

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG KAWASAN  
TANPA ROKOK DENGAN PERILAKU MEROKOK PADA  
PENGUNJUNG RSUD I. A. MOEIS SAMARINDA**

**SKRIPSI**



**DIAJUKAN OLEH**

**ANDI MUHAMMAD AYUB NUGRAHA  
17111024130382**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2018**

**Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Kawasan Tanpa Rokok  
dengan Perilaku Merokok pada Pengunjung RSUD**

**I. A. Moeis Samarinda**

**Skripsi**



**Diajukan Oleh**

**Andi Muhammad Ayub Nugraha  
17111024130382**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2018**

LEMBAR

Hubungan Pengetahuan dan S  
Dengan Perilaku Merokok P  
Sa

HASIL

DI SUS

ANDI MUHAMM

17111

Disetujui

Pada tanggal

LEMBAR

Hubungan Pengetahuan dan Sikap  
Dengan Perilaku Merokok Pada  
Siswa

S

DI SUSUN

ANDI MUHAMMAD

171111

Pada tanggal

Penguji I



P

## Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan Perilaku Merokok pada Pengunjung RSUD I.A. Moeis Samarinda

Andi Muhammad Ayub Nugraha <sup>1</sup>, Ratna Yuliawati <sup>2</sup>,

### INTISARI

**Latar Belakang** : Rokok terus membunuh hampir 6 juta orang setiap tahun. Lebih dari 600.000 perokok pasif juga meninggal karena paparan asap rokok. Jika kecenderungan ini terus berlanjut, pada tahun 2030 diperkirakan rokok akan membunuh lebih dari 8 juta orang di seluruh dunia setiap tahun hingga setengah dari 1 miliar perokok di dunia pada akhirnya akan mati karena penyakit terkait dengan rokok. Berdasarkan data dari rikesdas 2013, proporsi penduduk umur > 15 tahun yang merokok dan mengunyah tembaku cenderung meningkat dalam rikesdas 2010 (34,7%) dan rikesdas 2013 (36%)

**Tujuan Penelitian** : Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku pada pengunjung rumah sakit

**Metode Penelitian** : Jenis penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini adalah 100 orang dengan taraf signifikansi 0,05. Analisis data dalam penelitian ini adalah menggunakan uji *chi square*.

**Hasil Penelitian** : Hasil dalam penelitian ini ditemukan ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku merokok ( $p : 0,045$ ) dan ada hubungan antara sikap dengan perilaku merokok ( $p : 0,045$ )

**Kesimpulan** : Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku merokok

**Kata kunci** : pengetahuan, sikap, perilaku, KTR

---

<sup>1</sup>Mahasiswa Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

<sup>2</sup>Dosen Program Studi D3 Kesehatan Lingkungan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

## Correlation between Knowledge and Attitude about Smoking Free Area with Smoking Behavior on RSUD I. A. Moeis Samarinda Visitors

Andi Muhammad Ayub Nugraha <sup>1</sup>, Ratna Yuliawati <sup>2</sup>,

### ABSTRACT

**Background** : Smoking kept killing almost 6 million persons every year. More than 600.000 passive smokers also died because of cigarretes. If this tendency kept continue, in 2030 it was estimated cigarretes would kill more than 8 million persons in whole the world every year until half of 1 billion smoker in this world would die in the end because of disease related with cigarretes. Based on riskesdas data 2013, population age proportion >15 years old who smoked and chewed tobacco tended to increase in riskesdas 2010 (34,7%) and riskesdas 2013 (36%).

**Research Aim** : This research aimed to know the correlation between knowledge and attitude about smoking free area with behavior on hospital visitors.

**Research Method** : The research type used was cross sectional. Sample on this research were 100 persons with confidence interval : 0,05. Data analysis in this research used chi square test.

**Research Result** : Result in this research was found that there were correlations between knowledge with smoking behavior ( $p : 0,045$  and there were correlations between attitude with smoking behavior ( $p : 0,045$ ).

**Conclusion** : Based on research result it could be concluded that there were no correlations between knowledge and attitude with smoking behavior.

**Keywords** : Knowledge, attitude , behavior, KTR

<sup>1</sup>Student of Administration of Health Policy at Public Health Program, Faculty of Health Sciences Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup>Lecturer of Environmental Health, Faculty of Health Sciences Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rokok terus membunuh hampir 6 juta orang setiap tahun. Lebih dari 600.000 perokok pasif juga meninggal karena paparan asap rokok. Jika kecenderungan ini terus berlanjut, pada tahun 2030 diperkirakan rokok akan membunuh lebih dari 8 juta orang di seluruh dunia setiap tahun hingga setengah dari 1 miliar perokok di dunia pada akhirnya akan mati karena penyakit terkait dengan rokok (WHO, 2011).

Masalah rokok saat ini menjadi masalah nasional dan diprioritaskan upaya penanggulangannya. Berdasarkan data dari Riskesdas tahun 2013, proporsi penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang merokok dan mengunyah tembakau cenderung meningkat dalam Riskesdas 2010 (34,7%) dan Riskesdas 2013 (36,3%) (Riskesdas, 2013).

Asap rokok mengandung banyak racun yang berbahaya bagi kesehatan, yaitu lebih dari 4.000 macam racun yang 69 di antaranya bersifat karsinogenik, yaitu zat yang menyebabkan kanker bagi manusia. Asap rokok sama berbahayanya bagi perokok pasif maupun bagi perokok aktif itu sendiri (Wijaya, 2011). Beberapa zat paling dominan adalah *tar* dan *nikotin* (Jaya, 2009).

Salah satu upaya untuk menanggulangi masalah tersebut adalah dengan menerapkan 6 Paket Intervensi Kebijakan “Cost-Effective” MPOWER untuk mengendalikan konsumsi rokok, salah satunya yaitu

perlindungan terhadap paparan asap rokok di lingkungan (*Protect People from Tobacco Smoke*), kemudian lahir Undang-Undang Kawasan Tanpa Rokok (UU KTR) atau Kawasan Bebas Asap Rokok di beberapa negara di dunia. Beberapa negara dan kota di dunia telah membuktikan bahwa UU KTR yang diikuti dengan penegakan hukum yang ketat, memiliki dukungan dan tingkat kepatuhan masyarakat yang cukup tinggi seperti Irlandia (90%), Uruguay (80%), New York (75%), California (75%), dan New Zealand (70%) (WHO, 2013)

Fakta ini menempatkan Indonesia sebagai peringkat ketiga dalam epidemik konsumsi rokok tertinggi di dunia. Kawasan Tanpa Rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi, ataupun penggunaan rokok. (Risksedas, 2013).

Dalam upaya mewujudkan Indonesia sehat, pemerintah mengeluarkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/Menkes/PB/I/2011 No. 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok untuk menyempurnakan peraturan-peraturan sebelumnya (Pedoman Pengembangan KTR, 2011)

Pemerintah berupaya untuk merumuskan berbagai regulasi dan kebijakan yang dapat diimplementasikan dalam menanggulangi dampak bahaya rokok tersebut diantaranya melalui Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009. Berdasarkan berbagai kebijakan tersebut, salah satu kebijakan yang wajib diimplementasikan oleh seluruh daerah di Indonesia

adalah menetapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang dapat dimulai dari institusi kesehatan, pendidikan dan tempat-tempat umum lainnya.

Peraturan tentang penetapan kawasan tanpa rokok juga dikeluarkan oleh pemerintah melalui Peraturan Pemerintah No. 12 tahun 2003 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan yang didalamnya dijelaskan secara singkat mengenai kandungan zat berbahaya yang terkandung didalam rokok, penyelenggaraan pengamanan rokok (terdapat ketentuan kawasan tanpa rokok pada pasal 22), serta peran masyarakat dalam upaya penyelenggaraan pengamanan rokok bagi kesehatan. Selain itu, hak warga negara untuk hidup sehat juga diatur dalam UU No.39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

Di dalam Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/Menkes/PB/I/2011 No. 7 Tahun 2011 dijelaskan lebih rinci mengenai aturan pelaksanaan kawasan tanpa rokok. Pada pasal 7 dijelaskan bahwa Menteri Dalam Negeri melalui Direktur Jenderal Pemberdayaan Masyarakat dan Desa bertugas untuk mendorong pemerintah daerah menetapkan dan melaksanakan kawasan tanpa rokok di wilayahnya masing-masing. Gubernur Kalimantan Timur mengeluarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur No. 1 tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Selain itu Walikota Samarinda juga mengeluarkan Peraturan Walikota No. 51 tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

Alasan diberlakukannya KTR adalah, (1) setiap orang berhak atas perlindungan terhadap bahaya rokok, (2) asap tembakau membahayakan dan tidak memiliki batas aman, (3) ruang khusus untuk merokok dan sistem sirkulasi udara tidak mampu memberikan perlindungan yang efektif. Sehingga perlindungan hanya efektif apabila 100% suatu tempat bebas dari asap rokok (Pedoman Pengembangan KTR, 2011).

Untuk mensukseskan program Kawasan Tanpa Rokok tersebut, RSUD I.A. MOEIS Samarinda melalui pembuatan SK Direktur RSUD I.A. Moeis Nomor : 164/SK-DIR/RSUD-IAM/VII/2014 sebagai Kawasan Tanpa Rokok. Namun berdasarkan pengamatan atau observasi awal pada bulan Oktober sampai November tahun 2017, peneliti masih melihat perilaku perokok aktif di lingkungan rumah sakit. Perilaku tersebut tidak menunjukkan adanya kepatuhan terhadap peraturan tersebut.

Pengetahuan yang kurang terhadap zat berbahaya yang terkandung didalam rokok menyebabkan banyak remaja maupun orang dewasa cenderung berani untuk mencoba perilaku merokok. Banyak orang telah mengetahui secara umum bahwa rokok berbahaya bagi kesehatan mereka, namun banyak aspek dari penggunaan rokok yang belum cukup dijelaskan, sehingga tidak dimengerti dengan baik oleh kebanyakan pengguna rokok. Akibatnya, perokok cenderung menyepelekan risiko kesehatan dari penggunaan rokok terhadap diri mereka sendiri dan orang – orang di sekitarnya yang terpapar asapnya (perokok pasif). Terbentuknya suatu perilaku baru dimulai dari kognitif

(pengetahuan), artinya subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus berupa materi, setelah itu menimbulkan pengetahuan baru dan selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap ( Notoatmodjo, 2011)

Media dan peringatan yang telah banyak disebarakan tentang bahaya dan efek negatif dari merokok namun sikap masyarakat yang merokok masih menyepelkan bahaya dari merokok tersebut. Menurut Sumarwan (2003) sikap mempunyai tiga unsur yaitu kognitif (pengetahuan), afektif (emosi,perasaan) dan konaktif (tindakan). Dari unsur emosi atau perasaan, remaja dapat terpicu untuk bersikap negatif terhadap rokok karena melihat iklan dimedia massa dan elektronik yang menampilkan gambaran bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau *glamour* walaupun sebenarnya dia mempunyai pengetahuan yang baik tentang rokok, dimana pengetahuan yang tinggi ataupun rendah tidak mempengaruhi seseorang dalam kebiasaan merokok.

Dengan adanya peraturan yang mencanangkan kebijakan kawasan tanpa rokok, seperti di Jepang, di Indonesia juga mulai banyak yang menerapkan kebijakan kawasan tanpa rokok, salah satunya adalah RSUD I.A. Moeis Samarinda. RSUD I.A. Moeis Samarinda telah menggunakan regulasi hukum Peraturan Walikota yang tertuang dalam Peraturan No. 51 tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

Dari 4 Rumah Sakit yang peneliti observasi selama 3 hari di masing-masing Rumah Sakit, pukul 09.30 hingga 11.30 diantaranya RSUD A.W. Sjahranie, RSUD I.A. Moeis, Rumah Sakit Dirgahayu, dan Rumah Sakit Samarinda Medika Citra. Rumah Sakit Dirgahayu dan Rumah Sakit Samaida Medika Citra, peneliti tidak melihat adanya perilaku merokok di dua Rumah Sakit tersebut akan tetapi RSUD A.W. Sjahranie dan RSUD I.A. Moeis peneliti menemukan adanya pengunjung yang merokok di lingkungan Rumah Sakit tersebut.

Petugas RSUD. A.W. Sjahranie akan melakukan teguran langsung kepada pengunjung yang kedapatan sedang merokok di lingkungan Rumah Sakit tersebut. Akan tetapi hanya sekedar teguran saja tanpa adanya sanksi yang diberikan petugas. RSUD I.A. Moeis peneliti menemukan pengunjung yang merokok di lingkungan Rumah Sakit tersebut akan tetapi hasil observasi yang peneliti lakukan, petugas tidak menegur pengunjung yang sedang merokok di wilayah rumah sakit tersebut.

Berdasarkan uraian di atas, pengunjung RSUD A.W. Sjahranie dan RSUD I.A. Moeis Samarinda masih terlihat adanya perilaku merokok di lingkungan tersebut walaupun sudah ada tanda larangan untuk tidak merokok di lingkungan rumah sakit, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Tentang Kawasan Tanpa Rokok Dengan Perilaku Merokok Pada Pengunjung RSUD I.A. Moeis Samarinda Tahun 2018.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah adalah “Apakah ada Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan perilaku merokok pada Pengunjung RSUD I.A. Moeis Samarinda?”

## **C. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok pada pengunjung RSUD I.A. Moeis Samarinda

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok pada pengunjung RSUD I.A. Moeis Samarinda
- b. Mengetahui hubungan antara sikap tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok pada pengunjung RSUD I.A. Moeis Samarinda

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

1. Bagi RSUD I.A. Moeis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan terhadap ketegasan penetapan peraturan mengenai Kawasan Tanpa Rokok (KTR) agar meningkatkan kepatuhan pengunjung RSUD I.A. MOEIS untuk tidak merokok di Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

2. Bagi Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur (UMKT)

Penelitian ini diharapkan akan menjadi sarana edukasi untuk mendukung terciptanya Kawasan Tanpa Rokok, khususnya penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur (UMKT).

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini sebagai referensi dan wawasan ilmu pengetahuan khususnya tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

**E. Keaslian Penelitian**  
**Tabel 1.1 Keaslian Penelitian**

NO	PENELITI	MASALAH PENELITIAN	HASIL	DESAIN	VARIABEL YANG TERKAIT
1.	Rizkia Amalia Solicha 2012	Mengetahui pengetahuan dan sikap pengunjung Rumah Sakit dalam mematuhi pelaksanaan Undang-Undang Kawasan Tanpa Rokok	Menambah wawasan pengetahuan KTR dan bersikap mematuhi adanya Kawasan Tanpa Rokok	<i>Cross Sectional</i>	-Pengetahuan -Sikap -KTR
2.	Intan Fatmasari, Indar, Darmawan syah 2014	Perilaku supir angkutan pasca penetapan perda kawasan tanpa rokok di kota Makassar	Mengetahui gambaran perilaku supir angkutan pasca penetapan Peraturan Daerah Nomor 4 tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kota Makassar.	<i>Cross Sectional</i>	-KTR -Perda -Supir Angkutan
3.	Ricky Fernando, Aфарul Marom 2016	Untuk Mengetahui Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Puskesmas Pandanaran Kota Semarang	Puskesmas telah menempelkan poster-poster dan himbauan KTR seperti yang telah ditetapkan di Perda Kota Semarang nomor 3 tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok, serta sebisanya menegur orang-orang yang masih melanggar peraturan tersebut	Deskriptif	-Implementasi, -Kebijakan, -Kawasan Tanpa Rokok
4.	Riska Dwi Wahyuni 2016	Untuk mengetahui implementasi perwali kota samarinda nomor 51 tahun 2012 tentang kawasan tanpa rokok (ktr) pada puskesmas rawat inap palaran di samarinda	Puskesmas Palaran sudah menjalankan tugasnya berdasarkan Perwali, dan sudah melakukan sosialisasi dan membuat serta menempel tanda-tanda larangan merokok.	Deskriptif	-Kebijakan Publik, -Implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR)
5.	M. Ridwan dan Andy Amir 2016	mengidentifikasi pengetahuan, peran petugas dan komitmen penentu kebijakan dalam melaksanakan kawasan tanpa rokok di RSUD Raden Mattaher	Berdasarkan hasil observasi masih ada karyawan dan pengunjung yang merokok di lingkungan rumah sakit.	Deskriptif	-KTR, Rokok, -Promkes, -RSUD

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Telaah Pustaka**

#### 1. Rokok

##### a. Pengertian Rokok

Rokok merupakan salah satu zat adiktif yang bila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat. Zat adiktif lain sebagaimana yang telah ditetapkan pemerintah meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan atau masyarakat sekelilingnya (Aula, 2010)

Berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/MENKES/PB/I/2011 No. 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok telah disebutkan bahwa rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap, dan atau dihirup termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu, atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica*, dan spesies lainnya atau sintesisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan.

Rokok adalah silinder dari kertas berukuran panjang antara 70 hingga 120 mm (bervariasi tergantung negara) dengan diameter

sekitar 10 mm yang berisi daun-daun tembakau yang telah di cacah. Rokok dibakar pada salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujung lain.

Rokok biasanya dijual dalam bungkus berbentuk kotak atau kemasan kertas yang dapat dimasukkan dengan mudah ke dalam kantong. Pada bungkus tersebut biasanya juga disertai pesan kesehatan yang memperingatkan kepada perokok mengenai bahaya kesehatan yang ditimbulkan dari merokok itu sendiri, seperti misalnya kanker paru-paru atau serangan jantung, walaupun pada kenyataannya, jarang sekali dipatuhi (Jaya, 2009).

#### b. Kandungan Rokok

Kadar kandungan zat kimia yang terkandung di dalam rokok memiliki kadar yang berbeda. Bahkan untuk merek dan jenis antara satu rokok dengan rokok lainnya pun memiliki kandungan yang berbeda-beda. Kandungan yang paling dominan di dalam rokok adalah nikotin dan tar. Selain itu, di dalam sebatang rokok terdapat kandungan racun yang diantaranya :

##### 1) Nikotin

Nikotin adalah zat, atau bahan senyawa pirrolidin yang terdapat dalam *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang bersifat adiktif dapat mengakibatkan ketergantungan pada perokok.

## 2) Tar

Tar merupakan senyawa polinuklir hidrokarbon aromatika yang bersifat karsinogenik. Tar biasanya berupa cairan coklat tua atau hitam yang bersifat lengket dan biasanya berakibat menempel pada paru- paru, sehingga membuat paru- paru perokok menjadi coklat, begitu juga halnya pada gigi dan kuku. Tar yang ada di dalam asap rokok menyebabkan paralise silia yang ada di dalam saluran pernafasan dan menyebabkan penyakit paru lainnya (Aula, 2010).

### c. Bahaya Rokok

Merokok mempunyai dampak yang sangat besar pada manusia, dimana merokok pada umumnya telah dimulai dari masa sekolah atau remaja. Dampak rokok akan terasa setelah 10-20 tahun setelah dikonsumsi. Dampak asap rokok bukan hanya untuk si perokok aktif (*active smoker*), tetapi juga bagi perokok pasif (*pasive smoker*). Orang yang tidak merokok atau perokok pasif, tetapi terpapar asap rokok akan menghirup 2 kali lipat racun yang dihembuskan oleh perokok aktif (Rahmadini, 2010).

Tembakau merupakan salah satu penyebab kematian utama yang dapat dicegah. Kematian prematur akibat tembakau biasanya terjadi rata-rata 15 tahun sebelum umur harapan hidup tercapai. Enam juta orang di dunia diperkirakan meninggal (termasuk 190.260 orang di Indonesia) akibat penyakit terkait tembakau pada

tahun 2010. Penyakit yang terkait dengan tembakau umumnya memerlukan waktu bertahun-tahun untuk menimbulkan gejala setelah perilaku merokok dimulai, sehingga epidemi penyakit terkait tembakau dan jumlah kematian di masa mendatang akan terus meningkat (Kemenkes RI, 2012).

Merokok merupakan faktor risiko terjadinya penyakit paru, jantung, dan vaskuler baik pada perokok maupun orang yang mengisap asap rokok. Inhalasi polutan rokok meningkatkan risiko kanker paru-paru, emfisema dan bronkitis kronis. Nikotin pada tembakau adalah vasokonstriktor yang bekerja pada arteri koroner dan dapat meningkatkan risiko penyakit angina, infark miokard dan arteri koroner. Nikotin juga menyebabkan vasokonstriksi perifer dan memicu masalah vascular (Potter & Perry, 2005).

Efek merokok tidak hanya mempengaruhi kesehatan perokok saja, tetapi juga mempengaruhi kesehatan orang sekitarnya yang tidak merokok namun terpapar asap rokok yang disebut perokok pasif. Bahaya merokok menurut Depkes RI (dalam Poltekkes Depkes, 2010) adalah:

- 1) Bagi Perokok Aktif
  - a) Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung
  - b) Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami stroke

- c) Meningkatkan risiko mengalami serangan jantung dua kali lebih besar pada mereka yang mengalami tekanan darah tinggi atau kadar kolesterol tinggi;
- d) Meningkatkan risiko sepuluh kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung bagi wanita pengguna pil-KB;
- e) Meningkatkan risiko lima kali lebih besar menderita kerusakan jaringan anggota tubuh yang rentan.

## 2) Bagi Perokok Pasif

Asap sampingan (*sidestream smoke*) hasil dari ujung rokok yang terbakar ternyata lebih berbahaya dibandingkan asap utama (*mainstream smoke*) yang dihisap dan dikeluarkan oleh perokok, karena mengandung 2 kali lebih banyak nikotin, 3 kali kandungan tar dan kandungan karbon monoksida 5 kali lebih banyak. Perokok pasif yang berada disekitar perokok aktif akan menghirup dua jenis asap ini sekaligus. Hal ini dapat menyebabkan perokok pasif yang tidak ikut merokok juga mengalami risiko gangguan kesehatan seperti, mata perih, bersin dan batuk-batuk, sakit kerongkongan, sakit kepala, hingga masalah pernafasan termasuk radang paru-paru dan bronkitis, dan meningkatkan risiko kanker paru dan penyakit jantung (BPOM RI, 2010).

Kadar nikotin, karbon monoksida, serta zat-zat lain yang lebih tinggi dalam darah akan memperparah penyakit yang

sedang diderita, dan kemungkinan mendapat serangan jantung yang lebih tinggi bagi mereka yang berpenyakit jantung. Anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, radang tenggorokan serta risiko penyakit paru-paru lebih tinggi. Wanita hamil yang terkena asap rokok berisiko mendapatkan bayi mereka lahir kurus, cacat, atau terjadi kematian (Poltekkes Depkes, 2010).

Kebiasaan merokok telah terbukti berhubungan dengan 25 jenis penyakit dari berbagai alat tubuh manusia, diantaranya:

a) Kanker

Menurut Lembaga Internasional untuk riset kanker, rokok memegang peranan penting dalam terjadinya beberapa jenis kanker yang sering menyerang manusia, seperti :

- 1) Kanker paru-paru
- 2) Kanker mulut dan tenggorokan
- 3) Kanker ginjal dan kandung kemih
- 4) Kanker pankreas
- 5) Kanker perut
- 6) Kanker liver atau hati
- 7) Kanker leher rahim
- 8) Kanker payudara
- 9) Leukimia

b) Asma

Hasil studi Finlandia menunjukkan bahwa merokok pasif menimbulkan penyakit asma diantara orang dewasa. Merokok yang dilakukan oleh orang tua berdampak terhadap timbulnya asma diantara anak-anak. Bagi anak yang sudah menderita asma, orang tua yang merokok menyebabkan semakin parahnya penyakit yang diderita.

c) Diabetes

Pada penderita diabetes akan memperparah risiko kematian jika terus merokok. Nikotin, tar, timbale dan zat benzene yang terdapat pada rokok dapat mengakibatkan penderita diabetes mellitus yang masih aktif merokok mengalami serangan penyakit baru yaitu jantung koroner. Kadar gula dalam darahnya semakin meningkat dan mengganggu kinerja pembuluh darah kearah jantung. Kondisi ini memperburuk fungsi jantung dan sangat berisiko menimbulkan penyakit jantung koroner.

d) Penyakit Jantung

Perokok mempunyai risiko dua hingga tiga kali lebih mungkin menderita serangan jantung dibanding yang tidak merokok. Risiko Penyakit Jantung Koroner (PJK) bagi perokok dapat bersifat independen, risiko PJK pada pria peroko 60-70 % lebih tinggi dibandingkan dengan pria

yang tidak merokok. Merokok mempercepat pembekuan darah sehingga agregasi trombosit lebih cepat terjadi yang merupakan salah satu faktor pembentukan aterosklerosis sebagai penyebab PJK (Sitepoe,2000)

e) Impotensi

Para ahli mengaitkan terjadinya impotensi dengan peran rokok yang merusak jaringan darah dan syaraf. Karena hubungan seks yang sehat memerlukan kerjasama seluruh komponen tubuh, maka adanya gangguan pada komponen vital menyebabkan gangguan bahkan kegagalan seks seperti halnya impotensi.

f) Gangguan kehamilan.

Pada wanita perokok, anak yang dikandung akan mengalami penurunan berat badan, kadang-kadang bayi baru lahir dibawah berat badan ideal, bayi lahir prematur. Merokok pada wanita hamil memberikan risiko tinggi terhadap keguguran, kematian janin, kematian bayi sesudah lahir, dan kematian mendadak pada bayi. Wanita hamil perokok juga mengganggu perkembangan kesehatan fisik da intelektual anak-anak yang akan tumbuh (Caldwell, 2000).

### g) Hipertensi

Hipertensi atau penyakit darah tinggi adalah gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang di bawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya. Dengan menghisap sebatang rokok maka akan mempunyai pengaruh besar terhadap kenaikan tekanan darah atau hipertensi (Sustrani, 2004).

## 2. Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “*What*”, misalnya apa air, apa manusia, alam dan sebagainya (Notoatmodjo,2005).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini menjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengideraan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Tingkat pengetahuan terdiri dari 6 (enam) tingkatan yaitu:

### a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari

seluruh badan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam kontek atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analisis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis yaitu

suatu kemampuan untuk penyusunan formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penelitian-penelitian itu berdasarkan dari suatu kriteria yang ditemukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Peneliti Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), mengungkapkan sebelum orang berperilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- 1) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti pengetahuan terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) *Interest* (merasa menarik), dimana orang mulai tertarik terhadap stimulus.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang), terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) *Trial* (mencoba), dimana orang telah mencoba perilaku baik.

5) *Adoption* (mengadopsi), dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus, tetapi Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut.

Pengetahuan dapat diukur dengan cara melakukan tes wawancara serta angket kuesioner, di mana tes tersebut berisikan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan materi yang ingin diukur dari subyek penelitian (Notoatmodjo,2010). Pengukuran tingkat pengetahuan bertujuan untuk mengetahui status pengetahuan seseorang dan dirangkum dalam tabel distribusi frekuensi.

Faktor-faktor yang terkait dengan kurang pengetahuan (*deficient knowledge*) terdiri dari : kurang terpapar informasi, kurang daya ingat atau hafalan, salah menafsirkan informasi, keterbatasan kognitif, kurang minat untuk belajar dan tidak familiar terhadap sumber informasi.

Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan, bahwa pengetahuan atau *knowledge* seseorang ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut :

- a) Keterpaparan terhadap informasi
- b) Daya ingat
- c) Interpretasi informasi
- d) Kognitif

e) Minat belajar

f) Kefamiliaran akan sumber informasi ( Nanda, 2007)

### 3. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulasi atau objek. Sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulasi tertentu (Aziz, 2007).

Thurstone berpendapat bahwa sikap merupakan suatu tingkatan afeksi, baik bersifat positif maupun negatif dalam hubungannya dengan objek-objek psikologis, seperti simbol, frase, slogan, orang, lembaga, cita-cita dan gagasan. Sementara itu Kendler mengemukakan, bahwa sikap merupakan kecenderungan (*tendency*), untuk mendekati (*approach*), atau menjauhi (*avoid*), atau melakukan sesuatu, baik secara positif ataupun secara negatif terhadap suatu lembaga, peristiwa, gagasan atau konsep. Pendapat tersebut seiring dengan pendapat Sarwono, yang menyatakan bahwa sikap adalah kesiapan seseorang bertindak terhadap hal-hal tertentu (Febry, 2011).

Berdasarkan definisi diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa sikap meliputi 3 (tiga) aspek yaitu: Keyakinan (aspek *kognitif*), perasaan (aspek *afektif*), dan kecenderungan perilaku (aspek *konatif*) (Febry, 2011).

a. Aspek keyakinan (*kognitif*)

Aspek keyakinan ini pada dasarnya berisikan apa yang dipikirkan dan apa yang diyakini seseorang mengenai objek sikap. Apa yang diyakini dan dipikirkan tersebut belum tentu benar. Aspek keyakinan ini bila kita kaitkan dengan pelayan di sebuah rumah sakit sebagai objek sikap, aspek keyakinan ini antara lain dapat berupa pengetahuan seseorang mengenai pola layanan dari rumah sakit bersangkutan. Dalam hal ini, aspek keyakinan ini positif maka akan menumbuhkan sikap positif, sedangkan bila negatif akan menumbuhkan sikap negatif terhadap objek sikap (Febry, 2011).

b. Perasaan (*afektif*)

Perasaan adalah mencakup 2 hal yaitu: perasaan senang ataupun perasaan tidak senang terhadap sesuatu. Contohnya Dimisalkan lagi dalam pelayanan kesehatan, semakin banyaknya hal positif yang ditunjukkan oleh bidan dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien, maka semakin positif keyakinan dalam pribadi klien sehingga mereka menjadi semakin senang terhadap pelayanan kesehatan tersebut (Febry, 2011).

c. Kecenderungan (*konatif*)

Kecenderungan perilaku adalah jika seseorang menyenangi suatu objek, maka ada kecenderungan orang tersebut akan bergerak untuk mendekati orang tersebut. Sebaliknya, bila

seseorang tidak menyenangi suatu objek itu, maka kecenderungan akan menjauhi objek tersebut. Sebagai contoh dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit bila para pasien menyenangi sikap para pelayanan kesehatan dalam melayaninya maka pada suatu ketika para pelanggan itu cenderung untuk datang kembali ke rumah sakit tersebut, namun sebaliknya bila tidak disenangi maka ada kecenderungan tidak mau lagi datang ke rumah sakit tersebut (Febry, 2011).

Sikap seperti halnya pengetahuan, sikap terdiri dari empat tingkatan :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek manusia) dan memperhatikan stimulus yang diperhatikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

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

3) Menghargai (*valuing*)

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

4) Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menggunakan skala likert *summated ratings*. Skala ini merupakan teknik *self report* bagi pengukuran sikap dimana subjek diminta untuk mengindikasikan tingkat kesetujuan atau ketidak setujuan mereka terhadap masing-masing pernyataan (Notoatmodjo, 2012)

Dalam pembuatan skala likert, periset membuat beberapa pernyataan yang berhubungan dengan suatu isu atau objek, lalu subjek atau responden diminta untuk mengindikasikan tingkat kesetujuan atau ketidak setujuan mereka terhadap masing-masing pernyataan.

#### 4. Regulasi Hukum

##### a) UUD 1945 Bab X A tentang Hak Asasi Manusia

###### 1) Pasal 28 A :

Setiap orang berhak untuk mempertahankan hidup dan kehidupannya.

###### 2) Pasal 28 H :

Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin ,bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

##### b) UU Republik Indonesia nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

###### 1) Pasal 113:

a) Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan

membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.

- b) Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya.

2) Pasal 115:

Kawasan tanpa rokok antara lain:

- a) fasilitas pelayanan kesehatan
- b) tempat proses belajar mengajar
- c) tempat anak bermain
- d) tempat ibadah
- e) angkutan umum
- f) tempat kerja, dan
- g) tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok diwilayahnya.

3) Pasal 199:

- a) Setiap orang yang dengan sengaja melanggar kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 dipidana denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).

c) Peraturan Pemerintah RI no.19 th 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan

Pasal 11 berbunyi kawasan tanpa rokok adalah area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi ,penjualan, iklan, promosi dan/atau penggunaan rokok.

d) Penjelasan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/MENKES/PB/I/2011 No. 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok

Didalam peraturan ini, telah disebutkan bahwa pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di setiap wilayahnya. Kawasan tanpa rokok antara lain :

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan
- 2) Tempat proses belajar mengajar
- 3) Tempat anak bermain
- 4) Tempat ibadah
- 5) Angkutan Umum
- 6) Tempat kerja
- 7) Tempat umum
- 8) Tempat lainnya yang ditetapkan

Pengaturan pelaksanaan kawasan tanpa rokok oleh pemerintah ini bertujuan untuk :

- 1) Memberikan acuan bagi pemerintah daerah dalam menetapkan kawasan tanpa rokok.

- 2) Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok.
  - 3) Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat.
  - 4) Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik secara langsung maupun tidak langsung.
- e) Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 1 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok

Dalam pasal 5 disebutkan Kawasan tanpa rokok antara lain :

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan
  - 2) Tempat proses belajar mengajar
  - 3) Tempat anak bermain
  - 4) Tempat ibadah
  - 5) Angkutan Umum
  - 6) Tempat kerja
  - 7) Tempat umum
  - 8) Tempat lainnya yang ditetapkan
- f) Peraturan Walikota No.51 Tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR)

Tempat-tempat yang tidak diperbolehkan untuk menyediakan ruang untuk merokok ditetapkan pada pasal 3 ayat (2) yaitu:

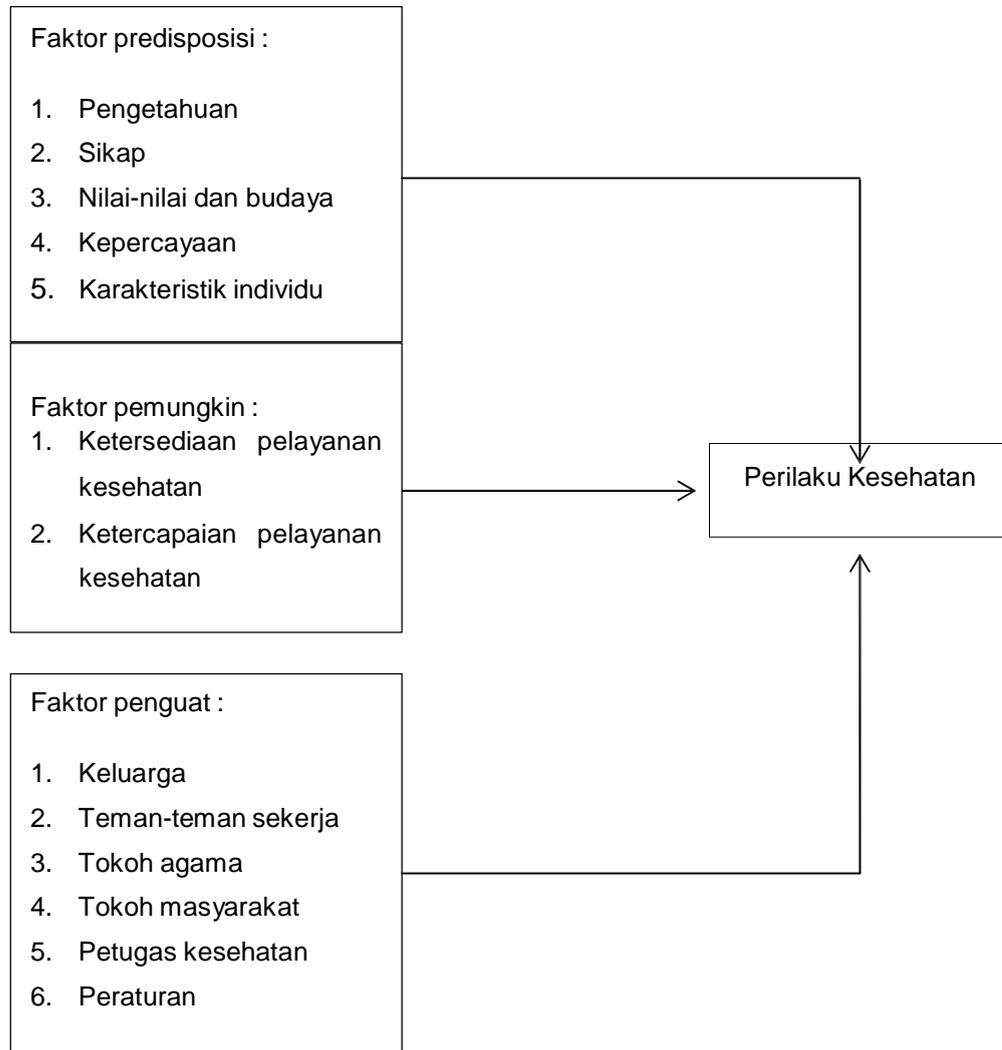
- 1) Tempat fasilitas pelayanan kesehatan,
- 2) Tempat proses belajar mengajar,
- 3) Tempat anak bermain,

- 4) Tempat ibadah,
- 5) Angkutan umum.

Tempat-tempat yang diperbolehkan menyediakan tempat untuk merokok pada Pasal 4 yaitu:

- 1) Tempat kerja,
- 2) Tempat umum, dan
- 3) Tempat sarana dan prasarana kegiatan olah raga tertutup. Dapat menyediakan tempat khusus merokok dengan memenuhi persyaratan:
  - a) Merupakan ruang terbuka atau ruang yang berhubungan langsung dengan udara luar sehingga udara dapat bersirkulasi dengan baik;
  - b) Terpisah dari gedung/tempat/ruang utama dan ruang lain yang digunakan untuk beraktivitas;
  - c) Jauh dari pintu masuk dan keluar; dan
  - d) Jauh dari tempat orang berlalu-lalang.

## B. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

**Sumber : Teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012)**

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dan tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu :

1. Faktor Presdisposisi (*presdisposing factors*):

Adalah faktor faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat, antara lain pengetahuan, sikap, kepercayaan dan keyakinan seseorang terhadap apa yang akan dilakukan.

2. Faktor Pemungkin (*enabling factors*):

Adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau perilaku seperti lingkungan fisik dan sumber – sumber yang ada di masyarakat misalnya: Tersedianya tempat pelayanan pemeriksaan yang terjangkau masyarakat dan lain sebagainya.

3. Faktor Penguat (*reinforcing faktors*):

Adalah faktor-faktor yang memperkuat atau mendorong seseorang untuk berperilaku. Yang dimaksud dengan faktor penguat adalah perilaku petugas kesehatan.

Selanjutnya 3 faktor tersebut memiliki karakteristik sebagai berikut:

a. Karakteristik Presdisposisi (*Presdisposing character*)

Karakter ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Pengukuran perilaku tidak merokok di wilayah KTR dengan memberikan kuesioner tentang Undang-Undang KTR, selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0.

b. Karakteristik Pemungkin (*Enabling characteristic*)

- 1) Sumber daya manusia : Penghasil keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan.
- 2) Sumber daya masyarakat : Jumlah sarana pelayanan, jumlah tenaga kesehatan.

c. Karakteristik Penguat (*Reinforcing characteristic*)

- 1) Perceived : Persepsi terhadap status kesehatan
- 2) Evaluated : Simtome dan diagnosis.

Secara matematis, perilaku menurut Green itu dapat ditulis sebagai berikut:

$$\mathbf{B = f ( Pf, Ef, Rf )}$$

Keterangan:

B = Behavior

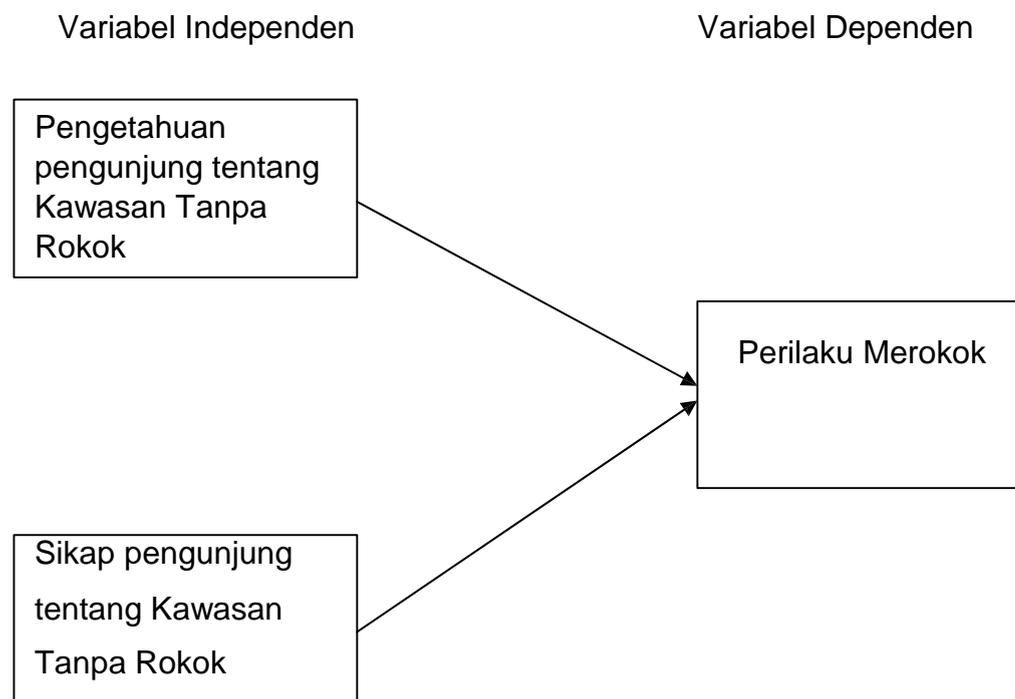
Pf = Predisposing factors

Ef = Enabling factors

Rf = Reinforcing factors

### C. Kerangka Konsep

Berdasarkan telaah pustaka atau teori yang mendasari maka dapat diajukan kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



**Gambar 2.2 Kerangka Konsep Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan perilaku merokok pada Pengunjung RSUD I.A. MOEIS Samarinda**

#### **D. Hipotesis Penelitian**

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dirumuskan hipotesis penelitian adalah:

1. Ada hubungan pengetahuan tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok pada pengunjung RSUD I. A. MOEIS Samarinda
2. Ada hubungan sikap tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok pada pengunjung RSUD I. A. MOEIS Samarinda

<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>35</b>
A. Rancangan Penelitian.....	35
B. Populasi dan sample penelitian.....	35
C. Waktu Dan tempat penelitian.....	37
D. Definisi Operasional.....	38
E. Instrumen Penelitian.....	38
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	41
G. Teknik Pengumpulan Data.....	43
H. Teknik Analisis Data.....	44
I. Etika Penelitian.....	46
J. Jalannya Penelitian.....	49
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>51</b>
A. Hasil Penelitian.....	51
B. Pembahasan.....	65
C. Keterbatasan Penelitian.....	81

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN MUHAMMADIYAH KALIMANTAN  
TIMUR**

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian Hubungan dan Pengetahuan Sikap Tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan Perilaku Merokok pada pengunjung RSUD I.A.MOEIS Samarinda diperoleh kesimpulan bahwa:

1. Ada hubungan antara pengetahuan tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan Perilaku Merokok pada pengunjung RSUD I.A.MOEIS Samarinda dengan *p-value* sebesar 0,045.
2. Ada hubungan antara sikap tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan Perilaku Merokok pada pengunjung RSUD I.A.MOEIS Samarinda dengan *p-value* sebesar 0,045.

### **B. Saran**

Berikut adalah saran-saran yang dapat disampaikan setelah dilakukannya penelitian Hubungan Pengetahuan dan Sikap tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan Perilaku Merokok pada Pengunjung RSUD I.A.MOEIS Samarinda adalah sebagai berikut:

1. Bagi RSUD I.A.MOEIS Samarinda sebaiknya memberikan teguran dan sanksi yang tegas kepada pengunjung yang merokok di kawasan rumah sakit. Sebaiknya membuat tim khusus untuk memantau, memperbanyak media yang bernuansa komunikatif tentang bahaya rokok dan memberikan informasi seperti penyuluhan tentang kawasan tanpa rokok di rumah sakit.

2. Bagi peneliti sebaiknya dalam penyusunan kuesioner melampirkan pernyataan lembar persetujuan responden (*informed consent*). Guna mempertegas kembali bahwasannya responden tersebut bersedia untuk diwawancarai. Bagi peneliti selanjutnya, sebaiknya melampirkan lembar persetujuan tersebut dikarenakan hal tersebut sangatlah penting bagi peneliti untuk persetujuan wawancara tersebut. Dikarena dalam penelitian ini peneliti tidak melampirkan lembar persetujuan (*informed consent*) dan hal tersebut sangatlah fatal dalam penelitian.
3. Bagi Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur menambah referensi materi mengenai kepuasan pasien dalam mengatasi mutu pelayanan kesehatan sehingga mempermudah mahasiswa dalam mencari referensi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andy Amir, M. Ridwan, 2016. *Studi Kualitatif Perilaku Merokok Pada Karyawan di Rumah Sakit Raden Mattaher Jambi.* , Universitas Jambi
- Aula LE. 2010. *Stop Merokok!*. Yogyakarta: Garailmu
- Caldwell E. 2001. *Berhenti merokok*. Yogyakarta: Pustaka Populer Lkis.
- Budiman dan Ryanto, 2013, *Kapita Selekta Kuesioner : Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 2014. *Riskesmas Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI
- Solicha, Amalia Rizkia. 2012. *Tingkat Pengetahuan dan Sikap Pengunjung di Lingkungan RSUD Dr. Kariadi Tentang Kawasan Tanpa Rokok*. Skripsi. Semarang. Universitas Diponegoro.
- Fatmasari Intan. 2014. *Perilaku Supir Angkutan pasca penetapan PERDA Kawasan Tanpa Rokok di kota Makassar*. Jurnal. Universitas Hasanuddin
- Febriani, Tria., Juanita, dan Fauzi. 2014. *Pengaruh Persepsi Mahasiswa Terhadap Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan Dukungan Penerapannya di Universitas Sumatera Utara*. Proceeding The 1<sup>st</sup> Indonesia Conference on Tobacco or Health (ICTOH). Jakarta.
- Jaya M. 2009. *Pembunuh berbahaya itu bernama rokok*. Sleman :Riz'ma
- Kariadi. 2012. *Tentang Kawasan Tanpa Rokok*. Semarang. Universitas Diponegoro.
- Kementrian Kesehatan RI. 2011. *Buku Pedoman Pengembangan KTR*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.806b/MENKES/SK/XII/1987.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2011. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No.188/Menkes/PB/I/2011 No.7 tahun 2011 Tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok.
- Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 1 Tahun 2013 Tentang Kawasan Tanpa Rokok
- Peraturan Walikota No. 51 tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).
- Peraturan Pemerintah RI no.19 th 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan.
- Rahmadini. 2009. *Analisa kadar nikotin pada tembakau rokok lintingan dan karakteristik masyarakat penggunaanya di Jorong Limo Kampung Nagari Sunagi Puar Kecamatan Sungai Puar Sumatera Barat*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Sitepoe, Mangku. 2000. *Usaha mencegah bahaya merokok*. Jakarta: PT.Gramedia Widiasarana.
- Solicha, Amalia Rizkia. 2012. *Tingkat Pengetahuan dan Sikap Pengunjung di Lingkungan RSUP Dr. Kariadi Tentang Kawasan Tanpa Rokok*. Skripsi. Semarang. Universitas Diponegoro.
- Sustrani L. 2004. *Hipertensi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Undang-Undang Dasar 1945. Cetakan pertama, Agustus. Jakarta : Sinar Grafika: 2002
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Lembaran Negara RI No 1441 Tahun 2009. Cetakan pertama, Mei. Surabaya :Anfaka Perdana. 2011
- Wijaya, 2011. *Data dan situasi rokok (cigarette) indonesia terbaru*
- World Health Organization. 2013. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Enforcing Bans on Tobacco Avertisiing, Promotions and Sponsorship*.