

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Tentang Rokok**

##### **1. Pengertian Rokok**

Menurut PP No. 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang mengandung Zat Adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan, rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar dan dihisap dan atau dihirup asapnya, 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.

Undang-Undang Republik Indonesia No. 35 Tahun 2009 menggolongkan zat adiktif yaitu terdiri dari tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan dan gas, yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian pada dirinya dan/atau masyarakat disekelilingnya.

##### **2. Kandungan pada Rokok**

Rokok merupakan produk yang memiliki ribuan bahan kimia dalam kandungannya. Satu batang rokok memiliki 4000 kandungan bahan kimia. Secara umum kandungan yang terdapat dalam rokok dapat di kelompokkan menjadi dua yaitu komponen gas sebanyak 92% dan komponen padat atau partikel sebanyak 8%. Asap rokok yang dihisap atau dihirup melalui dua komponen yaitu pertama komponen yang lekas menguap berbentuk gas dan komponen yang bersama gas terkondensasi menjadi komponen partikulat.

Dengan demikian asap rokok yang dihisap berupa gas sebanyak 85% dan sisanya berbentuk partikel. Asap yang dihasilkan rokok terdiri dari asap utama (main stream smoke) yang merupakan asap yang tembakau yang dihisap langsung oleh perokok dan asap samping (said stream smoke) yaitu asap tembakau yang disebarkan melalui udara bebas dan dapat dihirup oleh orang lain atau yang dikenal dengan prokok pasif (Tarigan, 2014).

Kandungan zat kimia di dalam rokok memiliki kadar yang berbeda-beda. Kadar tersebut tergantung pada jenis dan merek suatu produk rokok. Namun diketahui bahwa kandungan yang paling banyak ditemukan di dalam rokok dan berbahaya bagi kesehatan terutama dapat memicu kanker adalah Nikotin, Tar dan Karbon Monoksida (CO<sub>2</sub>).

a. Nikotin

Nikotin adalah zat atau bahan senyawa pyrrolidine yang terdapat dalam *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang bersifat adiktif dapat mengakibatkan ketergantungan (PP RI No. 109 2012). Nikotin menstimulasi otak untuk terus menambah jumlah nikotin yang dibutuhkan. Nikotin dapat melumpuhkan otak, rasa dan meningkatkan adrenalin yang menyebabkan jantung diberi peringatan atas reaksi hormonal yang membuatnya berdebar lebih cepat dan bekerja lebih keras jika penggunaan nikotin sudah terlalu lama. Akibat kandungan nikotin dalam rokok dapat memicu terjadi pembekuan darah dan serangan jantung (Jamal, 2014).

b. Tar

Tar adalah kondensat asap yang merupakan total residu dihasilkan saat Rokok dibakar setelah dikurangi nikotin dan air, yang bersifat karsiogenik (PP RI No. 109 2012). Zat karsiogenik adalah zat yang beracun dan dapat menyebabkan kanker. Tar dapat diperoleh dari getah tembakau, selain itu tar mengandung bahan kimia yang beracun, yang dapat merusak sel paru-paru dan menyebabkan kanker (Jamal, 2014).

c. Karbon Monoksida (CO<sub>2</sub>)

Karbon Monoksida adalah jenis gas berbahaya yang terkandung dalam rokok yang tidak memiliki bau seperti pada asap yang dikeluarkan oleh kendaraan bermotor. Karbon monoksida menggantikan sekitar 15% jumlah oksigen, yang biasanya dibawa oleh sel-sel darah. Sehingga suplai oksigen yang dibawa keseluruhan tubuh akan berkurang karena dibebani dengan CO<sub>2</sub>, akibatnya oksigen yang dibawa ke jantung berkurang (Jamal, 2014).

### 3. Penyakit Akibat Rokok

Berbagai penelitian dari belahan dunia telah membuktikan bahwa rokok memiliki dampak negatif bagi kesehatan manusia. Bahaya rokok tidak hanya berdampak pada orang yang merokok (prokok aktif) tapi juga akan berdampak pada orang lain yang tidak merokok (prokok pasif). Ada 25 jenis penyakit yang ditimbulkan karena kebiasaan merokok yaitu emfisema, kanker paru, bronkhitis kronis dan penyakit paru lainnya. Selain dampak lain yang ditimbulkan adalah terjadinya penyakit jantung koroner, peningkatan kolesterol darah, berat bayi

lahir rendah (BBLR) pada ibu bayi perokok, keguguran dan bayi lahir mati (Kemenkes, 2013).

## **B. Tinjauan Tentang Kawasan Tanpa Rokok**

### **1. Pengertian Kawasan Tanpa Rokok**

Kawasan Tanpa Rokok atau KTR adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Hal ini merupakan pengertian KTR yang tertuang dalam pasal pertama Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/Menkes/PB/I/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah tempat yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan atau penggunaan rokok (Perwalkot Tasikmalaya No. 18 tahun 2011).

### **2. Regulasi Kawasan Tanpa Rokok**

#### **a. Regulasi Kawasan Tanpa Rokok Internasional**

Framework Convention Tobacco Control (FCTC) merupakan hukum internasional dalam pengendalian masalah tembakau yang akan mengikat negara-negara yang telah meratifikasinya. Konvensi ini dan protokol-protokolnya bertujuan untuk melindungi generasi sekarang dan mendatang terhadap kerusakan kesehatan, konsekuensi sosial, lingkungan dan ekonomi akibat dari paparan asap tembakau, sehingga dibentuklah sebuah kerangka sebagai upaya pengendalian tembakau untuk dilaksanakan pada tingkat regional, nasional maupun internasional guna mengurangi secara

berkelanjutan dan prevalensi penggunaan tembakau serta paparan terhadap asap rokok (WHO FCTC).

Isi dalam naskah FCTC secara umum terbagi atas dua bagian yaitu yang pertama adalah upaya untuk menurunkan penggunaan rokok melalui penurunan permintaan (demand). Adapun upaya yang dilakukan yaitu:

- 1) Penggunaan mekanisme pengendalian harga dan pajak.
- 2) Pengendalian/penghentian iklan, sponsorsip dan promosi.
- 3) Pemberian label dalam kemasan rokok yang mencantumkan peringatan kesehatan dan tidak menggunakan istilah yang menyesatkan.
- 4) Pengaturan udara bersih (proteksi terhadap paparan asap rokok).
- 5) Pengungkapan dan pengaturan isi produk tembakau.
- 6) Edukasi, komunikasi, pelatihan dan penyadaran publik dan,
- 7) Upaya mengurangi ketergantungan dan menghentikan kebiasaan merokok.

Sedangkan yang kedua upaya dalam mereduksi suplay yaitu yang berhubungan dengan:

- 1) Perdagangan gelap atau penyelundupan produk tembakau.
- 2) Penjualan kepada dan oleh anak di bawah umur, dan
- 3) Upaya mengembangkan kegiatan ekonomis alternatif (economically viable alternative solutions).

WHO juga memiliki strategi dalam upaya penanggulangan dampak rokok yang dikenal dengan enam komponen kebijakan MPOWER WHO

dan salah satu komponennya merupakan cikal bakal lahirnya Kawasan Tanpa Rokok. Adapun isi dari enam komponen tersebut sebagai berikut:

- 1) Monitor tobacco use (Monitor penggunaan tembakau/rokok).
- 2) Protect people from tobacco smoke (Perlindungan terhadap paparan asap rokok di lingkungan).
- 3) Offer help to quit tobacco use (Optimalkan dukungan untuk berhenti merokok).
- 4) Warn about the dangers of tobacco (Waspadakan masyarakat akan bahaya merokok).
- 5) Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship (Eliminasi iklan, promosi, dan sponsor terkait tembakau).
- 6) Rise taxes on tobacco (Raih kenaikan cukai tembakau).

b. Regulasi Kawasan Tanpa Rokok Nasional

Aturan pengendalian tembakau/rokok di Indonesia sudah lama diterapkan, bahkan sudah mengalami beberapa perubahan yaitu diantaranya:

- 1) Peraturan Pemerintah No. 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan. Pasal di dalamnya mengatur iklan rokok, peringatan kesehatan, pembatasan kadar tar dan nikotin, penyampaian kepada masyarakat terkait isi produk tembakau, sanksi dan hukuman, pengaturan otoritas, serta peran masyarakat terhadap kawasan bebas asap rokok.
- 2) Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2000 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan merupakan revisi dari Peraturan Pemerintah No. 81 Tahun 1999, yang membahas terkait iklan rokok dan memperpanjang

batas waktu bagi industri rokok, untuk mengikuti perturan pemerintah yang awalnya 5 tahun menjadi 7 tahun setelah dinyatakan berlaku.

- 3) Peraturan Pemerintah No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, merupakan revisi Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2000, yang membahas tentang ukuran dan jenis peringatan kesehatan, pembatasan waktu pada media elektronik dan pengujian kadar tar serta nikotin.
- 4) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada bagian ke tujuh belas membahas terkait pengamanan zat adiktif, kemudian di pasal 115 pada ayat satu mengulas tentang tempat-tempat yang menjadi Kawasan Tanpa Rokok dan pada ayat kedua mewajibkan kepada seluruh pemerintah daerah menetapkan Kawasan Tanpa Rokok di daerahnya.
- 5) Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri No. 188/MENKES/PB/I/2011/ No. 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Kawasan Tanpa Rokok. Kawasan Tanpa Rokok memiliki tujuan sebagaimana yang telah dijelaskan pada bagian kedua pasal dua membahas terkait pengaturan pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok bertujuan untuk :
  - a) Memberikan acuan pada pemerintah daerah dalam menetapkan KTR.
  - b) Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok.
  - c) Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat.

- d) Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung.
- 6) Peraturan Pemerintah No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan. Peraturan ini merupakan amanat dari Undang Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 bagian ketujuh belas tentang pengamanan zat adiktif pasal 116 yang berbunyi bahwa ketentuan lainnya akan diatur dengan peraturan pemerintah. Peraturan ini mengatur secara spesifik terkait Kawasan Tanpa Rokok terutama pada aturan iklan, promosi, sponsorship, sanksi-sanksi, dan sebagainya.
- 7) Kebijakan dan Strategi Penerapan dan Perluasan Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia (PPTM Kemenkes, 2016). Salah satu strategi pengendalian konsumsi hasil tembakau adalah menerapkan strategi MPOWER di Indonesia sebagai berikut:
- a) Monitor tobacco use (Monitor penggunaan tembakau/rokok).  
Penelitian oleh Badan Litbangkes dan para akademisi, Review dan evaluasi oleh pemerintah dan pemerintah daerah, serta pemantauan oleh LSM dan masyarakat.
- b) Protect people from tobacco smoke (Perlindungan terhadap paparan asap rokok di lingkungan).  
Indikator bebas asap rokok atau indikator KTR: Tidak ditemukan orang merokok di dalam Gedung, Tidak ditemukan ruang merokok di dalam Gedung, Tidak tercium bau rokok, Tidak



ditemukan puntung rokok, Tidak ditemukan penjualan rokok, Tidak ditemukan asbak atau korek api, Tidak ditemukan iklan atau promosi rokok, dan ada tanda dilarang merokok.

- c) Offer help to quit tobacco use (Optimalkan dukungan untuk berhenti merokok).

Adanya kegiatan konseling untuk berhenti merokok baik di sekolah maupun di Fasilitas pelayanan kesehatan.

- d) Warn about the dangers of tobacco (Waspadakan masyarakat akan bahaya merokok).

Mengembangkan iklan layanan masyarakat untuk memberikan informasi yang jelas. Mendorong pemerintah daerah untuk meningkatkan ILM baik melalui media cetak dan elektronik lokal maupun media iklan luar gedung seperti billboard. Membudayakan kebiasaan hidup tanpa rokok.

- e) Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship (Eliminasi iklan, promosi, dan sponsor terkait tembakau).

Adanya peraturan daerah yang membatasi hingga melarang iklan, promosi, dan sponsor rokok.

- f) Rise taxes on tobacco (Raih kenaikan cukai tembakau).

Adanya Upaya untuk meningkatkan cukai rokok sehingga harga rokok menjadi lebih mahal.

c. Regulasi Kawasan Tanpa Rokok Kota

1) Peraturan Kawasan Tanpa Rokok Kota Tasikmalaya diatur dalam Peraturan Walikota Tasikmalaya Nomor 18 Tahun 2011 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Adapun Tujuan pembentukan Peraturan Walikota tentang Kawasan Tanpa Rokok adalah untuk :

- a) menurunkan angka kesakitan dan/atau angka kematian akibat bahaya asap rokok dengan cara mengubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat;
- b) mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih dari asap rokok;
- c) menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula;
- d) melindungi kesehatan perokok pasif;
- e) meningkatkan produktivitas kerja yang optimal; dan
- f) mewujudkan generasi muda yang sehat.

Sementara tempat-tempat tertentu yang ditetapkan sebagai kawasan tanpa rokok, meliputi:

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan

Merupakan tempat yang digunakan untuk upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif, yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

- b) Tempat proses belajar mengajar

Merupakan tempat atau gedung yang digunakan untuk belajar, mengajar, pendidikan dan/atau pelatihan

- c) Tempat anak bermain

Merupakan area tertutup maupun terbuka yang digunakan menjadi area bermain anak-anak.

d) Tempat ibadah

Merupakan bangunan atau ruang tertutup yang memiliki ciri-ciri tertentu yang khusus dipergunakan untuk beribadah bagi pemeluk agama masing-masing agama secara permanen, tidak termasuk tempat ibadah keluarga.

e) Angkutan umum

Merupakan alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air dan udara biasanya dengan kompensasi.

f) Tempat kerja

Merupakan tiap ruangan, lapangan tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau yang dimasuki tenaga kerja untuk keperluan usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya.

### **3. Langkah-Langkah Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok Di Tempat Proses Belajar Mengajar**

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pimpinan/pengelola tempat proses belajar mengajar dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan Kawasan Tanpa Rokok di area tersebut. Dari advokasi tersebut akhirnya pimpinan/pengelola tempat belajar mengajar setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh

tempat proses belajar mengajar adalah sekolah, kampus, perpustakaan, ruang praktikum dan lain sebagainya.

Yang perlu dilakukan oleh pimpinan/pengelola untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut :

a. Analisis Situasi

Penentu kebijakan/pimpinan di tempat proses belajar mengajar melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran (karyawan/guru/dosen/siswa) terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar membuat kebijakan.

b. Pembentukan Komite atau Kelompok

Kerja Penyusunan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Pihak pimpinan mengajak bicara karyawan/guru/dosen/siswa yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk :

- 1) Menyampaikan maksud, tujuan dan manfaat Kawasan Tanpa Rokok.
- 2) Membahas rencana kebijakan tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok.
- 3) Meminta masukan tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok, antisipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
- 4) Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
- 5) Membahas cara sosialisasi yang efektif bagi karyawan/guru/dosen/siswa. Kemudian pihak pimpinan membentuk

komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.

c. Membuat Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok

Komite atau kelompok kerja membuat kebijakan yang jelas tujuan dan cara melaksanakannya.

d. Penyiapan Infrastruktur antara lain :

- 1) Membuat surat keputusan dari pimpinan tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat proses belajar mengajar.
- 2) Instrumen pengawasan.
- 3) Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
- 4) Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok.
- 5) Mekanisme dan saluran penyampaian pesan tentang KTR di tempat proses belajar mengajar melalui poster, stiker larangan merokok dan lain sebagainya.
- 6) Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
- 7) Pelatihan kelompok sebaya bagi karyawan/guru/dosen/siswa tentang cara berhenti merokok.

e. Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain :

- 1) Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi karyawan/guru/dosen/siswa.
- 2) Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

f. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

- 1) Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada karyawan/guru/dosen/siswa melalui poster, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan lain sebagainya.
- 2) Penyediaan tempat bertanya.
- 3) Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

g. Pengawasan dan Penegakan Hukum

- 1) Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat proses belajar mengajar mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai peraturan yang berlaku.
- 2) Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan yang ditunjuk, baik diminta atau tidak.

h. Pemantauan dan Evaluasi

- 1) Lakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala tentang kebijakan yang telah dilaksanakan.
- 2) Minta pendapat komite dan lakukan kajian terhadap masalah yang ditemukan.
- 3) Putuskan apakah perlu penyesuaian terhadap masalah kebijakan.

**4. Indikator Kawasan Tanpa Rokok**

Indikator sangat diperlukan baik oleh petugas kesehatan maupun pengelola Kawasan Tanpa Rokok sebagai alat ukur dalam pengembangan Kawasan Tanpa Rokok di tatanan. Secara umum indikator yang dilihat adalah indikator input, proses dan output.

a. Indikator Input:

- 1) Adanya kajian mengenai kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan sikap serta perilaku sasaran terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.
- 2) Adanya Komite/Kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.
- 3) Adanya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.
- 4) Adanya infrastruktur Kawasan Tanpa Rokok.

b. Indikator Proses:

- 1) Terlaksananya sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
- 2) Diterapkannya Kawasan Tanpa Rokok.
- 3) Dilaksanakannya pengawasan dan penegakan hukum.
- 4) Dilaksanakannya pemantauan dan evaluasi.

## c. Indikator Output:

Terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok di semua tatanan

**Tabel 2.1 Tabel Indikator output**

TATANAN	INDIKATOR INPUT	INDIKATOR PROSES	INDIKATOR OUTPUT
<b>Tempat Proses Belajar Mengajar</b>	Adanya kebijakan tertulis tentang KTR.	Terlaksananya sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung (tatap muka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik)	Lingkungan tempat proses belajar mengajar tanpa asap rokok
	Adanya tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR di tempat proses belajar mengajar.	Adanya pengaturan tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan KTR.	Siswa yang tidak merokok menegur siswa yang merokok di lingkungan KTR.
	Adanya media promosi tentang larangan merokok/KTR.	Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster, tanda larangan merokok, mading, surat edaran, pengeras suara.	Perokok merokok di luar KTR.
		Terpasangnya tanda KTR di tempat proses belajar mengajar.	Adanya sanksi bagi yang melanggar KTR.
		Terlaksananya penyuluhan KTR dan bahaya merokok dan etika merokok.	

## 5. Pemantauan dan Evaluasi Kawasan Tanpa Rokok

Pemantauan dan Evaluasi merupakan upaya yang dilaksanakan secara terus menerus baik oleh petugas kesehatan maupun pengelola Kawasan Tanpa Rokok di tatanan untuk melihat apakah Kawasan Tanpa Rokok yang dikembangkan telah berjalan sesuai dengan yang direncanakan.



a. Pemantauan Kawasan Tanpa Rokok

Pemantauan dilakukan untuk mengetahui perkembangan maupun permasalahan serta menemukan pemecahan dalam Pengelolaan dan Pelaksanaan Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Pemantauan kegiatan dilakukan selama perjalanan Program Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok secara berkala setiap 6 bulan atau 1 tahun.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemantauan adalah:

- 1) Apa yang perlu dipantau?
  - a) Kebijakan yang dilaksanakan
  - b) Kajian terhadap masalah yang ditemukan
  - c) Penyesuaian terhadap kebijakan
- 2) Bagaimana cara memantau?
  - a) Menganalisis kajian kebijakan dan perilaku sasaran
  - b) Melakukan supervisi atau kunjungan lapangan untuk mengetahui secara langsung perkembangan serta permasalahan-permasalahan yang dihadapi di lapangan dalam pelaksanaan kegiatan pengembangan Kawasan Tanpa Rokok.
  - c) Wawancara mendalam dengan penentu kebijakan
  - d) Diskusi kelompok terarah dengan masyarakat khalayak sasaran
- 3) Siapa yang memantau?
  - a) Petugas kesehatan
  - b) Pengelola program Kawasan Tanpa Rokok

4) Kapan mengadakan pertemuan?

- a) Selama pengembangan Kawasan Tanpa Rokok berlangsung
- b) Setiap saat diperlukan

b. Evaluasi Kawasan Tanpa Rokok

Evaluasi atau penilaian adalah proses penentuan nilai atau keberhasilan dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan. Penilaian dapat dilakukan pada waktu jangka pendek maupun jangka panjang. Pada tatanan pendidikan adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.2 Tabel Evaluasi KTR**

KAWASAN TANPA ROKOK	EVALUASI 4-6 BULAN	EVALUASI JANGKA PANJANG 1-3 TAHUN
<b>TEMPAT PROSES BELAJAR MENGAJAR</b>	1. Adanya tanda Kawasan Tanpa Rokok yang dipasang	1. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok diterima dan dilaksanakan oleh pimpinan dan karyawan/ guru/ dosen/ siswa.
	2. Adanya media promosi Kawasan Tanpa Rokok.	2. Dipatuhi dan dimanfaatkan fasilitas yang mendukung Kawasan Tanpa Rokok.
		3. Tidak ada penjual rokok di sekitar tempat proses belajar mengajar.
		4. Karyawan /guru/dosen/ siswa yang tidak merokok bertambah banyak.
		5. Semua karyawan/guru/ dosen/siswa tidak merokok di Kawasan Tanpa Rokok.

## **C. Tinjauan Tentang Perilaku**

### **1. Pengertian Perilaku**

Perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi sangat luas. Benyamin Bloom (1908) dikutip Notoatmodjo (2012) seorang ahli psikologi pendidikan membedakan adanya 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku, yakni kognitif (cognitive), afektif (affective), dan psikomotor (psychomotor). Perilaku adalah suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya, reaksi tersebut mempunyai bentuk bermacam-macam yang pada hakekatnya digolongkan menjadi 2 yakni dalam bentuk pasif (tanpa tindakan nyata atau konkrit), dan dalam bentuk aktif (dengan tindakan konkrit). Bentuk perilaku ini dapat diamati melalui sikap dan tindakan, namun demikian tidak berarti bentuk perilaku itu hanya dapat dilihat dari sikap dan tindakan saja, perilaku juga dapat bersifat potensial, yakni dalam bentuk pengetahuan, motivasi dan persepsi.

Menurut Lawrence Green (1993) dalam Notoatmodjo (2014), bahwa kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh faktor-faktor, yakni faktor perilaku dan faktor diluar perilaku, selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk dari 3 faktor :

- a. Faktor predisposisi (predisposing factors) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (enabling factors) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas fasilitas atau sarana.

- c. Faktor pendorong (reinforcing factors) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat

## **2. Perilaku Kesehatan**

Semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik dapat diamati langsung maupun tidak langsung yang diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2014) perilaku adalah keyakinan mengenai tersedianya atau tidaknya kesempatan dan sumber yang diperlukan. Menurut Benjamin Bloom dikutip Notoatmodjo (2014), perilaku ada 3 domain : perilaku, sikap dan tindakan.

Menurut Roger dikutip Notoatmodjo (2014), menjelaskan bahwa sebelum orang menghadapi perilaku baru dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

- a. Awareness (kesadaran dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap struktur atau obyek).
- b. Interest (dimana orang tersebut adanya ketertarikan).
- c. Evaluation (menimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut).
- d. Trial (dimana orang telah mencoba perilaku baru).
- e. Adoption (dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan terhadap stimulus).

## **3. Faktor yang Memengaruhi Perilaku**

- a. Faktor Genetik: Perilaku terbentuk dari dalam individu itu sendiri sejak ia dilahirkan.

- b. Faktor Eksogen: Meliputi faktor lingkungan, pendidikan, agama, sosial, faktor-faktor yang lain yaitu susunan saraf pusat persepsi emosi.
- c. Proses Belajar: Bentuk mekanisme sinergi antara faktor heriditas dan lingkungan dalam rangkat terbentuknya perilaku (Notoatmodjo, 2014).

#### **4. Bentuk Perilaku**

- a. Perilaku Pasif: Perilaku yang sifatnya tertentu, terjadi dalam diri individu dan tidak bisa diamati. Contoh : berfikir dan bernafas
- b. Perilaku Aktif: Perilaku yang sifatnya terbuka berupa tindakan yang nyata dan dapat diamati secara langsung (Kholid, A. 2012)

#### **5. Pembagian Perilaku ke dalam 3 Domain (Kewarasan)**

- a. Pengetahuan (Knowledge)

Pengetahuan merupakan dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam pembentukan tindakan seseorang over (over behavior)

- b. Sikap (Attitude)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. New Comb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan akan tetapi merupakan predisposisi tindakan sikap perilaku.

c. Praktik/practice

Setelah seseorang mengetahui stimulasi atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya (Priyoto, 2015)

## 6. Beberapa Teori Perubahan Perilaku

Teori Determinan Terbentuknya Perilaku yaitu:

a. Teori Lawrence Green

Menurut Lawrence Green bahwa perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan dimana kesehatan ini dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (behavior causes) dan faktor diluar perilaku (non behavior causes). Selanjutnya perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE: Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. Precede ini adalah merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. Precede adalah merupakan fase diagnosis masalah.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat itu sendiri terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

- 1) Faktor predisposisi: yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan keyakinan dan nilai-nilai

- 2) Faktor pendukung: yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak bersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Misalnya: Puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban.
- 3) Faktor pendorong: yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya yang merupakan kelompok retrefensi dari perilaku masyarakat.

## **7. Bentuk Perubahan Perilaku**

Adapun bentuk perubahan perilaku (Priyoto, 2015), terdiri dari:

### **a. Perubahan Alamiah (Natural Change)**

Perilaku manusia selalu berubah, sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat didalamnya yang akan mengalami perubahan.

### **b. Perubahan Rencana (Planned Change)**

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

### **c. Kesiediaan Untuk Berubah (Readiness To Change)**

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan didalam masyarakat maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut dan sebagian lagi sangat lambat untuk menerima perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda

## **8. Strategi Perubahan Perilaku**

Strategi perubahan perilaku (Notoadmodjo, 2014) yaitu:

a. Menggunakan Kekuatan / Kekuasaan

Perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran/masyarakat sehingga ia mau melakukan seperti yang diharapkan. Contoh ini dapat dilakukan pada penerapan Undang- Undang.

b. Pemberian Informasi

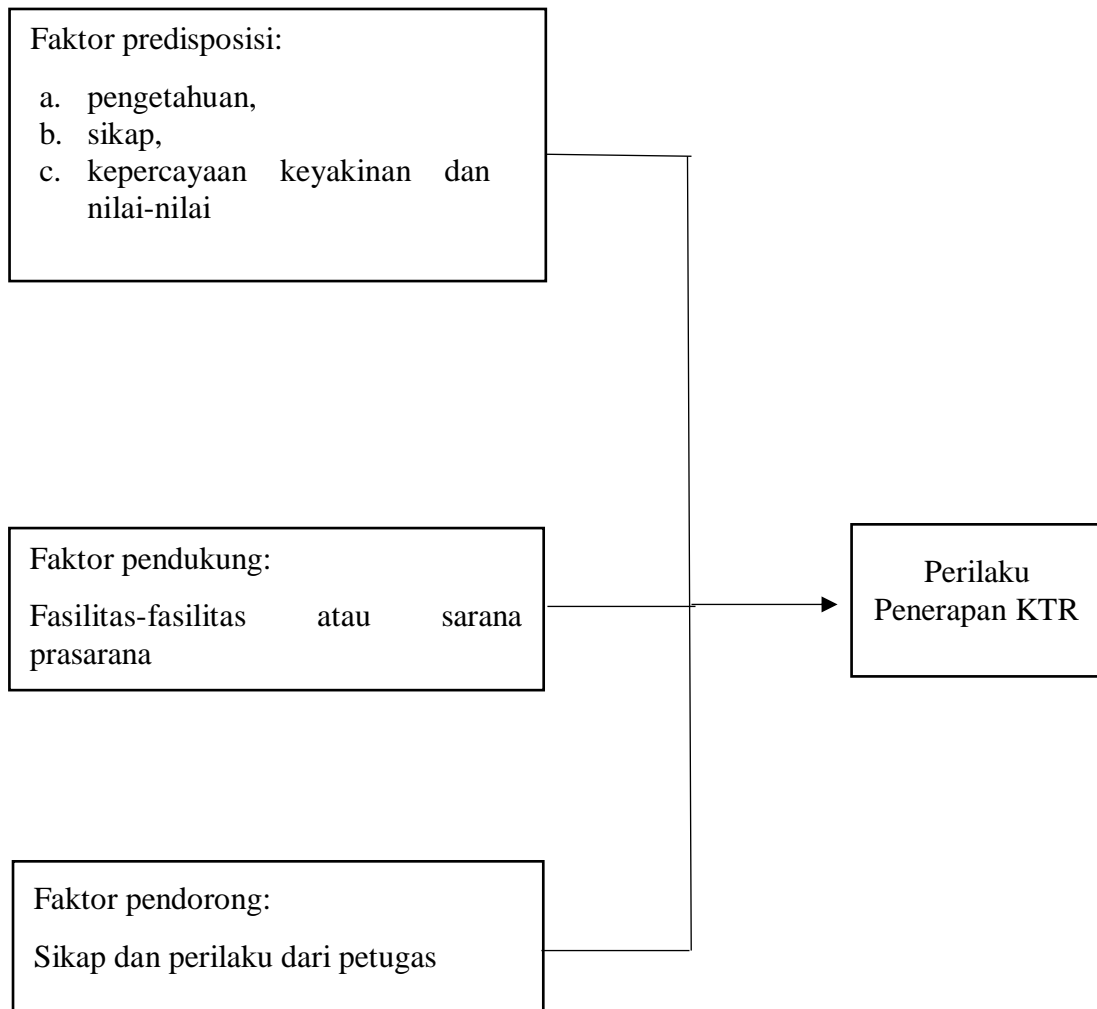
Dengan memberikan informasi-informasi penyuluhan dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya di pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

c. Diskusi Partisipasi

Dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak searah tetapi dua arah. Hal ini masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimannya. Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi dan pesan-pesan kesehatan.



#### D. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Modifikasi dari Teori Lawrence W Green dalam Priyoto (2018)