



Buku Ajar PENGENDALIAN TEMBAKAU

Tim Penyusun:

Septian Emma Dwi Jatmika, M.Kes.

Muchsini Maulana, S.KM., MPH.

Prof. Kuntoro, dr. MPH., Dr. PH.

Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.

Editor: Firmadea Ekarizky Safrilia, S.KM.

Buku Ajar
Pengendalian Tembakau

Penulis:

Septian Emma Dwi Jatmika, M.Kes.

Muchsin Maulana, S.KM., M.PH.

Prof. Kuntoro, dr. M.PH., Dr. PH.

Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.

Editor: Firnadea Ekarizky Safrilia, S.KM.



Penerbit K-Media
Yogyakarta, 2018

PENGENDALIAN TEMBAKAU; Buku Ajar

viii + 264 hlm.; 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-602-451-295-8

Penulis : Septian E. D.Jatmika, et al.
Editor : Firnadea Ekarizky Safrilia, S.KM.
Tata Letak : Nur Huda A
Desain Sampul : Uki

Cetakan : Oktober 2018

Copyright © 2018 by Penerbit K-Media
All rights reserved

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang No 19 Tahun 2002.

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektrik maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam atau dengan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis dan Penerbit.

Isi di luar tanggung jawab percetakan

Penerbit K-Media
Anggota IKAPI No.106/DIY/2018
Perum Pondok Indah Banguntapan, Blok B-15
Potorono, Banguntapan, Bantul. 55196. Yogyakarta
e-mail: kmedia.cv@gmail.com

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar ini dengan judul: **Buku Ajar Pengendalian Tembakau**. Kompetensi yang diharapkan oleh penulis setelah mahasiswa mempelajari buku ajar ini adalah memahami tren konsumsi tembakau, berbagai permasalahan konsumsi tembakau, dampak yang diakibatkan baik dari sisi kesehatan maupun ekonomi, program pengendalian tembakau dan kebijakan pengendalian tembakau khususnya di Indonesia.

Buku ajar ini merupakan kristalisasi dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh para penulis sebelumnya, sehingga dengan penerbitan buku ini, maka hasil penelitian tersebut akan memberi manfaat maksimal bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat, khususnya bidang pengendalian tembakau. Beberapa hasil penelitian peneliti terakit **dengan** pengendalian tembakau yang telah dilakukan selama ini tertuang dalam Bab II (Aplikasi Penggunaan Ilmu Perilaku dan Promosi Kesehatan yang Berkaitan dengan Perilaku Merokok). Kehadiran buku ini diharapkan akan memberikan sumbangan signifikan dalam upaya peningkatan kualitas pembelajaran di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Dengan adanya buku ini, diharapkan mahasiswa akan lebih mudah dalam mengikuti perkuliahan Pengendalian Tembakau dengan lebih mudah dan fokus.

Buku ajar berisi materi dan informasi mengenai epidemi penggunaan tembakau, tren perilaku merokok, ilmu perilaku dan promosi kesehatan yang **berkaitan** dengan perilaku merokok, faktor risiko perilaku merokok, dampak konsumsi rokok bagi kesehatan,

penyakit terkait rokok, upaya penanggulangan penyakit terkait rokok, kawasan tanpa rokok, upaya berhenti merokok, tata laksana upaya berhenti merokok (konseling dan terapi klinis), withdrawal syndrome, manajemen layanan konseling upaya berhenti merokok (UBM), kebijakan pengendalian tembakau & penggunaan dana bagi hasil cukai hasil tembakau (DBHCHT) dan pemberdayaan masyarakat untuk mengurangi prevalensi perilaku merokok.

Dalam kesempatan ini, perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat, Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan, Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia yang telah memberikan kesempatan kepada penulis meraih dana Hibah Penelitian Skim Penelitian Kerjasama Perguruan Tinggi (PKPT), sehingga dapat tersusun Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Pengendalian Tembakau ini sebagai salah satu luaran hasil penelitian. Ungkapan terimakasih tidak lupa kami haturkan kepada segenap Pimpinan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta dan Pimpinan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan Tim Peneliti Mitra dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga serta semua pihak yang telah mendukung kami dalam menyusun naskah buku ajar ini.

Buku ini masih terdapat banyak kekurangan, sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk penyempurnaan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa dalam memperkaya khasanah ilmu kesehatan reproduksi.

Yogyakarta, November 2018

Penulis,

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I EPIDEMI PENGGUNAAN TEMBAKAU	1
I. Capaian Pembelajaran	1
II. Isi Materi	1
III. Evaluasi	17
IV. Referensi.....	17
BAB II APLIKASI PENGGUNAAN ILMU PERILAKU DAN PROMOSI KESEHATAN YANG BERKAITAN DENGAN PERILAKU MEROKOK.....	21
I. Capaian Pembelajaran	21
II. Isi Materi	21
III. Evaluasi	31
IV. Referensi.....	31
BAB III FAKTOR RISIKO PERILAKU MEROKOK.....	33
I. Capaian Pembelajaran	33
II. Isi Materi	33
III. Evaluasi	43
IV. Referensi.....	43
BAB IV DAMPAK KONSUMSI ROKOK BAGI KESEHATAN	47
I. Capaian Pembelajaran	47
II. Isi Materi	47
III. Evaluasi	58
IV. Referensi.....	59

BAB V	PENYAKIT TERKAIT ROKOK.....	61
	I. Capaian Pembelajaran	61
	II. Isi Materi.....	61
	III. Evaluasi.....	99
	IV. Referensi	99
BAB VI	UPAYA PENANGGULANGAN PENYAKIT	
	TERKAIT ROKOK	101
	I. Capaian Pembelajaran	101
	II. Isi Materi.....	101
	III. Evaluasi.....	113
	IV. Referensi	114
BAB VII	PENERAPAN KAWASAN TANPA	
	ROKOK (KTR).....	115
	I. Capaian Pembelajaran	115
	II. Isi Materi.....	115
	III. Evaluasi.....	163
	IV. Referensi	163
BAB VIII	UPAYA BERHENTI MEROKOK	165
	I. Capaian Pembelajaran	165
	II. Isi Materi.....	165
	III. Evaluasi.....	176
	IV. Referensi	176
BAB IX	TATA LAKSANA UPAYA BERHENTI	
	MEROKOK.....	177
	I. Capaian Pembelajaran	177
	II. Isi Materi.....	177
	III. Evaluasi.....	194
	IV. Referensi	194
BAB X	WITHDRAWAL SYNDROME.....	195
	I. Capaian Pembelajaran	195
	II. Isi Materi.....	195

III. Evaluasi	199
IV. Referensi	199
BAB XI MANAJEMEN LAYANAN KONSELING UPAYA BERHENTI MEROKOK (UBM)	201
I. Capaian Pembelajaran	201
II. Isi Materi	201
BAB XII KEBIJAKAN PENGENDALIAN TEMBAKAU (INTERNASIONAL & NASIONAL) DAN PENGGUNAAN DANA BAGI HASIL CUKAI HASIL TEMBAKAU (DBHCHT)	217
I. Capaian Pembelajaran	217
II. Isi Materi	218
III. Evaluasi	241
IV. Referensi	241
BAB XIII UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK MENGURANGI PREVALENSI PERILAKU MEROKOK.....	243
I. Capaian Pembelajaran	243
II. Isi Materi	243
III. Evaluasi	252
IV. Referensi	253
DAFTAR PUSTAKA.....	255

BAB I

EPIDEMI PENGGUNAAN TEMBAKAU

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa mampu memahami Tren penggunaan produk tembakau
- b. Mahasiswa mampu memahami Epidemio Global akibat konsumsi tembakau
- c. Mahasiswa mampu memahami Epidemio akibat rokok di Indonesia
- d. Mahasiswa mampu Tren penggunaan rokok elektrik

II. Isi Materi

a. Tren penggunaan produk tembakau

1. Konsumsi tembakau menurut karakteristik sosial demografi

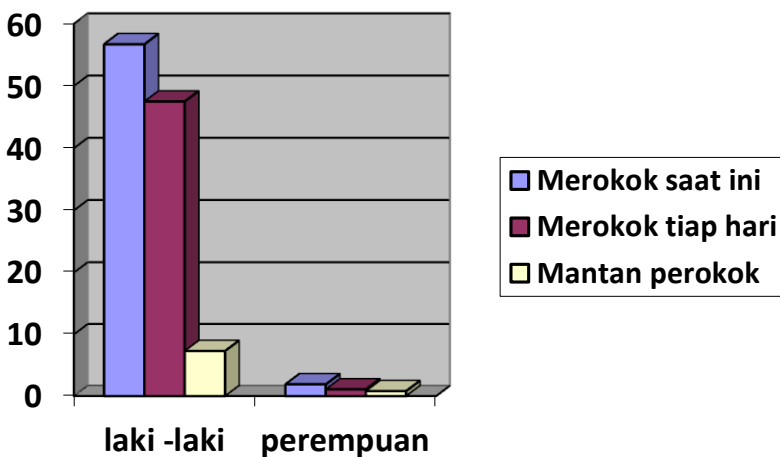
Berdasarkan kelompok umur, pada tahun 2013, persentase perokok meningkat dengan bertambahnya umur, sampai kelompok 30-34 tahun kemudian menurun pada kelompok umur berikutnya. Peningkatan tertinggi terjadi pada kelompok umur yang paling muda yaitu 10-14 tahun dari 0,3% tahun 1995 menjadi 3,7% tahun 2013 atau meningkat hingga 12 kali lipat selama 19 tahun terakhir.

Gambar 1.3 menunjukkan bahwa pada laki-laki dengan interval umur 5 tahun terjadi pola peningkatan perokok pada usia remaja dan produktif terutama pada kelompok umur 15-19 tahun dan cenderung fluktuatif pada kelompok umur lainnya. Prevalensi tertinggi adalah pada kelompok 30-40 tahun (75,6%).

Pada populasi perempuan, pola prevalensi konsumsi tembakau meningkat tahun 2007 kemudian cenderung menurun tahun 2010. Akan tetapi, pada tahun 2013 terjadi peningkatan yang cukup signifikan disemua kelompok umur. Selisih kenaikan tertinggi terjadi pada perokok perempuan kelompok usia 75 tahun keatas (selisih mencapai 5,9% dibandingkan dengan tahun sebelumnya) dan terendah pada kelompok usia 15-59 tahun (selisih kenaikan 2,2% dibanding tahun 2010).

Pada tahun 2013 terdapat sejumlah 56.860.457 perokok aktif laki-laki dan 1.890.135 perokok aktif perempuan atau sekitar 58.750.591 perokok aktif secara keseluruhan dengan usia 10 tahun keatas. Proporsi kelompok usia 25-29 tahun yaitu sebesar total 7.785.730 orang. pada kelompok laki-laki proporsi tertinggi pada usia 25-29 tahun (7.641.892) sedangkan proporsi tertinggi pada pada kelompok perempuan yaitu 45-49 tahun (252.273).

Persentase merokok saat ini pada laki-laki tahun 2013 adalah 56,7%, sementara pada perempuan yaitu 1,9%. Dari jumlah tersebut, 47,5% laki-laki merokok tiap hari dan 7,3 % adalah mantan perokok. Sementara untuk perempuan, 1,1 % masih merokok tiap hari, sedangkan 0,8% adalah mantan perokok.

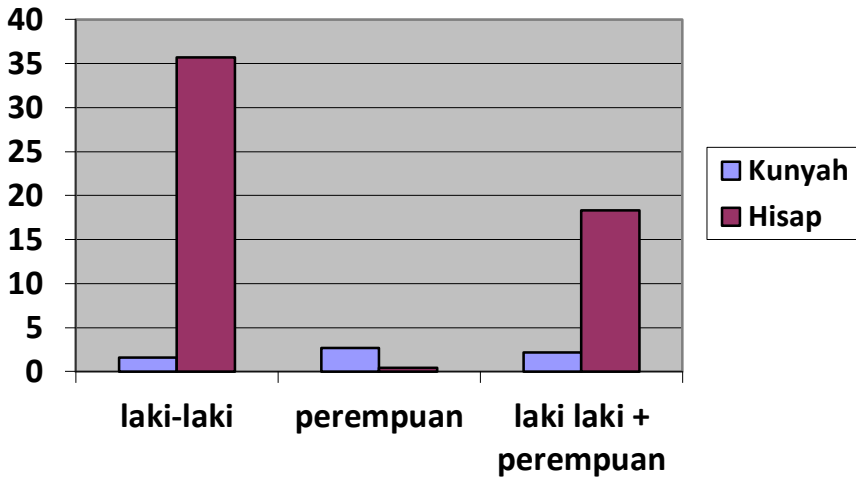


Gambar 1.1.

Prevalensi merokok saat ini, merokok setiap hari dan mantan perokok setiap hari berdasarkan jenis kelamin pada populasi usia >10 tahun di Indonesia tahun 2013

Khusus pada remaja usia 15-19 tahun prevalensi tembakau hisap dan kunyah meningkat 13,4% dalam kurun waktu 18 tahun (1995-2013) terutama pada remaja laki-laki persentase meningkat sebanyak 23,6% (13,7% menjadi 37,3%). Pada remaja perempuan pola prevalensi cenderung mengalami fluktuasi, namun meningkat 3 kali lipat yaitu sebanyak 2,8% (0,3% menjadi 3,1%) tahun 2013. Jika diamati lebih lanjut tahun 2013, proporsi menghisap rokok pada laki-laki lebih banyak daripada mengunyah tembakau (35,7% berbanding 1,6%), sedangkan pada perempuan sebaliknya. Proporsi perempuan yang mengunyah

tembakau lebih besar tujuh kali lipat dibandingkan menghisap rokok (2,7% berbanding 0,4%).



Gambar 1.2

Prevalensi tembakau kelompok remaja umur 15-19 tahun berdasarkan jenis kelamin di Indonesia

Menurut wilayah tahun 2013, provinsi Jawa Barat adalah provinsi dengan prevalensi merokok tertinggi di Indonesia (32,7%) dan melebihi angka nasional sebesar 29,3%, sedangkan prevalensi merokok terendah adalah provinsi papua (21,9%). Terdapat 13 provinsi yang mempunyai rata-rata nasional.

Tren prevalensi konsumsi tembakau di tiap provinsi berdasarkan jenis kelamin pada tahun 1995,2001, 2007, 20010 dan 2013. Prevalensi merokok berdasarkan jenis kelamin di tiap provinsi di Indonesia tahun 2013 , provinsi tertinggi merokok pada laki-laki usia 10 tahun keatas adalah provinsi Gorontalo (63,2%) dan prevalensi terendah adalah Provinsi Papua (37%). Sedgkan provinsi dengan prevalensi merokok tertinggi pada perempuan usia 10 tahun keatas adalah provinsi papua (4,7%). Sedangkan prevalensi terendah adalah di provinsi D.I Yogyakarta (0,6%).

Menurut wilayah daerah tempat tinggal, prevalensi konsumsi tembakau pada penduduk usia diatas 15 tahun meningkat dari tahun ke tahun. Peningkatan di daerah perkotaan lebih tinggi daripada daerah pedesaan (11,2% berbanding 9,4%) dalam 18 tahun terakhir (1995-2013). Secara umum, prevalensi merokok di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan, khususnya pada perempuan. Gambaran ini kemungkinan berkaitan dengan kebiasaan masyarakat perdesaan tertentu di Indonesia untuk konsumsi tembakau kunyah yang umumnya dilakukan kelompok usia lanjut.

Tabel 1.1 Prevalensi konsumsi Tembakau Penduduk umur ≥ 15 tahun berdasarkan Wilayah dan Jenis Kelamin di Indonesia Tahun 1995, 2001, 2004, 2007, 2010, 2013, dan 2013

	1995			2001			2004			2007			2010			2013		
	L	P	Tot	L	P	Tot	L	P	Tot	L	P	Tot	L	P	Tot	L	P	Tot
Perdesaan	58,3	2	29,5	67,0	1,5	34,0	66,8	4,7	36,5	69,2	6,3	36,6	70,1	5,3	37,4	69,4	8,6	38,9
Perkotaan	45,1	1,2	22,6	56,1	1,1	28,2	58,6	4,2	31,7	61,1	3,8	31,2	62,1	3,1	32,3	62,8	4,9	33,8
Total	53,4	1,7	26,9	62,2	1,3	31,5	63,1	4,5	34,4	65,6	5,2	34,2	65,9	4,2	34,7	66,0	6,7	36,3

Pola prevalensi konsumsi tembakau berdasarkan latar belakang pendidikan individu cenderung lebih tinggi pada kelompok penduduk berpendidikan rendah pada tahun 1995 dan flutuatif pada tahun berikutnya. Pola prevalensi konsumsi tembakau berdasarkan kuintil pada laki-laki dan perempuan usia 15 tahun keatas cenderung lebih tinggi pada kelompok kuintil rendah. Khusus untuk tahun 2013. Prevalensi konsumsi tembakau pada perempuan tertinggi pada kuintil I yaitu sebesar 14%

Pola umur mulai merokok di Indonesia, dengan persentase tertinggi mulai merokok usia 15-19 tahun atau dimasa sekolah (1995-2013). Tahun 2013 menunjukkan kenaikan yang cukup besar persentase mulai merokok yaitu hingga mencapai kurang lebih 14% pada kelompok usia 15-19 tahun dibandingkan tahun 2010. Demikian juga pada usia dewasa muda yaitu 20-24 tahun terjadi peningkatan jumlah kurang lebih 2% yaitu dari 14,6% tahun 2010 menjadi 16,3% tahun 2013. Berdasarkan jenis kelamin. Persentase mulai mengkonsumsi tembakau pada laki-laki sangat tinggi pada kelompok usia antara 15-19 tahun (57,3%). Sementara bagi perempuan persentase tersebut sangat tinggi pada kelompok usia 30 tahun keatas (31,5%)

2. Perokok pasif

Tahun 2007, 40,5% penduduk semua umur (91 juta) terpajan asap rokok didalam rumah. Sementara tahun 2010, prevalensi perokok pasif dialami oleh dua dari lima penduduk dengan jumlah berkisar 92 juta penduduk. Tahun 2013, jumlah ini meningkat menjadi sekitar 96 juta jiwa. Perempuan lebih tinggi (54%) dari pada laki-laki (24,2%) dan anak usia 0-4 tahun yang terpajan adalah 56% atau setara dengan 12 juta anak terpajan asap rokok.

3. Konsumsi tembakau kunyah

Di Indonesia pengguna tembakau selain untuk bahan baku rokok, juga digunakan sebagai campuran sirih untuk dikunyah. Secara umum, tembakau kunyah banyak dikonsumsi oleh perempuan dibandingkan laki-laki. Pola persentase menurut karakteristik tidak berbeda antara laki-laki dan perempuan.

Berdasarkan kebiasaan mengunyah tembakau, persentase penduduk yang mengunyah tembakau saat ini lebih banyak daripada yang mengunyah tembakau tiap hari. Hal ini karena mengunyah tembakau saat ini termasuk didalamnya penduduk mempunyai kebiasaan mengunyah tembakau kadang-kadang dan juga tiap hari. Pola tersebut sama baik pada kelompok laki-laki dan perempuan, kondisi ini harus segera mendapat perhatian selain masih tingginya persentase perokok aktif ditambah dengan cukup banyak juga yang menjadi pengunyah tembakau setiap hari atau kadang-kadang.

b. Epidemio Global akibat konsumsi tembakau

United Nations Summit on Non Communicable Disease, New York 19-20 september 2011 telah menegaskan, bahwa konsumsi tembakau disamping konsumsi alkohol, diet yang buruk, dan kekurangan kegiatan fisik merupakan empat faktor resiko utama bagi meningkatnya empat penyakit tidak menular utama yang semakin meningkat dan mengancam umat manusia secara global tersebut adalah penyakit kardiovaskular, kanker, obstruksi paru, dan diabetes.

Pada abad ke 20 ini diperkirakan bahwa produk tembakau dapat menyumbangkan kematian sebesar 100 juta kematian secara global dan apabila tidak diambil tindakan atau intervensi maka pada abad ke 21 diperkirakan mencapai 1 milyar kematian. Produk tembakau tersebut merupakan penyebab sekitar 2.41(1,8-3,5) juta kematian dinegara berkembang pada tahun 2000. Angka ini menunjukkan terjadinya peningkatan kematian

lebih dari satu juta dibandingkan kematian yang terjadi pada tahun 1990.

Badan kesehatan dunia (WHO) melaporkan bahwa pada tahun 2008 telah terdapat 1 miliar orang pengguna perokok tembakau diseluruh indonesia (WHO,2008). Konsumsi tembakau membunuh satu orang setiap detik (WHO,2002). Penyebab kematian satu dari dua orang perokok disebabkan oleh penyakit yang berhubungan dengan konsumsi rokok (Global Smoke Free Partnership, 2009). Organisasi kesehatan dunia ini memperkirakan bahwa separuh kematian tersebut terjadi di Asia, karena tingginya peningkatan penggunaan tembakau. Angka kematian akibat rokok di negara berkembang meningkat hampir 4 kali lipat 2,1 juta pada tahun 2000 menjadi 6,4 pada tahun 2030. Sementara itu pada negara tren angka kematian akibat konsumsi tembakau justru menurun yaitu 2,8 juta menjadi 1,6 juta dalam jangka waktu yang sama. Tingkat prevalensi perokok pria di negara berkembang juga lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara maju. Akan tetapi prevalensi untuk perokok perempuan lebih tinggi di negara maju dari pada negara berkembang.

Perokok mayoritas di negara maju dan negara berkembang adalah laki-laki yaitu mencapai 50% dan 35%. Sementara itu perokok wanita pada negara maju mencapai 22% lebih tinggi dibandingkan dengan negara berkembang 9%. Kematian satu diantara sepuluh orang dewasa sekarang ini dapat dipastikan berkaitan dengan rokok. Angka kematian terkait dengan rokok justru meningkat lebih cepat di negara miskin dan berkembang seperti indonesia.

WHO melaporkan bahwa dari 57 juta kematian yang terjadi pada tahun 2008, 36 juta diantaranya (hampir 2/3) adalah penyakit tidak menular yang terdiri dari penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes dan penyakit paru paru kronik. Dari 36 juta kematian terkait PTM, 80% diantaranya terjadi dinegara berkembang. Adapun penyebab kematian terkait PTM yang utama adalah penyakit kardiovaskular (17 juta kematian, 48%), kanker (7,6 juta kematian, 21%), penyakit pernafasan termasuk asma dan penyakit pulmonary obstruktif kronis (COPD) (4,2 juta kematian) serta diabetes 1,3 juta kematian (WHO, 2011).

Tragisnya seperempat kematian terkait PTM tersebut terjadi pada usia produktif yaitu dibawah 60 tahun, kebiasaan mengkonsumsi rokok adalah salah satu faktor resiko yang memicu meningkatnya Penyakit Tidak Menular selain diet yang tidak sehat, konsumsi alkohol dan kurangnya aktifitas fisik (WHO,2011). Diproyeksikan pada tahun 2030 penyakit tidak menular akan memberikan kontribusi angka kematian sebesar 75% dari total kematian secara global. Sedangkan kematian terkait dengan konsumsi rokok akan mencapai 8 juta orang pada tahun 2030 yang merupakan 10% dari total kematian secara global jika tidak ada intervensi yang dilakukan.

c. **Epidemi akibat rokok di Indonesia**

Indonesia merupakan negara ketiga dengan jumlah perokok tertinggi didunia setelah Cina dan India dengan prevalensi perokok 36,1% (Global Adult Tobacco Survey,2011). Dengan tingkat produksi rokok pada tahun 2012 telah mencapai 302,5 miliar batang (Sampoerna 2012) dan perkiraan jumlah penduduk mencapai 259 juta jiwa

(Kemendagri, 2011) maka terdapat 1166 batang rokok disetiap mulut orang Indonesia termasuk bayi yang baru lahir. WHO melaporkan bahwa Indonesia lebih dari 200.000 orang meninggal tiap tahunnya akibat penyakit yang disebabkan oleh mengkonsumsi produk tembakau (WHO,2008). Rokok dapat mengakibatkan penyakit kanker, penyakit jantung, impotensi, penyakit darah, enfisena, bronchitis kronik, dan gangguan kehamilan. Rokok juga merupakan penyebab dari enam penyakit penyebab kematian tertinggi didunia.

Prevalensi perokok di Indonesia terus mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun ketahun. Perubahan mencolok dapat dilihat dari dan prevalensi perokok dewasa sejak tahun 1995 hingga 2011. Jumlah perokok pria meningkat 14% dari 53,3% tahun 1995 menjadi 67,4% pada tahun 2011. Peningkatan tertinggi terjadi pada perokok perempuan yang meningkat menjadi 2,6 kali lipat dari 1,7 % pada tahun 1995 menjadi 4,5 % pada tahun 2011. Secara total jumlah perokok di Indonesia meningkat 9,1% dari 27% pada tahun 1995 menjadi 36,1% pada tahun 2011. Dengan jumlah penduduk Indonesia tahun 2010 adalah 237.556.363 orang maka jumlah absolut penduduk merokok sebanyak 59 juta orang. Dengan prediksi jumlah penduduk pada tahun 2012 sebanyak 259 juta maka pada tahun 2012, jumlah perokok saat ini tidak akan kurang dari 93 juta orang.

Pola prevalensi tidak berbeda sejak tahun 1995. Meskipun demikian terjadi kecenderungan umur mulai merokok usia 5-14 tahun meningkat dari 9,6% pada tahun 1995 menjadi 19,2% pada tahun 2010. Pada kelompok umur mulai 30 tahun keatas terjadi peningkatan yang cukup

tajam dari hasil survey tahun 2004 sebesar 1,82% menjadi 6,9% pada tahun 2007 dan 18,6% pada tahun 2010. Peningkatan dari 6,9% pada tahun 2007 menjadi 18,6% pada tahun 2010 kemungkinan berkaitan dengan merokok sebagai fungsi sosial pada usia produktif kerja. Kebiasaan merokok juga cenderung meningkat pada generasi muda khususnya pada usia 15-19 tahun. Perokok remaja pria meningkat 24,7% atau naik hampir dua kali lipat dari 13,7% pada tahun 1995 menjadi 38,4% pada tahun 2010. Sedangkan perokok perempuan meningkat berlipat 3 kali lipat dari 0,3% pada tahun 1995 menjadi 0,9% pada tahun 2010. Secara total prevalensi penduduk usia 15-19 tahun yang merokok meningkat 13,2% atau hampir 2 kali lipat pada tahun 1995 menjadi 20,3% pada tahun 2010.

Prevalensi merokok pada usia yang lebih muda atau usia sekolah (13-15 tahun) juga cenderung menunjukkan gambaran yang cukup mengkhawatirkan. Hasil GYTS tahun 2009 yang dilakukan di sekolah di 16 kabupaten dari 10 provinsi di pulau Jawa, Sumatra, Mentawai, Madura, menunjukkan bahwa perokok aktif adalah 41% pada laki-laki dan 3,5% pada perempuan. Hasil survei yang sama menunjukkan bahwa prevalensi kebutuhan merokok di pagi hari lebih tinggi pada perempuan (6,6%) dibandingkan laki-laki (4%).

Disamping itu, masih terdapat kesenjangan antara pengetahuan dan perilaku merokok. Pemahaman tentang bahaya merokok sudah relatif tinggi meskipun perilaku masih tinggi. Hasil GATS 2011 menunjukkan prevalensi populasi perokok aktif yang percaya bahwa merokok dapat menyebabkan penyakit serius sebesar 81,3%.

Diantara populasi perokok aktif diketahui bahwa 48,8% berencana untuk berhenti merokok (GATS, 2011). Fakta ini menunjukkan bahwa sudah adanya kebutuhan untuk program berhenti merokok dari perspektif masyarakat perokok. Hal ini menjadi bukti diperlukannya strategi yang dapat mendukung tersedianya program atau layanan berhenti merokok.

d. Tren penggunaan rokok elektrik

1. Keyakinan pengguna rokok elektrik akan manfaatnya

Rokok elektrik sangat populer di kalangan anak muda. Penggunaan rokok elektrik di kalangan remaja dan dewasa muda meningkat drastis dalam beberapa tahun terakhir. Pada Tahun 2015, lebih dari seperempat siswa di kelas 6 sampai 12 dan lebih dari sepertiga orang dewasa muda pernah mencoba rokok elektrik. Saat ini, lebih banyak siswa SMA menggunakan rokok elektrik daripada rokok biasa. Penggunaan rokok elektrik lebih tinggi di kalangan siswa SMA daripada orang dewasa (U.S. Department of Health and Human Services, etc., 2017).

Rokok elektrik sangat populer di kalangan remaja dan sekarang termasuk produk tembakau yang paling umum digunakan di kalangan pemuda di Amerika Serikat. Ketersediaannya yang mudah, iklan yang memikat, berbagai rasa *e-liquid*, dan keyakinan bahwa mereka lebih aman daripada rokok telah membuat para remaja lebih tertarik (National Institute on Drug Abuse, 2017). Penggunaan rokok elektrik di Indonesia pun mulai menjamur termasuk di Yogyakarta. Pengguna rokok elektronik di Indonesia pada tahun 2010-2011

mencapai 0,5% (Bam dkk, tahun 2014 dalam Damayanti, 2016). Beberapa penelitian tentang tren penggunaan rokok elektrik di Indonesia dapat disimpulkan bahwa faktor risiko penggunaan rokok elektrik pada remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor meliputi keterjangkauan biaya pembelian *e-liquid*, keterjangkauan rokok elektrik (nilai $p=0,000$), dukungan teman (nilai $p=0,000$), pendapatan responden (nilai $p=0,028$), sikap responden (nilai $p=0,039$), motivasi responden (nilai $p=0,023$), lingkungan responden (nilai $p=0,047$) dan dukungan kelompok referensi (nilai $p=0,040$) (Istiqomah, D.R., dkk, 2016; El Hasna, F. N. A., 2017; dan Damayanti, A., 2016).

Sebuah studi terhadap siswa sekolah menengah menemukan bahwa satu dari empat remaja melakukan *dripping*, yaitu sebuah praktik di mana orang memproduksi dan menghirup uap dengan meneteskan cairan secara langsung ke alat pembakaran yang terdapat pada rokok elektrik (National Institute on Drug Abuse, 2017). Berikut alasan remaja melakukan *dripping* seperti untuk menciptakan uap yang lebih tebal (63,5%), untuk memperbaiki rasa (38,7%), dan untuk menghasilkan tenggorokan yang lebih kuat - perasaan menyenangkan yang dihasilkan uap saat menyebabkan tenggorokan berkontraksi (27,7 %) (Villanti AC, etc., 2017 dalam National Institute on Drug Abuse, 2017).

Hal yang disayangkan adalah pengguna rokok elektrik meningkat namun memiliki pemahaman tentang rokok elektrik yang kurang seperti kandungan zat kimia, dampak kesehatan, kegunaan rokok elektrik

dan regulasi mengenai rokok elektrik di Indonesia. Hasil uji laboratorium untuk analisa kandungan zat pada rokok elektrik diperoleh bahwa nikotin cair dan tembakau yang dibakar dengan rokok elektrik cenderung tidak terdegradasi dibandingkan dengan sampel yang belum dibakar (Karim, 2016). Hasil penelitian lain yang sejalan menyatakan bahwa pemberian asap rokok elektrik pada mencit berdasarkan pengamatan secara mikroskopis menunjukkan ada kecenderungan asap rokok elektrik menyebabkan lumen alveolus melebar, hubungan antar alveolus merenggang dan sel-sel endotelium pada membrane tidak terlihat (Triana, N., 2013). Sehingga dapat disimpulkan bahwa rokok elektrik memberikan dampak negatif terhadap kesehatan.

Hasil penelitian lain menyatakan bahwa tingginya ketertarikan perokok tembakau untuk menggunakan rokok elektrik karena uap dan rasa yang dihasilkan lebih enak dibanding rokok tembakau (Shiffman, 2014 dalam Indra, M. F., 2015). Selain itu emosi responden yang merasa senang dan nyaman selama menggunakan rokok elektrik karena bertambahnya teman sosialisasi yang juga sama sama menggunakan rokok elektrik yang sedang menjadi tren gaya hidup (Indra, M.F., dkk, 2015). Komunitas pengguna rokok elektrik pun mulai bermunculan di kota-kota besar di Indonesia seperti Yogyakarta (PavyCommunity), Surabaya (Personal Vaporizer Surabaya), Semarang (Semarang Vaper Corner) dan Riau (Riau Vaper Cloud) (Damayanti, 2016; Indra, M. F., 2015 ; Istiqomah, 2016). Berdasarkan hasil studi pendahuluan, komunitas pengguna rokok elektrik

di Yogyakarta berjumlah 23 komunitas. Pavy Community merupakan induk dari berbagai macam komunitas pengguna rokok elektrik di Yogyakarta yang telah berdiri sejak tahun 2016.

2. Karakteristik remaja laki-laki pengguna rokok elektronik di Kota Denpasar tahun 2017

Hasil menunjukkan sebanyak 97,42% pengguna rokok elektronik di Denpasar adalah remaja kategori usia remaja akhir, yaitu 17-24 tahun. Rata-rata responden menggunakan rokok elektronik pada usia 19 tahun dimana responden telah menggunakan rokok elektronik sebagian besar selama satu tahun dengan persentase 39,35%. Dilihat dari riwayat penggunaan rokok konvensional, 81,94% responden pernah menggunakan rokok konvensional sedangkan 18,06% tidak pernah menggunakan rokok konvensional. Sebagian besar responden memilih menggunakan rokok elektronik sebagai upaya berhenti merokok yaitu sebanyak 66,45%, dimana dalam satu hari rata-rata responden menghisap rokok elektronik 5 kali sehari dan 64,52% responden memiliki riwayat keluarga menggunakan rokok elektronik. Berdasarkan hasil analisis bivariante yang dilakukan terdapat hubungan yang bermakna dengan $p=0.0012$ antara kepemilikan rokok dengan penghasilan. Semakin tinggi penghasilan maka semakin tinggi kecenderungan untuk membeli rokok elektronik. Selain itu, terdapat hubungan yang bermakna antara pengeluaran responden untuk merokok dengan tingkat penghasilan (nilai $p= 0,023$). Semakin tinggi tingkat penghasilan semakin besar kecenderungan pengeluaran untuk rokok elektronik.

Berdasarkan hasil di atas diketahui bahwa rokok elektrik dijadikan alternatif dalam upaya berhenti merokok oleh remaja laki-laki di Kota Denpasar. Sosialisasi terkait penggunaan rokok elektronik sangat diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan pengguna rokok elektronik. Selain itu juga diperlukan sosialisasi kepada perokok yang ingin berhenti merokok bahwa terdapat cara lain untuk berhenti merokok selain menggunakan rokok elektronik sehingga angka penggunaan rokok elektronik dapat ditekan (Artha dkk, 2017).

III. Evaluasi

1. Provinsi mana sajakah yang merupakan produksi tembakau terbesar di Indonesia?
2. Sebutkan empat faktor resiko utama bagi meningkatnya penyakit tidak menular utama ?
3. Sebutkan penyakit tidak menular apa saja yang dapat mengancam umat manusia secara global ?
4. Bagaimana keadaan perokok wanita di negara maju?
5. Usia berapakah yang sering menggunakan rokok ?

IV. Referensi

Artha, P.P.W. dan Kusuma M.A.P.N. 2017. Karakteristik Remaja Laki-Laki Pengguna Rokok Elektrik di Kota Denpasar Tahun 2017. Prosiding The 4th Indonesian Conference on Tobacco or Health. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang.

Damayanti, A., 2016, Penggunaan Rokok Elektrik di Komunitas Personal Vaporizer Surabaya, *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 4, No. 2, Hal 250-261

- El Hasna, F. N. A., Kusyogo C., Laksmono W., 2017, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Rokok Elektrik pada Perokok Pemula di SMA Kota Bekasi, *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, Vol. 5, No. 3 Hal. 548-557
- Indra, M. F., Yesi H. N., Sri U., 2015, Gambaran Psikologis Perokok Tembakau yang Beralih Menggunakan Rokok Elektrik (Vaporizer), *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan*, Vol. 2, No. 2 Hal 1285-1291
- Istiqomah, D. R., Kusyogo C., Ratih I., 2016, Gaya Hidup Komunitas Rokok Elektrik Semarang Vaper Corner, *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, Vo. 4, No. 2, Hal 203-212
- Karim, M. I dan Zulfi P., 2016, Urgensi Upaya Pengontrolan Rokok Elektrik di Masyarakat, *Prosiding, 3rd Indonesian Conference on Tobacco or Health, Suarakan Kebenaran : Selamatkan Generasi Bangsa*
- National Institute on Drug Abuse, 2017, E-Cigarette. Diambil dari [<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/electronic-cigarettes-e-cigarettes>] pada tanggal 13 Desember 2017
- Pusat Promosi Kesehatan. (2011). Informasi Tentang Penanggulangan Masalah Merokok Melalui Radio. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Tobacco Control and Support Center-IAKMI. (2014). Bunga Rampai – Fakta Tembakau dan Permasalahannya, Edisi V. Jakarta : Tobacco Control and Support Center-IAKMI
- Triana, N., Syafruddin I, Salomo H., 2013, Gambaran Histologis Pulmo Mencit Jantan (*Mus musculus*) Setelah Dipapari Asap Rokok Elektrik, *Saintia Biologi*, Vol 1, No 2
- U.S. Department of Health and Human Services, U.S Surgeon General, and U.S. Centers for Disease Control and

Prevention. 2017. The Fact on E-Cigarette Use Among Yout
and Young Adults. Diambil dari
[<https://ecigarettes.surgeongeneral.gov/default.htm>] pada
tanggal 13 Desember 2017

BAB II

APLIKASI PENGGUNAAN ILMU PERILAKU DAN PROMOSI KESEHATAN YANG BERKAITAN DENGAN PERILAKU MEROKOK

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa Mampu memahami Aplikasi *Theory Reason Action and Planed Behaviour*
- b. Mahasiswa Mampu memahami Aplikasi *Health Belive Model*
- c. Mahasiswa Mampu memahami Aplikasi *Trans Teoritical Methode (TTM)*

II. Isi Materi

a. Aplikasi *Theory Reason Action and Planed Behaviour*

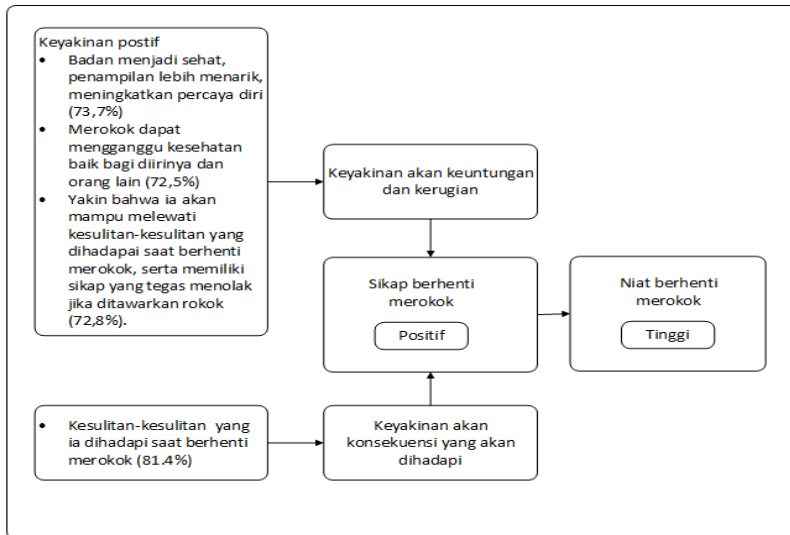
Sikap dipengaruhi oleh oleh dua hal, yaitu keyakinan akan keuntungan dan kerugian melakukan tindakan (*behavioural belief*) dan konsekuensi yang terjadi bila ia tidak melakukan tindakan (Priyoto, 2014). Keyakinan keuntungan dan kerugian siswa berhenti merokok adalah badan menjadi sehat, penampilan lebih menarik, meningkatkan rasa percaya diri (73,7%) dan dianggap tidak keren, sedangkan konsekuensi yang terjadi bila ia berhenti merokok adalah kesulitan-kesulitan yang ia

dihadapai saat berhenti merokok (81,4%). Dengan demikian, siswa yang memiliki keyakinan yang kuat bahwa hasil dari berhenti merokok adalah hal yang positif, maka ia akan memiliki sikap positif terhadap perilaku tersebut. Sikap positif terhadap berhenti merokok didasarkan pada keyakinan bahwa merokok dapat mengganggu kesehatan baik bagi dirinya dan orang sekitarnya (72,5%), yakin bahwa ia akan mampu melewati kesulitan-kesulitan yang dihadapi saat berhenti merokok, serta memiliki sikap yang tegas menolak jika ditawarkan rokok (72,8%). Sebaliknya, siswa yang memiliki keyakinan yang negatif terhadap perilaku tersebut, maka ia akan memiliki sikap negatif terhadap perilaku tersebut dan tidak menganggap bahwa rokok berbahaya terhadap kesehatannya. Sikap yang positif terhadap berhenti merokok akan cenderung membuat niat seseorang untuk berhenti merokok tinggi dan sikap yang negatif terhadap berhenti merokok akan cenderung membuat niat seseorang untuk berhenti merokok rendah (Jatmika dan Angaraini, 2018).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menunjukkan bahwa sikap (*attitude toward behaviour*) memberikan kontribusi secara signifikan terhadap pembentukan intensi berhenti merokok (Devitarani, 2016). Penelitian berikutnya juga menunjukkan terdapat hubungan sikap dengan niat berhenti merokok ($p < 0,05$) pada pengunjung Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Semarang (Ahmad, 2012). Begitu halnya dengan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa secara khusus sikap mempengaruhi niat perilaku berhenti merokok dengan nilai beta 0,170

(Anggunia, 2009). Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara sikap responden dengan niat berhenti merokok ($p < 0,05$) pada pegawai laki-laki di Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang (Hernawily, 2015). Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa sikap tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap niat berhenti merokok (Adawiyah, 2015).

Aplikasi penggunaan *Theory of Reasoned Action and Plan Behaviour* disajikan pada Gambar 2.1 sebagai berikut :



Gambar 2.1 Aplikasi penggunaan *Theory of Reasoned Action and Plan Behaviour*

Kesiapan untuk berubah dan dinamik dari tahapan-tahapan perubahan yang dikenal dengan *Theory of Trans Theoretical Model*. Tahapan perubahan meliputi tahap *precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance,*

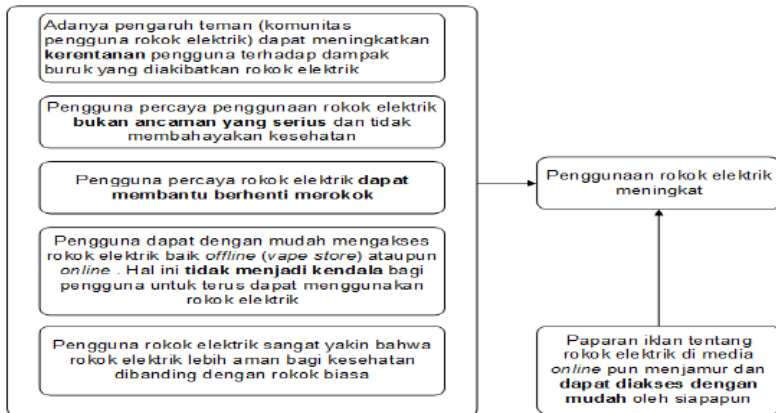
recycling dan relapse. Sikap positif yang dimiliki siswa mengenai berhenti merokok sudah berada pada tahap perenungan (*contemplation*), dimana siswa sudah memiliki kesadaran bahwa merokok merupakan masalah dan telah mempertimbangkan untuk menerima perubahan dari perilaku merokok menjadi berhenti merokok. Upaya intervensi yang dapat dilakukan pada siswa yang memiliki niat tinggi berhenti merokok yaitu memberikan dukungan, memberikan penghargaan (*reward*) untuk perjuangan dan setiap keberhasilan yang telah dilakukan siswa dalam upaya nya berhenti merokok. Sedangkan siswa yang memiliki niat rendah berhenti merokok dapat diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan mengenai dampak rokok terhadap diri sendiri dan keluarga, keuntungan berhenti merokok dari segi kesehatan dan finansial, serta tantangan yang dihadapi saat berhenti merokok (Direktorat PP dan PL, 2017).

b. Aplikasi *Health Belive Model*

Penelitian ini menggunakan konsep teori *Health Belief Model* sebagai dasar kajian penggunaan rokok elektrik di kalangan dewasa muda meliputi kerentanan penggunaan rokok elektrik, keseriusan, manfaat, kendala, *cues to action* dan efikasi diri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 34,5% responden memiliki separuh lebih teman yang menggunakan rokok elektrik. Sebagian besar responden tergabung dalam komunitas pengguna rokok elektrik. Keberadaan komunitas pengguna rokok elektrik dapat saling mempengaruhi antar anggota. Adanya pengaruh teman dapat meningkatkan kerentanan pengguna terhadap dampak buruk yang diakibatkan rokok elektrik. Pengguna

memahami adanya kandungan nikotin pada rokok elektrik (94,8%) namun memiliki pemahaman yang salah tentang dampak rokok elektrik yang dapat mengakibatkan kecanduan (47%). Artinya pengguna percaya penggunaan rokok elektrik bukan ancaman yang serius dan tidak membahayakan kesehatan. Sangat disayangkan bahwa pengguna mempercayakan diri pada rokok elektrik untuk membantu berhenti merokok (39,8%) dan pengguna dapat dengan mudah mengakses rokok elektrik baik *offline* (*vape store*) ataupun *online* (95,7%). Hal ini tidak menjadi kendala bagi pengguna untuk terus dapat menggunakan rokok elektrik. Paparan iklan tentang rokok elektrik di media *online* pun menjamur dan dapat diakses dengan mudah oleh siapapun (90,5%). Sayangnya, informasi tentang rokok elektrik yang dipaparkan merupakan informasi yang kurang tepat. Hal ini dapat mengakibatkan pemahaman yang salah pada orang yang mengakses. Dampaknya bisa mempengaruhi efikasi diri pada seseorang. Yang terjadi, pengguna rokok elektrik sangat yakin bahwa rokok elektrik lebih aman bagi kesehatan dibanding dengan rokok biasa (53%) (Maulana dan Jatmika, 2017).

Aplikasi penggunaan teori *Health Belief Model* disajikan pada Gambar 2.2 sebagai berikut :



Gambar 2. 2 Aplikasi penggunaan teori *Health Belief Model*

c. Aplikasi Trans Teoritical Methode (TTM)

1. Tahapan perubahan perilaku

Kesiapan untuk berubah dan dinamik dari tahap perubahan dikembangkan oleh Prochaska Norcross dna Diclemente (1994). Tahapan tersebut adalah :

a. Tahap pra perenungan (precontemplation)

Pada tahap ini klien masi menyangkal atau belum menyadari perlunya upaya berhenti merokok. Klien tidak punya pikiran utnuk berhenti merokok, klien menggunakan penyengkalan sebagai mekanisme pertahanan diri utama.

Tahap ini merupakan taraf kesiapan paling rendah untuk berubah, pada tahap ini strategi yang paling baik adalah memberikan informasi, membentuk trust dan menjauhkan keraguan.

Tugas konselor pada tahap ini adalah

- 1) Konselor dapat mendidik klien mengenai efek dari perilaku merokok, efek adiksi nikotin bahaya yang berhubungan dengan adiksi nikotin.
- 2) Konselor membangkitkan keinginan klien untuk sebuah gaya hidup yang berbeda mengidentifikasi hambatan untuk kesembuhan dan membantu klien mengidentifikasi cara untuk memperkuat harga diri.
- 3) Konselor melakukan pendekatan 5Rs untuk klien yang masih menolak atau belum ingin berhenti merokok
 - a) Relavance : diskusikan dampak rokok terhadap kesehatan diri sendiri dan keluarga seabagi perokok pasif
 - b) Risk : diskusikan dampak negatif dari rokok
 - c) Rewards : diskusikan keuntungan dari berhenti merokok dari segi kesehatan finansial
 - d) Roadblocks : tanyakan tantangan yang dihadapi pada saat berhenti merokok
 - e) Repetition : berikan perhatian tanyakan status dan keluhan secara terus menerus

b. Tahap perenungan (Contemplation)

Ditahap ini klien sudah memiliki kesadaran bahwa merokok merupakan masalah. Klien mempertimbangkan menerima atau menolak perubahan perilaku dalam mengatasi masalahnya tersebut. Sebuah pertanyaan yang masuk akal pada

tahap ini adalah “Apakah berhenti merokok akan berguna bagi saya ?”, “Bagaimana akibatnya bila saya tidak berhenti merokok?”

Tugas konselor :

- 1) Memelihara proses perubahan dengan memberikan dukungan
- 2) Memberikan umpan balik, melakukan konfrontasi dengan ramah, lemah lembut humor
- 3) Memberikan penghargaan untuk perjuangan dan keberhasilan klien
- 4) Konselor melakukan pendekatan 5Rs yang masih menolak berhenti merokok sebagai berikut :
- 5) Relavance : diskusikan dampak rokok terhadap kesehatan diri sendiri dan keluarga seabagi perokok pasif
- 6) Risk : diskusikan dampak negatif dari rokok
- 7) Rewards : diskusikan keuntungan dari berhenti merokok dari segi kesehatan finansial
- 8) Roadblocks : tanyalan tantangan yang dihadapi pada saat berhenti merokok
- 9) Repetition : berikan perhatian tanyakan status dan keluhan secara terus menerus

c. Tahap persiapan (preparation)

Tahap ini klien memutuskan untuk berubah. Klien tidak hanya mengakui adanya masalah dan kebutuhan untuk melakukan sesuatu akan masalahnya terati juga memutuskan untuk memulai berhenti merokok

Tugas konselor :

- 1) Membantu klien untuk melakukan upaya berhenti merokok
- 2) Mengidentifikasi hambatan yang ada
- 3) Membantu klien untuk merencanakan berhenti merokok

d. Tahap aksi (action)

Tahap ini awal dari berhenti merokok yang dilakukan oleh klien. Dalam tahap ini klien secara aktif terlihat didalam proses berhenti merokok. Pada tahap ini klien dapat bekerjasama dengan konselor untuk mengevaluasi, merencanakan dan mengimplementasikan sebuah rencana konseling.

Tugas utama konselor adalah mendukung upaya berhenti merokok dan menguatkan komitmen klien, selain itu klien dapat mengidentifikasi faktor yang mencetuskan kekambuhan

e. Tahap mempertahankan (maintenance)

Dalam tahap ini klien sudah dalam proses berhenti merokok. Klien mempelajari perilaku yang dapat mendukung mereka untuk bebas dari perilaku merokok yang merugikan

Tugas konselor :

Konselor harus mengenali ketidaknyamanan yang dialami klien selama melakukan upaya berhenti merokok. Gejala akibat putus nikotin yang timbul selama proses berhenti merokok harus disampaikan dan dibantu mengatasinya. Sebuah pertanyaan mendasar pada tahap ini adalah “apa yang dapat menolong anda ketika menghadapi masalah itu?”. disini tahap mempertahankan tidak mempunyai

batasan khusus tapi secara optimal terus berlangsung selama hidup klien. Beberapa klien bahkan akan membutuhkan pertolongan seperti :

- 1) Melakukan komunikasi yang efektif dan cara untuk memecahkan masalah yang dihadapi dalam upaya berhenti merokok
- 2) Pada saat maintenance ini disampaikan beberapa kegiatan yang bersifat positif untuk mengatasi perilaku merokok selama ini misalnya berolah raga, berkebun, melukis dan menulis
- 3) Dukungan anggota keluarga untuk menciptakan lingkungan rumah yang kondusif dalam upaya dalam mempertahankan berhenti merokok.

f. Kekambuhan (recyclin and relapse)

Pada tahap ini klien kembali merokok setelah berhasil berhenti merokok untuk beberapa waktu. Kekambuhan berarti bahwa upaya berhenti merokok gagal dan belum menerap karena klien berada pada situasi risiko tinggi misalnya tidak mendapat dukungan sosial dari anggota keluarganya ataupun lingkungannya. Situasi berisiko ini membuat klien tergelincir kembali ketahap yang lebih rendah.

Tugas koselor yakni membantu klien untuk menghadapi ambibelansi, mengevaluasi komitmen untuk berhenti merokok, mengidentifikasi dan mengatasi hambatan yang ada. Sebuah pertanyaan penting untuk diakjukan pada tahap ini adalah “apakah tujuan dari upaya berhento merokok saat ini”

III. Evaluasi

1. Sebutkan tahapan Trans Teoritical Methode (TTM)
2. Sebut dan jelaskan pendekatan 5Rs
3. Apa saja tugas konselor pada tahap mempertahankan /maintenance?
4. Apa saja tugas konselor pada tahap aksi/action?
5. Bagaimana cara konselor dalam menghadapi klien yang relapse?

IV. Referensi

- Adawiyah, D.R.A., 2015. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Intensi Berhenti Merokok pada Dewasa Awal. Proceeding 2nd Indonesian Conference on Tobacco or Health. Fakultas Psikologi UIN Syarif Hidayatullah. Jakarta
- Ahmad, M. 2012. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Niat Berhenti Merokok Pada Pengunjung Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Semarang Tahun 2012. Skripsi. Semarang: Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro
- Anggunia, K.R, 2009. Peranan Sikap, Norma Subjektif dan Perceived Behavioral Control (PBC) terhadap Intensi Berhenti Merokok pada Perokok Mahasiswa UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Skripsi. Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Syaruf Hidayatullah. Jakarta
- Devitarani, L. 2016. Intensi Berhenti Merokok pada Mahasiswa Perokok di Universitas Padjadjaran Jatinangor. Jurnal. Bandung: Universitas Padjadjaran
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2016). Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Edisi II. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak

- Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular .
(2017). Petunjuk Teknis Konseling Berhenti Merokok pada Anak Usia Sekolah/Madrasah, Bagi Guru Pembina Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M). Jakarta : Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Hernawily., Amperaningsih, Y. 2015. Hubungan Sikap Dan Norma Subyektif Dengan Niat Berhenti Merokok Pada Pegawai Laki-Laki di Poltekkes Tanjungkarang. *Jurnal Keperawatan*. Volume XI, No. 2, Oktober 2015. ISSN 1907 – 0357. Hal. 293-298
- Jatmika S.E.D dan Anggaraini, R., 2018. Sikap Sebagai Determinan Penting dari Niat Untuk Berhenti Merokok pada Siswa. *Prosiding. The 5th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Uniting Indonesia for Tobacco-Free Generation.*
- Muchsin M dan Jatmika, S.E.D. 2018. Penggunaan Rokok Elektrik dan Keyakinan Pengguna akan Manfaatnya : Kajian Perilaku Kesehatan berdassarkan Konsep Health Belief Model. *Buku Program. The 5th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Uniting Indonesia for Tobacco-Free Generation.*
- Priyoto. 2014. *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan.* Yogyakarta: Nuha Medika. Hal. 31-141

BAB III

FAKTOR RISIKO

PERILAKU MEROKOK

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa Mampu memahami faktor risiko perilaku merokok berdasarkan teori *precede and proceed*
- b. Mahasiswa mampu memahami hasil penelitian terkait faktor risiko perilaku merokok

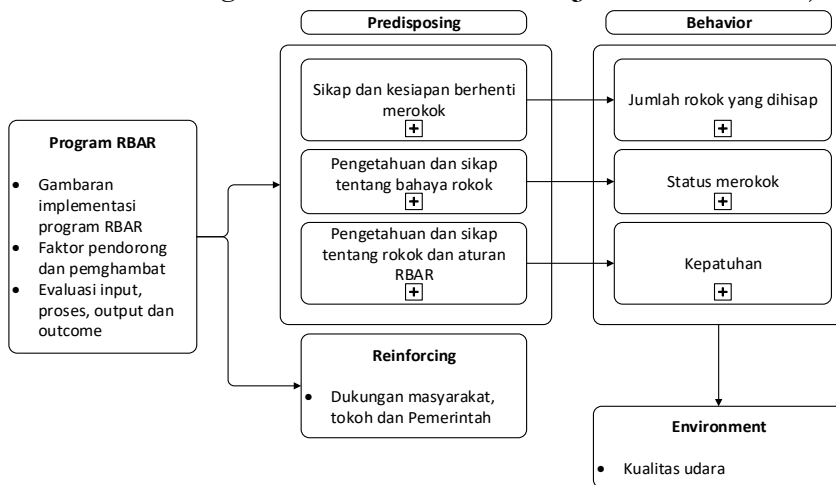
II. Isi Materi

- a. Faktor Risiko Perilaku Merokok Berdasarkan Teori *Precede and Proceed*

Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (behaviour causes) dan faktor diluar perilaku (non behaviour causes). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor. Pertama, faktor prediposisi (predisposing faktor) mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial, dan unsur lain. Kedua, faktor Pendukung (enabling faktor) mencakup umur, status sosial ekonomi, pendidikan, dan sumber daya manusia. Faktor ini menyangkut ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat dan keterjangkauan berbagai sumber daya seperti biaya, jarak, ketersediaan

transportasi, dan sebagainya. Ketiga, faktor pendorong (reinforcing faktor) mencakup faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap dari tokoh masyarakat, tokoh agama, petugas kesehatan, keluarga, dan teman-teman (Notoatmodjo, 2010).

Pada penelitian ini menggambarkan evaluasi program Rumah Bebas Asap Rokok (RBAR) untuk mengetahui optimalisasi program RBAR berdasarkan evaluasi input, proses dan output. Faktor predisposisi pada penelitian ini berupa sikap dan kesiapan berhenti merokok, pengetahuan dan sikap tentang bahaya rokok, pengetahuan dan sikap tentang rokok dan aturan RBAR. Sedangkan faktor pendukung berupa dukungan masyarakat, tokoh dan pemerintah. Kondisi kualitas udara juga dilakukan pengukuran untuk melihat perbedaan kualitas udara pada rumah dengan RBAR dan non RBAR (Jatmika dkk, 2018).



Gambar 3.1 Aplikasi penggunaan teori preceed dan proceede

b. Hasil Penelitian Terkait Faktor Risiko Perilaku Merokok

Berikut ini adalah beberapa contoh hasil penelitian terkait factor risiko perilaku merokok

1. Pengaruh budaya, penghasilan orang tua dan media massa terhadap pengetahuan remaja tentang rokok

Pada penelitian ini aspek ekonomi, budaya, dan peran media massa merupakan variabel yang mempengaruhi pengetahuan remaja. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa ekonomi, budaya, peran media massa berpengaruh secara signifikan terhadap pengetahuan remaja (Irwan, 2017). Penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa remaja cenderung untuk membangun pengetahuannya dari informasi yang mereka dapat dari media massa, teman, maupun orang tua. Remaja menggabungkan pengalaman dan pengamatan mereka, untuk membentuk pengetahuan remaja dapatkan dari sumber informasi karena tambahan informasi akan mengembangkan pemahaman mereka tentang suatu pengetahuan. Sehingga makin banyak informasi yang didapat dari media massa tingkat pengetahuan seseorang akan semakin tinggi (Santrock, JW, 2003 dalam Irwan, 2017).

Peranan budaya terhadap pengetahuan remaja signifikan, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang meneliti tentang efikasi dari intervensi perilaku remaja sebuah meta analisis. Hasil penelitian variabel budaya, gender, pemberdayaan, dan keterampilan adalah prediktor signifikan terhadap variabel pengetahuan remaja perempuan Afrika-

Amerika dan sangat berkorelasi dengan satu sama lain (Nicole Crepaz, dkk 2000 dalam Irwan, 2017).

2. Efektivitas peringatan kesehatan bergambar pada rokok terhadap perilaku merokok remaja di Bali

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peringatan kesehatan bergambar efektif secara bermakna (nilai $p=0,01$) mengurangi jumlah batang rokok yang dikonsumsi perhari oleh remaja yaitu dari rata-rata konsumsi 15 batang menjadi 10 batang perhari. Kepedulian remaja terhadap bahaya merokok bagi kesehatan semakin meningkat setelah melihat *Pictorial Health Warning* (PHW) pada bungkus rokok sehingga gambar yang digunakan menjadi efektif. Sebesar 45,9% remaja memiliki keinginan untuk berhenti merokok setelah melihat PHW yang ada di bungkus rokok. Hal ini merupakan efek yang sangat baik (Suarjana dkk, 2017).

3. Hubungan peringatan kesehatan bergambar (PKB) pada bungkus rokok terhadap perilaku merokok remaja

Sebuah model *The Extended Parallel Process Model* (EPPM) yang dikembangkan oleh Kim Witte (1992) menjelaskan kapan dan bagaimana fear appeal dapat berpengaruh ataupun tidak. Pesan Kesehatan Bergambar sudah diterapkan pada seluruh produsen rokok di Indonesia untuk memberikan rasa takut atau pencegahan masyarakat untuk merokok khususnya terhadap anak-anak. Model ini terdiri dari lima komponen utama, yaitu :

a) Kesan menakutkan terhadap PKB

Kesan yang menakutkan merupakan pesan persuasive yang berusaha memunculkan rasa takut dengan menggambarkan ancaman serius yang mungkin terjadi pada seseorang. Pesan persuasive dalam penelitian ini adalah dengan menunjukkan gambar-gambar yang ada pada bungkus rokok kemudian responden memilih gambar yang paling menakutkan, gambar yang bisa menyemangati perokok untuk berhenti merokok, gambit yang bisa meyakinkan diri untuk tidak mulai merokok, gambar yang meyakinkan mantan perokok untuk tetap berhenti dan gambar yang paling memberikan informasi bahaya yang ditimbulkan rokok.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk gambar yang paling menakutkan sebagai besar siswa memilih gambar dengan kankeparu sebanyak 70% sedangkan hanya 3,6% saja yang menjawab gambar orang yang merokok dengan asap berbentuk tenggorokan (Rukmana dkk, 2017). Sama halnya dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa persepsi responden mengenai gambar yang paling menakutkan dari semua gambar adalah gambar kanker paru sebesar 73,9% (Fauziah dkk, 2017).

Persepsi kesan menakutkan agar perokok bisa berhenti merokok menunjukkan bahwa responden memilih gambar kanker paru sebesar 49,3% (Fauziah dkk, 2017). Hal yang sama juga didapatkan pada hasil penelitian lain yang

menunjukkan bahwa gambar kanker paru merupakan jawaban tertinggi responden yaitu sebesar 60,9% (Rukmana dkk, 2017).

Kemudian kesan menakutkan ada pesan kesehatan bergambar yang dapat meyakinkan diri untuk tidak mulai merokok yaitu sebanyak 60,9% masih menjawab gambar dengan kanker paru (Rukmana, 2017). Senada dengan penelitian lainnya pun menyatakan gambar kanker paru membuat anak muda tidak mulai merokok dengan persentase 50% (Fauziah dkk, 2017)

Persepsi berikutnya mengenai kesan menakutkan agar mantan perokok tetap berhenti merokok yaitu pada gambar kanker paru sebesar 49,3% (Fauziah dkk, 2017). Hal yang sama dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa responden memilih gambar kanker paru yaitu sebesar 59,1% (Rukmana dkk, 2017)

Persepsi terakhir adalah pesan kesehatan bergambar yang memberi kesan menakutkan dan paling memberikan informasi bahaya merokok adalah kanker paru yaitu sebesar 69,1% (Rukmana dkk, 2017). Hasil yang sama menunjukkan bahwa responden memilih gambar kanker paru yaitu sebesar 63,8% (Fauizah dkk, 2017).

b) Rasa takut

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebesar 94,2% responden timbul rasa takut setelah melihat PKB (Fauziah, 2017). Hasil yang sama diperoleh sebesar 90,9% responden menjawab takut terhadap gambar tersebut (Rukmana dkk,

2017). Rasa takut merupakan perasaan negative yang muncul setelah melihat peringatan kesehatan bergambar termasuk rasa ngeri, jijik, dan perasaan tidak nyaman.

c) Persepsi Ancaman

Persepsi terhadap ancaman terdiri dari dua dimensi yaitu persepsi kearah dan persepsi kerentanan. Persepsi responden terhadap kerentanan merupakan keyakinan responden terhadap informasi akan risiko terkena dampak rokok seperti yang ditunjukkan pada PKB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebesar 93,6% responden memiliki keyakinan merokok akan menyebabkan penyakit seperti pada gambar (Rukmana dkk, 2017). Hasil penelitian serupa menunjukkan bahwa sebesar 92,8% responden memiliki keyakinan bahaya rokok baik pada perokok aktif maupun pasif sesuai dengan penyakit yang terdapat pada bungkus rokok (Fauziah dkk, 2017).

Sedangkan persepsi mengenai ancaman keparahan merupakan keyakinan responden menunjukkan hasil bahwa sebesar 98,6% responden memiliki keyakinan penyakit yang timbul pada perokok sesuai dengan penyakit yang tercantum dalam PKB bungkus rokok (Fauziah dkk, 2017).

Sedangkan persepsi responden terhadap kerentanan merupakan keyakinan informasi akan keparahan ancaman yang ditunjukkan dalam PKB seperti pada gambar di bungkus rokok. Hasil

penelitian menunjukkan bahwa sebesar 92,8% responden memiliki keyakinan bahwa baik perokok aktif maupun pasif akan terkena penyakit seperti pada gambar di bungkus rokok (Fauziah dkk, 2017). Hal ini pun senada dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa sebesar 92,7% responden memiliki keyakinan baik perokok aktif maupun pasif akan terkena penyakit seperti yang terdapat pada gambar di bungkus rokok (Rukmana dkk, 2017)

d) *Self efficacy*

Self efficacy pada penelitian ini merupakan keyakinan responden jika menghindari perokok maka akan terhindar dari penyakit seperti gambar pada bungkus rokok. Hasilnya menunjukkan bahwa sebesar 80% responden meyakini hal tersebut (Rukmana dkk, 2017). Hasil penelitian serupa menunjukkan bahwa sebesar 93,5% merasa dalam bahaya apabila berada di lingkungan yang terdapat asap rokok (Fauziah dkk, 2017).

e) Respon

Respon yang dimaksud pada penelitian adalah perubahan baik sikap, niat ataupun perilaku seseorang ke arah positif (berkaitan dengan kebiasaan merokok) setelah melihat PKB. Dalam penelitian ini respon tersebut merupakan motivasi responden untuk tidak merokok setelah melihat PKB. Hasilnya menunjukkan bahwa sebesar 71,8% responden menjawab termotivasi setelah

melihat PKB(Rukmana dkk, 2017). Hal serupa juga didapatkan pada penelitian lain yang menunjukkan bahwa sebesar 98,6% responden merasa termotivasi untuk tidak memulai merokok atau berhenti merokok (Fauziah dkk, 2017).

4. Gambaran pemahaman, persepsi, dan penggunaan rokok elektrik pada siswa sekolah menengah atas di Kota Denpasar

Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa sumber informasi terbanyak terkait rokok elektronik dari media elektronik (68,5%) dan teman (50,5%). Proporsi pengguna rokok elektrik pada siswa SMA di Kota Denpasar yaitu sebesar 20,5%. Proporsi pengguna rokok elektrik tersebut lebih banyak ditemukan pada siswa laki-laki (43,8%) dibandingkan perempuan (6,0%), siswa dengan pemahaman cukup (64,5%) dibandingkan pemahaman kurang (0,7%), siswa dengan persepsi mendukung penggunaan rokok elektrik (20,7%) dibandingkan yang tidak (14,3%), pernah menggunakan rokok konvensional (94,7%) dibandingkan yang tidak pernah (3,1%), dan memiliki teman pengguna rokok elektrik (44,8%) dibandingkan yang tidak (1,8%). Penggunaan rokok elektrik pada siswa SMA di Kota Denpasar cukup tinggi dengan masih rendahnya pemahaman tentang rokok elektrik (Putra dkk, 2017).

5. Faktor yang mempengaruhi merokok elektrik pada siswa sekolah menengah atas swasta di Kota Denpasar

Berdasarkan hasil penelitian rata-rata umur subjek adalah 16 tahun dan semuanya berjenis kelamin laki-

laki. Proporsi siswa yang pernah mencoba-coba menggunakan rokok elektrik sebesar 61,38 % (72 orang) dan yang tetap atau aktif merokok elektrik sebesar 25,29% (44 orang). Berdasarkan hasil analisis, faktor-faktor yang mempengaruhi merokok elektrik pada Siswa SMA swasta di Denpasar adalah siswa yang tidak percaya merokok berbahaya terhadap kesehatan berpeluang 2,8 kali untuk merokok elektrik secara aktif dibandingkan yang percaya (95%CI 1,6-4,8). Siswa yang mempunyai keluarga merokok berpeluang 2,5 kali untuk merokok elektrik dibandingkan yang tidak punya, serta siswa yang mempunyai teman merokok berpeluang 2,6 kali untuk merokok elektrik dibandingkan yang tidak punya. Untuk itu penting edukasi yang dapat meyakinkan mereka tentang bahaya rokok elektrik dan intervensi melalui pendekatan keluarga serta teman sebaya (Devhy dkk, 2017).

6. Deskripsi perilaku merokok e-cigarette dan konvensional pada anak sekolah di Kota Surabaya

Hasil penelitian ini menunjukkan anak sekolah masih merokok 6,8%, pernah merokok 26,2 % sedangkan anak yang pernah menghisap e-cigarette sebanyak 97 anak (25,2%). Usia pertama kali merokok antara 4 – 15 tahun. Paling banyak usia pertama kali merokok usia 10 tahun sebanyak 26,8%. Dorongan pertama kali merokok dipengaruhi paling banyak ajakan kawan 69,3 % selanjutnya iklan 11,5%. Dorongan pertama kali menggunakan e-cigarette banyak ajakan kawan 77,8% selanjutnya setelah melihat orang menggunakan e cigarette sebanyak 7,1%.

Anak sekolah seharusnya tidak diperbolehkan untuk merokok. Penting adanya regulasi yang ditegakkan secara tegas untuk melindungi anak sekolah dari bahaya rokok (Artanti dkk, 2017).

III. Evaluasi

1. Jelaskan apa peran pemerintah untuk melindungi anak sekolah dari bahaya rokok ?
2. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Putra dkk, bagaimanakah karakteristik penggunaan rokok elektrik pada siswa sekolah menengah atas di Kota Denpasar?
3. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Devhy dkk, factor apa sajakah yang mempengaruhi merokok elektrik pada Siswa SMA swasta di Denpasar ?
4. Sebutkan lima komponen model *The Extended Parallel Process Model* (EPPM) !
5. Sebutkan faktor predisposisi yang dapat diteliti dalam evaluasi rumah bebas asap rokok !

IV. Referensi

- Artanti K.D., Widati S., Martini S., Megatsari H., Nugroho P.A., 2017. Deskripsi Perilaku Merokok E-Cigarette dan Konvensional pada Anak Sekolah di Kota Surabaya. *Prosiding. The 4th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang*
- Devhy N.L.P. dan Yundari, A.A.I.D.H. 2017. Faktor yang Mempengaruhi Merokok Elektrik pada Siswa Sekolah Menengah Atas Swasta di Kota Denpasar. *Prosiding. The 4th*

- Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang
- Fauziah M., Zahra H., dan Handari S.R.T. 2016. Hubungan Pengetahuan Peringatan Kesehatan Bergambar (PKB) pada Bungkus Rokok Terhadap Perilaku Merokok Siswa Kelas V di SD Negeri Rempoa 02 Kota Tangerang Selatan. *Prosiding. The 3rd Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Suarakan Kebenaran; Selamatkan Generasi Bangsa.*
- Irwan, 2017. Model Analisis Faktor Risiko Perilaku Merokok pada Remaja di Kota Gorontalo. *Prosiding. The 4th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang.*
- Jatmika S.E.D., Maulana M., Kuntoro, Martini S., 2018. Evaluasi Rumah Bebas Asap Rokok di Lingkungan RW Kota Yogyakarta. *Laporan Penelitian. Yogyakarta : Universitas Ahmad Dahlan.*
- Putra I.G.N.E., Putra I.M.R., Prayoga D.G.A.R dan Astuti P.A.S., 2017. Gambaran Pemahaman, Persepsi dan Penggunaan Rokok Elektrik pada Siswa Sekolah Menengah Atas di Kota Denpasar. *Prosiding. The 4th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang.*
- Rukmana Y.I., Fauziah M., dan Asmuni A. 2016. Hubungan Peringatan Kesehatan Bergambar (PKB) pada Bungkus Rokok terhadap Perilaku Merokok Remaja pada Siswa MTS Daar El-Azhar Rangkasbitung, Lebak, Banten Tahun 2016. *Prosiding. The 3rd Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Suarakan Kebenaran; Selamatkan Generasi Bangsa.*
- Suarjana K., Duana M.K., Mulyawan K.H., Artawan W.G., dan Kurniasari M.D., 2016. Efektivitas Peringatan Kesehatan

Bergambar pada Rokok Terhadap Perilaku Merokok Remaja di Bali. *Prosiding*. The 3rd Indonesian Conference on Tobacco Control or Health. Suarakan Kebenaran; Selamatkan Generasi Bangsa.

BAB IV

DAMPAK KONSUMSI ROKOK BAGI KESEHATAN

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa Mampu memahami Karakteristik asap rokok
- b. Mahasiswa mampu memahami Masalah kesehatan akibat konsumsi rokok
- c. Mahasiswa mampu memahami Masalah terakit konsumsi rokok lainnya
- d. Mahasiswa mampu memahami Pengeluaran rumah tangga untuk rokok
- e. Mahasiswa mampu memahami Rokok dan kemiskinan

II. Isi Materi

a. Karakteristik asap rokok

Rokok dan produk tembakau yang dikonsumsi manusia umumnya merupakan daun tanaman (*Nicotina tabacum*, *nicotina rustica*, dan spesies lainnya) yang dibakar, dihisap, dihirup atau dikunyah. Terdapat 2550, bahan kimia dalam daun tembakau olahan. Beberapa bahan kimia cepat menimbulkan gangguan kesehatan, kerusakan paru, dan melemahnya stamina. Bila dibakar, asap rokok mengandung sekitar 4000 zat kimia, 43 diantaranya beracun seperti nikotin (pestisida), CO (gas beracun), tar

(pelapis aspal), arsen (racun semut), DDT (Insektisida), HCN (gas racun), formalin (pengawet mayat), ammonia (pembersih lantai), cadmium (batu baterai) dan sejumlah bahan radio aktif.

b. Masalah kesehatan akibat konsumsi rokok

Produk tembakau apapun bentuknya berbahaya untuk kesehatan perorangan dan kesehatan masyarakat. Bahaya terhadap kesehatan perorangan dibedakan atas perokok aktif dan pasif.

Pada perokok aktif, bahaya mengancam segenap organ tubuh dengan gangguan fungsi hingga kanker seperti pada jantung dan pembuluh darah (penyakit jantung koroner dan pembuluh darah), saluran pernafasan (PPOK, asma dan kanker paru), saluran cerna (kanker mulut , kanker lidag dan kanker nasofaring), dan gangguan sistem reproduksi dan kehamilan (kecacatan janin, keguguran, infeksi panggul, dan kanker serviks) serta organ lainnya. Perokok pasif terancam mengalami gangguan fungsi hingga timbulnya kanker pada organ-organ tubuh perokok pasif dewasa dan anak,

Prevalensi perokok yang tinggi dan terus menerus meningkat di Indonesia akan meningkatkan resiko penyakit-penyakit tersebut yang mengancam tidak hanya perokok aktif tetap juga perokok pasif. Hal ini akan menyebabkan beban penyakit dengan kerugian luar biasa dalam pembangunan kesehatan masyarakat dan kualitas sumber daya manusia dalam pembangunan nasional. Pengaruh konsumsi tembakau atau asap rokok terhadap kesehatan masyarakat ditandai oleh hal-hal berikut :

- 1) Kematian akibat penyakit terkait tembakau sebanyak 190.260 jiwa atau 12,7% dari total kematian pada tahun 2010
- 2) Biaya perawatan RS, ada penyakit terkait tembakau yang mencapai Rp 1,85 triliun untuk rawat inap dan Rp. 0,26 triliun untuk rawat jalan. Bila biaya perawatan dan biaya pembeli rokok (rata-rata 10 batang/perokok per hari menjadi Rp. 138 triliun) dijumlahkan, maka pengeluaran biaya total menjadi Rp 245,41 triliun, lebih tinggi dari pendapatan cukai pemerintah yang hanya sebesar 55 triliun di tahun yang sama.
- 3) Tahun produktif yang hilang akibat kematian prematur, kesakitan dan disabilitas sebesar 3.533.000 tahun, dengan kerugian ekonomi mencapai USD 12,24 miliar atau Rp 105,3 triliun di tahun 2010. Beban yang tinggi disebabkan oleh tumor paru, bronchus, dan trachea, penyakit paru obstruktif kronik dan tumor mulut dan tenggorokan, penyakit stroke dan bayi berat lahir rendah

c. Masalah terkait konsumsi rokok lainnya

Disamping pengaruh konsumsi rokok pada peningkatan penyakit tidak menular dan biaya kesehatan, terdapat juga kaitan antara konsumsi rokok dengan kemiskinan dan pencapaian millenium development goals, seperti tampak pada uraian dibawah ini

- 1) Hubungan konsumsi rokok dengan kemiskinan dan pendidikan

Tabel 1. Prevalensi perokok Dewasa menurut tingkat pendapatan periode 2001-2010

Pendapatan	2001	2004	2007	2010
K1 (termiskin)	30,0	33,9	35,6	35,0
K5 (terkaya)	29,6	32,8	31,5	32,0

Tabel 2. Prevalensi perokok dewasa menurut tingkat pendidikan periode 2001-2010

Pendapatan	2001	2004	2007	2010
Tidak sekolah/tidak tamat SD	31,1	31,2	35,4	34,9
Tamat perguruan tinggi	25,2	29,7	27,2	25,5

Data dalam 2 tabel diatas menunjukkan bahwa di Indonesia prevalensi merokok lebih tinggi pada masyarakat termiskin dan berpendidikan rendah. Apabila dibiarkan, hal itu akan berakibat pada kemiskinan berkelanjutan.

- 2) Pengaruh konsumsi rokok terhadap berat badan anak, kematian bayi dan balita

Suatu penelitian di daerah perkotaan terhadap 438.336 keluarga di Indonesia menemukan bahwa 73,7% orang tua dalam keluarga tersebut adalah perokok sedangkan 29,4% anak dalam keluarga itu

memiliki berat badan dibawah rata-rata dan 31,4% di antaranya mengalami masalah pertumbuhan. Penelitian lain menemukan bahwa di wilayah perkotaan tingkat kematian bayi mencapai 11,7% dan tingkat kematian balita 13,9%. Di daerah perdesaan tingkat kematian lebih tinggi, yaitu 23,8% untuk bayi dan 24,5% untuk balita.

3) Jerat konsumsi rokok pada penduduk miskin

Pada tahun 2010, rumah tangga termiskin perokok mengeluarkan Rp 102.000 (12%) untuk membeli rokok dengan total pengeluarannya per bulan sebesar Rp 864.000. Pengeluaran tersebut merupakan peringkat kedua terbesar dibandingkan dengan pengeluaran lainnya seperti pendidikan, pemenuhan gizi dan kesehatan.

Hal ini konsisten terjadi untuk periode 2003-2010. Jika dibandingkan dengan rumah tangga terkaya, persentase pengeluaran rumah tangga termiskin untuk membeli rokok jauh lebih besar yaitu 12%, sedangkan di rumah tangga terkaya hanyalah 7%. Hal itu mengindikasikan bahwa rumah tangga termiskin lebih terjerat konsumsi rokok daripada rumah tangga terkaya.

4) Konsumsi rokok membatasi penyediaan makanan bergizi

Tabel dibawah ini memperlihatkan bahwa pengeluaran rumah tangga yang besar untuk rokok membatasi penyediaan makanan bergizi

Tabel 3. Perbandingan pengeluaran bulanan rumah tangga perokok termiskin periode tahun 2010

Jenis pengeluaran	Pengeluaran (Rp)	%
Rokok dan sirih	102.956	11,91
Daging	7.759	0,90
Susu dan telur	19.437	2,25
Ikan	52.368	6,06
Sayur-sayuran	49.127	5,68
Pendidikan	16.257	1,88
Kesehatan	17.470	2,02

Pengeluaran untuk rokok bagi rumah tangga termiskin setara 13 kali pengeluaran untuk daging, 5 kali pengeluaran untuk susu dan telur, 6 kali pengeluaran untuk pendidikan dan 6 kali pengeluaran untuk kesehatan. Jika para perokok miskin menghentikan kebiasaanya dan uangnya dialokasikan untuk membeli daging, konsumsi daging di rumah tangganya akan meningkat 13 kali lipat. Jika dibelikan telur dan susu, konsumsi susu dan telur akan meningkat 5 kali lipat. Jika hal itu dilakukan, kualitas gizi dan sumber daya manusia keluarga miskin akan meningkat dan akhirnya berperan dalam upaya pengentasan kemiskinan.

Karakteristik produk tembakau yang mengandung bahan adiktif dan beracun membuat para perokok aktif maupun perokok pasif mendapat ancaman penyakit pada hampir semua organ tubuhnya, terutama penyakit jantung dan pembuluh

darah, penyakit saluran pernafasan, gangguan saluran cerna dan sistem reproduksi dan kehamilan serta organ lainnya. Selain itu, tingkat prevalensi yang tinggi dan konsumsi tembakau atau asap rokok merupakan ancaman bagi pembangunan kesehatan masyarakat. Dampak ekonomi terkait kesehatan mencakup gangguan pada ekonomi rumah tangga, pendapat negara, bea cukai yang tidak berarti dibandingkan beban biaya penyakit terkait tembakau, serta gangguan gizi keluarga termiskin karena pengeluaran untuk rokok menghapus kesempatan untuk memperoleh makanan bergizi.

d. Pengeluaran rumah tangga untuk rokok

Jika dibandingkan dengan rumah tangga terkaya, persentase pengeluaran rumah tangga termiskin untuk membeli rokok jauh lebih besar 12% sementara di rumah tangga terkaya hanyalah 7%. Hal ini mengindikasikan bahwa rumah tangga termiskin lebih terjerat konsumsi rokok daripada rumah tangga terkaaya

Pengeluaran untuk rokok dari rumah tangga termiskin berada pada urutan kedua setelah padi-padian dengan kisaran 12%, sedangkan rumah tangga terkaya hanya 7%
--

e. Rokok dan kemiskinan

1. Kemiskinan umum

Konsumsi rokok berakibat kepada peningkatan penyakit tidak menular dan biaya kesehatan. data menunjukkan bahwa 2 dari 3 kematian di dunia terkait dengan penyakit tidak menular dan 80% diantaranya

terjadi di negara-negara berkembang 1 dari 3 diantaranya meninggal diusia produktif. Penyakit tidak menular seringkali merupakan proses kematian yang lambat setelah mengalami waktu tidak produktif atau ketidak berdayaan yang lama. Di semua wilayah di dunia kematian akibat penyakit tidak menular meningkat seiring dengan menuanya penduduk dan mengglobalnya faktor-faktor resiko dari PTM terutama konsumsi tembakau.

Hal hal inilah yang menyebabkan konsumsi tembakau menjadi faktor penghambat yang cukup besar dalam pengentasan kemiskinan. Konsumsi tembakau telah memicu meningkatnya angka kematian akibat PTM, meningkatnya biaya kesehatan, menambah kemiskinan mengurangi pertumbuhan ekonomi dan pada akhirnya menghambat pencapaian tujuan millenium. Sehingga NCD alliances mengajukan satu prioritas utama untuk mengatasi krisis PTM adalah mengakselerasi program pengendalian tembakau. Lebih jauh bahkan usulan dari NCD alliances menargetkan penurunan prevalensi perokok hingga tinggal 5% pada 20140 dan akan mengurangi tingkat kematin PTM sampai 2%.

Namun tren saat ini masih jauh dari harapan tersebut. Produksi rokok di Indonesia selalu meningkat setiap waktu. Sejak tahun 1971 produksi rokok di Indonesia mengalami peningkatan hingga 600% atau 6 kali lipat dari 44,5 milliyar batang pada tahun1971 menjadi 302 miliar batang pada tahun 2012. Seiring dengan bertambahnya produksi rokok di Indonesia pada tahun 2002 adalah 1742 batang per orang per tahun.

Prevalensi perokok pada masyarakat rentan dari 2001-2010 mengalami kenaikan yang cukup signifikan dengan tingginya tingkat pertumbuhan penduduk. Tren yang terjadi saat ini adalah perokok lebih banyak dari kalangan berpendapatan dan berpendidikan rendah. Pola prevalensi merokok berdasarkan tingkat pendidikan tidak berubah pada tahun 1995 dan 2001, dimana prevalensi konsumsi tembakau lebih tinggi pada populasi dengan pendidikan rendah. Pola sedikit berubah pada tahun 2004, meskipun tetap menggambarkan prevalensi yang lebih rendah pada kelompok pendidikan lebih tinggi. Jumlah perokok dewasa yang tidak sekolah atau tidak tamat sekolah dasar terus mengalami kenaikan dari tahun 2001-2007 yaitu 31,1 menjadi 35,4. Kenyataan ini juga sejalan dengan meningkatnya prevalensi perokok termiskin pada rentang tahun yang sama dari 30,0 menjadi 35,6. Data ini membuktikan bahwa masyarakat termiskin dan berpendidikan rendah adalah pengonsumsi rokok terbesar di Indonesia. Apabila hal ini terus dibiarkan maka akan berakibat kepada kemiskinan berkelanjutan. Pola prevalensi merokok berdasarkan kuintil tidak berbeda jauh dari 1995 sampai dengan 2010 baik pada laki laki maupun pada perempuan. Prevalensi cenderung lebih tinggi pada kuintil rendah pada tahun 2010 prevalensi merokok pada perempuan cenderung sedikit lebih tinggi pada kuintil terendah dan tertinggi. Penelitian yang dilaksanakan di daerah perkotaan terhadap 438.336 keluarga menemukan bahwa 73,7% orang tua keluarga tersebut adalah perokok. Sedangkan 29,4% anak dalam keluarga tersebut memiliki berat

badan dibawah rata-rata dan 31,4% diantaranya mengalami masalah pertumbuhan. Peneliti ini pun menemukan bahwa di area perkotaan tingkat kematian bayi mencapai 11,7% dan 13,9 % untuk balita. Sementara di daerah pedesaan tingkat kematian bayi lebih tinggi yaitu 23,8% untuk bayi dan balita 24,5%.

2. Dampak memiskinkan dari merokok pada keluarga

Sebesar 12% dari pendapatan rumah tangga termiskin yang ada perokoknya (RT termiskin merokok) dihabiskan untuk membeli rokok. Proporsi belanja bulanan untuk rokok pada keluarga miskin adalah kedua terbesar setelah beras. Hal ini konsusiten terjadi untuk periode 2003-2010. Di tahun 2010, pengeluaran total rumah tangga termiskin merokok sebesar Rp 864.000,00 sementara untuk membeli sebesar Rp 102.00,00 (12%). Pengeluaran untuk membeli rokok berada di urutan kedua dibandingkan dengan pengeluaran lainnya seperti pendidikan, pemenuhan gizi dan kesehatan. jika dibandingkan dengan rumah tangga terkaya, persentase pengeluaran rumah tangga termiskin untuk membeli rokok jauh lebih besar yaitu 12% sementara diRT terkaya hanyalah 7%. Hal ini mengindikasikan bahwa rumah tangga termiskin lebih terjerat konsumsi rokok dari rumah tangga terkaya.

Survey ekonomi nasiona 2006, menemukan bahwa lebih dari 12 juta keluarga miskin menggunakan Rp 52.000 dari BLT untuk membeli rokok, yang berarti lebih dari separuh jumlah uang BLT. Sehingga berbagai upaya penanggulangan kemiskinan dan pencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) yang dilaksanakan

di Indonesia tidak tercapai target “hanya” karena ulah rokok.

Pada tahun 2007, menurut survey nasional 2007, pengeluaran rumah tangga untuk rokok meningkat mencapai Rp 136.534 (sumber : Susens 2003-2007)

Konsumsi rokok yang lebih tinggi terhadap pengeluaran untuk kesehatan, pendidikan dan gizi keluarga akan membuat keluarga miskin ini terjebak kedalam proses kemiskinan yang berkelanjutan. Oleh karena itu diperlukan suatu kebijakan dan tindakan yang berpihak kepada rakyat untuk melindungi mereka dari kemiskinan berkelanjutan.

Penggunaan tembakau mengekalkan kemiskinan, yang berdampak pada kesehatan orang perorangan, kesejahteraan rumah tangga dan perekonomian negara. Tingkat merokok yang tinggi dan pemasaran produk tembakau yang gencar menimbulkan kemiskinan di Indonesia. Di Indonesia, ayah yang merokok dikaitkan dengan terhambatnya pertumbuhan dan melunglainya anak-anak usia 0-59 bulan yang parah. 9 dampak jangka panjang dari malnutrisi anaknya di antaranya mencakup prestasi yang buruk di sekolah, menurunnya pencapaian intelektual, berkurangnya ukuran dewasa dan kapasitas kerja yang menurun.

Mengurangi penggunaan tembakau di Indonesia akan mengurangi kemiskinan keluarga karena produktifitas pekerja akan meningkat. Pekerja akan menghasilkan lebih banyak, mendapatkan penghasilan yang lebih besar dan menghabiskan uang lebih sedikit untuk tembakau. Meningkatnya produktifitas pekerja akan merangsang perekonomian secara keseluruhan.

Kesempatan yang hilang akibat kebiasaan merokok rumah tangga termiskin.

Dibandingkan dengan pengeluaran lainnya lebih penting, pengeluaran untuk rokok jauh lebih besar dirumah tangga termiskin. Persentase pengeluaran untuk rokok sebesar 12%, sementara pengeluaran untuk daging hanya 1%, pengeluaran untuk susu dan telur hanya 2%, pengeluaran untuk pendidikan hanya 2% dan pengeluaran untuk kesehatan hanya 2%.

Pengeluaran untuk rokok bagi rumah tangga termiskin setara 13 kali pengeluaran untuk daging, 5 kali pengeluaran untuk susu dan telur, 6 kali pengeluaran untuk pendidikan dan 6 kali pengeluaran untuk kesehatan. Jika para perokok miskin menghentikan kebiasaannya dan uangnya dialokasikan untuk membeli daging maka konsumsi daging di rumah tangganya akan meningkat 13 kali lipat. Jika dibelikan susu dan telur maka konsumsi susu dan telur akan meningkat 5 kali lipat. Jika hal ini dilakukan maka kualitas gizi dan sumber daya manusia keluarga miskin akan meningkat dan akhirnya akan berperan dalam upaya pengentasan kemiskinan.

III. Evaluasi

1. Bagaimana karakteristik asap rokok?
2. Sebut dan jelaskan bahaya yang mengancam tubuh bagi perokok aktif?
3. Sebut dan jelaskan bahaya yang mengancam tubuh bagi perokok pasif?
4. Jelaskan hubungan rokok dengan kemiskinan

5. Bagaimana keadaan pengeluaran rumah tangga termiskin dan terkaya dalam pengeluaran rokok?

IV. Referensi

- Aliansi Pengendalian Tembakau. (2013). Peta Jalan Pengendalian Produk Tembakau Indonesia, Perlindungan Terhadap Keluarga, Generasi Muda dan Bangsa terhadap Ancaman Bahaya Rokok. Surakarta : Muhammadiyah University Press
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2016). Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Edisi II. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Tobacco Control and Support Center-IAKMI. (2014). Bunga Rampai – Fakta Tembakau dan Permasalahannya, Edisi V. Jakarta : Tobacco Control and Support Center-IAKMI

BAB V

PENYAKIT TERKAIT ROKOK

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa Mampu memahami Definisi penyakit terkait rokok
- b. Mahasiswa mampu memahami Factor risiko penyakit terkait rokok
- c. Mahasiswa mampu memahami Tanda gejala penyakit terkait rokok
- d. Mahasiswa mampu memahami Hasil penelitian Berbagai penyakit yang terkait dengan rokok

II. Isi Materi

1. Asma

a. Definisi

Asma adalah gangguan saluran napas kronik yang melibatkan sel inflamasi yang berhubungan dengan hipereaktivitas sehingga menimbulkan gejala berulang berupa mengi, sesak nafas, rasa berar didada dan batuk terutama malam atau dini hari

b. Faktor risiko

1) Faktor pejamu

Terdiri dari genetik, obesitas dan jenis kelamin

2) Faktor lingkungan

Mempengaruhi terjadinya perburukan serangan akut. Asap rokok dan populasi udara merupakan faktor yang dapat membuat gejala asma semakin berat. Selain itu ada alergen infeksi virus pernafasan dan pajanan tempat tinggal, sekolah, tempat bermain dan perubahan cuaca.

Risiko terjadinya asma ada perokok 1,33 kali lebih besar dibandingkan bukan perokok. Penderita gejala asma yang lebih berat dan sulit di kontrol sehingga dapat meningkatkan kunjungan ke instalasi gawat darurat. Fungsi paru lebih menurun dan kurang respon terhadap pengobatan dengan kortikosteroid dibanding dengan penderita asma yang tidak merokok. Efek asap rokok bagi perokok pasif yang menderita asma adalah meningkatkan frekuensi serangan asma, gejala bertambah berat, serta penurunan fungsi paru. Bagi anak yang menderita asma dan terpajan asap rokok menjadi lebih berisiko sering tidak hadir di sekolah akibat keluhan pernafasan yang berulang dan keluhan pernafasan ini dapat berlanjut sampai dewasa.

c. Tanda dan gejala.

Gejala asma berkaitan dengan berat Ringannya sumbatan jalan nafas yg dapat membaik secara spontan/ pengobatan. Anamnesis didapatkan riwayat mengenai gejala batuk terutama pada malam hari/dini hari sesak napas, mengi atau dada terasa berat yang berulang dan adanya riwayat asma atau penyakit alergi lain pada

pasien atau anggota keluarga. Batuk dan mengi yang mengarah (tendisius) ke asma adalah:

- 1) Timbul berulang (eksaserbasi)
- 2) Gejala lebih berat pada malam hari/dini hari
- 3) Timbul setelah berolahraga, aktivitas fisik, menangis atau tertawa berlebihan, atau perubahan cuaca /suhu.
- 4) Timbul bila ada faktor pencetus inhalan (hirupan) atau digestan(makanan)
- 5) Pencetus inhalan dapat berupa debu,bulu binatang, aroma parfum yang kuat atau aerosol, asap rokok, asap perapian, atau asap kendaraan.
- 6) Bila mengalami selesma, gejala batuk dan atau pilek bertahan lebih lama (>10 hari)
- 7) Gejala klinis membaik setelah pemberian obat asma.
- 8) Semua gejala akibat sumbatan jalan napas ini dapat membaik secara Spontan ataupun dengan pengobatan

2. Infeksi Saluran Pernapasan Berulang

Data WhHO memperkirakan insiden ISPA di Negara berkembang adalah 15-20% per tahun, terutama pada golongan anak balita. Sedangkan data RISKESDA tahun 2007 menunjukkan prevalensi ISPA masih cukup tinggi yaitu sebesar 25-50% dengan prevalensi tertinggi pada anak balita yaitu 35%.

a. Definisi

Infeksi saluran napas berulang yang meliputi saluran napas atas (hidung, mulut, faring dan laring) serta saluran napas bawah (trakea. paru, bronkus, bronkiolus dan alveolus).

b. Faktor resiko

Infeksi saluran napas berulang menyebabkan meningkatnya angka kematian sehingga mempengaruhi efektivitas (sering absen kerja) pada orang dewasa meningkatkan angka absensi sekolah pada anak. Faktor risiko terjadinya infeksi saluran napas berulang pada anak terutama pada anak usia dini pajanan asap rokok, lingkungan tempat . Penitipan anak, lingkungan sekolah, lingkungan rumah yg lembab dan populasi udara. Kebiasaan merokok merupakan Faktor resiko utama karena akan menekan fungsi pertahanan dan pembersihan saluran napas sehingga memudahkan terjadinya infeksi saluran napas oleh berbagai penyebab seperti virus dan bakteri dan infeksi ini dapat berlanjut pada organ lain.

Anak yang dilahirkan dari ibu perokok pasif memiliki risiko bronkitis, pneumonia, infeksi telinga-hidung-tenggorokan (THT), gangguan pernapasan dan gangguan perkembangan paru lebih tinggi dibandingkan anak-anak tanpa pajanan rokok. Beberapa penelitian membuktikan pajanan rokok pada Ibu hamil perokok (IHP) pada masa pertumbuhan paru (lung development) akan meningkatkan risiko asma dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) dan penyakit kronik lainnya di kemudian hari. Rokok bukan hanya toksik, karsinogenik namun juga adiktif. Nikotin yang ada dalam serum perokok diketahui dapat menembus sawar ibu-bayi, dan mengganggu secara langsung sinyal transduksi protein untuk pertumbuhan paru (lung development) pada janin

c. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala infeksi saluran napas berulang secara umum

- 1) Batuk, pilek, hidung tersumbat, sakit menelan, lemah, gejala lainnya berupa demam, sakit kepala
- 2) Pada kondisi infeksi berat dapat berlanjut menjadi sesak nafas, pusing, kekurangan oksigen
- 3) Penurunan kesadaran

3. Pengaruh terhadap kehamilan

Asap rokok mengandung sekitar 4000 zat kimia seperti karbon monoksida (CO), nitrogen, oksida (NO), asam sianida (HCN) amonia (NH₄OH), acrolein, acetilen, benzaldehyde, urethane, benzene, methanol, coumarine, etilkatehol-4, dan ortokresol. Selain komponen gas ada komponen padat atau partikel yang terdiri dari nikotin dan tar. Senyawa nikotin dan karbon monoksida (CO) dalam rokok dapat menyebabkan kerusakan pada ibu dan janin yang dikandung, oleh karena dapat melintasi janin plasenta dan dapat dideteksi dalam sirkulasi daerah janin. Disamping itu senyawa sianida yang terdapat dalam rokok berbahaya bagi pertumbuhan sel. Konsumsi rokok bisa menyebabkan perubahan pada plasenta. Hal ini terjadi terutama pada perokok berat (lebih dari 20 batang sehari)

a. Gangguan pada kehamilan

Gangguan pada kehamilan ibu yang perokok antara lain:

1) Plasenta previa

Adalah suatu keadaan dimana plasenta berimplikasi dekat atau menutupi ostium servikalis interna. Plasenta previa dapat menutupi sebagian atau seluruh dari ostium interna. Previa marginalis

dimana plasenta berada diujung ostium interna. Plasenta letak rendah merupakan plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus dan ujung plasenta terletak sekitar 2cm dari ostium interna. Klasifikasi plasenta previa tergantung dari dilatasi serviks saat pemeriksaan. Plasenta previa dapat menyebabkan perdarahan ringan hingga berat yang tidak selalu disertai kontraksi.

a) Faktor resiko

- (1) Umur ibu (<20tahun dan >35 tahun)
- (2) Banyaknya jumlah kehamilan dan persalinan
- (3) Merokok
- (4) Hipoplasia endometrium
- (5) Berbagai tumor kandungan seperti mioma uteri dan polip endometrium
- (6) Kehamilan kembar
- (7) Kecacatan endometrium seperti bekas seksio sesarea, kuret dan manual plasenta

b) Tanda dan gejala

Plasenta previa ditandai dengan ditemukannya perdarahan tanpa sebab, tanpa rasa nyeri serta berulang, darah berwarna merah segar. Perdarahan biasanya terjadi pada akhir trimester kedua atau ketiga. Komplikasi yang dapat terjadi berupa anemia pada ibu hingga kondisi syok, asifia pada janin hingga kematian janin dalam rahim, bagian bawah janin tidak dapat masuk ke pintu atas panggul. Karena letak plasenta berada dibawah janin.

2) Solusio plasenta

Adalah kondisi terlepasnya plasenta sebagian atau seluruhnya dari tempat implantasinya yang normal sebelum persalinan

a) Faktor resiko

- (1) Hipertensi maternal
- (2) Trauma pada ibu hamil (kecelakaan, jatuh)
- (3) Merokok
- (4) Konsumsi alkohol dan penggunaan kokain
- (5) Tali pusat yang pendek
- (6) Kompresi mendadak pada uterus (ketuban pecah dini dan kelahiran bayi pertama pada kondisi kehamilan kembar)
- (7) Fibromioma retrolasenta
- (8) Perdarahan retroplasenta riwayat solusio plasenta
- (9) Infeksi pada cairan ketuban dan korion
- (10) Ketuban pecah dini yang memanjang
- (11) Usia ibu lebih dari 35 tahun atau kurang dari 20 tahun

b) Tanda dan gejala

Nyeri perut tiba-tiba dengan perdarahan melalui vagina dan uterine tenderness. Kontraksi yang sering dan persiten merupakan karakteristik dari solusio plasentanya. Pada umumnya solusio plasenta disertai perdarahan namun juga dapat tanpa perdarahan, ibu dalam keadaan syok hipovolemik dan janin sudah meninggal. Perdarahan biasanya berwarna merah tua atau gelap.

3) Ketuban pecah dini

Keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Pada keadaan normal selaput ketuban pecah dalam proses persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini praterm. KPD memanjang merupakan KPD selama >24 jam yang berhubungan dengan peningkatan risiko infeksi intra amnion

a) Faktor resiko

Ketuban pecah dini terjadi pada sekitar sepertiga kelahiran preterm dan dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas perinatal yang nyata. Faktor resiko yaitu :

- (1) Inkompetensi serviks
- (2) Polihidramnion (cairan ketuban ketuban berlebih)
- (3) Riwayat KPD sebelumnya
- (4) Kelainan atau kerusakan selaput ketuban
- (5) Kehamilan kembar
- (6) Trauma
- (7) Serviks yang pendek pada usia kehamilan 23 minggu
- (8) Infeksi pada kehamilan seperti bakterial vaginosis
- (9) Perokok pasif atau aktif selama kehamilan

b) Tanda gejala

Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina dengan usia paling dini 22 minggu dapat tanpa disertai kontraksi

4) Gangguan pada janin

Gangguan pada janin dalam kandungan akibat rokok dapat berupa kelainan kongenital, kelahiran preterm dan janin kecil masa kehamilan atau pertumbuhan janin terhambat yang menyebabkan bayi berat lahir rendah.

a) Kelainan kongenital

Merokok selama kehamilan meningkat risiko malformasi kongenital seperti sistem saraf dan otak (hidrosefalus, mikrosefali) sistem kardiovaskular (defek septum kardiak, malformasi katup pulmonal dan trikuspid, malformasi arteri-arteri besar), sistem respirasi, sistem digestivis, sistem muskulo skeletal dan bibir sumbing

1) Faktor resiko

Efek teratogenik yang menyebabkan merokok selama kehamilan berhubungan dengan malformasi kongenital. Asap rokok terdiri dari campuran nikotin, kotinin, sianida, tiosianat, karbonmonoksida, kadmium, timbal dan berbagai hidrokarbon. zat-zat ini bersifat toksik untuk janin, selain memiliki efek vasokonstriksi yang menurunkan aliran darah ke uterus dan jumlah oksigen dalam darah akibat pembentukan kompleks karbon monoksida dan hemoglobin. Hal ini menyebabkan defek kongenital akibat janin mengalami malnutrisi dan hipoksia.

Kerusakan endotel akibat zat-zat tersebut juga memperberat hipoksia.

2) Tanda atau gejala

Kelainan kongenital dapat dideteksi dari pemeriksaan ultrasonografi

b) Kelahiran preterm

Kelahiran yang terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu

(1) Faktor resiko

Merokok meningkatkan risiko kelahiran preterm 2x. Hal ini dapat disebabkan akibat persalinan yang timbul secara spontan atau persalinan yang dilakukan atas indikasi medis seperti solusio plasenta dan plasenta previa. Merokok juga meningkatkan risiko ketuban pecah dini preterm.

(2) Tanda Gejala

Kontraksi disertai dengan perubahan serviks pada usia 37 minggu merupakan gejala dan tanda persalinan preterm. Penentuan usai kehamilan dengan akurat merupakan hal penting sebelum merencanakan tata laksana pasien. Usia kehamilan dapat ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir atau berdasarkan pemeriksaan ultrasonografi

c) Pertumbuhan janin terhambat

Janin kecil masa kehamilan dan pertumbuhan janin terhambat adalah suatu kondisi dimana janin tidak mencapai pertumbuhan normalnya

(1) Faktor resiko

Paparan asap rokok selama kehamilan memberikan peningkatan sejumlah dampak buruk terhadap kesehatan janin termasuk retriksi pertumbuhan. Merokok meningkatkan resiko pertumbuhan janin terhambat sebesar 2-3x. Pada perokok pertumbuhan janin terhambat dapat terlihat pada trimester ketiga kehamilan. Berat badan lahir rendah lebih sering ditemukan pada wanita yang merokok, dengan rata-rata berat 200 g lebih rendah. Kondisi ini diperberat oleh jumlah dimana wanita yang merokok lebih dari 10 batang per hari memiliki resiko lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat badan lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak merokok. Berat badan bayi lahir rendah bukan hanya dijumpai pada perokok aktif namun juga ditemukan pada perokok pasif. Ibu hamil perokok pasif memiliki resiko berat bayo lahir rendah 20% lebih tinggi dibandingkan bukan perokok.

(2) Tanda Gejala

Penentuan usia kehamilan yang akurat penting diketahui sebelum mendiagnosis pertumbuhan janin terhambat. Pengukuran tinggi fundus uteri selain dapat menentukan usia kehamilan juga dapat menentukan pertumbuhan janin. Tinggi fundus uteri menyimpang 2-3 cm dari

seharusnya menunjukan pertumbuhan janinnya yang tidak sesuai.

d) Sudden Infant Death Syndrome(SIDS)

Suatu kematian mendadak tak terduga pada bayi yang tampaknya sehat

(1) Faktor resiko

Kejadian SIDS merupakan penyebab kematian yang paling sering ditemukan pada bayi berusia 2 minggu sampai 1 bulan. Tiga dari 2000 bayi mengalami SIDS dan hampir selalu ketika sedang tidur. Kebanyakan SIDS terjadi pada usia 2- 4 bulan di seluruh dunia. Berdasarkan data penelitian diperkirakan populasi yang berisiko terhadap SIDS yang berhubungan dengan pajanan pasca natal terhadap perokok pasif sekitar 10%.

Bukti dalam penelitian mengindikasikan pajanan rokok merupakan satu faktor resiko mayor yang bisa dicegah untuk SIDS dan semua cara harus dilakukan untuk melindungi janin dari pajanan perokok pasif. Beberapa faktor risiko terjadinya SIDS adalah Ibu perokok, Ibu pecandu obat terlarang, Ibu usia muda (<20tahun), Banyak anak, Tidur tengkurap pada bayi kurang dari 4 bulan, Kasus yang lebut (bada bayi kurang dari 1 tahun), Bayi prematur, Riwayat SIDS pada saudara kandung, Jarak yang pendek diantara 2 kehamilan dan Perawatan selama

kehamilan yang kurang, golongan sosial ekonomi rendah.

(2) Tanda dan Gejala

Kematian bayi tiba-tiba terduga dan tidak tidak dapat dijelaskan. SIDS tidak memiliki gejala. Bayi yang meninggal karena SIDS tampak sehat sebelum ditempatkan ke tempat tidur. Mereka tidak menunjukkan tanda perlawanan dan sering ditemukan dalam posisi yang sama ditempat tidur. Review laporan lengkap penelitian pada manusia dan hewan yang memberikan informasi tentang bagaimana informasi tentang perokok pasif prenatal dan pascanatal berkaitan dengan neuro regulator napas, kejadian apnu dan resiko kematian janin mendadak. Peneliti lain melaporkan adanya penurunan pada fungsi pernapasan janin yang ibunya perokok dibandingkan dengan janin dari ibu yang tidak perokok. Mekanisme lain berkaitan dengan penurunan pernafasan akibat rokok rentan terhadap infeksi dan perubahan respon ventilasi pada hipoksia karena pajanan nikotin. Diagnosis SIDS membutuhkan dukungan bukti otopsi untuk menyingkirkan penyebab lainnya

5) Penyakit jantung coroner

Perokok memiliki resiko aterosklerosis yang dapat mengarah kepada penyakit jantung koroner,

serangan jantung, dan stroke. Aterosklerosis merupakan suatu proses inflamasi kronik yang dalam patofisiologinya melibatkan lipid, trombosit, dinding vaskular dan sel imun. Karbon monoksida dalam asap rokok merupakan gas yang berbahaya jika dihirup saat merokok. Sekali zat tersebut sampai di paru akan langsung meresap ke paru. Karbon monoksida menurunkan kadar oksigen yg diangkut oleh sel darah merah. Zat ini juga meningkatkan kadar kolesterol yang tersimpan dilapisan pembuluh darah arteri, yang lama kelamaan akan bertambah keras dan menumpuk. Bila hal ini terjadi maka akan menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah yg dikenal sebagai penyakit jantung koroner yg juga dapat menimbulkan serangan jantung sindrom koroner akut.

a) Faktor resiko

Tidak berbeda dengan faktor resiko aterosklerosis, dibagi menjadi faktor resiko yang tidak dapat diubah menjadi faktor resiko yang tidak dapat diubah. Selain merokok faktor resiko yang dapat diubah adalah dislipidemia, metabolik dan kurangnya aktifitas fisik. Sedangkan faktor yang tidak dapat diubah adalah usia lanjut, jenis kelamin laki-laki dan faktor keturunan.

b) Tanda dan gejala

Adanya nyeri dada atau angina pektoris yang timbul karena iskemia kerusakan jaringan otot jantung, akibat aterosklerosis secara umum dapat dibagi menjadi 2 kondisi :

- (1) PJK stabil berupa nyeri retrosternal yang lokasi tersering didada, substernal atau sedikit ke kiri dengan penjaralan ke leher, rahang, bahu kiri sampai dengan lengan dan jari kelingking, punggung kiri. Angina pektoris sering juga dirasakan sebagai rasa tidak nyaman di dada biasanya dalam waktu 10 menit di dada, rahang, bahu kiri, punggung sampai pergelangan tangan atau jari yang dipacu oleh Aktivitas, stres, emosional dan menghilang dengan istirahat. Angina pektoris juga bermanifestasi sebagai rasa tidak nyaman di daerah epigastrium
- (2) Angina pektoris tidak stabil merupakan bagian dari serangan jantung akut, yang terdiri dari kumpulan gejala klinis yang berhubungan dengan iskemia miokard akut. Angina pektoris tidak stabil di definisikan sebagai angina pektoris dengan satu diantara tampilan klinis : a) terjadi saat istirahat atau aktifitas minimal dan biasanya berlangsung >20 menit (jika tidak ada penggunaan nitrat atau analgetik); b) nyeri hebat dan jelas; c) biasanya lambat laun bertambah berat.

6) Stroke

Sindrome klinis yang ditandai dengan adanya defisit neurologis serebral fokus atau global yang berkembang secara cepat dan berlangsung minimal 24 jam atau menyebabkan kematian semata-mata disebabkan oleh kejadian vaskular baik perdarahan

spontan pada otak maupun suplai darah yang tidak adekuat sebagai akibat aliran darah yang rendah, trombosis atau emboli yang berkaitan dengan penyakit pembuluh darah, jantung dan darah.

a) Faktor resiko

Seluruh keadaan yang mengganggu salah satu dari tiga komponen, pembuluh darah, dan jantung. Selain merokok faktor resiko stroke pada berbagai jenis diantaranya hipertensi, PJK, DM, klaudikasio (nyeri saat jalan), kanker, aritmia jantung, penyakit katup jantung, usia tua, ras asia, atau kulit hitam

b) Tanda gejala

(1) Gejala motorik

- (a) Kelemahan pada salah satu sisi tubuh baik seluruhnya maupun sebagian
- (b) Kelemahan bilateral simultan
- (c) Kesulitan menelan
- (d) Ketidakseimbangan

(2) Gangguan bicara

- (a) Kesulitan memahami atau mengekspresikan bahasa lisan
- (b) Kesulitan dalam membaca atau menulis
- (c) Kesulitan dalam menghitung
- (d) Bicara pleto

(3) Gejala sensorik

Perubahan rasa pada tubuh, baik seluruh maupun sebagian

- (4) Gejala visual
 - (a) Gangguan penglihatan pada satu mata baik seluruhnya maupun sebagian
 - (b) Gangguan penglihatan pada separuh atau seperempat lapang pandang
 - (c) Kebutaan bilateral
 - (d) Penglihatan ganda

- (5) Gejala vestibular
Sensasi gerakan(seperti berputar)
- (6) Gejala perilaku
 - (a) Kesulitan berpakaian, menyisir rambut, menyikat gigi,
 - (b) Disorientasi tempat dan waktu
 - (c) Lupa

7) Penyakit arteri perifer

Semua penyakit yang terjadi pada pembuluh darah setelah keluar dari jantung dan aorta. Penyakit arteri perifer meliputi arteri karotis, arteri renalis, arteri mesenterika, dan semua percabangan setelah melewati aorto iliaka, termasuk ekstremitas bawah dan atas. Penyakit artero ekstremitas bawah merupakan penyakit yang paling sering ditemukan masyarakat.

a) Faktor resiko

Faktor resiko PAP adalah Diabetes Melitus, Hiperkolesterolemia. Hipertensi, usia lanjut homosisteinemia

b) Tanda dan gejala

Penyakit arteri perifer ekstremitas bawah memiliki berbagai gambaran klinis meskipun sebagian besar tidak mengalami gejala apapun. Gejala yang paling khas adalah klaudikasio intermiten dengan karakteristik nyeri pada betis yang diperberat dengan berjalan dan membaik dengan istirahat. Pada kondisi berat iskemia tungkai kristis dapat muncul pada saat istirahat dan membaik dengan perubahan posisi.

8) Penyakit buerger

Penyakit ini termasuk kedalam kelompok penyakit vaskulitis yaitu suatu proses peradangan pembuluh darah dan menyebabkan kerusakan struktur dinding pembuluh darah. Penyakit buerger mengenai pembuluh darah kecil terutama arteri akibat adanya peradangan kecil terutama arteri, akibat adanya peradangan dan pembengkakan lumen pembuluh darah akan menyempit akibat pembekuan darah yang kemudian menimbulkan iskemik maupun nekrosis

a) Faktor resiko

Penyakit buerger lebih sering di pembuluh darah tangan dan kaki, terutama pada laki-laki usia 20-45 tahun perokok berat atau mengunyah tembakau

b) Tanda gejala

Nyeri pada betis atau kaki saat berjalan atau nyeri pada lengan dan tangan saat beraktifitas. Tanda lainnya adalah terdapat pembekuan darah di vena

superfisial dan adanya raynaud's phenomon yaitu vasospasme atau penyempitan pembuluh darah secara berulang secara singkat terutama pada pembuluh darah arteri jari tangan dan kaki daerah yang terkena akan terasa perih atau terbakar atau mati rasa. Pada kasus berat dapat terjadi ulkus dan berlanjut gangren

9) Hipertensi

Kondisi terjadinya peningkatan tekanan darah menetap sistolik $\geq 140\text{mmHg}$ atau diastolik $\geq 90\text{mmHg}$

a) Faktor risiko

Dengan bertambahnya umur, angka kejadian hipertensi juga makin meningkat. Obesitas, sindroma etabolik dan kenaikan berat badan merupakan faktor independen untuk kejadian hipertensi. Faktor asupan garam pada diet sangat erat hubungannya dengan kejadian hipertensi selain itu rokok konsumsi alkohol, stres, kurang olahraga juga berperan dalam kejadian hipertensi.

b) Tanda gejala

Hipertensi adalah the silent killer. Penyandang hipertensi baru mempunyai keluhan setelah mengalami komplikasi kerusakan target organ diantaranya

(1) Otak dan mata; sakit kepala, vertigo, gangguan penglihatan, transisent ischemic attack, defisit sensoris atau motoris.

- (2) Jantung; palpitasi, nyeri dada, sesak, bengkak
kaik, tidur dengan bantal tinggi (>2 bantal)
- (3) Ginjal; haus, poliuria, nokturia, hematuri,
hipertensi yang disertai kulit pucat anemis
- (4) Arteri perifer; ekstremitas dingin, klaudikasio
intermiten

10) Aneurisma Aorta Abdominalis (AAA)

Dilatasi patologis suatu segmen pembuluh darah, mengacu pada segmen patologis dan dilatasi aorta yang meimilkik kecenderungan untuk berkembang dan ruptur. AAA adalah bentuk aneurisma yang paling sering dijumpai

a) Faktor resiko

5 kali lebih tinggi pada pria dibanding wanita dan insidensinya berkaitan dengan faktor usia yang secara umum terjadi pada usia diatas 60 tahun. AAA sangat erat kaitannya dengan rokok. Perokok dan mantan perokok memiliki resiko lebih besar dibandingkan yang tidak merokok. Faktor resiko lain melioutri emfisema, hipertensi, hiperlipidemia dan lebih dari 20% penderit a aneurisma aorta.

b) Tanda dan gejala

Memiliki riwayat keluarga dengan umumnya AAA asimptomatik, namun ditemukan massa berpulsasi, luas, tidak nyeri bila ditekan. Saat aneurisma makin membesar dapat ditemukan keluhan nyeri abdomen, pinggang atau skortum disertai perut yang berdenyut. Pada ruptur AAA yang merupakan kejadian gawat darurat

menimbulkan gejala nyeri abdomen akut dan hipotensi mendadak. Nyeri abdomen menjalar ke bokong dan kaki disertai tanda syok, gangguan kesadaran mulai dari anxietas sampai koma dan muntah, dan lain lain.

11) Penyakit tuberkulosis

a) Definisi

Merupakan infeksi *Mycobacterium Tuberculosis* (M.Tb) yang dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- (1) Terduga pasien TB apabila seorang mempunyai keluhan atau gejala klinis mendukung TB
- (2) Pasien dinyatakan TB berdasarkan konfirmasi hasil pemeriksaan bakteriologis melalui pemeriksaan mikroskopis, biakan atau diagnostik cepat
- (3) Pasien dinyatakan TB terdiagnosis klinis apabila pasien TB paru BTA negatif dengan hasil foto toraks sangat mendukung gambaran TB atau Pasien TB ekstra paru yang terdiagnosis secara klinis, histopatologis maupun pemeriksaan penunjang lainnya tanpa konfirmasi bakteriologis
- (4) Berdasarkan lokasi anatomi dibedakan menjadi TB paru dan TB ekstra paru
- (5) Berdasarkan riwayat pengobatan dibedakan menjadi pasien baru TB, pasien yang pernah diobati dan pasien yang riwayat pengobatan sebelumnya tidak diketahui

(6) Berdasarkan ststus HIV dibedakan menjadi pasien TB dengan HIV positif dan pasien TB dengan HIV negatif

b) Faktor resiko

Dari beberapa penelitian ditemukan kejadian TB dengan kebiasaan merokok atau perokok pasif lebih dar 2,5 kali lipat dibandingkan dengan bukan perokok aktif atau pasif. Hubungan ini dapat dijelaskan bahwa dengan nikotin dan tar yang ada dalam rokok merusak mekanisme pertahanan paru, menurun respon imun, sehingga paru mudah terkena infeksi terutam tuberkulosis yang penularannya melalui dropler atau percikan renik di udara

1) Faktor risiko yang menyebabkan penularan TB

- (a) Perokok aktif dan pasif
- (b) Kontak erat dengan pasien TB dan BTA positif
- (c) Orang dengan imunitas menurun (HIV, DM, kanker dan pengguna steroid dalam jangka lama)

2) Lingkungan yang berisiko terjadinya penularan TB

- (a) Kondisi rumah dengan sirkulasi dan pencahayan yang buru
- (b) Ruangan poliklinik penyakit TB, ruang rawat inap pasien TB dan ruangan

- tindakan pasien TB yang tidak mempunyai tekanan negatif
- (c) Ruang tunggu poliklinik TB, yang tidak mempunyai sistem sirkulasi udara sesuai standar pencegahan pengendalian infeksi TB (PPI TB)

Risiko dampak pengobatan TB pada perokok aktif maupun pasif

Pada pasien TB yang terpajan asap rokok baik perokok aktif maupun pasif mempunyai dampak hasil pengobatan yang buruk diantaranya gagal pengobatan, relaps setelah pengobatan lengkap dan meningkatnya risiko mortalitas. Sebaiknya pasien TB perokok dianjurkan untuk stop merokok agar keberhasilan pengobatan lebih baik

Risiko dampak pengobatan TB-HIV pada perokok aktif maupun pasif

Pasien HIV perokok lebih mudah terinfeksi TB dan mempunyai angka mortalitas dan morbiditas lebih tinggi dibanding yang tidak merokok. Pasien HIV perokok mempunyai respon lebih rendah terhadap pengobatan anti retroviral (ARV) dan mempunyai angka mortalitas yang lebih tinggi. Merokok, HIV dan TB merupakan interaksi yang sinergis dalam proses kerusakan sel yang berakibat mengurangi kemampuan pertahanan imunitas yang berkontribusi pada hasil pengobatan yang buruk. Untuk itu pada

pasien TB-HIV dianjurkan untuk berhenti merokok pada perokok aktif dan edukasi pada keluarga yang merokok.

c) Tanda Gejala

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk 2 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan batuk berdarah, dahak campur darah, sesak nafas. Gejala sistemik yang ditemukan dapat berupa keringat berlebihan pada malam hari tanpa kegiatan fisik, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, demam meriang lebih dari satu bulan. Pada TB HIV gejala yang dominan adalah penurunan berat badan dan demam. Dapat disertai batuk tetapi tidak perlu menunggu 2 minggu atau lebih. Selain itu dapat bervariasi sesuai lokasi yang terkena misalnya limfadenitis TB memberikan gejala benjolan pada kelenjar getah bening yang paling sering pada leher. Gejala lain sesuai lokasi perlu dievaluasi untuk TB ekstra paru lainnya.

12) Penyakit paru Obstruktif kronis (PPOK)

Penyakit paru kronik yang umumnya dicegah dan diobati ditandai dengan adanya keterbatasan aliran udara dalam saluran nafas yang persisten dan progresif yang berhubungan dengan meningkatnya respon inflamasi kronik pada saluran nafas dan parenkim paru karena paparan partikel atau gas berbahaya seperti asap rokok, debu bahan kimia,

asap dapur. PPOK timbul pada usia pertengahan 40 tahun keatas, akibat kebiasaan merokok dalam jangka waktu yang lama.

a) Faktor risiko

WHO memprediksi tahun 2002, PPOK menjadi penyakit kelima dengan prevalensi tertinggi di seluruh dunia. PPOK merupakan penyebab keempat kematian terbanyak di dunia setelah penyakit jantung pembuluh darah dan keganasan. Prevalensi PPOK di Indonesia menurut Riskesdas 2013 adalah sebesar 3,7%. Angka ini dapat meningkat dengan bertambahnya jumlah perokok karena 90% pasien PPOK adalah perokok atau bekas perokok.

Pajanan asap rokok merupakan faktor risiko utama terjadinya PPOK. Risiko ini makin besar sejalan dengan meningkatnya jumlah batang rokok dihisap, usia awal mulai merokok dan lama merokok. Penelitian PPOK jemaah haji 2012 (dr. Anna dkk) terdapat 516 jemaah dengan resiko PPOK didapat 61 orang PPOK, 53% perokok aktif. Data Kohort Litbangkes dan departemen paru FKUI, 2010 menunjukkan bahwa prevalensi PPOK daerah bogor sebesar 5,5%. Polusi udara, stress oksidatif, faktor genetik, infeksi saluran nafas berulang, faktor tumbuh kembang paru ikut berkontribusi sebagai faktor resiko PPOK meskipun lebih sedikit bila dibandingkan dengan asap rokok.

b) Tanda gejala

Sesak nafas bertambah berat seiring waktu bertambah berat dengan aktivitas dan dapat menetap sepanjang hari, pasien sering mengeluh “perlu usaha untuk bernafas”. Batuk kronik yang holang timbul dapat berdhak atau tidak berdhak. Riwayan terpajan asap rokok, debu, bahan kimia di tempat kerja, asap dapur atau lainnya.

13) Kanker paru

Semua penyakit keganasan paru termasuk keganasan yang berasal dari organ paru maupun dari luar paru. Kanker paru merupakan kanker utama yang disebabkan oleh kebiasaan merokok dan sebagai penyebab utama kematian, kanker lain akibat rokok dapat terjadi seperti kanker mulut, kanker pita suara, kanker tenggorokan, kanker serviks dan dapat juga leukimia.

a) Faktor risiko

Kasus kanker paru terutama lebih banyak ditemukan pada laki-laki usia diatas 40 tahun dan perokok. Terdapat 63 bahan bersifat karsinogenik pada asap rokok. Secara epidemiologi terlihat hubungan yang kuat antara kebiasaan merokok dengan insidens kanker paru. Sekitar 80-90% kasus kanker paru berhubungan dengan merokok. Laki-laki perokok berisiko terkena kanker paru 23 kali lebih besar dibandingkan dengan laki-laki tidakmerokok, sedangkan perempuan perokok

berisiko 13 kali lebih besar terkena kanker paru dibandingkan yang tidak perokok. Sebanyak 90% penyebab kematian pada laki dan 80% kematian pada perokok adalah akibat kanker paru. Sebanyak 20-25% penderita kanker paru adalah perokok pasif. Menghindari asap rokok, atau berhenti merokok merupakan pencegahan utama yang dapat dilakukan. Menghentikan seorang perokok aktif juga berarti menyelamatkan lebih dari seorang perokok pasif.

b) Tanda gejala

- (1) Batuk dengan.tanpa dahak
- (2) Batuk darah
- (3) Sesak nafas
- (4) Suara serak
- (5) Sakit dada
- (6) Sulit menelan
- (7) Benjolan dipangkal leher
- (8) Sembab muka dan leher kadang disertai sembab lengan dan nyeri hebat
- (9) Adakalanya tanda gejala yang pertama berasal dari luar paru seperti sakit kepala akibat tekanan otak, nyeri perut dan nyeri tulang
- (10) Gejala dan keluhan lain yang tidak khas adalah berat badan berkurang, nafsu makan menurun, demam hilang timbul

14) Kanker mulut

Kanker yang berkembang dalam mulut biasanya pada bibir, lidah, gusi, dinding mulut dan langit-langit

a) Faktor risiko

- (1) Menggunakan segala jenis tembakau seperti rokok, cerutu, dan tembakau kunyah
- (2) Konsumsi minuman keras berlebihan
- (3) Kebersihan mulut
- (4) Pola makan yang buruk

b) Tanda gejala

- (1) Bagian mulut terasa tidak normal
- (2) Timbul warna berbeda didalam mulut
- (3) Terjadi perdarahan
- (4) Pembengkakan dalam mulut
- (5) Kerusakan gigi
- (6) Bercak merah / putih dibagian mulut
- (7) Sulit membedakan rasa asin manis dan pahit
- (8) Sulit mengunyah dan menelan
- (9) Kesulitan bicara karena lidah dan bibir tidak berfungsi dengan baik
- (10) Perubahan suara

15) Kanker tenggorokan

Tumor yang terdapat pada tenggorokan atau tumor yang tumbuh disekitar tenggorokan, faring, laring dan tonsil

- a) Faktor risiko
 - Kanker tenggorokan terjadi sekitar 105% dari tumor dibidang THT, lebih sering terjadi pada laki-laki
 - (1) Menggunakan segala jenis tembakau seperti cerutu, serta tembakau kunyah
 - (2) Konsumsi minuman keras berlebihan
 - (3) Infeksi HPV (Human Papiloma Virus)
 - (4) Kurang konsumsi buah dan sayur
 - (5) Radiasi pada saat terapi tumor sekitar leher

- b) Tanda gejala
 - (1) Perubahan suara menjadi serak atau hilang selama 3 minggu atau lebih
 - (2) Sulit berbicara dan menelan

16) Impotensi

Ketidakmampuan seorang pria untuk mendapatkan dan menjaga ereksi yang cukup dalam melakukan hubungan seksual dan ketidak mampuan berupa tidak dapat ereksi sama sekali, bisa ereksi tapi hanya sebentar

- a) Faktor risiko
 - (1) Gangguan kesehatan seperti DM, gangguan jantung, dan tekanan darah tinggi
 - (2) Pasca operasi prostat, radiasi kanker
 - (3) Kebiasaan merokok
 - (4) Kebiasaan minum alkohol
 - (5) Obesitas

- (6) Penggunaan obat jangka panjang seperti obat anti depresan, anti nyeri, anti hipertensi dan antihistamin
- (7) Gangguan psikologos seperti cemas, depresi dan stres

b) Tanda gejala

- (1) Tidak mampu ereksi
- (2) Sulit mendapatkan ereksi
- (3) Sulit menjaga ereksi
- (4) Berkurangnya keinginan untuk melakukan hubungan seksual

17) Interfilitas pada wanita

Ketidakmampuan untuk hamil setelah sekurang-kurangnya satu tahun berhubungan seksual sedikitnya empat kali seminggu tanpa kontrasepsi. Kondisi ini terjadi pada 10-15% pasangan usia reproduktif

a) Faktor risiko

Faktor risiko yang berpengaruh pada fertilitas pria maupun wanita :

- (1) Faktor lingkungan atau pekerjaan
- (2) Efek toksik dari rokok, marijuana atau obat-obatan terlarang lainnya
- (3) Aktivitas fisik yang berlebihan
- (4) Asupan makanan yang inadkuat dan berhubungan dengan penurunan atau peningkatan berat badan yang ekstrim
- (5) Usia lanjut

Faktor risiko yang berhubungan dengan infertilitas wanita terdiri dari berbagai faktor :

- (1) Serviks; stenosis interaksi mukus serviks dengan sperma
- (2) Rahim; kelainan bawaan atau kongenital yang berpengaruh pada endometrium atau miometrium
- (3) Ovarium; gangguan pada frekuensi dan durasi dari siklus menstruasi, gagal ovulasi adalah masalah utama
- (4) Tubal : abnormalitas atau gangguan pada tuba falopi
- (5) Rongga perut : kelainan anatomis seperti adanya infeksi, tumor, dan perlengketan dan dijumpai pada wanita merokok, penyakit infeksi panggul endometriosis.

Perempuan merokok akan memiliki risiko infertilitas 2 kali dibandingkan dengan perempuan tidak merokok. Hal ini karena ada kandungan dalam rokok seperti nikotin sianida, karbon monoksida, dapat menyebabkan sel telur menjadi lebih rentan terhadap kelainan genetik, risiko keguguran, menopause dini, mempengaruhi produksi estrogen dan siklus ovulasi. Senyawa kimia berbahaya dari rokok juga merusak materi genetik disel telur sehingga juga berpengaruh pada kromosom pada kehamilann seperti gangguan down syndrome.

b) Tanda gejala

- (1) Ketidak seimbangan hormonal. Dapat menunjukkan terjadinya infertilitas pada seseorang seperti kenaikan berat badan tidak normal, pertumbuhan rambut wajah yang berlebihan dan lain-lain
- (2) Keguguran berulang. Terjadi dalam 20 minggu kehamilan bisa menjadi tanda infertilitas pada wanita
- (3) Terasa sakit jika bersetubuh
- (4) Siklus menstruasi tidak teratur
- (5) Menstruasi abnormal. Tanda-tanda ketidaksuburan pada wanita juga dapat dikaitkan adalah ketika menstruasi merasakan sakit yang berlebihan saat menstruasi di punggung perut dan perdarahan berlebihan
- (6) Tidak menstruasi

18) Kanker serviks

Tumor ganas primer yang berasal dari metaplasia epitel di daerah skuamokolumnar junction yaitu daerah peralihan mukosa vagina dan mukosa kanalis servikalis atau kanal leher rahim wanita. Kanker serviks merupakan kanker yang terjadi pada serviks atau leher rahim. Suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk kearah rahim letaknya antara rahim dan liang senggama atau vagina. Pada usia berapa wanita bisa menderita kanker serviks. Tapi penyakit ini cenderung mempengaruhi wanita aktif secara seksual antara

usia 30-45 tahun. Kanker serviks sangat jarang terjadi pada wanita berusia dibawah 25 tahun

a) Faktor risiko

Adapun beberapa faktor yang memungkinkan terkena penyakit kanker serviks. Kebanyakan wanita tidak menyadari faktor resiko apa aja yang berdampak pada kanker serviks, meski begitu faktor resiko sangat berisiko tinggi. Umumnya faktor risiko terjadi karena berganti-pasangan pada saat berhubungan intim, menikah saat berusia kurang dari 20 tahun dan adanya infeksi menular. Beberapa jenis virus HPV khususnya HPV 16 dan 18 telah ditemukan lebih dari 99% pada kanker serviks menjadi faktor risiko yang paling tinggi

(1) Faktor usia

Risiko faktor kanker serviks sangat berhubungan dengan usia, hal ini kebanyakan wanita yang telah berusia 40 tahun, akan tetapi memungkinkan untuk wanita yang lebih muda mengalaminya yaitu usia 35-40 tahun.

(2) Riwayat berganti-ganti pasangan

Wanita dengan aktivitas seksual yang tinggi dan sering berganti pasangan akan memungkinkan tertularnya penyakit kelamin, salah satunya virus HPV. Virus ini akan mengubah sel di permukaan mukosa hingga membelah menjadi lebih banyak sehingga tidak terkendali sehingga menjadi kanker.

(3) Virus HPV

Terdapat kurang lebih 20 jenis virus HPV yang bisa menyebabkan kanker serviks diantaranya hpv dengan tipe 26, 53, 66, 67, 68, 70, 82 telah diberitahukan menjadi penyebab kanker serviks sedangkan lainnya berisiko rendah. Infeksi terhadap virus HPV akan berkembang menjadi kanker serviks pada beberapa kasus. Sekitar 12 % wanita tnpa kelainan serviks terinfeksi HPV yang berisiko tinggi. Perkiraan yang tinggi kebanyakan wanita muda dan kurang dari 10% infeksi HPV ppersisten berkembang menjadi karsinoma jika tidak diobati maka akan berdampak pada kanker serviks. Risiko kanker serviks tidak terlihat dengan infeksi HPV yang rendah, memungkinkan terkena kutil kelamin.

(4) Merokok

Salah satu faktor risiko penyebab kanker serviks dengan persentase sebanyak 7%. Wanita perokok memiliki risiko 2 kali lebih besar terkena kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok. Penelitian menunjukkan lendir serviks pada wanita yang merokok mengandung nikotin dan zat lainnya yang ada dalam rokok. Zat tersebut akan menurunkan daya tahan serviks di samping merupakan ko-karsinogen infeksi virus

Nikotin mempermudah semua selaput lendir tubuh bereaksi atau terangsang, baik mukosa tenggorokan, paru-paru maupun serviks. Namun tidak diketahui dengan pasti berapa banyak jumlah nikotin yang bisa menyebabkan kanker leher rahim

(5) Kurangnya sistem kekebalan tubuh

Wanita yang terinfeksi HIV akibat penyakit AIDS dan wanita yang sering mengonsumsi obat-obatan untuk menekan sistem imun pada tubuh akan lebih memiliki risiko yang menyebabkan kanker serviks. Para ahli menyarankan untuk melakukan screening secara teratur untuk mencegah kanker serviks timbul lebih awal.

(6) Paparan HPV

Orang-orang yang berisiko dengan kanker serviks karena sebagian besar pengaruh hubungan intim wanita yang melakukan hubungan intim berusia 14 tahun atau lebih muda dibandingkan dengan yang berusia 25 tahun lebih memiliki risiko lebih tinggi.

(7) Terinfeksi penyakit lainnya

Virus HIV berpotensi menyebabkan kanker serviks yang memungkinkan enam kali lipat lebih tinggi pada wanita. Akan tetapi risiko ini dapat dikurangi dengan cara pengobatan ARV. Terapi ini juga dapat meningkatkan fungsi pada kekebalan tubuh untuk membantu pembersihan dari virus HPV

- (8) Terinfeksi penyakit menular seksual
Penyakit seperti herpes kutil kelamin, sifilis gonore HIV aids, dan virus HPV. Jenis penyakit ini merupakan penyakit yang ditularkan berdasarkan hubungan seksual, oleh sebab itu berhubungan seksual lebih dari satu pasangan akan memungkinkan terjadi penularan penyakit seksual.
- (9) Faktor reproduksi dan hormon
Penggunaan alat kontrasepsi oral merupakan alat penunda kehamilan paling terpercaya bila dibandingkan dengan lainnya. Alat ini berbentuk pil KB yang tentunya mengkonsumsi pil ini harus dengan resep dokter. Sebanyak 10% kanker serviks disebabkan oleh penggunaan alat kontrasepsi dan 2 kali lipat lebih berisiko dibandingkan yang lebih pernah menggunakan alat kontrasepsi. Jika menggunakan alat kontrasepsi lebih dari 5 tahun sampai 10 tahun akan lebih berisiko pada kanker serviks dibandingkan yang normal.
- (10) Riwayat kanker sebelumnya
Kanker serviks akan berkembang kurang dari 1% pada wanita yang memiliki karsinoma insitu. Risikom kanker akan lebih tinggi pada wanita yang mengidap kanker kulit vagina dan vulva, kanker ginjal, dan kanker saluran kemih

- (11) Riwayat keluarga dan kondisi genetik
Karsinoma sel skuamosa memiliki tingkat keganasan sebesar 74-80% risiko kanker serviks pada wanita dan umumnya akan mengincar ibu, saudara perempuan hingga anak perempuan. Bila dibandingkan dengan adeno karsinoma bagian dari kelenjar endoserviks bagian tingkat keganasan hanya sebesar 36-69%.
- (12) Kondisi medis dan perawatan tertentu
Diethylstilboestrol (DES) merupakan hormon sintetik estrogen yang diberikan pada wanita untuk mencegah keguguran. Jika seorang wanita mengambil DES pada saat hamil kemungkinan leher rahim tidak akan kompeten
- (13) Sistem kekebalan pada tubuh
Displasia serviks berisiko lebih tinggi pada wanita dengan penyakit autoimun lupus eritematosus sistemik. Penggunaan obat penelanan untuk ketebalan dalam kondisi ini dapat berpengaruh pada perkembangan infeksi virus HPV

b) Tanda gejala

Sering kali kemunculan gejala terjadi saat kanker sudah memasuki stadium akhir. Oleh karena itu sangat penting itu pap smear secara rutin untuk menangkap sel pra kanker dan mencegah perkembangan kanker serviks. Pendarahan tidak normal dari vagina termasuk flek adalah gejala

yang sering terlihat dari kanker serviks. Pendarahan terjadi biasanya setelah berhubungan seks atau diluar masa menstruasi atau setelah menopause. Gejala yang mungkin muncul lainnya adalah :

- (1) Cairan yang keluar tanpa berhenti dari vagina dan bau yang aneh atau berbeda dari biasanya. Berwarna merah muda, pucat, cokelat atau mengandung darah
- (2) Rasa sakit tiap kali melakukan hubungan seksual
- (3) Perubahan siklus menstruasi tanpa diketahui penyebabnya
- (4) Kanker pada stadium akhir akan menyebar keluar dari leher rahim menuju ke jaringan serta organ disekitarnya. Pada tahapan ini, gejala yang terjadi akan berbeda antara lain :
 - (a) Terjadinya hematuria atau darah dalam urin
 - (b) Bermasalah saat buang air kecil karena penyumbatan ginjal atau ureter
 - (c) Perubahan pada kebiasaan buang air besar dan kecil
 - (d) Penurunan berat badan
 - (e) Pembengkakan pada salah satu kaki
 - (f) Nyeri pada tulang
 - (g) Kehilangan selera makan
 - (h) Rasa nyeri pada punggung dan samping yang disebabkan pembengkakan pada ginjal. Kondisi ini disebut sebagai hidronefrosis.

III. Evaluasi

1. Apa yang dimaksud dengan penyakit asma?
2. Sebutkan dan jelaskan 3 macam penyakit terkait rokok?
3. Apa yang dimaksud dengan PPOK?
4. Apa saja gejala kanker paru?
5. Sebutkan tanda dan gejala penyakit kanker serviks?

IV. Referensi

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular .
(2016). Buku Pedoman Penyakit Terkait Rokok. Jakarta:
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak
Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian
Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

BAB VI

UPAYA PENANGGULANGAN PENYAKIT TERKAIT ROKOK

- I. Capaian Pembelajaran
 - a. Mahasiswa Mampu memahami Upaya promotif dan preventif dalam menanggulangi penyakit terkait rokok
 - b. Mahasiswa mampu memahami upaya berhenti merokok untuk menanggulangi perilaku merokok

- II. Isi Materi
 - a. Upaya promotif dan preventif dalam menanggulangi penyakit terkait rokok

- l. Pengertian, sasaran dan strategi

Promosi perilaku tidak merokok adalah upaya untuk membudayakan perilaku tidak merokok dikalangan individu, kelompok dan masyarakat melalui peningkatan pengetahuan, kemaiuan dan kemampuan serta pengembangan lingkungan yang mendukung yang dilakukan dari oleh dan untuk masyarakat sesuai dengan sosial budaya dan kondisi setempat. Tujuan umum dari promosi perilaku tidak merokok adalah memberdayakan individu , kelompok dan masyarakat indonesia untuk memelihara dan meningkatjkan dan melindungi kesehatannya dari penyakit akibat rokok.

Sasaran promosi perilaku tidak merokok adalah individu kelompok dan masyarakat.

a. Sasaran primer

Para perokok atau orang yang belum merokok supaya tidak merokok

b. Sasaran sekunder

Orang yang berpengaruh atau disegani oleh sasaran primer

c. Sasaran tersier

Para pengambil keputusan diberbagai tingkatan yang peduli tentang pentingnya promosi tidak merokok

Untuk menjangkau ketiga sasaran diatas dapat dilakukan dengan cara :

1) Advokasi

Merupakan upaya komunikasi untuk mendapatkan komitmen serta dukungan kebijakan dan sumberdaya dalam rangka mengendalikan penyakit akibat rokok

Sasaran advokasi yaitu : camat, kepala desa, RT/RW, tokoh agama maupun tokoh masyarakat. Dukungan dalam bentuk komitmen, kebijakan, sumber daya (manusia, anggaran, material, metode)

2) Bina suasana (menciptakan lingkungan yang kondusif)

Untuk menciptakan lingkungan yang bebas dari asap rokok diperlukan kesadaran dan masyarakat mau menerima dan berpartisipasi dalam upaya pengendalian. Dukungan dari tokoh agama dan tokoh masyarakat yang menjadi panutan di

wilayah tersebut sebagai penghubung antara petugas kesehatan dan masyarakat

3) Gerakan pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit akibat rokok sebagai proses membantu masyarakat agar masyarakat berubah dari tidak tahu menjadi tahu dan dari tahu menjadi mau, dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku tidak merokok atau upaya berhenti merokok. Pemberdayaan masyarakat dilakukan pemberian informasi secara terus menerus dan berkesinambungan

2. Promosi kesehatan di puskesmas

a. Kegiatan internal (didalam) di Puskesmas

- 1) Melakukan inventarisasi, menganalisis dan mengolah data umum dan data khusus penyakit akibat rokok sebagai bahan advokasi kepada camat, kepada desa dan kerjasama dengan ormas, tokoh masyarakat, donatur atau pihak lain.
- 2) Merencanakan kegiatan upaya pencegahan perilaku merokok di masyarakat
- 3) Membentuk tim internal puskesmas terkait pengendalian penyakit akibat rokok
- 4) Menyediakan media promosi pengendalian penyakit akibat rokok
- 5) Menjadikan puskesmas sebagai kawasan tanpa rokok dimana seluruh petugas, pasien dan pengunjung menerapkannya
- 6) Penyuluhan penyakit akibat rokok

- 7) Konseling berhenti merokok
 - 8) Melatih kader kesehatan tentang penyakit akibat rokok dan mempraktikkan PHBS
- b. Kegiatan eksternak (diluar) puskesmas
- 1) Melakukan advokasi kepada camat dan perangkatnya selaku pimpinan wilayah dengan membawa data-data (hasil kegiatan di internal puskesmas)
 - 2) Menyelenggarakan lokakarya/pertemuan tingkat kecamatan/ desa/kelurahan
 - 3) Menggalang kesepakatan keluarga untuk menciptakan kecamatan/ desa, Kelurahan, Rumah tanpa asap rokok
 - 4) Menjadikan sekolah dan sarana pendidikan lainnya, tempat ibadah, tempat bermain dan temoat umum sebagai KTR
 - 5) Berperan aktif dalam Musrenbangdes dalam perencanaan RPJM desa terkait pengendalian penyakit terkait rokok dalam penganggaran dana desa memalui upaya kesehatan berumber daya masyarakat
 - 6) Pemberdayaan masyarakat
 - a) Membentuk jejaring dalam pengendalian penyakit akibat merokok dimasyarakat
 - b) Peran keluarga untuk menciptakan rumah tangga asap rokok
 - c) Memberikan penyuluhan tentang pentingnya perilaku tidak merokok kepada seluruh anggota keluarga
 - d) Tidak menyuruh anaknya membeli rokok

- e) Orangtua bisa menjadi panutan dalam perilaku tidak merokok
- f) Melarang anak tidak merokok bukan karena alasan ekonomi tapi karena alasan kesehatan
- g) Penggerakan kelompok masyarakat dan pemandaataan posbindu PTM
- h) Tidak menjadikan rokok sebagai suguhan dalam acara pernikahan/adat/keagamaan/pertemuan
- i) Tidak memberi dukungan kepada orang merokok dalam bentuk apapun, antara lain tidak memerikan yang untuk membeli rokok, tidak memberikan kesempatan kepada siapapun untuk merokok didalam rumah, tidak menyediakan asbak.

7) Promosi kesehatan penyakit akibat rokok di sekolah melalui UKS

Anak usia sekolah sering kali mengalami tekanan dari teman sebaya disamping dirinya meras dorongan yang kuat untuk menjadi bagian dari kelompoknya, hal ini sering kali membuat mereka tidak dapat menolak ajakan atau permintaan temanya. Keterampilan menolak ajakan teman serta berbagai keterampilan hidup lainnya perlu untuk dimiliki sekolah. Bertujuan untuk mengendalikan masalah rokok pada anak usia sekolah. Pendidikan kesehatan peserta didik melalui pemberian informasi penyakit akibat rokok dan menggunakan instrumen diantaranya Buku Rapor Kesehatanku yang

merupakan pegangan peserta didik berisi informasi kesehatan.

Pemberian pemahaman yang komprehensif akan bahaya rokok terhadap anak-anak di usia dini mempunyai potensi untuk menyelamatkan generasi muda tidak menjadi perokok di kemudian hari dan diharapkan mereka bisa jadi “agen perubah” di rumah untuk memotivasi keluarga lain untuk berhenti merokok.

Beberapa program intervensi promosi kesehatan di sekolah yang kawasan tanpa rokok di (KTR)

- a) Kawasan tanpa rokok diaman dilarang untuk kegiatan merokok atau menjual, mengiklankan atau mempromosikan produk tembakau. Seluruh masyarakat termasuk kepala sekolah, guru, siswa, dan yang lainnya
- b) Pelaksanaan KTR berhasil apabila kebijakan tertulis terkait pengaturan tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan KTR, tenaga yang ditugaskan memantau KTR serta media promosi tentang larangan merokok, sosialisai kebijakan KTR baik secara langsung maupun tidak langsung atau melalui media. Pengumuman kebijakan KTR, tanda larangan tidak merokok, mading surat edaran, pengeras suara, tanda KTR di tempat proses belajar mengajar, terlaksananya penyuluhan KTR dan bahaya merokok, etika merokok
- c) Penjarangan perilaku merokok pada peserta didik tahun ajaran baru, peserta didik dideteksi

masalah kesehatan yang berpotensi merokok dan terkena penyakit akibat merokok

Puskesmas PKPR yang memberikan pelayanan

- a. Konseling kepada remaja yang membutuhkan dengan memberikan pendidikan keterampilan hidup sehat dimana remaja diberikan sekumpulan keterampilan sosial agar remaja dapat mengatasi emosi, stres, empati, kesadaran diri, pemecahan masalah, berpikir kreatif kritis, komunikasi, efektif, hubungan interpersonal mengambil keputusan terhadap pengaruh lingkungan
- b. Klinis masalah kesehatan remaja termasuk masalah penyakit akibat rokok.
- c. Menjangkau remaja disekolah dan kelompok remaja luar sekolah dengan memberikan penyuluhan kesehatan

Generasi muda anti rokok

- a) Generasi muda anti rokok (GEMAR) bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keterampilan siswa SD dalam membantu dan memotivasi orangtuanya untuk tidak merokok di dalam rumah
- b) Sasaran pada program ini adalah siswa kelas 4 dan 5 di sekolah dasar. Dengan asumsi bahwa usia 9-11 tahun merupakan usia ideal dalam rangka membentuk pola pikir anak didik. Interaksi anak dan orang tua akan menjadi kunci pada program ini. Penggunaan media lain akan

mempermudah proses komunikasi non verbal dan anak dan orang tua yang masih merokok. Pesan-pesan dengan pendekatan “aku sayang keluarga” akan memperkuat pesan yang disampaikan kepada keluarga dirumah. Penyuluhan interaktif dengan metode pemutaran film, diskusim roleplay, t-shirt dan stiker yang bertuliskan pesan-pesan inspiratif diharapkan anak-anak dapat menerima pesan yang disampaikan secara efektif. Selain itu terdapat juga pemberian motivasi dan penandatanganan komitmen dikalangan siswa disakiskan oleh para stakeholder termasuk kepala sekolahm guru, petugas puskesmas dan lain-lain

- c) Untuk memantau dan menilai keberhasilan program ini. Akan dilakukan monitoring pada saat paska kegiatan selama tiga bulan pertama melibatkan guru untuk selalu, mengingatkan dan memotivasi siswa untuk melaksanakan kegiatan GEMAR.

b. Upaya berhenti merokok untuk menanggulangi perilaku merokok

Cara untuk berhenti merokok adalah dengan mengikuti jejak orang-orang yang telah berhenti merokok. Tidak ada suatu cara yang ampuh untuk berhenti merokok, tapi banyak perokok dengan mudahnya menjado seorang bukan perokok oleh karena :

- a. Mempunyai keinginan yang kuat untuk berhenti merokok

- b. Mempunyai keyakinan dapat berhenti karena didasarkan suatu alasan yang kuat
- c. Segera menentukan waktu mulai berhenti merokok
- d. Berusaha berhenti sama sekali, tidak dengan cara mengurangi sedikit demi sedikit
- e. Menghindari situasi yang merangsang timbulnya keinginan untuk mencoba dan memulai kembali merokok
- f. Menyadari timbulnya keinginan merokok disaat tertentu merupakan hal yang wajar dan keinginan tersebut lama kel;amaan akan hilang dengan sendirinya
- g. Tidak pernah berhenti berusaha dan selalu mebcoba
- h. Menasehati seorang perokok untuk berhenti merokok ketika/ saat sakit

- 1. Langkah langkah persiapan untuk berhenti merokok adalah :
 - a. Kenalilah sebab-sebab mengapa perokok ingin berhenti merokok
 - b. Dengan mengenali sebab-sebab seseorang merokok maka akan lebih berhasil jika pada suatu saat dia memutuskan berhenti merokok
 - c. Tetapkanlah perilaku yang paling sederhana atau mudah dirubah berdasarkan situasi penyebab timbulnya keinginan merokok
 - d. Buatlah komitmen atau pernyataan untuk berhenti merokok

Kita dapat memilih tiga cara yang ditawarkan untuk berhenti merokok yaitu :

- a. Berhenti seketika. Bulatkan tekad, mantapkan niat untuk berhenti merokok sekarang juga. Pada kebanyakan orang cara ini merupakan upaya paling berhasil. Sedangkan untuk seseorang perokok berat mungkin perlu bantuan tenaga medis untuk mengatasi efek.
 - b. Menunda. Cara ini dilakukan dengan menunda menghisap rokok pertama 2 jam setiap hari dari hari sebelumnya selama 7 hari berturut-turut
 - c. Mengurangi. Jumlah rokok yang diisap setiap hari dikurangi secara berangsur-angsur dengan jumlah yang sama sampai 0 batang pada hari ke 7 atau hari yang ditetapkan
2. Langkah- langkah untuk berhenti merokok adalah:
- a. Bulatkan tekad, mantapkan niat yang kuat untuk berhenti merokok
 - b. Cari alasan kuat mengapa ingin berhenti merokok, misalnya ingin mengikuti saran keluarga atau ingin meningkatkan kesehatan
 - c. Tetapkan tanggal berhenti merokok dalam waktu kurang dari 2 minggu
 - d. Selahkan memilih mau berhenti seketika, mengurangi jumlah rokok secara bertahap atau menunda waktu merokok
 - e. Minta dukungan teman dan keluarga

- f. Hindari segala sesuatu yang menimbulkan keinginan merokok
- g. Mulai segera melaksanakan proses berhenti merokok

Peran utama petugas kesehatan dalam program berhenti merokok adalah sebagai pemacu yang memberikan penyadaran melalui pengetahuan dan penalaran bersama. Petugas kesehatan dapat membantu perokok yang ingin berhenti merokok dengan beberapa teknik yaitu :

- a. Intervensi perilaku (konseling)
Dilakukan dengan memberikan bimbingan yang bersifat motivasional kepada perokok yang ingin berhenti merokok yaitu meningkatkan pengetahuan/pemahaman mengenai bahaya merokok, meningkatkan keyakinan bahwa berhenti merokok lebih menguntungkan. Menimbulkan motivasi untuk berhenti merokok, memberitahu cara-cara berhenti merokok, meningkatkan rasa percaya diri bahwa akan berhasil.
- b. Pemberian obat dilakukan untuk perokok yang tidak dapat mengatasi efek ketagihan
Ada 2 jenis pengobatan yaitu
 - 1) Terapi pengganti nikotin. Ada beberapa jenis kemasan (plester (patch), tablet hisap (gum), semprotan mulut (spray), suntikan bawah kulit dan salep yang dioleskan dipermukaan kulit.

2) Terapi obat non nikotin. Terapi ini berguna mengurangi gejala ketegangan, kegelisahan, kebingungan, mudah tersinggung, tidak bias konsentrasi, dorongan ingin merokok, rasa pusing dan melayang, dan sebagainya. Ada 2 jenis obat yang pernah diuji coba yaitu clonidine dan alprazolam, ternyata efektifitas clonidine 2 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan alprazolam.

b. Teknik visualisasi/ afirmasi

Petugas kesehatan perlu melaksanakan pendampingan selama proses berhenti merokok. Ledakan pemantauan selama setahun penuh dan dukungan rujukan medik bila perlu intervensi pengobatan.

Sarana dan jaringan rujukan dalam program berhenti merokok sangat diperlukan untuk :

- 1) Mengantisipasi kemungkinan kegagalan mengatasi keluhan fisik dan ketagihan nikotin
- 2) Mencegah kekecewaan peserta yang telah termotivasi dan sungguh-sungguh membutuhkan bantuan dokter
- 3) Setiap orang yang berhenti merokok akan mengalami hal-hal yang tidak nyaman. Gejala yang sering muncul

dan bagaimana cara mengatasinya antara lain :

- a) Ingin sekali merokok lagi
- b) Gelisah, pusing, sulit konsentrasi, tidak bersemangat
- c) Ingin merokok setelah makan
- d) Minum kopi sambil merokok
- e) Susah buang air besar
- f) Rasa lapar dan berat badan naik
- g) Batuk-batuk, mual dan diare
- h) Merasa kehilangan “rokok” ditangan.

Jadi bagaimana mempertahankan berhenti merokok ?

- a) Bagi yang belum pernah merokok adalah dengan tidak memulainya dan jangan sekali kali mencoba
- b) Bagi yang sudah mempunyai kebiasaan merokok yaitu dengan segeralah berhenti merokok.

III. Evaluasi

1. Siapa saja sasaran primer, sekunder dan tersier dalam promosi penanggulangan rokok?
2. Untuk menjangkau ketiga sasaran diatas dapat dilakukan dengan cara apa?
3. Apa yang dimaksud dengan advokasi dalam promosi penanggulangan rokok ?
4. Jelaskan program intervensi promosi kesehatan disekolah yang kawasannya tanpa rokok

5. Apa yang dimaksud dengan GEMAR

IV. Referensi

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular .
(2016). Buku Pedoman Penyakit Terkait Rokok. Jakarta:
Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak
Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian
Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

BAB VII

PENERAPAN KAWASAN TANPA ROKOK (KTR)

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa Mampu memahami Defisini KTR
- b. Mahasiswa mampu memahami Prinsip KTR
- c. Mahasiswa mampu memahami KTR di berbagai tatanan
- d. Mahasiswa mampu memahami landasan hukum penerapan KTR

II. Isi Materi

a. Defisini KTR

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Tempat khusus untuk merokok adalah ruangan yang diperuntukkan khusus untuk kegiatan merokok yang berada di dalam KTR. 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.

Merokok adalah kegiatan membakar rokok dan/atau menghisap asap rokok. Perokok pasif adalah orang yang bukan perokok namun terpaksa menghisap atau menghirup asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok.

b. KTR di berbagai tatanan

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
- 2) Tempat proses belajar mengajar adalah sarana yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan/atau pelatihan.
- 3) Tempat anak bermain adalah area, baik tertutup maupun terbuka, yang digunakan untuk kegiatan bermain anak-anak.
- 4) Tempat ibadah adalah bangunan atau ruang tertutup yang memiliki ciri-ciri tertentu yang khusus dipergunakan untuk beribadah bagi para pemeluk masing-masing agama secara permanen, tidak termasuk tempat ibadah keluarga.
- 5) Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air dan udara biasanya dengan kompensasi.
- 6) Tempat kerja adalah ruang atau lapangan tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau yang dimasuki tenaga kerja untuk

keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya.

- 7) Tempat umum adalah semua tempat tertutup yang dapat diakses oleh masyarakat umum dan/atau tempat yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat yang dikelola oleh pemerintah, swasta dan masyarakat.
- 8) Tempat lain yang ditetapkan adalah tempat terbuka yang dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat.

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penetapan Kawasan Tanpa Rokok ini perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan, untuk melindungi masyarakat yang ada dari asap rokok.

Tujuan

Tujuan penetapan Kawasan Tanpa Rokok adalah :

- 1) Menurunkan angka kesakitan dan/ atau angka kematian dengan cara mengubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat.
- 2) Meningkatkan produktivitas kerja yang optimal.
- 3) Mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih, bebas dari asap rokok.
- 4) Menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula.

5) Mewujudkan generasi muda yang sehat

Sasaran

Sasaran Kawasan Tanpa Rokok adalah di tempat pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan).

a) Sasaran di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

- 1) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Pasien.
- 3) Pengunjung.
- 4) Tenaga medis dan non medis.

b) Sasaran di Tempat Proses Belajar Mengajar

- 1) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola tempat proses belajar mengajar.
- 2) Peserta didik/siswa.
- 3) Tenaga kependidikan (guru).
- 4) Unsur sekolah lainnya (tenaga administrasi, pegawai di sekolah).

c) Sasaran di Tempat Anak Bermain

- 1) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola tempat anak bermain.
- 2) Pengguna/pengunjung tempat anak bermain.

- d) Sasaran di Tempat Ibadah
 - 1) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola tempat ibadah.
 - 2) Jemaah.
 - 3) Masyarakat di sekitar tempat ibadah.

- e) Sasaran di Angkutan Umum
 - 1) Pengelola sarana penunjang di angkutan umum (kantin, hiburan, dsb).
 - 2) Karyawan.
 - 3) Pengemudi dan awak angkutan.
 - 4) Penumpang. Sasaran di Tempat Kerja
 - 5) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola sarana penunjang di tempat kerja (kantin, toko, dsb).
 - 6) Staf/pegawai/karyawan.
 - 7) Tamu.

- f) Sasaran di Tempat Umum
 - 1) Pimpinan/penanggung jawab/ pengelola sarana penunjang di tempat umum (restoran, hiburan, dsb).
 - 2) Karyawan.
 - 3) Pengunjung/pengguna tempat umum.

Manfaat

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. Penetapan Kawasan Tanpa Rokok ini perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat

ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.

Langkah-Langkah Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok Pada Dinas Kesehatan

Persiapan Awal

Dinas kesehatan yang berinisiatif mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok menyusun kerangka konsep dan materi teknis tentang Kawasan Tanpa Rokok. Setelah itu dinas kesehatan melakukan advokasi kepada para penentu kebijakan baik internal sektor kesehatan maupun pihak legislatif untuk memperoleh dukungan kebijakan, dana dan fasilitasi.

Konsolidasi Lintas Program

Setelah disusun konsep pengembangan Kawasan Tanpa Rokok, maka dinas kesehatan membahasnya dengan lintas program untuk menyamakan persepsi dan membahas konsep sekaligus merumuskan kegiatan yang diperlukan dalam pengembangan Kawasan Tanpa Rokok.

Konsolidasi Lintas Sektor

Konsolidasi lintas sektor dilakukan dengan tujuan untuk menyamakan persepsi juga menentukan peran yang dapat dilakukan oleh masing-masing sektor dalam penetapan Kawasan Tanpa Rokok. Sosialisasi Rencana Penetapan Kawasan Tanpa Rokok

Kegiatan ini merupakan sosialisasi tentang rencana penetapan Kawasan Tanpa Rokok kepada berbagai sasaran yang terkait dengan pelaksanaan penerapan Kawasan

Tanpa Rokok sebelum dibuat suatu peraturan yang mengikat. Pada tahap ini perlu dibentuk tim perumus tentang pengaturan Kawasan Tanpa Rokok, rencana aksi dan penegakan hukum

Pertemuan Tim Perumus

Tim perumus secara berkala melaksanakan pertemuan untuk membahas berbagai hal terkait dengan rencana penetapan Kawasan Tanpa Rokok seperti rencana kegiatan dan penegakan hukumnya.

Peluncuran Penetapan Kawasan Tanpa Rokok

Peluncuran Penetapan Kawasan Tanpa Rokok dilakukan oleh pejabat tinggi di daerah atau pimpinan wilayah yang dihadiri oleh semua pihak yang berkepentingan terhadap pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok, tim menyiapkan petunjuk pelaksanaan atau petunjuk teknis serta materi sosialisasinya sehingga penetapan Kawasan Tanpa Rokok dapat langsung dioperasionalkan

Sosialisasi Pascapeluncuran

Penyebarluasan informasi dan sosialisasi tentang Kawasan Tanpa Rokok dilakukan dengan menggunakan berbagai metode dan media di berbagai kesempatan yang ada sehingga pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok dapat diketahui dan dilaksanakan oleh semua pihak, baik pembina, pengawas maupun perokok dan bukan perokok dengan pemberlakuan sanksi sesuai hukum yang diterapkan.

Evaluasi

Penilaian atas pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok meliputi kegiatan pemantauan kepatuhan dan penegakan hukum atas pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok. Evaluasi dengan menggunakan indikator yang telah ditetapkan.

Langkah-Langkah Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok

Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pimpinan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut akhirnya pimpinan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh fasilitas pelayanan kesehatan adalah rumah sakit, Puskesmas, Poliklinik, Poskesdes.

Yang perlu dilakukan oleh pimpinan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut :

- a. Analisis Situasi Pimpinan rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran (karyawan/ pasien/pengunjung) 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 fasilitas pelayanan kesehatan mengajak bicara serikat pekerja 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/pasien/ pengunjung. 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 fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 2) Instrumen pengawasan.
 - 3) Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
 - 4) Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di fasilitas pelayanan kesehatan.

- 5) Mekanisme dan saluran penyampaian pesan di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 6) Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
 - 7) Pelatihan kelompok sebaya bagi karyawan tentang cara berhenti merokok.
- e. Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain :
- 1) Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi karyawan.
 - 2) Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.
- f. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok
- 1) Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada pasien/ pengunjung 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 fasilitas pelayanan kesehatan mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai peraturan daerah setempat
 - 2) Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat, 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.

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.

Di Tempat Anak Bermain

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pemilik/pengelola tempat anak bermain dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut, akhirnya pemilik/pengelola tempat anak bermain setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat anak bermain adalah Tempat Penitipan Anak (TPA), tempat pengasuhan anak dan arena bermain anak-anak. Yang perlu dilakukan oleh pemilik tempat anak bermain untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut :

- a. Analisis Situasi Pimpinan/pemilik tempat anak bermain melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran (pengunjung) 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/pemilik tempat anak bermain mengajak

bicara pengelola 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, antipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.
 - 4) Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
 - 5) Membahas cara sosialisasi efektif bagi pengelola maupun pengunjung. 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 pemilik/pimpinan tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat anak bermain.
 - 2) Instrumen pengawasan.
 - 3) Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
 - 4) Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di tempat anak bermain.
 - 5) Mekanisme dan saluran penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok bagi pengunjung di tempat

anak bermain, misalnya melalui poster, stiker larangan merokok, pengeras suara dan lain sebagainya.

- 6) Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
- e. Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain :
 - 1) Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi pengelola dan pengunjung.
 - 2) Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok
 - f. Penerapan Kawasan tanpa Rokok
 - 1) Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada pengunjung melalui poster, 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 anak bermain mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai dengan peraturan daerah setempat.
 - 2) Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat 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 kebijakan.

Di Tempat Ibadah

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pengelola/pengurus tempat ibadah dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut, akhirnya pengelola/pengurus tempat ibadah setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat ibadah adalah masjid, mushola, gereja (termasuk kapel), pura, vihara dan klenteng. Yang perlu dilakukan oleh pengelola tempat ibadah untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut :

- a. Analisis Situasi Pengelola di tempat ibadah melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran (jamaah) 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 pengelola tempat ibadah mengajak bicara pengurus tempat ibadah 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 efektif bagi pengurus maupun jamaah. Kemudian pihak pengelola tempat ibadah membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.
- c. Pembuatan 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 pengelola tempat ibadah tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat ibadah.
 - 2) Instrumen pengawasan.
 - 3) Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
 - 4) Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di tempat ibadah.
 - 5) Mekanisme dan saluran penyampaian pesan bagi pengurus dan jamaah, misalnya saat shalat Jum'at, misa gereja dan lain sebagainya.
 - 6) Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.

- e. Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain :
 - 1) Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi pengelola dan jemaah.
 - 2) Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

- f. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok
 - 1) Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada jemaah melalui poster, stiker, 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 ibadah setempat mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai dengan peraturan daerah setempat.
 - 2) Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat, 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 kebijakan.

Di Angkutan Umum

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pemilik/pengelola angkutan umum dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut, akhirnya pemilik/pengelola angkutan umum setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh angkutan umum adalah bus, kereta api, angkutan umum kecil (angkot kijang), angkutan umum sedang (kopaja, bus mini) dan lain sebagainya. Yang perlu dilakukan oleh pemilik angkutan umum untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut :

- a. Analisis Situasi Pimpinan/pemilik angkutan umum melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku penumpang, supir dan kernet 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/pemilik angkutan umum mengajak bicara pengelola 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, antipasi kendala dan sekaligus alternatif solusi.

- 4) Menetapkan penanggung jawab Kawasan Tanpa Rokok dan mekanisme pengawasannya.
 - 5) Membahas cara sosialisasi efektif bagi penumpang, supir dan kernet. 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 pemilik/pimpinan tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di angkutan umum.
 - 2) Instrumen pengawasan.
 - 3) Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
 - 4) Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di angkutan umum.
 - 5) Mekanisme dan saluran penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok bagi penumpang, supir dan kernet di angkutan umum, misalnya melalui poster, stiker larangan merokok dan lain sebagainya.
 - 6) Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
- e. Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain :
- 1) Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di angkutan umum.
 - 2) Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

- f. Penerapan Kawasan tanpa Rokok
 - 1) Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada penumpang melalui poster, 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 angkutan umum mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai dengan peraturan daerah setempat.
 - 2) Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat 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 kebijakan.

Di Tempat Kerja

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada pimpinan/manajer perusahaan/institusi swasta atau pemerintah dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut, akhirnya pimpinan setuju untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat kerja adalah kawasan pabrik, perkantoran, ruang rapat, ruang sidang/seminar. Yang perlu dilakukan oleh

pimpinan/manajer untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut :

- a. Analisis Situasi Penentu kebijakan/pimpinan di tempat kerja melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok dan bagaimana sikap dan perilaku sasaran 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 manajemen tempat kerja mengajak bicara serikat pekerja 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 efektif bagi karyawan. Kemudian pihak manajemen membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.
- c. Pembuat 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/manajer tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat kerja.
 - 2) Instrumen pengawasan.
 - 3) Materi sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok.
 - 4) Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di tempat kerja.
 - 5) Mekanisme dan saluran penyampaian pesan bagi pekerja, yaitu penyuluhan, penyebarluasan informasi melalui poster, pengeras suara dan lain sebagainya.
 - 6) Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.
 - 7) Pelatihan kelompok sebaya bagi pegawai/karyawan tentang cara berhenti merokok.

- e. Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain :
 - 1) Sosialisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal bagi manajer dan karyawan.
 - 2) Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok

- f. Penerapan Kawasan tanpa Rokok
 - 1) Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada karyawan melalui poster, stiker, tanda larangan merokok, pengumuman, pengeras suara dan sebagainya.
 - 2) Penyediaan tempat bertanya.
 - 3) Pelaksanaan pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.

- g. Pengawasan dan Penegakan Hukum
 - 1) Pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat kerja setempat mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - 2) Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan yang telah 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 kebijakan.

Tempat Umum

Petugas kesehatan melaksanakan advokasi kepada para penentu kebijakan/ pimpinan/pengelola tempat-tempat umum dengan menjelaskan perlunya Kawasan Tanpa Rokok dan keuntungannya jika dikembangkan di area tersebut. Dari advokasi tersebut akhirnya pimpinan tempat umum setuju untuk pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Contoh tempat umum adalah pusa pembelanjaan, mal, pasar serba ada, hotel, terminal bus dan stasiun. Yang perlu dilakukan oleh pengelola tempat umum untuk mengembangkan Kawasan Tanpa Rokok adalah sebagai berikut:

- a. Analisis Situasi Penentu kebijakan/pimpinan di tempat umum melakukan pengkajian ulang tentang ada tidaknya kebijakan Kawasan Tanpa Rokok serta bagaimana sikap dan perilaku sasaran (karyawan/pengunjung) terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok. Kajian ini untuk memperoleh data sebagai dasar untuk membuat kebijakan.
- b. Pembentukan Komite atau Kelompok Kerja Penyusunan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Pihak pimpinan manajemen tempattempat umum mengajak bicara/dialog serikat pekerja/serikat buruh yang mewakili perokok dan bukan perokok untuk:
 - 1) Menyampaikan maksud dan tujuan tentang pemberlakuan 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 maupun pengunjung. Kemudian pihak manajemen membentuk komite atau kelompok kerja penyusunan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok.
- c. Pembuatan 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 tentang penanggung jawab dan pengawas Kawasan Tanpa Rokok di tempat umum.
 - 2) Instrumen pengawasan.
 - 3) Materi sosialisasi pengawasan Kawasan Tanpa Rokok.
 - 4) Pembuatan dan penempatan tanda larangan merokok di tempat-tempat umum.
 - 5) Mekanisme dan saluran pesan Kawasan Tanpa Rokok di tempat-tempat umum, yaitu penyuluhan, penyebarluasan informasi melalui media poster, stiker, papan pengumuman dan lain sebagainya.
 - 6) Pelatihan bagi pengawas Kawasan Tanpa Rokok.

- e. Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok antara lain:
 - 1) Sosialisasi Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan internal.
 - 2) Sosialisasi tugas dan penanggung jawab dalam pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok.

- f. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok
 - 1) Penyampaian pesan Kawasan Tanpa Rokok kepada pengunjung melalui standar tempat umum seperti 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 umum mencatat pelanggaran dan menerapkan sanksi sesuai peraturan daerah setempat.
 - 2) Melaporkan hasil pengawasan kepada otoritas pengawasan daerah yang ditunjuk oleh pemerintah daerah setempat, 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.

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:
 - 1) Terwujudnya Kawasan Tanpa Rokok di semua tatanan.

Tatanan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
<p>Fasilitas Pelayanan Kesehatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya kebijakan tertulis tentang KTR. 2. Adanya tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR. 3. Adanya media promosi tentang larangan merokok/KTR 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung (tatapmuka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik) 2. Adanya pengaturan tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan KTR di fasilitas pelayanan kesehatan. 3. Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster, tanda larangan merokok, mading, surat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa asap rokok. 2. Petugas kesehatan yang tidak merokok menegur perokok untuk mematuhi ketentuan KTR. 3. Perokok merokok di luar KTR. 4. Adanya sanksi bagi yang melanggar KTR

Tatapan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
		edaran, pengeras suara. 4. Terpasangnya tanda KTR di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. 5. Terlaksananya penyuluhan KTR, bahaya merokok, etika merokok dan tidak merokok di fasilitas pelayanan kesehatan.	
Tempat Proses Belajar Mengajar	1. Adanya kebijakan tertulis tentang KTR. 2. Adanya tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR di tempat proses belajar	1. Terlaksananya sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung (tatap muka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik) 2. Adanya pengaturan	1. Lingkungan tempat proses belajar mengajar tanpa asap rokok. 2. Siswa yang tidak merokok menegur siswa yang merokok di lingkungan KTR.

Tatapan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
	<p>mengajar.</p> <p>3. Adanya media promosi tentang larangan merokok/KTR.</p>	<p>tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan KTR.</p> <p>3. Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster, tanda larangan merokok, mading, surat edaran, pengeras suara.</p> <p>4. Terpasangnya tanda KTR di tempat proses belajar mengajar.</p> <p>5. Terlaksananya penyuluhan KTR dan bahaya merokok dan etika merokok</p>	<p>3. Perokok merokok di luar KTR.</p> <p>4. Adanya sanksi bagi yang melanggar KTR.</p>
Tempat Anak Bermain	<p>1. Adanya kebijakan tertulis</p>	<p>1. Terlaksananya sosialisasi kebijakan</p>	<p>1. Lingkungan tempat anak bermain tanpa</p>

Tatanan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
	<p>tentang KTR.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Adanya tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR. 3. Adanya media promosi tentang larangan merokok/KTR. 4. Adanya area khusus untuk merokok. 	<p>KTR baik secara langsung (tatap muka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Adanya pengaturan tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan KTR di tempat anak bermain. 3. Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster, tanda larangan merokok, mading, pengeras suara. 4. Terpasangnya tanda KTR disekitar lingkungan area 	<p>asap rokok.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Perokok merokok di tempat yang telah disediakan. 3. Pengelola menegur pengunjung yang merokok di lingkungan KTR. 4. Adanya sanksi bagi yang melanggar KTR.

Tatanan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
	<p>5. Terlaksananya kegiatan anak-anak. penyuluhan KTR dan bahaya merokok kepada pengunjung di tempat anak bermain</p>		
Tempat Ibadah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peraturan secara tertulis tentang KTR. 2. Adanya tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR. 3. Adanya media promosi tentang larangan merokok/KTR. 4. Adanya tempat 	<ol style="list-style-type: none"> a) Terlaksananya sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung (tatap muka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik) b) Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster, tanda larangan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan tempat ibadah tanpa asap rokok. 2. Perokok merokok di tempat khusus yang telah disediakan. 3. Adanya sanksi bagi yang melanggar KTR

Tatanan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
	<p>khusus untuk memhatikan rokok.</p>	<p>merokok, mading, pengeras suara.</p> <p>c) Terpasangnya tanda KTR di sekitar lingkungan tempat ibadah.</p> <p>d) Terlaksananya penyampaian pesan KTR dan bahaya merokok kepada jamaah.</p>	
<p>Angkutan Umum</p>	<p>1. Adanya kebijakan tertulis tentang KTR.</p> <p>2. Adanya tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR.</p> <p>3. Adanya media</p>	<p>1. Terlaksananya sosialisasi kebijakan KTR baik secara langsung (tatap muka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik)</p>	<p>1. Angkutan umum tanpa asap rokok.</p> <p>2. Penumpang, supir dan kernet mengur yang merokok di dalam angkutan umum.</p> <p>3. Adanya sanksi bagi</p>

Tatapan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
	<p>promosi tentang larangan merokok/KTR.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Adanya pengaturan tugas dan tanggung jawab Organda dalam pelaksanaan KTR yang disosialisasikan kepada seluruh awak angkutan umum. 3. Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster, stiker, surat edaran. 4. Terpasangnya tanda KTR di dalam angkutan umum. 5. Terlaksananya inspeksi mendadak dari Organda untuk memantau pelaksanaan KTR. 	<p>yang melanggar KTR.</p>

Tatapan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
Tempat Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya kebijakan tertulis tentang KTR. 2. Adanya tenaga yang ditugaskan untuk memantau KTR. 3. Adanya media promosi tentang larangan merokok/KTR. 4. Ada area khusus untuk merokok 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersosialisasinya kebijakan KTR di tempat kerja baik secara langsung (tatap muka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik). 2. Adanya tugas dan tanggung jawab dalam pelaksanaan KTR di tempat kerja. 3. Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster, newsetter, mading, surat edara, pengeras suara. 4. Terpasangnya tanda 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lingkungan tempat kerja tanpa asap rokok 2. Perokok merokok di tempat yang telah disediakan. 3. Adanya sanksi bagi yang melanggar KTR

Tatanan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
	<p>KTR disekitar lingkungan kerja.</p> <p>5. Terselenggaranya penyuluhan KTR, bahaya merokok dan etika merokok.</p>		
Tempat Umum	<ol style="list-style-type: none"> Adanya kebijakan tertulis/tidak tertulis tentang KTR Adanya tenaga/ petugas yang ditugaskan untuk memantau KTR Adanya media promosi tentang larangan merokok/KTR. 	<ol style="list-style-type: none"> Tersosialisasinya kebijakan KTR baik secara langsung (tatapmuka) maupun tidak langsung (melalui media cetak, elektronik) Terpasangnya pengumuman kebijakan KTR melalui poster, tanda larangan merokok, newsletter, mading, surat edaran, pengeras 	<ol style="list-style-type: none"> Lingkungan di sekitar tempat umum tanpa asap rokok. Perokok merokok di tempat yang telah disediakan. Adanya sanksi bagi yang melanggar KTR.

Tatapan	Indikator input	Indikator proses	Indikator Output
	4. Adanya tempat khusus untuk merokok.	suara. 3. Terpasangnya tanda KTR di tempat umum. 4. Terlaksananya penyuluhan KTR bahaya merokok dan etika merokok	

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. Pemantauan Kawasan Tanpa Rokok 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?
 - 1) Kebijakan yang dilaksanakan
 - 2) Kajian terhadap masalah yang ditemukan
 - 3) Penyesuaian terhadap kebijakan

2. Bagaimana cara memantau?
 - 1) Menganalisis kajian kebijakan dan perilaku sasaran
 - 2) Melakukan supervisi atau kunjungan lapangan untuk mengetahui secara langsung perkembangan serta permasalahan-permasalahan yang dihadapi di lapangan dalam pelaksanaan kegiatan pengembangan Kawasan Tanpa Rokok.
 - 3) Wawancara mendalam dengan penentu kebijakan
 - 4) Diskusi kelompok terarah dengan masyarakat khalayak sasaran

3. Siapa yang memantau?
 - 1) Petugas kesehatan
 - 2) Pengelola program Kawasan Tanpa Rokok

4. Kapan mengadakan pertemuan?
 - 1) Selama pengembangan Kawasan Tanpa Rokok berlangsung
 - 2) Setiap saat diperlukan 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 di setiap tatanan sebagai berikut :

Kawasan Tanpa Rokok	Evaluasi 4-6 Bulan	Evaluasi Jangka Panjang 1-3 Tahun
<p>Fasilitas Pelayanan Kesehatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tanda Kawasan Tanpa Rokok yang dipasang. 2. Adanya media promosi Kawasan Tanpa Rokok. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok diterima dan dilaksanakan oleh pimpinan/karyawan/ pasien dan pengujung. 2. Dipatuhi dan dimanfaatkan fasilitas yang mendukung Kawasan Tanpa Rokok. 3. Tidak ada yang merokok di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. 4. Tidak ada penjual rokok di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
<p>Tempat Proses Belajar Mengajar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tanda Kawasan Tanpa Rokok yang dipasang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok diterima dan

Kawasan Tanpa Rokok	Evaluasi 4-6 Bulan	Evaluasi Jangka Panjang 1-3 Tahun
	2. Adanya media promosi Kawasan Tanpa Rokok.	<p>dilaksanakan oleh pimpinan dan karyawan/guru/dosen/siswa</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

Kawasan Tanpa Rokok	Evaluasi 4-6 Bulan	Evaluasi Jangka Panjang 1-3 Tahun
Tempat Anak Bermain	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tanda Kawasan Tanpa Rokok yang dipasang. 2. Adanya ruangan khusus untuk yang merokok. 3. Adanya media promosi Kawasan Tanpa Rokok 	<p>tidak merokok di Kawasan Tanpa Rokok.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok diterima dan dilaksanakan oleh pengelola dan pengunjung. 2. Dipatuhi dan dimanfaatkan fasilitas yang mendukung Kawasan Tanpa Rokok. 3. Tidak ada yang merokok di Kawasan Tanpa Rokok. 4. Tidak ada penjual rokok di sekitar Tempat Anak Bermain. 5. Tempat anak bermain tanpa asap rokok.

Kawasan Tanpa Rokok	Evaluasi 4-6 Bulan	Evaluasi Jangka Panjang 1-3 Tahun
Tempat Ibadah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tanda Kawasan Tanpa Rokok yang dipasang. 2. Adanya ruangan khusus untuk yang merokok 3. Adanya media promosi Kawasan Tanpa Rokok. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok diterima dan dilaksanakan oleh pengelola dan jemaah. 2. Dipatuhi dan dimanfaatkannya fasilitas yang mendukung Kawasan Tanpa Rokok. 3. Tidak ada penjual rokok di sekitar tempat ibadah. 4. Tidak ada yang merokok di Kawasan Tanpa Rokok. 5. Tempat Ibadah tanpa asap rokok.
Angkutan Umum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tanda Kawasan Tanpa Rokok yang dipasang. 2. Adanya media promosi Kawasan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok diterima dan dilaksanakan oleh

Kawasan Tanpa Rokok	Evaluasi 4-6 Bulan	Evaluasi Jangka Panjang 1-3 Tahun
	Tanpa Rokok.	<p>pengemudi dan penumpang angkutan umum.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dipatuhi dan dimanfaatkan fasilitas yang mendukung Kawasan Tanpa Rokok. 3. Tidak ada penjualan rokok di angkutan umum. 4. Semua pengemudi dan awak angkutan umum tidak merokok di angkutan umum. 5. Angkutan umum tanpa asap rokok.
Tempat Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya tanda Kawasan Tanpa Rokok yang dipasang 2. Adanya ruangan khusus untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok diterima dan dilaksanakan oleh pimpinan

Kawasan Tanpa Rokok	Evaluasi 4-6 Bulan	Evaluasi Jangka Panjang 1-3 Tahun
	<p>merokok</p> <p>3. Adanya media promosi Kawasan Tanpa Rokok.</p>	<p>dan karyawan.</p> <p>2. Dipatuhi dimanfaatkannya fasilitas yang mendukung Kawasan Tanpa Rokok</p> <p>3. Tidak ada penjualan rokok di sekitar tempat kerja.</p> <p>4. Karyawan yang tidak merokok yang tidak bertambah banyak.</p> <p>5. Semua karyawan tidak merokok di Kawasan Tanpa Rokok.</p> <p>6. Tempat Kerja tanpa asap rokok.</p>
Tempat Umum	<p>1. Adanya tanda Kawasan Tanpa Rokok yang dipasang</p>	<p>1. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok diterima dan</p>

Kawasan Tanpa Rokok	Evaluasi 4-6 Bulan	Evaluasi Jangka Panjang 1-3 Tahun
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Adanya ruangan khusus untuk merokok. 3. Adanya media promosi Kawasan Tanpa Rokok. 	<p>dilaksanakan oleh pengelola dan pengujung tempat umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dipatuhi dan dimanfaatkan fasilitas yang mendukung Kawasan Tanpa Rokok 3. Tidak ada yang merokok di Kawasan Tanpa Rokok. 4. Tidak ada penjual rokok di sekitar tempat umum. 5. Tempat umum tanpa asap rokok.

III. Evaluasi

1. Apa yang dimaksud dengan kawasan tanpa rokok ?
2. Apa saja tatanan yang ada pada kawasan tanpa rokok?
3. Apa tujuan adanya kawasan tanpa rokok?
4. Apa manfaat adanya kawasan tanpa rokok?
5. Sebutkan hal yang dapat dilakukan untuk mengevaluasi KTR jangka panjang pada fasilitas pelayanan kesehatan !

IV. Referensi

Kemenkes. 2011. Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok. Pusat Promosi Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

BAB VIII

UPAYA BERHENTI MEROKOK

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa Mampu memahami Manfaat upaya berhenti merokok
- b. Mahasiswa mampu memahami kendala upaya berhenti merokok
- c. Mahasiswa mampu memahami prinsip upaya berhenti merokok

II. Isi Materi

a. Manfaat berhenti merokok

Manfaat berhenti merokok didapat apabila perokok telah berhenti merokok dapat dilihat dari sisi kesehatan, mental, sosial dan ekonomi.

1. Manfaat dari sisi kesehatan

Risiko kematian akan jauh lebih berkurang dengan menghenetikan perilaku merokok dibandingkan dengan menurunkan kadar kolesterol atau menurunkan tekanan darah. Sejak 20 menit pertama, manfaat berhenti merokok sudah dimulai ada, sehingga makin cepat seseorang berhenti merokok akan mendapatkan manfaat serta memberikan usia harapan hidup yang lebih panjang manfaat berhenti merokok bagi kesehatan secara umum dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 1. Manfaat upaya berhenti merokok dari sisi kesehatan

Mulai berhenti Merokok	Manfaat
20 menit	Tekanan darah denyut jantung dan aliran darah tepi membaik
12 jam	Hampir semua nikotin dalam tubuh sudah dimetabolisme. Tingkat CO didalam darah kembali normal
24-48 jam	Nikotin mulai tereliminasi dari tubuh. Fungsi pengecap dan penciuman mulai membaik. Sistem kardiovaskular meningkat baik
5 hari	Sebagian besar metabolit nikotin dalam tubuh sudah hilang. Fungsi perasa/pengecap dan pembau jauh lebih membaik. Sistem kardiavaskular terus meningkat baik
2 minggu s.d 6 minggu	Risiko infesi pada luka setelah pembedahan berkurang secara bermakna. Fungsi silia saluran napas dan fungsi paru membaik. Napas pendek dan batuk berkurang
1 tahun	Risiko penyakit jantung koroner menurun setengahnya dibandingkan orang yang tetap merokok
5 tahun	Risiko stroke menurun pada level yang sama seperti orang tidak pernah merokok

Mulai berhenti Merokok	Manfaat
10 tahun	Risiko kanker paru berkurang setengahnya
15 tahun	Semua penyebab mortalitas dan risiko penyakit jantung koroner menurun pada level yang sama seperti orang yang tidak pernah merokok

2. Manfaat secara mental dan sosial

Hasil penelitian di Inggris dan Amerika menunjukkan bahwa seorang mantan perokok akan lebih dihormati dibandingkan orang yang masih merokok. Mantan perokok perempuan akan dipandang lebih bijak, lebih berdisiplin diri dan lebih menarik. Penelitian lain menunjukkan mantan perokok dipandang lebih dewasa, lebih menarik dan lebih diinginkan oleh responden non perokok.

Di Indonesia, Walikota Padang Panjang, Sumatera Barat memberikan sertifikat penghargaan kepada warganya sebagai apresiasi terhadap keberhasilan berhenti merokok dan bagi rumah bebas asap rokok. Walikota Bogor Jawa Barat memberikan penghargaan dengan beberapa tingkatan menurut durasi berhenti merokok. Walikota Balikpapan, Kalimantan Timur memberikan penghargaan berupa plakat kepada mantan perokok dan ketua RT yang mengembangkan lingkungan bebas asap rokok.

3. Manfaat dari sisi ekonomi

Terdapat lebih dari 50 juta orang yang membelanjakan uangnya rutin untuk membeli rokok di Indonesia. Data tahun 2010 memperlihatkan keluarga termiskin membelanjakan 12%, sementara keluarga terkaya sebesar 7% pengeluaran bulannya untuk membeli rokok. Beberapa penelitian membuktikan bahwa kebiasaan merokok akan menurunkan kemampuan ekonomi keluarga miskin yang banyak terdapat di negara berkembang. Berhenti merokok akan memberikan peluang lebih besar dalam mengalokasikan sumber daya keuangan untuk menyediakan makanan bergizi bagi keluarga dan upaya memperoleh pelayanan kesehatan.

b. Kendala upaya berhenti merokok

Hasil penelitian di dunia menunjukkan bahwa 70% perokok memiliki keinginan untuk berhenti merokok, sebagian besar berdasarkan komitmen sendiri tanpa bantuan pihak lain sehingga kemungkinan keberhasilan berhenti hanya 3-5% (WHO,2008). Kendala utama berhenti merokok dikelompokkan dalam 3 faktor utama yaitu :

a. Biologis/fisiologis

1) Adiksi nikotin dan dampak fisiologis.

Adiksi nikotin merupakan salah satu faktor berhenti merokok dari aspek biologis atau fisiologis. Nikotin menempati ranking pertama yang menyebabkan kematian, adiksi, dan tingkat kesulitan untuk tidak menggunakan lagi dibandingkan dengan 4 zat yang lainnya seperti

kokain, morfin, kafein, kembali merokok meskipun telah mengalami berbagai penyakit. Hal ini ditunjukkan oleh terjadinya kekambuhan merokok pada 60% klien onfark miokard, 50% klien pasca laringektomi dan 50% klien pasca pneumonektomi yang telah sembuh.

Nikotin memengaruhi perasaan, pikiran dan fungsi pada tingkat seluler. Dalam waktu 4-10 detik setelah seorang perokok menghisap sebatang rokok nikotin pada asap rokok dapat mencapai otak. Konsentrasi nikotin meningkat menjadi 10 kali lipat dalam sirkulasi arteri sistemik setiap hiasan rokok. Saat seorang menghisap rokok, nikotin terekstraksi dari tembakau, terbawa masuk ke dalam sirkulasi arteri dan samapai ke otak. Nikotin berdifusi cepat ke dalam jaringan otak dan terikat dengan resptor asetilkolin nikotinic (nAChRs) subtipe $\alpha 4\beta 2$ dan melepaskan dopamin yang memberikan rasa nyaman

Perokok reguler memicu peningkatan sebanyak 300%. Kadar nikotin akan turun dalam 2 jam sehingga kadar dipamin juga turun dan akan terjadi gejala putus nikotin. Perokok akan ingin mengulangi rasa nyaman tersebut dengan kembali merokok. Efek fisiologis ini seringkali membuat seorang perokok ingin kembali merokok.



Gambar 8.1. Siklus Adiksi Nikotin

2) Withdrawal effect (efek putus nikotin)

Rewards fisiologis (produksi dopamin yang tinggi) dan tidak tahan pada gejala putus nikotin membuat perokok terus meroko. Pada saat seseorang berhenti merokok, maka jumlah nikotin yang mencapai reseptor di otak menurun dan hal ini menyebabkan penurunan pelepasan dopamin dan neurotransmitter lainnya sehingga terjadi gejala putus nikotin, seperti ujing-uringan, perubahan emosi, perubahan nafsu makan, sakit kepala, dan lain-lain

3) Psikologis dan perilaku

Berhenti merokok bagi perokok merupakan pengalaman tidak menyenangkan atau ekstrim menyengsarakan secara psikologis. Bagian paling sulit berhenti merokok adalah kemampuan untuk menahan diri dari kebiasaan sehari-hari mereka seperti merokok setelah bangun pagi, sebelum

sarapan dan selama mereka istirahat di tempat kerja dan lain-lain. Gejala yang timbul saat berhenti merokok sangat erat kaitannya dengan faktor perilaku dan psikologis sehingga menjadi penting untuk melakukan pendekatan psikologis dan terapi perilaku.

4) Lingkungan sosial

Tidak adanya dukungan orang terdekat seperti teman atau keluarga dapat menurunkan motivasi seseorang untuk berhenti merokok. Klien akan mencoba kembali merokok setelah berhasil berhenti untuk sementara waktu atau tidak juga berhasil mengurangi jumlah rokok yang dihidupnya tiap hari menjelang tanggal berhenti yang telah ditetapkan. Lingkungan yang tidak mendukung untuk berhenti merokok akan memberikan stimulasi untuk tetap merokok sehingga klien akan sulit untuk melepaskan rokok

Prinsip upaya berhenti merokok

Mengingat kemungkinan kegagalan yang tinggi dalam upaya berhenti merokok maka diperlukan suatu acuan untuk berhenti merokok berupa suatu program yang terarah. Pada umumnya tercapai upaya berhenti merokok mencakup langkah utama sebagai berikut:

a. Identifikasi klien

Identifikasi awal akan sangat menentukan strategi dan pilihan terapi yang akan diambil untuk upaya berhenti merokok. Pada fasyankes primer identifikasi awal adalah menilai status klien, profil perokok,

menilai tingkat ketergantungan nikotin dan menilai tingkat motivasi.

1) Identifikasi tipe klien

Identifikasi tipe klien	Strategi
Klien yang mau berhenti merokok	Bantu dengan langkah 4T (modifikasi 5A's dan ABC)
Klien yang belum ingin berhenti merokok	Tingkatkan motivasi klien (dengan wawancara, konselin, motivasional)
Klien baru berhenti merokok	Lanjutkan kegiatan berhenti merokok
Klien yang tidak pernah merokok	Berikan "selamat". Jaga pola hidup bebas dari rokok.

2) Menilai profil rokok

Penilaian profil perokok diperlukan untuk memelihara berat ringannya kebiasaan merokok pada klien secara dapat ditanyakan jumlah batasan rokok yang dihisap dalam sehari atau seminggu usia mulai merokok, jenis rokok yang dihisap

3) Menilai tingkat adiksi/ketergantungan nikotin

Hal ini penting untuk memberikan gambaran beratnya ketergantungan klien terhadap nikotin. Berat ringannya adiksi seseorang memberikan gambaran strategi yang akan digunakan dalam upaya berhenti merokok. Disisi lain berat

ringannya adiksi juga bisa memberikan gambaran gejala putus nikotin yang mungkin akan terjadi bila berhenti merokok sehingga dapat diantisipasi sejak awal.

4) Menilai tingkat motivasi

Motivasi awal merupakan modal awal dalam upaya berhenti merokok. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat motivasi berperan penting dalam keberhasilan berhenti merokok, sehingga harus dilakukan sejak awal. Secara sederhana klien ditanyakan berapa besar motivasi untuk berhenti merokok dengan skala angka "0-10"

0=tidak ada motivasi sama sekali

10 = motivasi sangat tinggi

b. Evaluasi dan dukungan motivasi

Dilakukan sejak awal ketika melakukan upaya berhenti merokok dan saat klien kontrol kembali. Diperlukan konseling khusus untuk meningkatkan motivasi disetiap pertemuan, terutama bulan saat motivasi rendah. Dukungan motivasi juga perlu dari anggota keluarga atau orang terdekat dalam bentuk mengingatkan agar selalu berhenti merokok serta memberikan reward atau punishment.

c. Pilihan terapi

Secara umum terapi berhenti merokok terdiri dari teraou nonfarmakologi dan farmakologi. Terapi nonfarmakologi adalah pendekatan tanpa pemberian obat sedangkan terapi farmakologi adalah pemberian obat untuk membantu berhenti merokok.

- 1) Terapi non farmakologi
 - a) Self help (usaha sendiri)
 - b) Memberi nasihat singkat
 - c) Konseling dengan cara individu ataupun kelompok dan telepon
 - d) Terapi perilaku
 - e) Terapi pendukung (hipnoterapi, akupuntur, akupresure)

2) Terapi farmakologi

Pemberian obat yang direkomendasikan dengan evidence A yaitu terapi penggantian nikotin Nicotine Replacement Therapy (NRT) dalam bentuk gum, patch, inhaler, spray, dll. Terapi ini memberikan sebagai pengganti nikotin yang berasal dari nikotin yang disuplai dari rokok. Dengan memberikan pengganti nikotin maka diharapkan efek putus nikotin dapat diatasi. Bupropion merupakan obat golongan depresan Norephrine Dopamine Reuptake Inhibitor dengan mekanisme kerja menghambat reuptake dari dopamin sehingga dapat mengurangi gejala withdrawal effect. Varenicline yang berkaitan dengan reseptor sehingga menyebabkan pelepasan dopamin yang parsial juga sehingga mengurangi efek adiksi dan withdrawal effect. Mekanisme lain sebagai antagonis yaitu ikatannya dengan reseptor mencegah nikotin sehingga akan mengurangi rasa nikmat yang diperoleh dari rokok.

3) Cara berhenti merokok

1. Cold turkey

Dilakukan dengan cara berhenti seketika. Seorang perokok yang berhenti secara tiba-tiba berhenti merokok sama sekali pada hari yang sudah ditentukan. Banyak perokok yang berhenti merokok dengan menggunakan cara ini.

2. Cara penundaan

Dengan cara anda menunda saat merokok pertama yang anda hisap setiap harinya. Hari pertama merokok jam 7 besoknya jam 10 dan jam berikutnya jam 11 sampai seterusnya sampai tidak merokok sama sekali

3. Cara pengurangan

Mengurangi jumlah rokok yang anda hisap setiap hari sebagai contoh : beri waktu 6 hari bagi anda untuk berhenti merokok. Pada hari pertama misalnya 20 batang hari kedua 20 batang hari ketiga 15 batang hari keempat 10 batang, hari kelima 5 batang dan hari keenam adalah hari tanpa rokok seperti yang anda tentukan

d. Tindak lanjut

Hal penting dan menentukan keberhasilan jangka panjang dalam upaya berhenti merokok. Klien harus dijadwalkan secara rutin untuk datang kembali dalam jangka waktu 2 minggu sekali. Pada tindak lanjut dilakukan penilaian tingkat keberhasilan berhenti merokok, menilai motivasi kendala yang timbul, gejala withdrawal effect, penanganannya, penilaian parameter klinis, berat badan tekanan darah, pengukuran arus

puncak ekspirasi, kadar CO udara ekspirasi. Jika diperlukan terapi tambahan untuk berhenti merokok maka dilakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

III. Evaluasi

1. Apa saja manfaat upaya berhenti merokok?
2. Jelaskan manfaat mental dan sosial dalam upaya berhenti merokok
3. Jelaskan manfaat kesehatan dalam upaya berhenti merokok
4. Apa saja kendala dalam berhenti merokok
5. Jelaskan salah satu prinsip upaya berhenti merokok

IV. Referensi

- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2016). Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Edisi II. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular . (2016). Buku Pedoman Penyakit Terkait Rokok. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

BAB IX

TATA LAKSANA

UPAYA BERHENTI MEROKOK

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa Mampu memahami Langkah-langkah upaya berhenti merokok, Mahasiswa Mampu memahami Penanganan perubahan perilaku
- b. Mahasiswa Mampu memahami Konseling dan motivasi penanganan adikti nikotin,
- c. Mahasiswa Mampu memahami Rujukan upaya berhenti merokok

II. Isi Materi

a. Langkah-langkah upaya berhenti merokok

Dalam berbagai pedoman pada umumnya istilah 5A's yaitu Ask, Advice, Asses, Assist dan arrange untuk membantu seseorang berhenti merokok, meskipun begitu beberapa pedoamn lain yang memperkenalkan pendekatan ABC yaitu Ask, Brief advice dan Cessation support, modifikasi dari kedua pendekatan tersebut di Indonesia diperkenalkan dengan istilah 4T yaitu tanyakan, telaah, tolong dan nasehati , serta tindak lanjut dalam membantu kegiatan berhenti merokok.

Hal ini penting dan sangat diperlukan bagi tenaga medis untuk ber “Tanya” kepada klien apakah yang bersangkutan merupakan perokok atau bukan, tanyakan apakah ada anggota keluarga yang merokok di rumah. Apabila merokok “Telaah” keinginan klien untuk berhenti merokok dan menciptakan lingkungan rumah bebas asap rokok.

Langkah 3T pertama ini dilakukan untuk memastikan apakah seorang klien merupakan perokok dan mengkaitkannya agar perokok tersebut dapat berhenti. Jika klien ingin berhenti maka seorang tenaga medis harus membantu (Tolong) dengan menyediakan terapi yang tepat dan mengarahkan klien untuk bergabung dengan suatu konseling, kemudian susun Tindak lanjut untuk menindaklanjuti terapi yang sudah diberikan.

Tabel 9.1. Langkah-langkah yang dilakukan dalam pendekatan 4T

<p>Tanyakan Apakah klien merupakan seorang perokok atau bukan? Apakah ada anggota keluarga yang perokok</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Tanyakan tipe klien, profil perokok, tingkat ketergantungan nikotin dan motivasi untuk berhenti merokok b. Identifikasi dan dokumentasi setiap perkembangan upaya berhentio merokok setiap pertemuan c. Mencatat, menilai, dan memastikan anggota keluarga yang merokok dirumah d. Hasil pertanyaan diatas
---	--

	dituliskan dalam status berhenti merokok (catatan klien)
Telaah Nilai keinginan klien untuk berhenti merokok Telaah	<ol style="list-style-type: none"> a. Telaah keluhan yang dirasakan klien b. Lakukan pemeriksaan CO analyzer dan Peak flowmeter c. Telaah dampak rokok bagi kesehatan d. Perlu dipastikan klien memiliki keinginan untuk berhenti merokok atau tidak, bila tidak maka diperlukan suatu konseling motivasi e. Nilai sampai manakah tahapkeinginan klien untuk berhenti merokok apakah [pada tahap prekontemplasim konteomasi, siap , tindakan dan pemeliharaan
Tolong dan nasihat Anjurkan klien untuk berhenti merokok	<ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan pendekatan secara personal, kuat, jelas untuk menganjurkan klien berhenti merokok b. Untuk klien yang berbuat berikan konseling agar klien dapat berhenti merokok c. Susun waktu kapan berhenti merokok akan dimulai

	<ul style="list-style-type: none"> d. Berikan informasi cara untuk berhenti merokok e. Beritahu keluarga dan orang bskitar bahwa kita akan berhenti merokok, mintalah dukungan dan pengertian mereka f. Antisipasi hambatan yang akan muncul. Biasanya hambatan paling besar akan terjadi pada minggu pertama yakni gejala putus nikotin g. Untuk klien yang belum berniat berhenti merokok tingkatkan motivasi dan uoayakan intervensi lanjut sehingga dimasa yang akan datang akan berhenti merokok → wawancara/konseling motivasional h. Berikan nasihat untuk membantu keluarga berhenti merokok dan menciptakan lingkungan rumah bebas asap rokok
<p>Tindak Lanjut</p> <p>Menyusun rencana untuk menindak lanjuti terapi yang sudah dilakukan</p> <p>Pertimbangan tambahan</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Untuk klien yang berusaha berhenti merokok, maka susunkah jadwal konsultasi rutin berkala 2 minggu b. Pada pertemuan berikutnya

<p>terapi jika ada atau merujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan jika 3 bulan belum berhenti merokok</p>	<p>lakukan penilaian antara lain</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tingkat keberhasilan berhenti merokok 2) Tingkat motivasi 3) Kendala timbul 4) Gejala withdrawal effect dan penanganannya 5) Penilaian parameter klini, seperti bert badan, tekanan darah, CO analyzer, peak flow meter <p>c. Untuk klien yang tidak ingin berhenti merokok untuk saat ini perkenalkan mengenai ketidaktergantungan rokok dan tingkat motivasi klien untuk berhenti merokok pada kunjungan klien berikutnya</p> <p>d. Jika diperlukan rencanakan terapi tambahan untuk berhenti merokok dengan merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjut</p>
---	--

b. Penanganan perubahan perilaku

Jika seseorang merokok sebagai perilaku, putus semua hubungan antara rokok dengan perilaku. Tetapkan perilaku yang paling sederhana dan mudah diubah

berdasarkan situasi penyebab timbulnya keinginan merokok.

Tips :

- a. Jika ingin merasakan rokok ditangan, bermainlah dengan barang lain seperti pensil, tusuk gigi ataupun rokok bekas. Jika klien rindu menyalakan rokok, jauhkanlah rokok dari jangkauan anda dan buanglah korek api
- b. Jika anda biasa merokok sesudah makan segeralah bangkit dari duduk setelah makan dan gosok gigi atau pergilah jalan-jalan dan melakukan hal-hal lain yang membuat klien lupa merokok
- c. Jika suka merokok sambil minum kopi, minumlah jus buah sebagai gantinya. Teliti semua penghubung antara kebiasaan klien dan rokok serta coba untuk memutuskan rantainya.

c. Konseling dan motivasi penanganan adikti nikotin

Konseling berhenti merokok merupakan salah satu jenis intervensi psikososial dan suatu dialog interaktif antara gterapis dan klien yang bedasarkan pada hubungan kolaborasi antara konselor dan klien yang membantu klien untuk menyadari adanya masalah kebiasaan merokok. Konseling meliibatkan berbagai keterampilan konselor, teknik mengajar, dan dukungan emosional yang membantu seorang menuju kemandiriannya, mengembangkan keterampilan dalam mengahdapi masalah , fungsi sosial dan menjadi keputusan yang baik.

a. Prinsip dasar konseling

Membantu seseorang untuk belajar menyelesaikan masalah interpersonal, emosional dan memutuskan hal tertentu yang merupakanb proses dinamis berdasarkan hubungan kolaboratif.

1) Tujuan konseling adalah

- a. Membantu kemampuan klien untuk mengambil keputusan yang bijaksana dan realistik
- b. Menuntun perilaku klien agar mampu mengemban konsekuensinya
- c. Memberikan informasi dan edukasi

Konseling melibatkan beberapa hal yaitu:

- a. Hubungan yang interaktif antara konselor dan klien
- b. Kolaborasi antara konselor dengan klien
- c. Memiliki keterampilan sebagai konselor dan teknik mengajarkan
- d. Memberi penguatan positif
- e. Mendukung secara emosional
- f. Terekam dengan baik
- g. Tahapan tatap muka konseling terdokumentasi dan ada pemantauan serta penilaian

2) Proses konseling

- a. Menggunakan pendekatan yang mengormati semua klien
- b. Menganggap perilaku merokok merupakan masalah yang terus menerus
- c. Memberikan penatalaksanaan yang bersifat individual
- d. Meberikan penatalaksanaan yang bersifat multidimensional

- e. Tetap terbuka pada metode baru
- f. Menggunakan perspektif multikultural untuk memenuhi kebutuhan dari populasi klien yang berbeda
- g. Apabila konselor tidak tahu jawaban dari pertanyaan klien, maka sebaiknya konselor mengatakan tidak tahu dan akan memberitahukan jawaban tersebut pada pertemuan berikutnya

3) Lama dan frekuensi konseling

Proses konseling hendaknya dijalankan dengan durasi 30-60 menit. Upayakan untuk selalu memulai konseling dengan mengulas apa yang diperoleh pada sesi sebelumnya dan sejauh mana keterampilan baru telah diterapkan dalam kehidupan sehari-hari klien. Klien sebaiknya diberi tahu bila waktu konseling akan habis. Proses konseling minimal dilakukan 6 kali pertemuan untuk setiap klien. Jarak antara satu sesi dengan sesi lain idealnya 2 minggu

b. Teknik konseling berhenti merokok

Merupakan taktik dan strategi melakukan konseling yang berhasil. Konseling yang berhasil adalah klien mampu menerapkan keputusan yang baik, mau melakukan keputusannya dengan tidak terpaksa, merasa nyaman, dan terjaga kerahasiaannya. Pada prinsipnya teknik konseling diarahkan dengan memberikan “personal touch” pada klien secara wajar. Dalam penerapannya konseling berhenti merokok dapat dilakukan secara khusus membahayakan pentingnya berhenti merokok. Namun dapat dilakukan

secara terintergarsi dengan masalah lain yang berkaitan dengan masalah berhenti merokok

1. Persiapan konseling

Petugas konseling

- a) Berpenampilan bersih
- b) Menguasai materi
- c) Bisa menjaga rahasia
- d) Mengenal sosial budaya

2. Tempat

- a) Tidak bising atau ramai
- b) Tidak menjadi temoat lalu lalang orang
- c) Aman dan nyaman

3. Etika petugas

- a) Empati
- b) Menghormati klien
- c) Tidak bergosip

4. Media konseling

- a) Biasanya berupa lembar balik namun bisa juga jenis media lainnya
- b) Isi media konseling telah dikuasai petugas

c. Langkah-langkah teknik konseling berhenti merokok

Langkah-langkah ini disingkat dengan “SATU TUJU” yaitu :

SA : Sambut kedatangan klien dengan memberi salam dan berikan perhatian (mulai menciptakan hubungan yang baik)

Teknik konseling :

- 1) Sampakan salam atau apakabar dengan pandangan mata yang tertuju pada klien, wajah tersenyum dan bersahabat
- 2) Untuk anak remaja pakai bahasa yang sesuai
- 3) Segera persilahkan masuk dan duduk

TA : Tanyakan kepada klien untuk menjajagi pengetahuan , perasaan dan kebutuhan klien terkait dengan bahaya merokok bagi kesehatan

Teknik konseling :

- 1) Mulailah dengan menyampaikan pertanyaan yang bersifat terbuka agar klien berbicara banyak
- 2) Jadilah pendengar yang baik dan aktif, tunjukkan perhatian sepenuhnya kepada klien, tatap matanya dan kemudia lakukan refleksi isi perasaan atau kombinasi
- 3) Fokuskan pembicaraan pada topik bahasan jangan menghakimi
- 4) Pakai bahasa verbal dan nonverbal

U : Uraian informasi yang sesuai dengan masalah klien

Teknik konseling:

- 1) Jelaskan pada klien tentang bahaya merokok bagi dirinya maupun orang lain. jelaskan pula keuntungan apabila berhenti merokok.
- 2) Gunakan media KIE (komunikasi informasi dan edukasi) misalnya lembar balik, poster, leaflet dll, agar informasi dapat mudah dipahami oleh klien

- 3) Gunakan bahasa yang sederhana, jelas singkat, nada suara yang lembut dan jangan sekali-sekali mengambang

TU : Bantu klien untuk memahami keadaan dirinya serta permasalahannya dan menetapkan alternatif pemecahan masalah

Teknik Konseling :

- 1) Ajak klien dengan ramah melakukan kajian tentang kondisi dan kehendaknya
- 2) Bila anda mempunyai keterbatasan dalam menguasai materi, tawarkan pada klien untuk melakukan konseling pada orang yang lebih berkompeten. Lakukan rujukan pada petugas konseling lain yang jelas nama dan alamatnya

J : jelaskan lebih rinci konsekuensi dan keuntungan dari setiap alternatif pemecahan masalah

Teknik Konseling :

- 1) Jelaskan pada klien secara singkat tentang bahaya merokok bagi dirinya maupun oranglain jelaskan pula keputusan yang sudah ditetapkan klien dengan kesadarannya sendiri
- 2) Katakan kapan akan datang lagi dan ingatkan bahwa anda akan menghubunginya pada waktu yang akan datang
- 3) Ucapkan terimakasih atas kedatangannya dan sampaikan salam kepada klien sebelum berpisah

U : Ulangi beberapa informasi penting dan ingatkan bahwa klien harus melakukan kunjungan ulang

atau rujuk ke tempat pelayanan lain bila diperlukan

Teknik Konseling :

- 1) Ajak klien melakukan kajian konsekuensi dan penetapan keputusan
- 2) Tumbuhkan niat dan rasa percaya diri klien untuk melakukan keputusannya
- 3) Jelaskan pada klien apabila ada kesulitan

c. Wawancara motivasional

Proses wawancara motivasional dilakukan dengan pendekatan client centered yang bertujuan untuk membantu menggali dan mengatasi ambivalensi kebiasaan merokoknya. Dasar dari wawancara motivasional adalah memahami tahap perubahan perilaku klien dan kapan serta bagaimana mereka masuk ketahapan perubahan selanjutnya. Wawancara ini sangat berguna pada tahap perubahan prekontemplasi dan kontemplasi walaupun begitu disetiap tahap penting untuk diterapkan. Tujuan dari wawancara ini adalah untuk menggali pandangan klien menghadapi permasalahannya, menyongkong perubahan dengan menghindari label, menyatakan bahwa yang bertanggung jawab untuk target pengobatan dan pembuat keputusan terletak pada klien

d. Prinsip wawancara motivasional

a. Mengekspresikan empati

Suatu gambaran bahwa konselor menerima klien adanya, dapat memahami klien dengan permasalahannya, tidak memberikan suatu label kepada klien (misal: si perokok berat)

- b. Membangun kesenjangan
Memotivasi perubahan perilaku klien dengan menggambarkan perbedaan antara perilaku kebiasaan meroko beserta permasalahan yang berhibungan dengan perilaku mereka saat ini dengan arah yang ingin mereka capai dalam kehidupan nantinya
- c. Menghindari argumentasi
Prinsip dari wawancara motivasional adalah dapat menerima suatu ambivalensi atau resistensi untuk merubah dan itu adalah hal yang normal. Jangan menyerang klien atas perilaku ketergantungan merokok dan permasalahannya tetapi menggali pengetahuan klien tentang risiko terkait perilakunya dan membantu klien memahami secara akurat konsekuensi negatif dari merokok.
- d. Dukungan keyakinan
Konselor memberikan dukungan bahwa klien mampu merubah perilaku merokok sehingga bisa mengurangi masalah yang ditimbulkan. Kepercayaan konselor pada kemampuan klien untuk berubah adalah motivator penting.
- e. Keterampilan khusus
Bertujuan untuk mendorong klien mau berbicara menggali ambivalensi dan menjelaskan alasan mereka untuk menguramgi berhenti dari perilaku merokok
 - 1) OARS
 - a) Open ended question (pertanyaan terbuka)
 - b) Affirmations (penegasan)
 - c) Reflective listening (mendengarkan dengan cara merefleksikan)
 - d) Summarizing (membuat kesimpulan)

- 2) Berbicara mengenai perubahan
 - a) Mengenali kerugian bila tetap merokok
 - b) Mengenali manfaat bila tidak merokok
 - c) Menyampaikan optimisme tentang perubahan
 - d) Menyampaikan tujuan untuk perubahan

Beberapa cara yang dapat menggambarkan hal tersebut dari kliennya

- a) Mengajukan pertanyaan langsung dan terbuka
 - b) Meminta klien untuk menjelaskan dampak buruk yang akan timbul bila mereka tidak berubah atau manfaat yang dapat mereka peroleh bila berubah
 - c) Meminta klien untuk menguraikan atau menjelaskan pernyataan mereka
- f. Memanfaatkan dari penerapan wawancara motivasional
- a) Menginspirasi motivasi untuk berubah
 - b) Menyiapkan klien untuk masuk kedalam layanan terapi
 - c) Memasukan dan mempertahankan klien dalam terapi
 - d) Meningkatkan partisipasi dan keterlibatan klien
 - e) Mengembangkan hasil terapi
 - f) Mendorong kembali masuk dalam program apabila klien kambuh

d. Rujukan upaya berhenti merokok

Pelayanan kesehatan primer umumnya diperlukan masyarakat dengan sakit ringan atau yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Upaya berhenti merokok sebagai salah satu bentuk kegiatan

pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan di pelayanan kesehatan primer. Meskipun begitu ada tingkatan kesulitan dalam penanganan. Upaya berhenti merokok dipelayanan primer umumnya hanya menggunakan pendekatan tatalaksana sederhana yaitu konseling.

Upaya berhenti merokok dipelayanan kesehatan sekunder diperlukan pada kondisi perokok dengan tingkat ketergantungan nikotin yang sedang sampai yang berat, perokok, dengan komplikasi penyakit yang berat atau yang gagal berhenti merokok dipelayanan kesehatan sekunder dengan multisiolin dan tenaga spesialis.

Sistem rujukan dalam hal ini sangat diperlukan pada program UBM. Pada prinsipnya sistem ini adalah manajemen pelayanan kesehatan masyarakat secara vertikal pada pelayanan kesehatan yang lebih tinggi atau horizontal kepada yang lebih kompeten. Sistem rujukan dalam UBM adalah sistem rujukan vertikal dimana pelayanan kesehatan primer merujuk ke faskes di atasnya yaitu pelayanan kesehatan sekunder/tersier.

I. Jenis rujukan

Secara khusus sistem rujukan pada upaya berhenti merokok adalah rujukan kesehatan perorangan dan merupakan rujukan medis. Ada beberapa jenis rujukan dalam upaya berhenti merokok

- a. Rujukan untuk penanganan medis withdrawal effect
Rujukan dapat dilakukan dipelayanan kesehatan primer apabila dalam upaya berhenti merokok yang dilakukan ditemukan gejala efek putus nikotin yang tidak dapat ditangani misalnya timbul insomnia. Depresia atau peningkatan berat badan berlebihan. Rujukan adalah rujukan media

untuk penanganan gejala efek putus nikotin bisa langsung kedokter spesialis . dalam hal ini upaya berhenti merokok masih ditangani dilayanan kesehatan primer, rujukan hanya untuk penanganan gejala efek putus nikotin

- b. Rujukan utnuk upaya berhenti rokok lanjutan
- c. Rujukan ini untuk upaya berhenti merokok lanjutan dipelayanan kesehatan sekunder atau tersier apabila upay berhenti merokok pada pelayanan kesehatan primer dikatagorikan gagal atau tidak berhasil. Pertimbangan merujuk ke fasilitas kesehtan lanjutan jika dipikirkan memerlukan terapi tambahan, memerlukan penanganan gejala efek putus nikotin, menghambat upaya berhenti merokok jika dalam 3 bulan belum berhasil berhenti merokok.

Secara umum ada beberapa jenis rujukan dalam pelayanan kesehatan

- 1. Rujukan medis
Rujukan terkait masalah penyakit (diagnosis, tata laksana), pengetahuan (khususnya masalah SDM) dan rujukan sampel medis
- 2. Rujukan kesehatan perorangan
Rujukan yang diberikan terkait masalah kesehatan perorangan umumnya dilakukan adlaah rujukan medis. Misalnya rujukan dari praktek dokter terkait kesehatan di RS atau laboratorium

3. Rujukan kesehatan masyarakat
Rujukan untuk program pencegahan, promosi kesehatan, termasuk masalah teknologi kesehatan dan peralatannya
4. Rujukan pelayanan kesehatan
Rujukan pelayanan kesehatan terkait asuransi adalah rujukan berjenjang dari primer, sekunder dan tersier dalam sistem asuransi sesuai tingkat kompetensi fasilitas pelayanan kesehatannya

II. Kriteria rujukan

Klien yang sudah menjalani proses upaya berhenti merokok dalam periode tertentu tetapi belum berhasil dan atau memerlukan upaya lanjutan untuk berhenti merokok. Adapun kriteria rujukannya adalah:

1. Klien sudah menjalani UBM dan konseling yang diberikan dirasakan tidak efektif sehingga memerlukan terapi tambahan untuk meningkatkan keberhasilan meskipun belum slesesai program UBM 3 bulan
2. Klien yang mengalami efek putus nikotin berat yang menghambat upaya berhenti merokok dan memerlukan penanganan UBM lanjutan yang diberikan terkait masalah kesehatan perorangan
3. Klien yang sudah menjalani UBM selama 3 bulan dan dinilai gagal sehingga memerlukan pendekatan multidisiplin pada pelayanan kesehatan tingkat lanjut
4. Klien yang ingin berhenti merokok disertai dengan kondisi khusus atau terdapat komorbid penyakit.

III. Evaluasi

1. Bagaimana tips penanganan perubahan perilaku
2. Sebutkan Langkah-langkah teknik konseling berhenti merokok
3. Apa yang dimaksud wawancara motivasional
4. Sebutkan jenis rujukan dalam pelayanan kesehatan
5. Apa saja kriteria rujukan?

IV. Referensi

- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular . (2016). Buku Pedoman Penyakit Terkait Rokok. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular . (2017). Petunjuk Teknis Konseling Berhenti Merokok pada Anak Usia Sekolah/Madrasah, Bagi Guru Pembina Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M). Jakarta : Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2016). Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Edisi II. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Pusat Promosi Kesehatan. (2011). Informasi Tentang Penanggulangan Masalah Merokok Melalui Radio. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

BAB X

WITHDRAWAL SYNDROME

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa mampu Mampu memahami mengenai definisi *withdrawal syndrome*
- b. Mahasiswa mampu memahami Penanganan *withdrawal syndrome*

II. Isi Materi

a. Definisi *withdrawal syndrome*

Withdrawal syndrome mulai dirasakan dalam 4-6 jam setelah lepas nikotin pada seorang perokok reguler. Gejala dapat mencapai puncak dalam beberapa hari pertama dan bisa berlangsung selama 2-4 minggu selama berhenti merokok. Pada kondisi ini perokok sering berusaha mempertahankan kadar nikotin serum minimal untuk mencegah *withdrawal syndrome* yang terjadi dan mempertahankan efek nyaman dari nikotin dengan merokok kembali

b. Penanganan *withdrawal syndrome*

- a. Berpikirlah mengenai hal-hal yang menyenangkan yang akan terjadi pada tubuh anda jika anda tekah berhenti merokok. Masa kritis terjadi karena berhentinya anda merokok (biasanya terjadi 1,5 – 2 minggu)

- b. Cobalah cara-cara tertentu yang dapat mengalihkan kerinduan anda pada dari keinginan merokok dengan cara banyak minum air, makan buah dan sayuran, menobrol dengan seseorang dan tetaplah menyibukkan diri dengan berolahraga.
- c. Cobalah relaksasi seperti pemijatan, punggung dan leher, relaksasi otot, bernafas dalam-dalam
- d. Setelah masa kritis lewat akan lebih mudah untukterhindar dari keinginan merokok di hari berikutnya.

Tabel 10.1. Gejala putus nikotin dan lamanya gejala msetelah berhenti merokok

<i>withdrawal syndrome</i>	Lama (setelah berhenti merokok)
Rasa cemas/ansietas	1-2 minggu
Mudah tersinggung, frustasim marah	≤4 minggu
Insomnia, tidak sabar, sulit konsentrasi, depersi (dysphoric)	≤4 minggu
Nafsu makan meningkat (berat badan meningkat)	>10 minggu

Terapi farmakologi maupun nonfarmakologi ditujukan untuk menangani masalah withdrawal effect, namun masalah ini sering dialami oleh klien. Beberapa cara mengatasi masalah tersebut yaitu :

Tabel 10.2. Penanganan withdrawal effect

Gejala, Durasi, Penyebab	Cara mengatasi
<p>Gejala : batuk Durasi :beberapa hari Penyebab : terdapat sekresi mukus yang berlenihan</p>	<p>Sarankan untuk minum air dan makan permen</p>
<p>Gejala : sakit kepala Durasi :1-2 minggu Penyebab : kadar CO menurun dan kada O2 meningkat</p>	<p>Sarankan untuk meredakan ketegangan dengan melakukan latihan pernapasan dalam minum air, mandi, pergi, jalan, berbaring selama 15 menit. Berikan obat analgesik jika diperlukan</p>
<p>Gejala : insomnia Durasi :2- 4 minggu Penyebab : hilangnya stimulasi dari nikotin. Selanjutnya kurang tidur akan mempengaruhi susasna hati dan disiang hari merasa lelah</p>	<p>Sarankan beberapa cara untuk bersantai sebelum tidur seperti mengurangi konsumsi kafein, minum secangkir susu hangat rendah lemak atau teh, mendengarkan musik, membaca, mandi air hangat, melakukan latihan relaksasai. Sarankan untuk tidur siang</p>
<p>Gejala : emosi yang tidak stabil Durasi : 2- 4 minggu Penyebab : hilangnya stimulasi dari nikotin</p>	<p>Menyarankan untuk bersantai sebanyak mungkin dengan melakukan hal yang disukai dan membuat sengam, melakukan aktifitas seperti olahragamendengarkan musik. Jika sedang marah sarankan untuk melakukan aktifitas seperti berjalan-jalan ambil nafas panjang</p>

Gejala, Durasi, Penyebab	Cara mengatasi
Gejala : sulit berkonsentrasi Durasi : beberapa minggu Penyebab : hilangnya stimulasi dari nikotin	Menyarankan untuk beristirahat sejenak dari aktifitasnya, mengkonsumsi makanan sehat, minum banyak air putih untuk menjaga otak terdehidrasi, olahraga dan mendapatkan udara segar
Gejala : nafsu makan yang meningkat Durasi : beberapa minggu Penyebab : hilangnya inhibisi nikotin dalam menekan nafsu makan. Hilangnya indera pengecap kembali berfungsi	Minum air, makan cemilan rendah kalori, olahraga
Gejala : Konstipasi Durasi : beberapa minggu Penyebab : hilangnya stimulasi dari nikotin	Menyarankan untuk makan makanan kaya serat, buah dan sayur segar, minum 8 gelas air sehari dan melakukan beberapa latihan ringan untuk merangsang saluran cerna
Gejala : keinginan untuk merokok Durasi : > 10 minggu Penyebab : penurunan kadar dopamin	Hindari situasi yang memicu keinginan rokok

Penanganan putus nikotin yang ringan dapat dilakukan di unit pelayanan kesehatan dalam bentuk kegiatan konseling. Apabila ditemukan gejala putus nikotin yang

berat berupa depresi maka sebaiknya dirujuk ke pusat pelayanan kesehatan lanjut.

III. Evaluasi

1. Apa yang dimaksud dengan withdrawal effect
2. Bagaimana penanganan withdrawal effect ?
3. Jelaskan Gejala putus nikotin dan lamanya gejala msetelah berhenti merokok
4. Apa yang dilakukan konselor apabila klien mengalami gejala sakit kepala?
5. Bagaimana penanganan putus nikotin?

IV. Referensi

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2016). Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Edisi II. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

BAB XI

MANAJEMEN

LAYANAN KONSELING

UPAYA BERHENTI MEROKOK (UBM)

I. Capaian Pembelajaran

- a. Mahasiswa Mampu memahami Perencanaan layanan konseling UBM
- b. Mahasiswa Mampu memahami Pembiayaan layanan konseling UBM
- c. Mahasiswa Mampu memahami Penyelenggaraan layanan konseling
- d. Mahasiswa Mampu memahami Peran pemangku kepentingan
- e. Mahasiswa Mampu memahami Pemantauan dan penilaian layanan konseling UBM

II. Isi Materi

Upaya berhenti merokok perpaduan antara upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang berorientasi kepada upaya promotif dan preventif dan upaya kesehatan perorangan (UKP) sebagai bagian dari tatalaksana dalam pengendalian konsumsi rokok. UKM dilakukan dengan melibatkan masyarakat sebagai sasaran kegiatan, target perubahan, agen pengubah sekaligus sebagai sumber daya. Dalam pelaksanaan UBM selanjutnya dilakukan kegiatan konseling

upaya berhenti merokok yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan jika tidak dapat ditanggulangi akan dirujuk ke Rumah sakit. Agar kegiatan konseling upaya berhenti merokok dapat terselenggara dan terencana dengan baik serta dapat dipantau dan dievaluasi hasilnya, maka perlu disusun manajemen kegiatan ini yang meliputi perencanaan dan pembiayaan, penyelenggaraan, pencatatan dan pelaporan serta pemantauan dan evaluasi.

a. Perencanaan layanan konseling UBM

Kegiatan layanan konseling upaya berhenti merokok yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan pertama merupakan salah satu cara dalam tatalaksana berhenti merokok. Layanan konseling ini merupakan kegiatan untuk membantu dan memfasilitasi klien yang berkeinginan untuk berhenti merokok. Persiapan dalam penyelenggaraan kegiatan layanan konseling UBM adalah didahului dengan identifikasi sumber daya yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama misalnya tenaga pelaksana, alat kesehatan yang diperlukan, tempat pelaksanaan konseling, pengaturan mekanisme kerja, serta sumber pembiayaan.

Persiapan dalam penyelenggaraan layanan konseling UBM adalah

1. Pembentukan tim konseling

Kepala institusi kesehatan menerbitkan surat keputusan tentang pembentukan tim konseling yang bertanggung jawab dalam pengolahan layanan konseling upaya berhenti merokok

Tim layanan konseling di fasyankes primer meliputi

a) Dokter umum:

- 1) Bekerja di poli umum Puskesmas
- 2) Telah bekerja minimal 1 tahun

- 3) Bersedia menjadi konselor/pelatih upaya berhenti merokok
 - b) Perawat / kesmas
 - 1) Bekerja di poli umum/ layanan konseling di puskesmas
 - 2) Telah bekerja minimal 1 tahun
 - 3) Bersedia menjadi konselor atau pelatih
2. Identifikasi sumber daya lain
- a) Pengelolaan layanan konseling upaya berhenti merokok pada fasilitas pelayanan kesehatan promer memerlukan sumber daya lainnya seperti tempat layanan konseling adalah ruangan yang terpisah dan poli umum
 - b) Alat penunjang meliputi alat ukur berat badan, tinggi badan, tekanan darah, peak flowmeter, CO analyzer dan tes nikotine urin
 - c) Formulir pencatatan pelaporan
 - d) Media KIE yang diperlukan seperti buku saku, lembar balik, banner, poster, film terkait dampak buruk rokok, dan lain-lain
 - e) Layanan konseling UBM dalam bentuk Call Center
3. Penyusunan rencana kegiatan
- Penyusunan rencana kegiatan layanan konseling meliputi sasaran, bentuk kegiatan, pelaksanaan, biaya, tempat dan waktu.
- Rujukan dilakukan dalam pelayanan kesehatan berkelanjutan dari fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan dan dari masyarakat fasilitas kesehatan pertama.

b. Pembiayaan layanan konseling UBM

Biaya penyelenggaraan kegiatan layanan konseling UBM berasal dari :

- 1) Pemerintah misalnya dalam bentuk APBN, APBD, BOK, Dana Desa, pajak rokok daerah atau masuk dalam pembiayaan jaminan kesehatan nasional
- 2) Swasta seperti CSR dana kesehatan perusahaan, donor dan lain-lain
- 3) Iuran warga, serta bantuan yang tidak mengikat lainnya

Pada awal pelaksanaan mendapat stimulasi dari pemerintah. Pihak swasta dapat berpartisipasi dalam membina kegiatan konseling UBM di masyarakat dalam bentuk mekanisme kemitraan yang sudah ada yaitu CSR (Corporate Social Responsibility) sebagai tanggung jawab sosial perusahaan

Puskesmas juga dapat memanfaatkan sumber pembiayaan potensial untuk mendukung dan memfasilitasi penyelenggaraan kegiatan layanan konseling UBM selaku pembina kesehatan wilayah kerjanya, salah satunya melalui pemanfaatan Bantuan Operasional Kesehatan yang ada di puskesmas melalui fasilitas transportasi petugas puskesmas untuk melakukan pemantauan atau penilaian terhadap klien pemantauan bulanan ke 6,9,12/ disamping itu juga puskesmas dapat memanfaatkan dana BPJS (40% dana BPJS dialokasikan untuk kegiatan diluar kuratif) untuk pemberian insentif petugas konseling.puskesmas juga diharapkan mampu melakukan advokasi kepada dinas kesehatan, untuk mendapatkan dana pajak rokok daerah dalam pelaksanaan layanan konseling UBM ini.

Pemerintah daerah setempat memiliki kewajiban juga untuk menjaga keberlangsungan kegiatan layanan konseling UBM agar dapat terus berlangsung dengan dukungan kebijakan termasuk berbagai fasilitas lainnya.

c. Penyelenggaraan layanan konseling

Penyelenggaraan layanan konseling UBM ini meliputi kegiatan wawancara. Pemeriksaan fisik yaitu TB, BB TD, dan pemeriksaan fungsi paru sederhana. Nikotinin urin seta melakukan 4T. Penyelenggaraan layanan konseling UBM yang dilaksanakan di luar gedung (posbindu PTM di masyarakat, sekolah dan perkantoran) memberikan layanan penyuluhan dan konseling merokok melalui pendekatan RT yaitu Tanyakan, Telaah, tolong dan nasihati. Layanan UBM pada tahap awal dilaksanakan 2 minggu sekali sampai 3 bulan pertama. Jika klien sudah dapat berhenti merokok di bulan ketiga maka disebut klien sudah mncapai 6 kali pertemuan konseling UBM klien masih akan terus diminta datang ke fasilitas kesehatan tingkat pertama setiap 3 bulan, untuk dapat dipantau apakah masih tetap berhenti merokok sampai tahun pertama. Klien tetap berhenti merokok tahun pertama telah mencapai sukses berhenti merokok dan tidak perlu kontrol lagi. Namun tetap diberi nasihat untuk pola hidup bersih dan sehat segera kembali jika klien merokok kembali

Klien yang berasal dari layanan konseling upaya berhenti merokok diluar gedung akan dirujuk kembali setelah dapat mencapai berhenti merokok dalam 3 bulan pertama dengab catatan agar dipantau keadaannya selama 3 bulan. Khusus untuk klien yang berasal dari rujukan sekoalh maka akan disampaikan kemajuan setiap kali kunjungan sebagai bahan pemantauan guru dalam penerapan upaya berhenti merokok

di sekolah. jika dalam waktu 3 bulan pertama klien tidak dapat berhenti merokok maka klien akan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder.

Rujukan dilakukan dalam kerangka pelayanan kesehatan berkelanjutan dari masyarakat hingga fasilitas pelayanan kesehatan baik ditingkat pertama maupun sekunder termasuk rujuk balik ke masyarakat untuk pemantauannya. Format dan alur pencatatan dan pelaporan layanan konseling UBM dapat dilihat pada pencatatan dan pelaporan di modul inti.

d. Peran pemangku kepentingan

Penyelenggaraan kegiatan layanan konseling UBM ini memerlukan lintas program dan lintas sektor seperti promosi kesehatan, pelayanan kesehatan, lintas sektor seperti PKK, Bea Cukai, perhubungan dan pemangku kepentingan lainnya seperti pihak swasta, mulai di pusat, provinsi, kabupaten/kota, sampai ketinggian desa dan masyarakat. Adapun peran tersebut adalah

a) Pusat

- 1) Menyusun norma, standar, prosedur, modul, dan pedoman
- 2) Melakukan sosialisasi, advokasi baik kepada lintas program, lintas sektor dan pemegang kebijakan baik di pusat maupun daerah dalam pengembangan layanan konseling upaya berhenti merokok. Membentuk dan memfasilitasi jejaring kerja dalam pengendalian PTM di pusat, provinsi dan kabupaten kota
- 3) Menyusun materi dan media KIE pengendalian PTM termasuk pendistribusiannya
- 4) Memfasilitasi sarana dan prasarana termasuk logistik sebagai stimulan maupun subsidi untuk mendukung

pelaksanaan kegiatan layanan konseling upaya berhenti merokok

- 5) Melakukan bimbingan teknis dan pembinaan program pengendalian PTM
- 6) Melakukan pemantauan dan penilaian

b) Lintas program kementerian kesehatan

- 1) Direktorat bina upaya kesehatan dasar
Penetapan standar puskesmas menjadi pembina layanan konseling UBM melaksanakan pelatihan petugas konseling. Kader, atau pelaksana posbindu PTM
- 2) Direktorat biaya upaya kesehatan rujukan
Tersedianya mekanisme dan adanya alur sistem rujukan dari layanan konseling UBM dari puskesmas ke RS termasuk rujuk balik
- 3) Direktorat Bina Upaya Kesehatan Penunjang
Penyediaan dan penetapan standar sarana pemeriksaan penunjang untuk layanan konseling UBM dan faktor risiko merokok di posbindu PTM
- 4) Pusat promosi kesehatan
Peningkatan peran serta masyarakat melalui desa siaga untuk advokasi, sosialisasi dan penyuluhan tentang layanan konseling UBM serta faktor risiko dan upaya pencegahan dan pengendalian PTM melalui kegiatan posbindu PTM
- 5) Pusat data dan informasi
Dukungan data, informasi dan surveilans faktor risiko merokok berbasis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan posbindu PTM

- c) Unit pelaksana teknis kementerian kesehatan yaitu kantor kesehatan pelabuhan, balai teknis kesehatan lingkungan, balai besar pelatihan kesehatan melakukan
- 1) Melakukan sosialisasi dan advokasi baik kepada program lintas sekektor dan pemegang kebijakan di wilayah kerjanya
 - 2) Membentuk dan memfasilitasi jejaring kerja
 - 3) Melakukan bimbingan teknis dan pembinaan
 - 4) Memfasilitasi sarana dan prasarana termasuk logistik dan perbekalan dalam mendukung pengembangan layanan konseling UBM di wilayah kerjanya
 - 5) Melakukan pemantauan dan penilaian
 - 6) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan
- d) Dinas kesehatan provinsi
- 1) Melaksanakan kebijakan, peraturan dan perundang-undangan di bidang PPTM
 - 2) Mensosialisasikan pedoman umum dan pedoman teknis modul, standar dan prosedur kegiatan layanan konseling UBM
 - 3) Melakukan sosialisasi dan advokasi kegiatan posbindu PTM kepada pemerintah Daerah, DPRD, lintas program, lintas sektor dan swasta
 - 4) Memfasilitasi pertemuan baik lintas program maupun lintas sektor
 - 5) Membangun dan menantapkan kemitraan dan jejaring kerja PTM secara berkeesinambungan
 - 6) Memfasilitasi kabupaten / kota dalam mengembangkan layanan konseling UBM di wilayahnya

- 7) Memfasilitasi sarana dan prasarana termasuk logistik dan perbekalan dalam mendukung pengembangan layanan konseling UBM
 - 8) Melaksanakan pemanauan, penilaian dan pembinaan
 - 9) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan serta mengirimkan ke pusat-pusat
- e) Dinas kesehatan kabupaten/kota
- 1) Mensosialisasikan pedoman umum dan teknis, modul standar operasional prosedur dari kegiatan layana kom-nseling upaya berhenti mrokok
 - 2) Melakukan advokasi kegiatan layan konseling UBM kepada pemerintah kabupaten/kota dan DPRD, lintas program, sektor, swasta dan masyarakat
 - 3) Melaksanakan pertemuan lintas program maupun sektor
 - 4) Membangun dan memantapkan jejaring kerja serta forum masyarakat pemerhati PTM secara berkelanjutan
 - 5) Melaksanakan bimbingan dan pembina teknis ke puskesmas dan jaringannya
 - 6) Memfasilitasi puskesmas dan jaringannya dalam mengembangkan layanan konseling UBM di wilayah kerjanya
 - 7) Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan layannan konseling UBM
 - 8) Mengelola surveilans epidemiogi faktor risiko PTM pada wilayah kabupaten dan kota
 - 9) Menyelenggarakan pelatihan penyelenggarakan layanan konseling UBM bagi petugas puskesmas dan perugas pelaksana posbindu PTM

- 10) Melaksanakan dan memfasilitasi kegiatan pemberdayaan dan peningkatan partisipasi masyarakat dalam upaya pengendalian PTM yang sesuai dengan kondisi daerah melalui kegiatan layanan konseling UBM
- 11) Melakukan pemantauan, penilaian, pembinaan
- 12) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan serta mengirimkan ke provinsi

f) Puskesmas

- 1) Melakukan penilaian kebutuhan dan sumber daya masyarakat, termasuk identifikasi kelompok potensial di masyarakat untuk menyelenggarakan layanan konseling UBM misalnya LSM, PKK, sekolah, perguruan tinggi.
- 2) Melakukan sosialisasi dan advokasi tentang layanan konseling UBM yang meliputi informasi tentang PTM dan dampaknya, bagaimana pengendalian dan manfaatnya bagi masyarakat, kepada pemimpin wilayah pimpinan organisasi, ketua kelompok dan para tokoh masyarakat.
- 3) Mempersiapkan saran dan tenaga di Puskesmas dalam menerima rujukan dari posbindu PTM
- 4) Memastikan ketersediaan sarana dan prasarana termasuk logistik dan perbekalan lainnya untuk menunjang kegiatan layanan konseling UBM
- 5) Menyelenggarakan pelatihan tenaga pelaksana posbindu PTM
- 6) Menyelenggarakan pembinaan dan fasilitasi teknis kepada petugas pelaksana posbindu PTM

- 7) Melakukan pemantauan dan penilaian melaksanakan pencatatan dan pelaporan dan mengirimkan ke provinsi

- g) Profesi/ akademisi/ perguruan tinggi
 - 1) Mendukung implementasi kebijakan pemerintah pusat dan daerah dalam pengendalian PTM
 - 2) Mengadvokasi dan mensosialisasikan kegiatan layanan konseling upaya berhenti merokok
 - 3) Menginisiasi terselenggaranya layanan konseling UBM
 - 4) Membina kegiatan layanan konseling UBM di suatu wilayah
 - 5) Memberikan umpan balik pengembangan program layanan konseling UBM kepada pemerintah pusat dan daerah dalam pengendalian PTM

- h) Kelompok/ organisasi/ lembaga masyarakat/ swasta
 - 1) Menyelenggarakan dan mensosialisasikan kegiatan layanan konseling upaya berhenti merokok di lingkungannya
 - 2) Mendorong secara aktif anggota kelompoknya untuk menerapkan gaya hidup sehat dan mawas diri terhadap faktor risiko PTM
 - 3) Memfasilitasi pembentukan, pembinaan dan pemantapan jejaring kerja pengendalian PTM secara berkesinambungan
 - 4) Mendukung implementasi kebijakan pemerintah pusat dan daerah dalam pengendalian PTM
 - 5) Berkonsultasi dan berkoordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas dalam menyelenggarakan kegiatan posbindu PTM

- 6) Berpartisipasi mengembangkan rujukan dari posbindu PTM ke puskesmas
- 7) Berkontribusi mengembangkan posbindu pTM melalui dana CSR.

e. Pemantauan dan penilaian layanan konseling UBM

Pemantauan bertujuan untuk mengetahui apakah kegiatan sudah dilaksanakan sesuai perencanaan, apakah hasil kegiatan sudah sesuai dengan target yang diharapkan dan mengidentifikasi masalah dan hambatan yang dihadapi, serta menentukan alternatif pemecahan masalah sendiri

Penilaian dilakukan secara menyeluruh terhadap aspek masukan, proses keluaran atau output termasuk kontribusinya terhadap tujuan kegiatan. Tujuan penilaian adalah untuk mengetahui sejauh mana tingkat perkembangan kegiatan layanan konseling UBM dalam penyelenggaraannya, sehingga dapat dilakukan pembinaan.

1. Pemantauan penilaian dilakukan sebagai berikut
 - a. Pelaksana pemantauan dan penilaian adalah petugas puskesmas, dinkes kabupaten / kota, dinkes provinsi dan pusat
 - b. Sasaran pemantauan dan penilaian adalah petugas pelaksana
 - c. Pemantauan kegiatan dilakukan 3 bulan sekali dan penilaian indikator dilakukan setiap 1 tahun sekali
 - d. Hasil pemantauan dan penilaian ini di pergunakan sebagai bahan penilaian kegiatan lalu dan sebagai bahan informasi besaran masalah merokok di masyarakat serta tingkat perkembangan kinerja kegiatan layanan konseling UBM disamping untuk bahan menyusun perencanaan pengendalian PTM umumnya dan secara

khusus pengendalian dampak konsumsi rokok terhadap kesehatan pada tahun berikutnya

- e. Hasil pemantauan dan penilaian kegiatan posbindu PTM disosialisasikan kepada lintas program, lintas sektor terkait dan masyarakat untuk mengambil langkah upaya tindak lanjut

Pelaksanaan pemantauan dan penilaian hasil pelaksanaan kegiatan posbindu PTM dimasyarakat. lembaga provinsi maupun kabupaten dengan memperhatikan prinsip sebagai berikut

- a. Obyektif dan profesional
Pelaksanaan pemantauan dan penilaian dilakukan secara profesional berdasarkan analisis data yang lengkap dan akurat agar menghasilkan penilaian secara obyektif dan masukan yang tepat terhadap pelaksanaan kegiatan layanan konseling UBM
- b. Terbuka/transparan
Pelaksanaan pemantauan dan penilaian dilakukan secara terbuka dan dilaporkan secara luas melalui berbagai media yang ada agar masyarakat dapat mengakses dengan mudah tentang informasi dan hasil kegiatan pemantauan dan penilaian kegiatan layanan konseling UBM
- c. Partisipatif
Pelaksanaan kegiatan pemantauan dan penilaian dilakukan dengan melibatkan secara aktif dan interaktif para pelaku layanan konseling UBM

- d. Akuntabel
Pelaksanaan pemantauan dan penilaian harus dapat di pertanggung jawabkan secara internak maupun eksternal
- e. Tepat waktu
Pelaksanaan pemantauan dan penilaian harus dilakukan sesuai dengan waktu yang dijadwalkan
- f. Berkesinambungan
Pelaksanaan pemantauan dan penilaian dilakukan secara berkesinambungan agar dapat dimanfaatkan sebagai umpan balik bagi penyempurnaan kebijakan
- g. Berbasis indikator kerja
- h. Pelaksanaan pemantauan dan penilaian dilakukan berdasrakan kriteria kinerja baik indikator masukan, proses, luaran manfaar maupun dampak

Pemantauan dan penilaian keberhasilan dari penyelenggaraan kegiatan posbindu PTM harus dilakukan dengan membandingkan indikator yang telah di tetapkan sejak awal dan dibandingkan dengan kegiatan layanan konseling UBM adalah tingkat capaian berhenti merokok dalam 3 bulan pertama yaitu

- a. Drop out rate
- b. Sukses rate
- c. Tingkat rujukan

2. Pemantauan

Indikator dalam pemantauan pengendalian penyakit tidak menular didaerah sebagai berikut :

- a. Bertanggung jawab terhadap surveilans penyakit tidak menular di daerah

- b. Terbentuknya kemitraan kerja berfungsi dalam surveilans faktor risiko, registri dan kematian akibat penyakit tidak menular
- c. Adanya regulasi daerah yang mendukung kegiatan pengendalian penyakit tidak menular khususnya program konseling UBM
- d. Menurunnya faktor risiko penyakit tidak menular terkait rokok, melalui perogram konseling UBM

3. Penilaian

Indikator penilaian yang dicapai

- a. Tersedianya tenaga konseling yang terlatih
- b. Tersedianya ruang untuk memberikan layanan konseling
- c. Terlaksana kegiatan layanan konseling
- d. Tercapainya puskesmas dengan layanan konseling UBM tahun 2004 sebanyak 10% dan akhir tahun 2019 sebanyak 50%
- e. Tersedianya quite line layanan konseling upaya berhenti merokok
- f. Tersedianya e-konseling UBM

- 4. Pembina kegiatan layanan konselin UBM pembinaan dilakukan secara berjenjang oleh puskesma, dinas kesehatan kabupaten/ kota, provinsi dan pusat dukungan pemerintah pusat dan daerah terhadap kegiatan layanan konseling UBM harus berjalan optimal untuk menjamin keberlangsungan penyelenggaraan kegiatan ini termasuk memotivasi dan memfasilitasi organisasi masyarakat/profesi/ swasta/dunia usaha sesuai dengan kearifan lokal.

III. Evaluasi

1. Apa saja persiapan dalam penyelenggaraan layanan konseling UBM?
2. Jelaskan mengenai 4T?
3. Bagaimana peran pemangku kepentingan pusat dalam layanan konseling UBM?
4. Apa saja prinsip yang harus diperhatikan dalam pemantauan dan penilaian kegiatan posbindu PTM?
5. Apa saja indikator penilaian yang harus dicapai ?

IV. Referensi

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2016). Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Edisi II. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

BAB XII

KEBIJAKAN PENGENDALIAN TEMBAKAU (INTERNASIONAL & NASIONAL) DAN PENGGUNAAN DANA BAGI HASIL CUKAI HASIL TEMBAKAU (DBHCHT)

- I. Capaian Pembelajaran
 - a. Mahasiswa Mampu memahami Regulasi internasional (FCTC)
 - b. Mahasiswa Mampu memahami Kebijakan tentang pelarangan iklan, promosi dan sponsor
 - c. Mahasiswa Mampu memahami Kebijakan tentang cukai dan pajak rokok serta retribusi daerah
 - d. Mahasiswa Mampu memahami Kebijakan tentang peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau
 - e. Mahasiswa Mampu memahami Kebijakan tentang KTR
 - f. Mahasiswa Mampu memahami Kebijakan tentang perlindungan anak dan perempuan hamil
 - g. Mahasiswa Mampu memahami Perbandingan tingkat cukai dan harga rokok di ASEAN

II. Isi Materi

a. Regulasi internasional (FCTC)

Internasional Roadmap (FCTC)

Kerangka kerja pengendalian tembakau adalah sebuah traktat internasional yang menegaskan kembali akan hak semua orang untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Traktat tersebut menandai suatu paradigma baru dalam strategi regulasi untuk mengatasi zat adiktif, yang lebih menekankan pada strategi pengurangan permintaan (demand reduction).

FCTC disusun untuk menghadapi globalisasi epidemic tembakau yang didukung oleh sejumlah factor perdagangan yang kompleks dengan efek lintas negara, difasilitasi oleh perdagangan bebas dan investasi asing, dengan didukung oleh beberapa kekuatan raksasa dalam pemasaran global, iklan promosi sponsor yang bersifat lintas bangsa dengan dukungan modal raksasa. Strategi FCTC sebagai konvensi di bidang kesehatan adalah pengurangan permintaan, melalui upaya-upaya:

- a) Perlindungan terhadap paparan asap tembaka, terutama diberbagai fasilitas public
- b) Regulasi mengenai kandungan produk tembakau
- c) Regulasi mengenai pengungkapan produk tembakau
- d) Pengemasan dan pelabelan
- e) Pendidikan, komunikasi, pelatihan dan peningkatan kesadaran masyarakat terhadap ancaman bahaya produk tembakau bagi kesehatan
- f) Iklan, promosi dan sponso tembakau'segenap upaya pengurangan permintaan yang berkaitan dengan ketergantungan atas tembakau dan penghentian pemakaiannya.

Sementara itu, untuk pengurangan pasikan mencakup upaya-upaya:

- a) Perdagangan illegal produk tembakau
- b) Penjualan produk tembakau kepada dan oleh anak dibawah umum
- c) Pemberian bantuan untuk kegiatan alternative yang layak laksana secara ekonomis

FCTC berlaku secara hokum selama 90 harti setelah diratifikasi oleh 40 negara anggota Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB). Pada saat itum semua negara yang meratifikasi FCTC akan terikat secara hokum dengan segala ketentuan dalam konvensi tesebut. FCTC akan terikat secara hokum dengan segala ketentuan dalam konvensi tersebut. FCTC dibuka untuk penandatanganan pada tanggal 16 Juni sampai dengan 22 Juni 2003 di Geneva, dan setelah traktat disimpan dikantor PBB New Yprk dari tanggal 30 Juni 2003 hingga 29 Juni 2004. Semua negara yang menanda tangani Konvensi tersebut adalah negara yang memiliki dan menunjukkan komitmen politik untuk benar-benar melaksanakan dan tidak mengabaikan tujuan Konvensi tersebut.

Selanjutnya setiap negara yang belum menandatangani traktat tersebut setelah tanggal 29 Juni 2004, tetap diberi kesempatan untuk melaksanakan aksesinya, yang dianggap merupakan satu langkah yang setara dengan ratifikasi

b. Kebijakan tentang pelarangan iklan, promosi dan sponsor

Berdasarkan penelitian pada tahun 2012, sebesar 92% anak usia 13-15 melihat iklan rokok di televisi, 99,6% melihat iklan rokok di luar ruang, dan 25% melihat iklan rokok di media cetak. Iklan rokok mempengaruhi persepsi remaja. Menurut penelitian Koalisi untuk Indonesia Sehat pada tahun 2009, 70% remaja memiliki kesan positif terhadap iklan rokok, 50% remaja perokok merasa lebih percaya diri seperti yang dicitrakan iklan rokok, dan 37% remaja perokok merasa keren seperti yang dicitrakan iklan rokok. Studi UHAMKA dan Nasional Perlindungan Anak pada tahun 2007, menemukan bahwa 46% remaja berpendapat iklan rokok mempengaruhi untuk mulai merokok, 50% remaja perokok merasa dirinya seperti yang dicitrakan iklan rokok, dan 29% remaja perokok menyalakan rokoknya ketika melihat iklan rokok pada saat tidak merokok.

Iklan produk tembakau mengarahkan sasaran pada remaja. Dikarenakan 80% perokok di Indonesia memulai kebiasaan merokok sebelum berusia 19 tahun, maka industri rokok agresif menargetkan remaja, baik secara langsung maupun tidak langsung. Iklan tembakau meningkatkan konsumsi di kalangan anak dan remaja dengan menciptakan lingkungan dimana penggunaan tembakau dianggap baik dan biasa. Dengan terjadinya 1 kematian diantara 2 konsumen mereka karena penyakit yang berhubungan dengan tembakau, maka menjadi sangat penting bagi industri tembakau untuk terus menarik perokok baru.

Industri rokok di Indonesia mensponsori berbagai kegiatan olah raga, musik, film, seni budaya dan bahkan keagamaan. Dalam film Indonesia, banyak dijumpai adegan merokok. Penggunaan aktor dan artis yang kharismatik merupakan cara yang ampuh untuk menarik perokok baru, terutama pada remaja. Pemberian sampel gratis, kupon diskon dan penjualan rokok batangan mendorong remaja untuk mencoba produk tembakau, tanpa informasi yang lengkap mengenai bahaya produk tembakau yang menyebabkan ketagihan

Bila larangan menyeluruh terhadap iklan mempunyai pengaruh terhadap penurunan konsumsi merokok, maka larangan terbatas memberikan dampak yang sangat kecil atau bahkan tidak ada sama sekali. Studi di 102 negara menunjukkan bahwa larangan terbatas terhadap iklan produk tembakau mempunyai efek yang kecil atau bahkan sama sekali tidak mengurangi konsumsi tembakau. Pemberlakuan larangan terbatas pada jenis media akan digunakan oleh industri rokok sebagai celah untuk melakukan promosi dengan cara lain.

Pada saat ini belum ada aturan yang melarang total iklan, promosi dan sponsor rokok. Undang-Undang Nomor 40 tahun 1999 tentang Pers hanya membatasi perusahaan iklan dalam membuat materi iklan rokok dengan tidak meragakan wujud dan penggunaan rokok. Dalam pasal 13 ayat 2 dan 3 disebutkan bahwa perusahaan iklan dilarang memuat iklan minuman keras, narkotika, psikotropika, dan zat aditif lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (ayat 2) dan dilarang memuat iklan peragaan wujud rokok atau penggunaan rokok (ayat 3)

Substansi Undang-Undang Nomor 32 tahun 2002 tentang Penyiaran sejalan dengan UU tentang pers. Media penyiaran masih diperbolehkan untuk menyiarkan iklan rokok selama tidak memperlihatkan wujud dan perilaku merokok seperti yang tercantum dalam pasal 46 ayat 3c. Meskipun ayat 3c ini bertentangan dengan ayat sebelumnya (3b) yang menyatakan bahwa media penyiaran dilarang menyiarkan iklan dari produk yang mengandung zat adiktif.

Pada Peraturan Pemerintah RI No 109 tahun 2012 pasal 26 disebutkan bahwa pemerintah melakukan pengendalian Iklan Produk Tembakau. Pengendalian Iklan Produk Tembakau tersebut dilakukan pada media cetak, media penyiaran, media teknologi informasi, dan/atau media luar ruang. Pasal 27 menyebutkan bahwa Pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26, antara lain dilakukan sebagai berikut:

- a. Mencantumkan peringatan kesehatan dalam bentuk gambar dan tulisan sebesar paling sedikit 10% (sepuluh persen) dari total durasi iklan dan/atau 15% (lima belas Persen) dari total luas iklan;
- b. Mencantumkan penandaan/tulisan "18+" dalam iklan produk tembakau;
- c. Tidak memperagakan, menggunakan, dan/atau menampilkan wujud atau bentuk rokok atau sebutan lain yang dapat diasosiasikan dengan merek produk tembakau;
- d. Tidak mencantumkan nama produk yang bersangkutan adalah rokok;
- e. Tidak menggambarkan atau menyarankan bahwa merokok memberikan manfaat bagi kesehatan;

- f. tidak menggunakan kata atau kalimat yang menyesatkan;
- g. Tidak merangsang atau menyarankan orang untuk merokok;
- h. Tidak menampilkan anak, remaja, dan/atau wanita hamil dalam bentuk gambar dan/atau tulisan;
- i. Tidak ditujukan terhadap anak, remaja, dan/atau wanita hamil
- j. Tidak menggunakan tokoh kartun sebagai model iklan, dan
- k. Tidak bertentangan dengan norma yang berlaku dalam masyarakat.

Pasal 28 menyebutkan Selain memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 27, iklan Produk Tembakau di media cetak wajib memenuhi ketentuan sebagai berikut

- a. Tidak diletakkan di sampul depan dan/atau belakang media cetak, atau depan surat kabar
- b. Tidak diletakkan berdekatan dengan iklan makanan dan minuman;
- c. Luas kolom iklan tidak memenuhi seluruh halaman; dan
- d. Tidak dimuat di media cetak untuk anak, remaja, dan perempuan.

Pasal 29 menyebutkan bahwa Selain pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27, iklan di media penyiaran hanya dapat setelah pukul 21.30 sampai dengan pukul 05.00 waktu setempat.

Pasal 30 menyebutkan bahwa Selain pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27, iklan di media teknologi informasi harus ketentuan situs merek dagang Produk Tembakau yang menerapkan verifikasi umur untuk membatasi akses hanya kepada orang berusia 18 (delapan belas) tahun ke atas.

Pasal 31 menyebutkan bahwa Selain pengendalian Iklan Produk Tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27, iklan di media luar ruang harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Tidak diletakkan di Kawasan Tanpa Rokok;
- b. Tidak diletakkan di jalan utama atau protokol;
- c. Harus diletakkan sejajar dengan bahu jalan dan tidak boleh memotong jalan atau melintang; dan
- d. Tidak boleh melebihi ukuran 72 m² (tujuh puluh dua meter persegi).

Pasal 32 menyebutkan bahwa Dalam rangka memenuhi akses ketersediaan informasi dan edukasi kesehatan masyarakat, Pemerintah dan Pemerintah Daerah menyelenggarakan iklan layanan masyarakat mengenai bahaya menggunakan Produk Tembakau.

Pasal 33 menyebutkan Ketentuan lebih lanjut mengenai Iklan Produk Tembakau diatur dengan peraturan instansi yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang penyiaran

Pasal 34 menyebutkan Ketentuan lebih lanjut mengenai Iklan Produk Tembakau di media luar ruang diatur oleh Pemerintah Daerah

Pasal 35 menyebutkan bahwa (1) Pemerintah melakukan pengendalian Promosi produk Tembakau. (2)

Ketentuan pengendalian Promosi Produk Tembakau sebagaimana pada ayat (1) dilakukan sebagai berikut:

- a. Tidak memberikan secara cuma-cuma, potongan harga, hadiah Produk Tembakau,
- b. Tidak menggunakan logo dan/atau merek Produk Tembakau pada produk atau
- c. Tidak menggunakan logo dan/atau merek Produk Tembakau pada suatu kegiatan

Pasal 36 menyebutkan bahwa (1) Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor produk tembakau yang mensponsori suatu kegiatan lembaga atau perorangan hanya dapat dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut

- a. Tidak menggunakan nama merek dagang dan logo Produk Tembakau termasuk brand image Produk Tembakau; dan
- b. Tidak bertujuan untuk mempromosikan Produk Tembakau

Sponsor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang untuk kegiatan lembaga dan/atau perorangan yang diliput media

Pasal 37 menyebutkan bahwa Setiap orang yang memproduksi dan/atau mengimpor Produk Tembakau yang menjadi sponsor dalam bentuk tanggung jawab sosial perusahaan hanya dapat dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Tidak menggunakan nama merek dagang dan logo Produk Tembakau termasuk brand image Produk Tembakau; dan

- b. Tidak bertujuan untuk mempromosikan Produk Tembakau

Pasal 38 menyebutkan bahwa Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengendalian Sponsor Produk Tembakau sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dan Pasal 37 diatur oleh Pemerintah Daerah.

Pasal 39 menyebutkan bahwa Setiap orang dilarang menyiarkan dan menggambarkan dalam bentuk gambar atau foto, menayangkan, menampilkan atau menampakkan orang Rokok, asap Rokok, bungkus Rokok atau yang berhubungan dengan Produk Tembakau serta segala bentuk informasi Produk Tembakau di media cetak, media penyiaran, dan media teknologi informasi yang berhubungan dengan kegiatan komersial/iklan atau membuat orang ingin merokok.

Pasal 40 menyebutkan bahwa Setiap orang yang mengiklankan dan/atau mpromosikan Produk Tembakau tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud

Pasal 27, Pasal 28, Pasal 29, Pasal 30, Pasal 31, Pasal 35, Pasal 36, Pasal 37, dan Pasal 39, dikenakan sanksi administratif oleh menteri terkait berupa

- a. Penarikan dan/ atau perbaikan iklan
- b. Peringatan tertulis dan/ atau
- c. Pelarangan sementara mengiklan produk tembakau yang bersangkutan pada pelanggaran berulang atau pelanggaran berat

c. Kebijakan tentang cukai dan pajak rokok serta retribusi daerah

Ditingkat global peningkatan harga dan cukai produk merupakan strategi yang paling efektif untuk mengurangi beban biaya karena konsumsi tembakau. Bank dunia melaporkan bahwa peningkatan harga rokok 10% akan menurunkan konsumsi 4-8 % dan mencegah 10 juta kematian akibat penyakit yang berhubungan dengan konsumsi tembakau dan meningkatkan pemerintah rata-rata 7%.

Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa kenaikan harga 10 % akan menurunkan konsumsi sebesar 3,5%-6,1% dan meningkat pendapatan pemerintah dari cukai sebesar 6,7-9%.

Beberapa studi dengan menggunakan data indonesia menyimpulkan bahwa peningkatan 10% cukai tembakau akan menurunkan konsumsi rokok sebesar 1-3% dan meningkatkan penerimaan negara cukai tembakau sebesar 7-9%. Hal ini menunjukkan bahwa permintaan aka rokok bersifat inelastic, dimana penurunan konsumsi rokok lebih kecil daripada peningkatan harganya.

Barber et al (2008) menyimpulkan bahwa jika tingkat cukai tembakau ditingkatkan sampai menjadi 57% dari harga jual eceran maka diperkirakan jumlah perokok akan kurang sebanyak 6,9 juta orang, jumlah kematian yang berkaitan dengan konsumsi rokok akan berkurang sebanyak 2,4 juta kematian, dan penerimaan negara cukai tembakau akan bertambah sebanyak Rp 50,1 triliun. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan cukai tembakau memiliki peran yang signifikan dalam peningkatan kesehatan masyarakat dan peningkatan penerimaan harga.

Berdasarkan UU nomer 39 tahun 2007 tentang cukai, besaran cukai rokok ditetapkan adalah 57 persen harga jual eceran. Jika dibandingkan dengan praktek penerapan cukai di negara-negara ASEAN lainnya, cukai rokok di Indonesia memang lebih rendah terutama jika dibandingkan dengan Singapura, Malaysia, dan Thailand.

Pasal 5 ayat 1 menyebutkan bahwa barang kena berupa hasil tembakau dikenai cukai berdasarkan tarif paling tinggi dengan ketentuan

- a. Untuk yang dibuat di Indonesia
 1. 275% dari harga dasar apabila harga dasar yang digunakan adalah harga jual pabrik atau
 2. 57% dari harga dasar apabila harga dasar hanya digunakan adalah harga jual eceran
- b. Untuk yang diimpor
 1. 275% dari harga dasar apabila harga dasar yang digunakan adalah nilai pabean ditambah bea masuk
 2. 57% dari harga dasar apabila harga dasar yang digunakan adalah harga jual eceran

Berdasarkan undang-undang nomor 28 tahun 2009 tentang pajak daerah dan retribusi daerah, pajak rokok dikenakan atas cukai rokok yang ditetapkan oleh pemerintah (pasal 28) yaitu sebesar 10% dari cukai rokok (pasal 29). Setiap kabupaten kota akan mendapatkan 70% bagi hasil penerimaan pajak rokok di provinsi yang bersangkutan (pasal 94). Dalam pasal 31, disebutkan bahwa pajak rokok dialokasikan minimal 50% untuk mendanai pelayanan kesehatan (pembangunan dan pemeliharaan sarana dan prasarana unit pelayanan kesehatan, penyedia sarana umum yang memadai bagi

perokok (smoking area), kegiatan masyarakat tentang bahaya merokok, dan iklan layanan masyarakat mengenai bahaya merokok) serta penegakkan hukum (pemberantasan peredaran rokok ilegal dan penegakan aturan mengenai larangan merokok).

Objek pajak rokok adalah konsumsi rokok yang meliputi sigaret, cerutu dan rokok daun (pasal 26). Sementara itu, subjek pajak rokok adalah konsumen rokok wajib pajak rokok adalah pengusaha pabrik rokok yang memiliki ijin berupa nomor pokok pengusaha barang kena cukai (NPPBKC). Pajak rokok ini akan dipungut oleh instansi pemerintah yang berwenang memungut cukai bersamaan dengan pemungutan cukai rokok (pasal 27). Ketentuan pajak rokok mulai berlaku pada tanggal 1 januari 2014.

d. Kebijakan tentang peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau

Peringatan kesehatan pada bungkus rokok merupakan sarana edukasi bagi masyarakat luas yang efektif dan mudah karena biayanya tidak ditanggung pemerintah. FCTC menyaratkan peringatan kesehatan menempati minimal 50% dari kedua sisi lebar bungkus rokok, pesannya tunggal dan diganti-ganti dapat berbentuk gambar. Dengan konsumsi rokok rata-rata 11 batang per kapita perhari, perokok akan terpajan gambar penyakit akibat rokok sebanyak 4000 kali per tahun untuk menanamkan kesan informatif yang mengimbangi iklan rokok.

1. Sejarah peringatan kesehatan bergambar pada kemasan rokok di Indonesia

Pada tahun 199 hingga 2001, kemasan rokok menggunakan peringatan kesehatan berupa teks :” peringatan pemerintah: merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin” kemudian tulisan “peringatan pemerintah” dihilangkan mulai tahun 2002. Pada tahun 2003, pemerintah mengeluarkan PP no 19 tahun 2003 mengenai pengamanan rokok bagi kesehatan. Hingga tahun 2013, peringatan kesehatan berupa teks bertuliskan “merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin”

Pada tahun 2007, pusat penelitian kesehatan UI dengan dukungan South east Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) melakukan studi peringatan kesehatan tentang bahaya merokok pada kemasan rokok. Hasil studi kemudian dipresentasikan oleh PPK UI di Kemneterian Kesehatan pada tahun 2008. Sepanjang tahun 2008, 13 LSM terlibat aktif dalam penyusunan draft peringatan kesehatan bergambar dalam amandemen PP No 19 tahun 2003 untuk menggantipasal peringatan kesehatan berbentuk tulisan. Pada tahun 2009, draft tersebut disampaikan kepada Pokja Pengendalian Tembakau Kementerian Kesehatan sebagai masukan untuk amandemen PP No 19 tahun 2013 yang sedang disusun oleh pemerintah.

Proses pembahasan peraturan pemerintah tentang pengendalian tembakau yang didalamnya mencakup peringatan kesehatan bergambar berlangsung selama 2

tahun (2010-2012). Hingga kemudain terbit PP No 109 tahun 2012 tentang “pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan”. Dengan terbitnya PP tersebut maka Indonesia mengukir prestasi sebagai negara yang belum akses FCTC namun merupakn 66 dari 77 negara dengan peringatan kesehatan bergambar sampai dengan akhir 2014 merupakan negara ke 6 diantara 10 negara regional ASEAN.

Tanggal 24 Jni 2012, melalui PP No 109 tahun 2012 setiap bungkus rokok harus mencantumkan peringatan dalam bentuk kata dan gambar pada 40% dari bungkusnya. Ada 5 jenis peringatan kesehatan bergambar yang harus dicantumkan dalam setiap kali produksi dengan gambar yang akan diubah setiap 2 tahun sekali. Pada bulan Oktober 2010 hasil monitoring penerapan pencantuman PHW pada kemasan rokok yang dilakukan oleh BPOM rata-rata sebesar 67,90%. Berdasarkan riset FKM UI-SEATCA pada agustus 2014, perokok melakukan tindakan yang menunjukkan ketidaknyamananya : minta lakban untuk menutup gambar, menutupstiker gambar gadis cantik, memindahkan ke casing yang tidak berPHW, merobek gambar atau tidak jadi membeli dan mencar ditempat penjualan lain.

2. Kebijakan peringatan kesehatan pada kemasan rokok

UU nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 114 menyebutkan bahwa setiap orang yang memproduksi atau memasukkan rokok ke wilayah Indonesia wajib mencantumkan peringatan kesehatan

Selain itu dalam pasal 199 disebutkan bahwa setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau memasukkan rokok ke dalam wilayah Negara Kesatuan republic Indonesia dengan tidak mencantumkan peringatan kesehatan berbentuk gambar sebagaimana dimaksud dalam pasal 114 dipidana penjara paling lama 5 tahun dan denda paling banyak Rp 500.000.00 dan setiap orang yang dengan sengaja melanggar kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud pasal 115 dipidana denda paling banyak Rp 50.000.000

PP no 109 tahun 2012 tentang pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan juga menyoroti peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau, setiap orang yang memproduksi dan atau mengimpor produk tembakau ke wilayah Indonesia wajib mencantumkan peringatan kesehatan. Peringatan kesehatan tersebut berbentuk gambar dan tulisan yang harus mempunyai satu makna. Peringatan kesehatan tersebut tercetak menjadi satu dengan kemasan produk tembakau (pasal 14).

Setiap 1 (satu) varian produk tembakau wajib dicantumkan gambar dan tulisan peringatan kesehatan yang terdiri atas 5 (lima) jenis yang berbeda, dengan porsi masing-masing 20% dari jumlah setiap varian produk tembakaunya. Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi industri produk tembakau non pengusaha kena pajak yang total jumlah produksinya tidak lebih dari 24.000.0000 batang per tahun. Industri produk

tembakau tersebut wajib mencantumkan paling sedikit 2 jenis gambar dan tulisan peringatan kesehatan yang ditetapkan dalam peraturan menteri (pasal 15)

Pasal 17 menyebutkan bahwa gambar dan tulisan peringatan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 15 dicantumkan pada setiap kemasan terkecil dan kemasal lebih besar produk tembakau. Setiap kemasan tersebut mencantumkan 1 jenis gambar dan tulisan peringatan kesehatan. Ketentuan ini tidak berlaku bagi rokok klobot, rokok klembak menyan, dan cerutu kemasan batangan. Percantuman gambar dan tulisan harus memnuhi persyaratan sebagai berikut ;

- (1) Dicantumkan pada bagian atas kemasan sisi lebar bagian depan dan belakang masing-masing seluas 40%, diawali dengan kata “peringatan” dengan menggunakan huruf berwarna putih dasar hitam harus cetak dengan jelas dan mencolok, baik sebagian atau seluruhnya
- (2) Gambar sebagaimana pada huruf aa harus devetak berwarna
- (3) Jenis hurug harus menggunakan huruf arial bold dan font 10 atau proporsional dengan kemasan, tulisan warna putih diatas latar belakang hitam. Gambar dna tulisan peringatan kesehatan tersebut tidak boleh tertutup oleh apapun sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 21 menyebutkan bahwa selain pencantuman informasi tentang kadar nikotin dan Tar, pada sisi samping lainnya dari kemasan produk tembakau wajib dicantumkan pernyataan, “dilarang menjual atau memberi kepada anak berusia 18 tahun dan perempuan hamil”

Pasal 22 menyebutkan pada sisi samping lainnya dari kemasan produk tembakau sebagaimana dimaksud dalam pasal 20 dapat dicantumkan pernyataan “tidak ada batas aman” dan “mengandung lebih dari 4000 zat kimia berbahaya serta 43 zat penyebab kanker”

Pasal 24 menyebutkan bahwa setiap produsen dilarang untuk mencantumkan keterangan atau tanda paparan yang menyesatkan atau kata-kata yang bersifat promotif, selain larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), setiap produsen dilarang mencantumkan kata “light”, “ultra light”, “mild”, “extra mild”. “low tar”, “slim”, “special”, “full Flavour”, “premium” atau kata lain yang mengindikasikan kualitas, superioritas, rasa aman, pencitraan kepribadian atau kata-kata dengan arti yang sama.

Peraturan menteri kesehatan no 28 tahun 2013 tentang pencantuman peringatan kesehatan dan informasi kesehatan pada kesehatan pada kemasan produk tembakau. Adapun ketentuan mengenai peringatan kesehatan sebagai berikut :

1. Mencantumkan gambar dan tulisan pada bagian atas sisi lebar bagian depan dan belakang masing-masing seluas 40%

2. Terdapat 5 jenis varian gambar yang berbeda dan akan di evaluasi paling cepat setiap 24 bulan sekali

Kemasan produk tembakau juga wajib memberikan informasi kesehatan berupa

1. Kandungan kadar nikotin dan tar dalam salah satu sisi disamping kemasan
2. Pernyataan ‘dilarang menjual atau memberi kepada anak berusia dibawah 18 tahun dan perempuan hamil’ disamping lainnya

Selain informasi diatas, kemasan produk tembakau juga dapat mencantumkan pernyataan :

1. “Tidak ada batas aman”
2. “mengandung lebih dari 4000 zat kimia berbahaya serta lebih dari 43 zat menyebabkan kanker”
3. Dilarang memberikan informasi atau keterangan dan tanda apapun yang menyesatkan dan bersifat promotif
4. Dilarang dicantumkan kata “light”, “ultra light”, “mild”, “extra mild”. “low tar”, “slim”, “special”, “full Flavour”, “premium” atau kata lain yang mengindikasikan kualitas, superioritas, rasa aman, pencitraan kepribadianm ataupun kata-kata dengan arti yang sama.



Gambar 12.1 Peringatan Kesehatan Pada Kemasan Rokok

e. Kebijakan tentang KTR

UU nomor 36 tahun 2009 tentang konsumsi kesehatan pasal 115 menyebutkan bahwa yang termasuk KTR adalah fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja dan tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan (ayat 1). Selain itu disebutkan bahwa pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya (ayat 2).

Sejalan dengan itu UU no 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit pasal 29 ayat 1 huruf t menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kerajinan untuk memberlakukan seluruh lingkungan sebagai KTR. Peraturan bersama menteri kesehatan dan menteri dalam negeri no 188/menkes/PB/1/2011 dan no 7 tahun 2011 tentang pedoman pelaksanaan pelaksanaan kawasan tanpa rokok sebagaimana disebutkan dalam pasal 2 dibuat tujuan untuk memberikan acuan bagi pemerintah daerah dalam menetapkan KTR, memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat dan melindungi kesehatan secara langsung maupun tidak langsung.

Dalam keadaan tertentu pengelola gedung yang termasuk dalam ruang lingkup KTR dapat menyediakan temoat khusus untuk merokok sebagaimana diatur dalam pasal 5 asalkan memenuhi syarat sebagai berikut

- 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 beraktifitas
- c. Jauh dari pintu masuk dan keluar
- d. Jauh dari tempat orang belralu lalang

Kebijakan KTR juga diatur pada PP no 109 tahun 2012 tentang pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan.

Pasal 49 menyebutkan dalam rangka penyelenggaraan pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa

produk tembakau bagi kesehatan, pemerintah, dan pemerintah daerah wajib mewujudkan KTR

Pasal 50 menyebutkan bahwa (1) KTR dimaksud dalam pasal 49 antara lain :

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Tempat proses belajar mengajar
- c. Tempat anak bermain
- d. Tempat ibadah
- e. Angkutan umum
- f. Tempat kerja
- g. Tempat umum dan temoat lain yang ditetapkan

(2) larangan kegiatan menjual, mengiklankan dan mempromosikan produk tembakau tidak berlaku bagi tempat yang digunakan untuk kegiatan penjualan produk tembakau di lingkungan KTR

(3) larangan kegiatan memproduksi produk tembakau tidak berlaku bagi tempat digunakan untuk kegiatan produksi produk tembakau di lingkungan KTR

(4) pimpinan atau penanggung jawab tempat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib menerapkan KTR

Pasal 51 menyebutkan bahwa (1) kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalam pasal 50 huruf f dan g menyediakan tempat khusus untuk merokok (2) tempat khusus untuk merokok sebagaimana pada ayat (1) harus merupakan ruang terbuka yang berhubungan langsung dengan udara luar.

Pasal 52 menyebutkan bahwa pemerintah daerah wajib menerapkan kawan tanpa rokok di wilayahnya dengan peraturan daerah. Dengan bervariasinya bemtuk aturan, maka bervariasi pula substansi yang diatur. Terdapat

beberapa daerah yang menerapkan KTR secara baik dan mengikuti praktek pada dunia internasional seperti tidak menyediakan ruangan khusus merokok baik yang dalam ruangan maupun yang luar ruangan. Beberapa daerah malah bisa menerapkan KTR plus, yaitu KTR sekaligus menerapkan larangan iklan pada luar ruang (baliho). Namun pada daerah lain ada pula yang menerapkan tempat khusus merokok di luar ruangan. Bahkan yang lebih parah ada daerah yang menerapkan tempat khusus merokok di dalam lingkungan KTR atau didalam ruangan tertutup

Kota Bogor dan Padang Panjang merupakan dua daerah yang dinilai maksimal dalam menerapkan kebijakan KTR. Dalam peraturan daerah Kota Bogor No 12 tahun 2009 tentang KTR disebutkan bahwa KTR adalah tempat atau ruangan yang dinyatakan dilarangan untuk merokok, memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan rokok (pasal 1 ayat 10). Sementara itu, peraturan daerah kota Padang Panjang no 8 tahun 2009 membagi dua kategori kawasan pengendalian tembakau, yaitu kawasan tanpa asap rokok dan kawasan tertib rokok. Yang dimaksud dengan kawasan tanpa rokok adalah wilayah dimana tidak diperbolehkan sama sekali untuk merokok di kawasan tersebut (pasal 1 ayat 16) dan yang dimaksud kawasan tertib rokok adalah wilayah dimana perokok diperbolehkan merokok pada suatu tempat khusus yang telah disediakan sehingga tidak membahayakan orang lain.

f. Kebijakan tentang perlindungan anak dan perempuan hamil

PP 109 tahun 2012 tentang pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan juga mengatur tentang perlindungan khusus bagi anak dan perempuan hamil.

Pasal 25 menyebutkan bahwa setiap orang dilarang menjual produk tembakau menggunakan mesin layan diri kepada anak dibawah usia 18 tahun dan kepada perempuan hamil

Pasal 41 menyebutkan bahwa penyelenggaraan perlindungan dan anak perempuan hamil terhadap bahan mengandung zat adiktif berupa produk tembakau, dilaksanakan secara terpadu dan komprehensif melalui kegiatan pencegahan, pemulihan kesehatan fisik dan mental; serta pemulihan sosial.

Pasal 42 menyebutkan bahwa kegiatan pencegahan sebagaimana dimaksud dalam pasal 41 dilakukan dalam, rangka memberi pemahaman kepada anak dan perempuan hamil mengenai dampak buruk penggunaan produk tembakau.

Pasal 43 menyebutkan bahwa (1) kegiatan pemulihan fisik dan mental sebagaimana dimaksud dalam pasal 41 ditujukan untuk memulihkan kesehatan baik fisik maupun mental anak dan ibu hamil akibat penggunaan bahan zat adiktif berupa produk tembakau. (2) pemulihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan

- a. Pemeriksaan fisik dan mental
- b. Pengobatan
- c. Pemberian terapi psikososial

- d. Pemberian terapi mentan dan/atau
- e. Melakukan rujukan

III. Evaluasi

1. Sebutkan 5 macam pengendalian iklan tembakau yang ada pada pasal 27?
2. Bagaimana kebijakan tentang peringatan kesehatan pada produk tembakau?
3. Sebutkan kawasan tanpa rokok yang ada pada pasal 50 ?
4. Bagaimana tempat khusus yang disediakan pengelola gedung dalam ruang lingkup KTR ?
5. Bagaimana kegiatan pemulihan fisik atau mental dalam kebijakan tentang perlindungan anak dan perempuan hamil ?

IV. Referensi

- Aliansi Pengendalian Tembakau. (2013). Peta Jalan Pengendalian Produk Tembakau Indonesia, Perlindungan Terhadap Keluarga,, Generasi Muda dan Bangsa terhadap Ancaman Bahaya Rokok. Surakarta : Muhammadiyah University Press.
- Tobacco Control and Support Center-IAKMI. (2014). Bunga Rampai – Fakta Tembakau dan Permasalahannya, Edisi V. Jakarta : Tobacco Control and Support Center-IAKMI

BAB XIII

UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK MENGURANGI PREVALENSI PERILAKU MEROKOK

I. Capaian Pembelajaran

Mahasiswa Mampu memahami. Inovasi pemberdayaan masyarakat sebagai upaya untuk mengurangi prevalensi perilaku merokok.

II. Isi Materi.

a. Gerakan Rumah Bebas Asap Rokok (RBAR)

Rumah bebas asap rokok (RBAR) adalah sebuah gerakan yang diawali oleh proyek Quit Tobacco Indonesia dan proyek Quit tobacco internasional yang didanai oleh proyek QTI berpusat di Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta, Indonesia. Di UGM, kami bekerja dengan para dokter dari berbagai keahlian kedokteran yang berkomitmen untuk mendidik masyarakat Indonesia tentang bahaya merokok dan menjadi perokok pasif. Di Indonesia, lebih dari 67% pria adalah perokok dan banyak diantaranya yang ,mulai merokok di usia muda. Pada umumnya, kebiasaan para pria ini dilakukan didalam rumah membuat wanita dan anak-anak terpapar bahaya

sebagai perokok pasif setiap hari. Asap rokok orang lain sama berbahayanya dengan asap yang dihisap perokok itu sendiri

Diantara rumah tangga yang memiliki aturan tersebut, peraturan yang paling umum adalah anggota keluarga perokok hanya diizinkan merokok di salah satu kamar didalam rumah, disebuah ruangan dengan kipas angin atau kamar mandi. Gerakan rumah bebas asap rokok meminta para perokok untuk tidak merokok didalam rumah sebagai cara melindungi keluarga mereka dari bahaya asap rokok. Menafkahi dan melindungi keluarga adalah nilai budaya di Indonesia. Oleh karena itu, rumah bebas asap rokok dilandasi oleh nilai tersebut dan tanggung jawab pria sebagai kepala rumah tangga

Rumah bebas asap rokok begitu penting karena asap rokok sangat berbahaya karena ujung batang rokok adalah bagian dengan suhu maksimum tempat gas paling beracun dikeluarkan. Gas ini menyebar kealiran asap sampai gas selain asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok. Satu-satunya cara melindungi orang tidak merokok dari bahaya ini adalah dengan menghilangkan kegiatan merokok dalam ruangan, merokok dalam satu ruangan dengan kipas didalamnya bukan solusi efektif karena partikel asap akan tetap bertahan dan beredar di udara dalam rumah dalam waktu yang lama. Setelah seorang pria merokok asap bermuatan racun itu akan bertahan 2 hingga 3 jam didalam rumah dan berpindah ke ruangan lain. bahkan ketika asap sudah tidak terlihat anda bisa mencium kehadirannya disekitar. Selanjutnya residu asap rokok akan bertahan selama 4-6 jam di dalam rumah dan menjadi salah satu masalah kesehatan.

Tips kegiatan rumah bebas asap rokok

- a. Mengidentifikasi kelompok wanita yang sesuai, seperti para pengurus PKK tokoh masyarakat yang mungkin tertarik menjadi mitra dalam inisiatif ini
- b. Memperkenalkan bahaya asap rokok sesuai katagori yang sam seperti epidemi lainnya
- c. Memberikan presentasi yang sesuai dengan budaya bagi wanita dan pria dalam masyarakat tentang bahaya asap rokok orang lain
- d. Meningkatkan kesadaran akan kebutuhan untuk mengambil tindakan sekarang juga
- e. Mendistribusikan materi pendidikan tentang bahaya asap rokok
- f. Mendistribusikan stiker yang menyatakan rumah bebas asap rokok
- g. Mengadakan pertemuan deklarasi bagi semua anggota masyarakat sebagai persetujuan menjadi komunitas bebas asap rokok

Gerakan rumah bebas asap rokok meminta para perokok untuk tidak merokok didalam rumah sebagai cara melindungi keluarga mereka dari bahaya asap rokok. Menafkahi dan melindungi keluarga adalah nilai budaya yang sangat penting di Indonesia. Oleh karena itu rumah bebas asap rokok dilandasi oleh nilai tersebut dan tanggung jawab pria sebagai kepala rumah tangga. Berdasarkan pengalaman kami, setelah menyadari bahaya asap rokok bagi kesehatan anak-anak dan wanita dan mengetahui bahwa menjadi perokok pasif sama berbahayanya dnegn menjadi perokok, kebanyakan pria setuju untuk mendukung kebijakan RBAR yang berbasis

masyarakat tersebut. Sekali saja mendapat edukasi yang mencukupi mengenai bahaya asap rokok dan diminta berpartisipasi dalam gerakan rumah bebas asap rokok kebanyakan wanita dan pria akan mematuhi kebijakan ini dan tidak menzinkan tamu maupun saudara merokok di dalam rumah mereka.

b. Fokus Rumah Tangga bebas Asap Rokok

Berhenti merokok sangatlah sulit, terutama bagi para pria yang telah lama merokok. Kami berharap mereka berhenti merokok setelah memahami bahaya merokok, atau menderita penyakit akibat merokok dan memutuskan dengan kesadaran sendiri untuk berhenti merokok.

Saat ini, kami meminta dukungan masyarakat untuk melindungi kesehatan orang-orang yang tidak merokok. Para wanita dan anak-anak tidak seharusnya menderita akibat para pria merokok didalam rumah. Tidak seharusnya mereka hanya diam menunggu para pria berhenti merokok. Semua warga negara berhak atas udara bersih dan segar. Pemerintah telah melarang merokok ditempat umum. Hal ini merupakan sebuah langkah positif dalam koridor yang tepat. Tetapi belum banyak berarti jika para wanita dan anak-anak di Indonesia terpapar asap rokok dirumahnya sendiri. Tempat mereka seharusnya terlindungi.

c. Langkah laangkah untuk menjadi komunitas bebas asap rokok

Ada 3 langkah utama dalam proses menjadi komunitas bebas asap rokok. Langkah pertama adalah mengadakan pertemuan yang melibatkan semua tokoh masyarakat, anggota PKK, guru-guru, pemimpin agama, serta ketua RT dan RW. Pada pertemuan pertama ini bahaya asap rokok di presentasikan secara singkat dan alasan-alasan untuk

menjadi komunitas rumah bebas asap rokok didiskusikan. Apabila para tokoh masyarakat tertarik melangkah lebih jauh dan mengadopsi kebijakan rumah bebas asap rokok, pertemuan edukasi diselenggarakan dengan para pendukung gerakan ini yang berasal dari kantor dinas kesehatan kota atau provinsi dan lembaga swadaya masyarakat setempat.

Langkah kedua adalah pertemuan penyuluhan. Tergantung luasnya kampung. Beberapa penyuluhan edukasi perlu diselenggarakan dengan pembagian kelompok yang berbeda (kelompok pria, wanita, dan remaja). Meskipun kami tidak menyarankan lebih dari 3 pertemuan edukasi, beberapa komunitas dapat meminta pertemuan tambahan karena mereka ingin beberapa kelompok tertentu turut menghadiri pertemuan edukasi, terutama apabila hanya sedikit warga perokok yang hadir pada pertemuan sebelumnya.

Selama pertemuan edukasi, video tentang rumah bebas asap rokok (www.quit tobacco international.org) ditayangkan kepada para peserta pertemuan untuk menyajikan fakta tentang perokok pasif yang disampaikan oleh dokter yang berpengalaman serta kesaksian komunitas lain yang telah berhasil mengadopsi kebijakan rumah bebas asap rokok. Penayangan ini dilanjutkan dengan diskusi tentang bahaya asap rokok terhadap anggota keluarga yang difasilitasi oleh dokter setempat, mahasiswa kedokteran, maupun petugas kesehatan. Sangat penting bahwa pertemuan edukasi ini turut dihadiri oleh utusan dari puskesmas dinas kesehatan, sehingga warga atau anggota komunitas memahami gerakan ini mendapat dukungan penuh dari komunitas yang berwenang.

Pada setiap pertemuan, tekankan bahwa kita tidak meminta orang untuk berhenti merokok, tetapi hanya meminta agar mereka tidak merokok didalam rumah. Sungguh sangat penting menekankan berulang-ulang mengenai hal ini, karena kami tidak ingin kebiasaan merokok oria menhadi penghambat gerakan rumah bebas asap rokok ini. Nyatanya, dibanyak komunitas, para perokok terlibat aktif dalam gerakan ini. Beberapa perokok berpartisipasi dengan harapan mereka dapat mengurangi konsumsi rokoknya jika mereka tidak lagi merokok didalam rumah

Pada akhir pertemuan pertemuan edukasi, beberapa perwakilan panitia oerencana (kadang-kadang merupakan perwakilan puskesmas) memulai diskusi dengan para peserta yang hadir membahas langkah-langkah selanjutnya. Komunitas/masyarakat akan ditanyai mengenai kesiapan mereka untuk mengadopsi keijakan berbasis komunitas rumah tangga bebas asap rokok. Jika dukungan dan kesediaan sudah didapat, mereka dapat menjelaskan yang telah terjadi pada komunitas lain sebagai pemicu diskusi.

Setelah pertemuan edukasi, setiap rumah tangga diminta memilih satu stiker untuk menyampaikan pesan bahwa rumah tersebut bebas asap rokok. Bereagam stiker dengan pesan dan gambar yang berbeda disediakan oleh proyek QTI dan kantor dinas kesehatan

Mendeklarasikan bahwa kini lingkungan warga terdiri dari rumah-rumah bebas asap rokok

Langkah ketiga adalah menyelenggarakan deklarasi rumah bebas asap rokok. Pertemuan deklarasi biasanya merupakan perkumpulan besar dihadiri 150an warga atau lebih yang berasal dari tempat yang telah menyepakati aksi

dan kegiatan untuk mewujudkan gerakan rumah bebas asap rokok. Petugas kesehatan dari puskesmas dan kantor dinas kesehatan diundang untuk menyampaikan pentingnya gerakan ini sebagai upaya nyata menyehatkan masyarakat. Sambutan yang diberikan meliputi komponen kesepakatan rumah bebas asap rokok yang dibacakan dengan jelas dihadapan seluruh warga.

Lima komponen utama kebijakan rumah bebas asap rokok :

- 1) Dilarang merokok didalam rumah, baik anggota keluarga maupun tamu
- 2) Dilarang merokok dipertemuan warga
- 3) Dilarang menyediakan asbak didalam rumah maupun pertemuan warga
- 4) Memasang stiker rumah bebas asap rokok didepan pintu setiap rumah
- 5) Dilarang merokok didepan anak-anak dan ibu hamil meskipun diluar rumah

Warga komunitas boleh memberikan poin tambahan pada deklarasi mereka, sebagai contoh, beberapa komunitas telah menambahkan peraturan agar rokok tidak diberikan pada acara pelayatan atau pemakaman warga atau sebagai imbalan kegiatan kerja bakti seperti bersih-bersih lingkungan

Deklarasi formal ditandatangani oleh ketua RT, ketua RW, kepala puskesmas, camat, dan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota. Setelah penandatanganan, deklarasi dipasang ditembok dirumah ketua RT dan RW. Beberapa komunitas juga memasang tanda berukuran besar di lingkungan mereka atau spanduk pada jalan masuk

lingkungan mereka, memberitahukan bahwa lingkungan mereka bebas asap rokok

d. Pentingnya deklarasi

Pertemuan atau deklarasi ini penting karena merupakan kesempatan untuk menjelaskan kepada semua warga bahwa tidak merokok didalam rumah merupakan norma baru di masyarakat dan bahwa saat ini warga komunitas merupakan bagian sebuah gerakan sosial yang berskala lebih besar. Hal ini menunjukkan bahwa rumah bebas asap rokok merupakan kebijakan bersama, bukan individual.

Setelah pertemuan deklarasi. Para kader kemudian dipilih dan diberi pelatihan tentang bahaya asap rokok dan diminta untuk melakukan kunjungan rumah kesemua warga komunitas. Hal ini untuk memastikan bahwa mereka telah mendapat informasi tentang kebijakan baru tersebut dan untuk memberikan pamflet dari QTI tentang bahaya asap rokok/menjadi perokok pasif.

Kunjungan tindak lanjut ke komunitas dilakukan secara periodik oleh petugas kesehatan untuk mengkonfirmasi ulang komitmen, mendapat masukan tentang penerapan kebijakan bebas asap rokok atau apabila diminta oleh tokoh masyarakat. Jika terdapat kegiatan khusus yang diagendakan. Pada komunitas yang menunjukkan ketertarikannya dapat diadakan diskusi kelompok terarah bagi para wanita yang suaminya perokok dengan para perokok itu sendiri dan dengan anggota PKK, para ketua Rt untuk mendiskusikan penguatan komitmen atau memecahkan masalah yang muncul. Pertanyaan-pertanyaan pada diskusi kelompok terarah ini telah dikembangkan oleh proyek QTI

e. Materi edukasi

Proyek quit tobacco indonesia telah mengembangkan sebuah video tentang bahaya asap rokok. Menjadi perokok pasif. Video ini dapat digunakan selama pertemuan edukasi, sehingga anggota masyarakat dapat belajar tentang bahaya asap rokok orang lain, khususnya bagi wanita dan anak-anak. Video ini menampilkan tenaga medis dan anggota masyarakat yang telah menjadi bagian dari gerakan rumah bebas asap rokok berbicara tentang pentingnya gerakan bebas asap rokok dan hasil yang telah dicapai komunitas mereka. QTI juga telah mengembangkan sebuah pamflet tentang bahaya asap rokok, stiker untuk ditempatkan pada pintu, potter dan poster, spanduk. Semua materi tersebut dapat di download di situs QTI. (www.quit tobacco international.org) atau langsung menghubungi proyek QTI di UGM, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, UGM.

Pentingnya suatu stiker/ poster untuk dapat terlihat dan terbaca dengan jelas. Kami memahami bahwa simbol atau gambar visual sangat penting agar anggota masyarakat dan tamu yang berasal dari luar lingkungan komunitas bisa mengetahui bahwa warga memiliki rumah bebas asap rokok. Poster dan spanduk telah digantung di banyak sudut kampung sebagai pengingat gerakan rumah bebas asap rokok. Para wanita telah mengatakan bahwa memasang stiker di pintu mereka sangat membantu karena itu adalah pengingat non verbal dari aturan dilarang merokok di dalam rumah. Beberapa wanita merasa tidak nyaman untuk memberitahu suami atau tamu untuk tidak merokok di dalam rumah. Stiker membantu mengingatkan orang tentang peraturan ini dan anak-anak telah proaktif dalam

gerakan dengan mengingatkan tamu denganm menunjuk ke arah stiker.

Dampak dari rumah-rumah bebas asap rokok, kami sedang dalam proses melakukan survei tindak lanjut karena dampaknya hanya dapat dilihat setelah beberapa waktu. Dalam diskusi dengan kampung yang telah bebas asap rokok, kami menyadari bahwa telah banyak keberhasilan yang dicapai maupun tantangan yang dihadapi. Bahkan salah satu kampung binaan kami terpilih sebagai masyarakat sehat Indonesia pada tahun 2011.

Rumah bebas asap rokok adalah komitmen jangka panjang pada masyarakat, gerakan ini harus dilihat sebagai bagian dari gerakan dengan skala yang lebih besar bagi terwujudnya gaya hidup sehat.

Banyak komunitas yang telah melibatkan anak-anak sekolah dalam kegiatan rumah bebas asap rokok. Bekerja sama dengan sekolah. Proyek QTI telah menyediakan edukasi kepada anak-anak sekolah dan mensponsori lomba menggambar komunitas rumah bebas asap rokok atau lomba membuat pesan rumah bebas asap rokok. Di beberapa kampungm anak-anak mendatangi rumah-rumah untuk membagikan stiker, beberapa anak mengecat pot bunga dan memfungsikannya sebagai asbak yang diletakkan diluar rumah.

Sejauh ini telah terdapat 100 RW di Kota Yogyakarta yang telah menerapkan kebijakan rumah bebas asap rokok.

III. Evaluasi

1. Apa yang dimaksud dengan Rumah bebas asap rokok?
2. Bagaimana aturan dalam rumah tangga yang rumahnya bebas asap rokok?

3. Apa pentingnya rumah bebas asap rokok?
4. Bagaimana cara melindungi orang agar tidak terkena asap rokok?
5. Apa saja tips kegiatan rumah bebas asap rokok?

IV. Referensi

Quit tobacco Indonesia dan Quit tobacco international. 2018. Panduan Rumah Bebas Asap Rokok. Yogyakarta; Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

DAFTAR PUSTAKA

- Aliansi Pengendalian Tembakau. (2013). *Peta Jalan Pengendalian Produk Tembakau Indonesia, Perlindungan Terhadap Keluarga, Generasi Muda dan Bangsa terhadap Ancaman Bahaya Rokok*. Surakarta : Muhammadiyah University Press
- Artanti K.D., Widati S., Martini S., Megatsari H., Nugroho P.A. (2017). Deskripsi Perilaku Merokok E-Cigarette dan Konvensional pada Anak Sekolah di Kota Surabaya. *Prosiding. The 4th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health*. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang
- Artha, P.P.W. dan Kusuma M.A.P.N. (2017). Karakteristik Remaja Laki-Laki Pengguna Rokok Elektrik di Kota Denpasar Tahun 2017. *Prosiding. The 4th Indonesian Conference on Tobacco or Health*. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang.
- Damayanti, A. (2016). Penggunaan Rokok Elektrik di Komunitas Personal Vaporizer Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. Vol. 4, No. 2, Hal 250-261
- Devhy N.L.P. dan Yundari, A.A.I.D.H. (2017). Faktor yang Mempengaruhi Merokok Elektrik pada Siswa Sekolah Menengah Atas Swasta di Kota Denpasar. *Prosiding. The 4th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health*. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2014). *Pedoman Teknis Penegakkan Hukum KTR*. Jakarta : Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular . (2016). *Buku Pedoman Penyakit Terkait Rokok*. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2016). *Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Edisi II*. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. (2017). *Petunjuk Teknis Konseling Berhenti Merokok pada Anak Usia Sekolah/Madrasah, Bagi Guru Pembina Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M)*. Jakarta : Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- El Hasna, F. N. A., Kusyogo C., Laksmono W. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Rokok Elektrik pada Perokok Pemula di SMA Kota Bekasi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*. Vol. 5, No. 3 Hal. 548-557
- Fauziah M., Zahra H., dan Handari S.R.T. (2016). Hubungan Pengetahuan Peringatan Kesehatan Bergambar (PKB) pada Bungkus Rokok Terhadap Perilaku Merokok Siswa Kelas V di SD Negeri Rempoa 02 Kota Tangerang Selatan. *Prosiding. The 3rd Indonesian Conference on Tobacco Control or Healt. Suarakan Kebenaran; Selamatkan Generasi Bangsa*
- Indra, M. F., Yesi H. N., Sri U. (2015). Gambaran Psikologis Perokok Tembakau yang Beralih Menggunakan Rokok Elektrik

- (Vaporizer). *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan*. Vol. 2, No. 2 Hal 1285-1291
- Irwan. (2017). Model Analisis Faktor Risiko Perilaku Merokok pada Remaja di Kota Gorontalo. *Prosiding. The 4th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health*. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang
- Istiqomah, D. R., Kusyogo C., Ratih I. (2016). Gaya Hidup Komunitas Rokok Elektrik Semarang Vaper Corner. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*. Vo. 4, No. 2, Hal 203-212
- Jatmika S.E.D., Maulana M., Kuntoro, Martini S. (2018). Evaluasi Rumah Bebas Asap Rokok di Lingkungan RW Kota Yogyakarta. *Laporan Penelitian*. Yogyakarta : Universitas Ahmad Dahlan
- Karim, M. I dan Zulfi P. (2016). Urgensi Upaya Pengontrolan Rokok Elektrik di Masyarakat. *Prosiding. The 3rd Indonesian Conference on Tobacco or Health, Suarakan Kebenaran : Selamatkan Generasi Bangsa*
- Kemendes. (2011). *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*. Pusat Promosi Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- National Institute on Drug Abuse. (2017). E-Cigarette. Diambil dari [<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/electronic-cigarettes-e-cigarettes>] pada tanggal 13 Desember 2017
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2013 tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau
- Pusat Promosi Kesehatan. (2011). *Informasi Tentang Penanggulangan Masalah Merokok Melalui Radio*. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

- Pusat Promosi Kesehatan. (2012). *Panduan Penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) di Bidang Kesehatan*. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Putra I.G.N.E., Putra I.M.R., Prayoga D.G.A.R dan Astuti P.A.S. (2017). Gambaran Pemahaman, Persepsi dan Penggunaan Rokok Elektrik pada Siswa Sekolah Menengah Atas di Kota Denpasar. *Prosiding. The 4th Indonesian Conference on Tobacco Control or Health*. Tembakau : Ancaman Generasi Sekarang dan Akan Datang
- Rukmana Y.I., Fauziah M., dan Asmuni A. (2016). Hubungan Peringatan Kesehatan Bergambar (PKB) pada Bungkus Rokok terhadap Perilaku Merokok Remaja pada Siswa MTS Daar El-Azhar Rangkasbitung, Lebak, Banten Tahun 2016. *Prosiding. The 3rd Indonesian Conference on Tobacco Control or Healt*. Suarakan Kebenaran; Selamatkan Generasi Bangsa
- Suarjana K., Duana M.K., Mulyawan K.H., Artawan W.G., dan Kurniasari M.D. (2016). Efektivitas Peringatan Kesehatan Bergambar pada Rokok Terhadap Perilaku Merokok Remaja di Bali. *Prosiding. The 3rd Indonesian Conference on Tobacco Control or Healt*. Suarakan Kebenaran; Selamatkan Generasi Bangsa
- Tobacco Control and Support Center-IAKMI. (2014). *Bunga Rampai – Fakta Tembakau dan Permasalahannya, Edisi V*. Jakarta : Tobacco Control and Support Center-IAKMI
- Triana, N., Syafruddin I, Salomo H. (2013). Gambaran Histologis Pulmo Mencit Jantan (*Mus musculus*) Setelah Dipapari Asap Rokok Eektrik. *Saintia Biologi*, Vol 1, No 2
- U.S. Department of Health and Human Services, U.S Surgeon General, and U.S. Centers for Disease Control and

Prevention. (2017). The Fact on E-Cigarette Use Among Yout and Young Adults. Diambil dari [<https://ecigarettes.surgeongeneral.gov/default.htm>] pada tanggal 13 Desember 2017

DAFTAR INDEKS

A

acetilen, 65
acrolein, 65
action, 29, 31
Advice, 177
Affirmations, 189
akupresure, 174
akupuntur, 174
alprazolam, 112
alveolus, 63
ammonia, 48
Aneurisma Aorta
 Abdominalis, 80
angina pektoris, 74
Angina pektoris, 75
arange, 177
arsen, 48
Arteri perifer, 80
asam sianida, 65
asikfia, 66
Ask, 177
Asma, 61
Asses, 177
Assist, 177
aterosklerosis, 73, 74
Aterosklerosis, 74

B

bakterial vaginosis, 68
benzaldehyde, 65
benzene, 65
Brief advice, 177
bronchus, 49
bronkiolus, 63
bronkus, 63
buerger, 78
Bupropion, 174

C

cadmium, 48
Cessation support, 177
clonidine, 112
CO, 47, 65, 166, 176, 179, 180,
 197, 203
Cold turkey, 175
Contemplation, 27
coumarine, 65

D

DDT, 48
defek septum kardiak, 69
Depresia, 191
diabetes, 8, 10
Drop out rate, 214

E

eksaserbasi, 63
ekstremitas, 77, 80
endometrium, 66, 91
etilcatehol-4, 65

F

Fibromioma retrolasenta, 67
formalin, 48
fundus uteri, 71

G

gum, 111, 174

H

HCN, 48, 65
hematuri, 80
hematuria, 98
hidrosefalus, 69
Hiperkolesterolemia, 77
Hipertensi, 67, 77, 79
Hipertensi maternal, 67
hipnoterapi, 174
Hipoplasia endometrium, 66
HIV, 82, 83, 84, 95, 96
HPV, 89, 93, 94, 95, 96, 97
Human Papiloma Virus, 89

I

impotensi, 11
Impotensi, 89
inhalan, 63
Inkompetensi serviks, 68
insomnia, 191

K

kadmium, 69
kanker, 8, 10, 11, 48, 76, 82, 86,
89, 92, 93, 94, 95, 96,
97, 99, 167
karbonmonoksida, 69
kardiovaskular, 8, 10, 69, 166
karsinogenik, 64, 86
klaudikasio intermiten, 78, 80
Konseling, 32, 104, 107, 174,
177, 182, 183, 184, 187,
188, 194, 256
kortikosteroid, 62
kotlinin, 69

L

lung development, 64

M

maintenance, 29, 30, 31
methanol, 65
mikrosefali, 69

millenium development goals,
49

N

nAChRs, 169

NCD alliances, 54

neurotransmitter, 170

Nicotina tabacum, nicotina
rustica, 47

nikotin, 27, 29, 47, 65, 69, 73,
82, 91, 95, 111, 112, 166,
168, 169, 170, 172, 174,
177, 178, 179, 182, 191,
192, 193, 195, 196, 197,
198, 199

nitrogen, oksida, 65

nokturia, 80

O

obstruksi paru, 8

onfark miokard, 169

Open ended question, 189

ortokresol, 65

Ovarium, 91

P

pasca laringektomi, 169

pasca pneumonektomi, 169

patch, 111, 174

Peak flowmeter, 179

Plasenta previa, 65, 66

pneumonia, 64

Polihidramnion, 68

poliuria, 80

PPOK, 48, 64, 84, 85, 99

precontemplation, 26

preparation, 28

preterm, 68, 69, 70

Q

Quit Tobacco, 243

quite line, 215

R

radio aktif, 48

recyclin and relapse, 30

Reflective listening, 189

Relavance, 27, 28

Repetition, 27, 28

Rewards, 27, 28, 170

Risk, 27, 28

Roadblocks, 27, 28

S

sianida, 65, 69, 91

SIDS, 72, 73

silent killer, 79

sistem muskulo skeletal, 69

skuamokolumner junction, 92

Solusio plasenta, 67

spray, 111, 174
stroke, 49, 74, 76, 166
Stroke, 75
Summarizing, 189

T

tar, 47, 65, 82
tiosianat, 69
trachea, 49
trakea, 63
Trans Teoritical Methode, 21, 26,
31
Tubal, 91
tuberkulosis, 81, 82

U

urethane, 65

V

vaskulitis, 78
vasokonstriksi, 69
vasospasme, 79
vestibular, 77


W

withdrawal effect, 174, 180,
196, 197, 199
Withdrawal syndrome, 195

Penerbit K-Media
Perum Pondok Indah Banguntapan
Banguntapan, Bantul, Yogyakarta

 kmedia.cv@gmail.com

 Penerbit K-Media

 www.kmedia.co.id

ISBN 978-602-451-295-8

