologi.com.
- Notoatmodjo, S., (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., dan Klar, J., (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Alih bahasa: Pramono, Dibyo. Penyunting: Kusnanto, Hari. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Selatan. 2009, *Peraturan Daerah No. 7 Tahun 2009 Tentang Kawasan Tanpa Rokok*. Palembang, Pemprov Sumatera Selatan.
- Prokhorov, A.V, et.al. 2003. Self-Reported Health Status, Health Vulnerability, and Smoking Behavior in College Students: Implications for Intervention. *Nicotine Tob Res*, Tahun 2003. No. 4. Vol. 5.
- Reimondos, A., ddk. 2012. Merokok dan penduduk usia muda di Indonesia. http://adsri.anu.edu.au/sites/default/files/research/transition-to-adulthood/Policy_Background_%232_Smoking-Bhs_Indonesia.pdf. Diakses 14 Februari 2014.
- Republic of Indonesia Ministry of Health. 2004, *The Tobacco Source Book: Data to Support Nasional Tobacco Control Strategy*. Jakarta, Indonesia MOH.
- Rohman, A. 2009. *Hubungan antara Tingkat Stres dan Status Sosial Ekonomi Orang Tua dengan Perilaku Merokok pada Remaja*.
- Shafey, O, et.al. 2009, *The Tobacco Atlas, 3rd edition*. Atlanta-Geogia, American Cancer Society. Armstrong. 1990. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta PT Gramedia.
- Smet. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Semarang: PT Gramedia.
- U.S. Department of Health and Human Services. 2014. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014*. Diakses dari <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/> pada tanggal 16 Februari 2014.
- Vries, Hd, et.al . 2003. 'Parents' and Friends' Smoking Status as Predictors of Smoking Onset: Findings from Six European Countries'. *Health Education Research*, Vol.18, No.5, 2003.
- WHO (World Health Organisation), 2011. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html. Diakses 14 Februari 2014.
- WHO (World Health Organisation). 2010. *A Guide to Tobacco Free, Mega Events*. Diakses dari http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9789290614982/en/ tanggal 16 Februari 2014.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1 : FOTO PENELITIAN HIKOM



Gambar 1. Tim Peneliti melatih para kader Puskesmas



Gambar 2. Tim Peneliti dan tim surveyor mengumpulkan data penelitian



Gambar 3. Tim Peneliti melakukan konseling terpadu



Gambar 4. Kader melakukan konseling terpadu



Gambar 5. Tim Peneliti melatih para kader Puskesmas



Gambar 6. Media konseling dan celengan bagi responden



Gambar 7. Penyuluhan kepada responden penelitian



Gambar 8. Konseling terpadu para kader kepada responden



Gambar 9. Penumpulan data paska intervensi

