

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Perilaku merokok sudah menjadi kebiasaan masyarakat. Kebiasaan merokok disembarangan tempat telah menjadi hal yang biasa dijumpai mulai dari merokok di pasar, angkutan umum, perkantoran, tempat ibadah, institusi pendidikan dan sebagian tempat umum lainnya. Prevalensi merokok sangat tinggi di berbagai lapisan masyarakat, terutama pada laki-laki dari mulai anak-anak, remaja dan dewasa. Oleh karena itu, pengendalian masalah kesehatan akibat tembakau perlu dilakukan secara komprehensif dan berkesimbangan.

Semua orang berhak dilindungi kesehatannya dari paparan asap rokok orang lain. Tidak ada batas aman bagi paparan asap rokok. Racun yang dikandung asap rokok yang masuk ke dalam tubuh secara kumulatif akan tersimpan dan menimbulkan berbagai gangguan kesehatan. Karena itu, salah satu upaya efektif untuk melindungi seluruh masyarakat dari asap rokok orang lain adalah melalui penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Penerapan KTR memungkinkan masyarakat untuk dapat menikmati udara bersih dan sehat, terhindar dari berbagai resiko yang merugikan kesehatan dan kehidupan dari perilaku merokok.(1)

Perilaku merokok merupakan masalah yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat karena dapat menimbulkan berbagai penyakit bahkan dapat menyebabkan kematian baik bagi perokok dan orang yang ada disekitarnya (perokok pasif). Setiap orang telah mengetahui bahwa merokok adalah berbahaya bagi kesehatan, namun pada kenyataannya perilaku merokok masih sangat sulit

dikendalikan. Merokok juga dapat menjadi awal bagi seseorang lebih mudah untuk mencoba berbagai zat-zat adiktif yang lain tersebut daripada bukan seorang perokok.(2)

Rokok merupakan salah satu masalah publik yang mengemuka di masyarakat. Bagi perokok aktif tentu paparan asap rokok sama sekali tidak menjadi masalah dalam kehidupannya. Namun asap rokok sangat merugikan kesehatan perokok pasif seperti menyebabkan berbagai penyakit (kanker paru-paru, penyakit jantung, asma) dan mengganggu masyarakat lainnya yang ingin menjalankan kehidupan dengan pola hidup sehat.

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 menunjukkan bahwa Indonesia menduduki peringkat ketiga dengan jumlah perokok terbesar di dunia setelah Cina dan India. Jumlah perokok di Indonesia mencapai 35% dari total populasi, atau sekitar 75 juta jiwa. Belum lagi pertumbuhan prevalensi perokok pada anak-anak dan remaja yang tercepat di dunia sebesar 19,4%.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, perilaku merokok menurut kelompok umur dan kebiasaan merokok sebesar 0,5% perokok umur 10-14 tahun merokok setiap hari dan 0,9% perokok kadang-kadang. Pada kelompok umur 15-19 tahun sebesar 11,2% perokok setiap hari dan 7,1% perokok kadang-kadang, sedangkan pada kelompok umur 20-24 tahun sebesar 27,2% perokok setiap hari dan 6,9% perokok kadang-kadang. Proporsi terbanyak perokok aktif setiap hari pada umur 30-34 tahun sebesar 33,4 % dan umur 35-39 tahun sebesar 32,2% yang merupakan penduduk usia produktif.(3)

Kebijakan pengendalian tembakau di Indonesia masih menimbulkan perdebatan yang panjang, mulai dari hak azasi seorang perokok, fatwa haram merokok di tempat umum sampai dampak anti rokok terhadap perekonomian dan tenaga kerja di Indonesia. Padahal hasil kajian di beberapa negara telah menunjukkan bahwa kebijakan merupakan cara yang efektif dalam mengendalikan tembakau atau lebih khusus dalam mengurangi kebiasaan merokok. Dalam rangka melindungi individu, masyarakat dan lingkungan terhadap paparan asap rokok, pemerintah telah menetapkan kebijakan kawasan tanpa rokok untuk melindungi seluruh masyarakat dari bahaya asap rokok melalui Undang-Undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 115 ayat 1 dan 2 yang mengamanatkan kepada Pemerintah Daerah wajib untuk menetapkan dan menerapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya.(1)

Provinsi Sumatera Utara juga telah mengeluarkan Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2014 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Namun sebelumnya sudah ada Peraturan Gubernur Sumatera Utara Nomor 35 Tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok Pada Perkantoran di Lingkungan Pemerintahan Provinsi Sumatera Utara. Semua fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat bermain anak, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum, sudah ditetapkan sebagai kawasan tanpa asap rokok. Namun sampai tahun 2017, implementasinya belum terlihat. Total, dari 33 kabupaten dan kota, baru lima kabupaten dan kotalah yang mempunyai peraturan KTR yaitu Kabupaten Serdang Bedagai, Kota Pematang Siantar, Kota Tebing Tinggi, Kota Medan dan Kabupaten Asahan. Kementerian Kesehatan telah memberikan rapor buruk

kepada Provinsi Sumatera Utara terkait penerapan peraturan kawasan tanpa rokok.(4)

Dibentuknya Peraturan Walikota Tebing Tinggi No.3 Tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok merupakan landasan hukum untuk setiap orang atau badan guna mendapatkan hak yang sama untuk kawasan tanpa rokok yang sehat, dan setiap orang atau badan melaksanakan kewajiban untuk memelihara, dan menjalankan peraturan yang telah di buat guna menjaga kelestarian lingkungan hidup. Peraturan Walikota Tebing Tinggi No. 3 Tahun 2013 tentang kawasan tanpa rokok merupakan langkah untuk melindungi masyarakat dari ancaman perokok aktif sehingga budaya dan kebiasaan masyarakat tersebut dalam hal ini kebiasaan merokok memengaruhi terciptanya aturan tentang larangan merokok di tempat umum dengan dibuatnya kawasan tanpa rokok. Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi telah berkomitmen untuk menerapkan kawasan tanpa rokok di lingkungannya, ini terbukti dengan telah diterapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi dan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada Seksi Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa tentang kawasan tanpa rokok.

Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi menyatakan setuju untuk dijadikan sebagai kawasan tanpa rokok karena memiliki dampak positif terutama dalam bidang kesehatan, karena adanya Peraturan Walikota Tebing Tinggi Nomor 3 Tahun 2013 yang menetapkan tentang kawasan tanpa rokok pada perkantoran, fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat proses belajar mengajar di lingkungan pemerintah Kota Tebing Tinggi. Disusunnya kebijakan tersebut menunjukkan

komitmen kuat pemerintah Kota Tebing Tinggi dalam melindungi masyarakat dari perilaku merokok. Peraturan Walikota Tebing Tinggi ini tidak bermaksud melarang orang untuk merokok hanya saja mengatur supaya orang tidak merokok di sembarang tempat. Apabila berada di tempat umum atau tempat kerja yang termasuk kawasan terbatas merokok, maka seseorang dapat merokok asalkan di tempat khusus merokok yang telah disediakan. Penyediaan tempat khusus merokok wajib dilakukan oleh pimpinan atau penanggungjawab kawasan ini.(5)

Perilaku merokok muncul karena faktor internal juga faktor eksternal. Salah satu faktor internal adalah persepsi. Persepsi yang ditimbulkan berbeda pada tiap orang tentang merokok. Setelah seseorang memiliki persepsi tersendiri tentang merokok kemudian muncul suatu sikap, yaitu kecenderungan seseorang untuk menerima atau menolak, setuju atau tidak setuju terhadap respon yang datang dari luar, dalam hal ini adalah merokok. Jika setuju maka seseorang akan melakukan aktivitas merokok, tapi jika tidak setuju maka seseorang tidak akan merokok.(6)

Persepsi merupakan sebuah proses saat individu mengatur dan menginterpretasikan kesan-kesan sensoris mereka guna memberikan arti bagi lingkungan mereka. Perilaku individu seringkali didasarkan pada persepsi mereka tentang kenyataan, bukan pada kenyataan itu sendiri. Perilaku merokok, pada umumnya dilakukan dengan berbagai alasan menurut persepsi perokok, seperti untuk menghilangkan stres, agar terlihat jantan, atau iseng saja, alasan lain agar terlihat keren, dapat menimbulkan perasaan relaks, menjadi lebih terkenal dan terlihat muda. Dengan diketahuinya persepsi-persepsi tersebut, akan diketahui

faktor-faktor yang dapat memengaruhi perilaku seseorang, termasuk perilaku masyarakat dalam upaya menginisiasi kawasan tanpa rokok.

Hasil penelitian Hayati tentang persepsi masyarakat terhadap kawasan tanpa rokok di Terminal Dara tahun 2016 menunjukkan bahwa persepsi masyarakat pengguna terminal mengerti rokok menyebabkan sakit yang serius bahkan dapat menimbulkan kematian, masyarakat diuntungkan dengan adanya KTR di terminal karena dapat mengakses terminal tanpa takut terpapar asap rokok, diperlukan kerja sama dengan pihak lain untuk mengurangi jumlah perokok di terminal. Hambatan yang mungkin muncul dalam upaya inisiasi KTR ini adalah perilaku merokok di terminal yang sudah dianggap biasa dan pedagang rokok yang merasa terancam karena rokok adalah barang yang sering dicari oleh perokok yang ada di terminal.(7)

Penelitian yang dilakukan oleh Khairi tentang persepsi jajaran pimpinan tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Dinas Kesehatan Kabupaten Langkat Tahun 2014 menunjukkan bahwa informan setuju bila di Dinas Kesehatan Kabupaten Langkat dijadikan Kawasan Tanpa Rokok. Semua informan memiliki komitmen yang kuat untuk merealisasikan kawasan tanpa rokok sebagai upaya peningkatan kesehatan dan menjadikan kebijakan kawasan tanpa rokok yang terencana secara baik. Ada beberapa rancangan kebijakan yang dinyatakan oleh informan untuk kawasan tanpa rokok di Dinas Kesehatan Kabupaten Langkat yaitu berupa aturan tertulis beserta sanksi-sanksinya, diawali dengan himbuan dan lebih bersifat pada penyadaran dengan menggunakan tahapan-tahapan promosi kesehatan.(8)

Hasil penelitian Septia tentang hubungan antara persepsi remaja dengan perilaku merokok pada siswa SMA di Bandar Lampung menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki persepsi positif terhadap rokok, dan rata-rata responden berperilaku tidak merokok. Hasil analisis bivariat, menunjukkan bahwa siswa yang memiliki persepsi negatif mempunyai peluang lebih besar untuk berperilaku merokok dibandingkan dengan siswa yang memiliki persepsi positif. Sehingga didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi dengan perilaku merokok.(9)

Berdasarkan survei pendahuluan yang telah dilakukan peneliti di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi, masih ada pegawai yang merokok di tempat yang dilarang merokok. Ini ditandai dengan masih ada orang yang merokok, adanya puntung rokok di halaman Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi, serta masih terdapat asbak rokok, korek api dan pemantik di ruangan kerja dan di sekitar aula rapat Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi. Selain itu masih ditemukan penjualan rokok di kantin Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi walaupun terdapat tanda larangan merokok.(5)

Hasil wawancara dengan 10 orang pegawai Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi, bahwa 8 orang masih merokok di Dinas Kesehatan Kota Tebing. Ketika ditanyakan alasan mereka mengapa masih merokok di kawasan KTR sebanyak 4 orang mengatakan tidak bisa konsentrasi dalam bekerja kalau tidak merokok, 2 orang mengatakan bahwa KTR tidak perlu diterapkan dan 2 lagi mengatakan bahwa merokok sudah jadi kebiasaan dan sulit ditinggalkan.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Persepsi tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan Perilaku Merokok Pegawai di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi Tahun 2018”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan di atas, maka rumusan masalah penelitian adalah apakah ada hubungan persepsi tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok pegawai di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi tahun 2018.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan persepsi tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok pegawai di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi tahun 2018.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Memberikan sumbangan pemikiran terhadap perkembangan ilmu kesehatan di Indonesia pada umumnya serta memberikan kontribusi berupa kajian akademik bagi peneliti lain yang melakukan penelitian tentang kawasan tanpa rokok.



#### **1.4.2. Manfaat Praktis**

Adapun manfaat penelitian ini adalah :

a. Bagi peneliti

Memberikan wawasan dan pengetahuan bagi peneliti tentang persepsi tentang kawasan tanpa rokok di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi.

b. Bagi Responden

Merupakan suatu pemberian informasi lebih nyata tentang hubungan persepsi tentang kawasan tanpa rokok terhadap perilaku merokok pada pegawai di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi.

c. Bagi Instansi Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi

Sebagai bahan masukan kepada dinas kesehatan tentang kawasan tanpa rokok di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi.

d. Bagi Institut Helvetia

Untuk memenuhi syarat kelulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat dan dapat dijadikan bahan referensi ilmiah untuk penelitian selanjutnya yang berminat dalam permasalahan ini.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu**

Penelitian Virly tahun 2013 dengan judul Hubungan Persepsi Tentang Bahaya Merokok dengan Perilaku Merokok pada Karyawan di PT. Sintas Kurama Perdana Kawasan Industri Pupuk Kujang Cikampek menunjukkan bahwa persepsi tentang perilaku merokok penting bagi seseorang untuk berperilaku merokok atau tidak. Seseorang memiliki perbedaan persepsi mengenai perilaku merokok, ada yang baik dan buruk, keduanya tetap merokok. Hal ini dimungkinkan karena masih terdapat beberapa faktor yang memengaruhi persepsi, diantaranya demografi, sosio psikologis, dan perasaan terancam oleh penyakit. Hal ini membuktikan bahwa karyawan yang merokok karena dipengaruhi perasaan yang negatif memiliki persepsi yang negatif pula tentang dampak merokok terhadap kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa karyawan yang merokok karena ingin menghilangkan perasaan yang tidak menyenangkan pada dirinya memiliki persepsi bahwa merokok tidak berbahaya bagi kesehatan. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan persepsi tentang bahaya merokok dengan perilaku merokok dengan nilai  $p = 0,0440$ .(10)

Hasil penelitian Rahayuningsih tahun 2015 dengan judul Hubungan antara Persepsi Perilaku Merokok dengan Perilaku Merokok Siswa SMK X di Kota Semarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi berpengaruh terhadap perilaku merokok siswa. Sebagian besar responden mempunyai keyakinan dan kepercayaan yang tinggi bahwa tindakan berhenti merokok atau

tidak merokok dapat mengurangi risiko atau meminimalkan dampak buruk dari perilaku merokok. Dan beberapa upaya pencegahan lainnya juga dapat bermanfaat bagi kesehatan. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi *perceived benefit* maka semakin tinggi pula responden untuk tidak merokok karena mengetahui manfaat dari tidak merokok. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara persepsi perilaku merokok dengan perilaku merokok dengan nilai  $p = 0,029$ .(11)

Penelitian yang telah dilakukan oleh Hidayati tahun 2012 dengan judul Persepsi dan Perilaku Merokok Siswa, Guru dan Karyawan Madrasah Mu'allimin Muhammadiyah Yogyakarta dan Faktor-faktor yang Berpengaruh. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan persepsi merokok terhadap perilaku merokok pada siswa, guru dan karyawan. Orang yang memiliki persepsi positif terhadap merokok lebih tidak berisiko berperilaku merokok dibandingkan dengan orang yang memiliki persepsi negatif pada siswa guru dan karyawan di Lembaga Pendidikan Madrasah Mu'allimin Yogyakarta. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan yang kuat antara persepsi dengan perilaku merokok siswa, guru dan karyawan dengan nilai  $p = 0,000$ .(6)

## **2.2. Rokok**

### **2.2.1. Pengertian Rokok**

Rokok adalah hasil olahan tembakau yang terbungkus, dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia menyebutkan bahwa Rokok adalah gulungan tembakau (kira-kira sebesar kelingking) yang dibungkus.(2)

### **2.2.2. Kandungan Rokok**

Setiap rokok atau cerutu mengandung lebih dari 4.000 jenis bahan kimia dan 400 dari bahan-bahan tersebut dapat meracuni tubuh sedangkan 40 dari bahan tersebut bisa menyebabkan kanker. Beberapa contoh zat berbahaya di dalam rokok yang perlu diketahui adalah sebagai berikut :

#### 1) Nikotin

Nikotin merupakan bahan kimia dalam rokok yang menyebabkan ketergantungan. Nikotin menstimulasi otak untuk terus menambah jumlah nikotin yang dibutuhkan. Semakin lama, nikotin dapat melumpuhkan otak dan rasa, serta meningkatkan adrenalin, yang menyebabkan jantung diberi peringatan atas reaksi hormonal yang membuatnya berdebar lebih cepat dan bekerja lebih keras. Artinya, jantung membutuhkan lebih banyak oksigen agar dapat terus memompa. Nikotin juga menyebabkan pembekuan darah lebih cepat dan meningkatkan risiko serangan jantung.

Secara perlahan, nikotin akan mengakibatkan perubahan pada sel-sel otak perokok yang menyebabkan perokok merasa perlu merokok lebih banyak untuk mengatasi gejala-gejala ketagihan. Nikotin termasuk salah satu jenis obat perangsang yang dapat merusak jantung dan sirkulasi darah, serta nikotin membuat pemakainya kecanduan. Secara cepat, nikotin masuk ke dalam otak saat seseorang merokok. Kadar nikotin yang dihisap akan menyebabkan kematian, apabila kadarnya lebih dari 30 mg. Setiap batang rokok rata-rata mengandung

nikotin 0,1-1,2 mg. Dari jumlah tersebut kadar nikotin yang masuk ke dalam peredaran darah tinggal 25%. Namun, jumlah yang kecil itu mampu mencapai otak dalam waktu 15 detik.

## 2) Karbon Monoksida

Gas berbahaya pada asap rokok ini seperti yang ditemukan pada asap pembuangan mobil. Karbon monoksida menggantikan sekitar 15% jumlah oksigen, yang biasanya dibawa oleh sel darah merah, sehingga jantung perokok menjadi berkurang suplai oksigennya. Hal ini sangat berbahaya bagi orang yang menderita sakit jantung dan paru-paru, karena ia akan mengalami sesak nafas dan dapat menurunkan stamina. Karbon monoksida juga dapat merusak lapisan pembuluh darah dan menaikkan kadar lemak pada dinding pembuluh darah yang dapat menyebabkan penyumbatan.

## 3) Tar

Tar digunakan untuk melapisi jalan atau aspal. Pada rokok atau cerutu, tar adalah partikel penyebab tumbuhnya sel kanker. Sebagian lainnya berupa penumpukan zat kapur, nitrosamine dan B-naphthyl-amine, serta cadmium dan nikel. Tar mengandung bahan kimia yang beracun yang dapat merusak sel paru-paru dan menyebabkan kanker. Tar bukanlah zat tunggal, namun terdiri atas ratusan bahan kimia gelap dan tergolong sebagai racun pembuat kanker. Seringkali, banyak pabrik rokok tidak mencantumkan kadar tar dan nikotin dalam kemasan rokok produksi mereka.

#### 4) Arsenic

Arsenic merupakan sejenis unsur kimia yang digunakan untuk membunuh serangga, yang terdiri dari unsur-unsur sebagai Nitrogen Oksida, yaitu unsur kimia yang dapat mengganggu saluran pernafasan, bahkan merangsang terjadinya kerusakan dan perubahan kulit tubuh. Amonium Karbonat, yaitu zat yang bisa membentuk plak kuning pada permukaan lidah, serta mengganggu kelenjar makanan dan perasa yang terdapat pada permukaan lidah.

#### 5) Amonia

Amonia merupakan gas tidak berwarna yang terdiri dari nitrogen dan hidrogen. Zat ini sangat tajam baunya. Amonia sangat mudah memasuki sel-sel tubuh. Jika disuntikkan sedikit saja ke dalam tubuh, racun yang terdapat dalam zat ini dapat menyebabkan seseorang pingsan.

#### 6) Formic Acid

Formic acid tidaklah berwarna, bisa bergerak bebas, dan dapat mengakibatkan lepuh. Cairan ini sangat tajam dan baunya menusuk. Zat tersebut dapat menyebabkan seseorang seperti merasa digigit semut. Bertambahnya zat ini dalam peredaran darah akan mengakibatkan pernafasan menjadi lebih cepat.

#### 7) Acrolein

Acrolein ialah sejenis zat tidak berwarna, sebagaimana aldehyd. Zat ini diperoleh dengan cara mengambil cairan dari gliserol dengan menggunakan metode pengeringan. Zat tersebut sedikit banyak mengandung kadar alkohol. Cairan ini sangat mengganggu kesehatan.

#### 8) Hydrogen

Cyanide Hydrogen cyanide merupakan sejenis gas yang tidak berwarna, tidak berbau dan tidak memiliki rasa. Zat ini merupakan zat yang paling ringan, mudah terbakar, dan sangat efisien untuk menghalangi pernafasan. Cyanide adalah salah satu zat yang mengandung racun yang sangat berbahaya. Sedikit saja cyanide dimasukkan ke dalam tubuh, maka dapat mengakibatkan kematian.

#### 9) Nitrous

Oksida Nitrous oksida adalah sejenis gas yang tidak berwarna. Jika gas ini terisap maka dapat menimbulkan rasa sakit.

#### 10) Formaldehyde

Zat ini banyak digunakan sebagai pengawet dalam laboratorium (formalin).

#### 11) Phenol

Phenol merupakan campuran yang terdiri dari kristal yang dihasilkan dari destilasi beberapa zat organik, seperti kayu dan arang. Phenol terikat pada protein dan menghalangi aktivitas enzim.

#### 12) Hydrogen

Sulfide Hydrogen sulfide ialah sejenis gas beracun yang gampang terbakar dengan bau yang keras. Zat ini menghalangi oksidasi enzim (zat besi yang berisi pigmen).

#### 13) Pyridine

Cairan ini tidak berwarna dan memiliki bau yang tajam. Zat ini dapat digunakan untuk mengubah sifat alkohol sebagai pelarut dan pembunuh hama.

#### 14) Methyl Chloride

Methyl chloride adalah campuran dari zat-zat bervalensi satu, yang unsur-unsur utamanya berupa hidrogen dan karbon. Zat ini merupakan compound organic yang dapat beracun.

#### 15) Methanol

Methanol ialah sejenis cairan ringan yang gampang menguap dan terbakar. Meminum atau mengisap methanol dapat mengakibatkan kebutaan, bahkan kematian.(1)

### **2.2.3. Bahaya Akibat Rokok**

Rokok adalah benda beracun yang memberi efek santai. Namun, dibalik itu terkandung bahaya yang sangat besar bagi orang yang merokok maupun orang yang ada di sekitar perokok yang bukan perokok. Rokok memiliki bahan kandungan yang berbaya. Bahkan masyarakat umum pun tahu bahwa rokok dapat membahayakan kesehatan. Berikut ini adalah berbagai bahaya yang mengancam kesehatan yang disebabkan oleh rokok.

#### 1) Kanker

Merokok dapat menyebabkan kanker. Kematian akibat kanker yang disebabkan oleh merokok pun semakin meningkat. Kematian karena kanker (terutama kanker paru-paru) meningkat 20 kali lebih besar dibandingkan orang yang tidak merokok. Berbagai jenis kanker yang risikonya meningkat akibat merokok antara lain kanker trakea, bronkus, paru-paru, kanker mulut, kanker lambung, kanker hati, kanker pankreas, kanker rahim, kanker kandung kemih,



kanker esofagus, leukemia, myeloid akut, kanker ginjal dan ureter serta kanker usus besar (kanker kolon).

## 2) Penyakit Paru-Paru

Merokok dapat menyebabkan perubahan struktur dan fungsi saluran nafas dan jaringan paru-paru. Pada saluran nafas besar, sel mukosa membesar dan kelenjar mukus bertambah banyak. Pada saluran nafas kecil, terjadi radang ringan dan penyempitan akibat bertambahnya sel dan penumpukan lendir. Pada jaringan paru-paru, terjadi peningkatan jumlah sel radang dan kerusakan alveoli. Karena terjadinya perubahan anatomi saluran nafas, perokok akan mengalami perubahan pada fungsi paru-paru dengan segala macam gejala klinisnya.

Hal ini menjadi dasar utama terjadinya Penyakit Obstruksi Paru-paru Menahun (POPM). Merokok dianggap sebagai penyebab utama timbulnya POPM termasuk emfisema paru-paru, bronkritis kronis, dan asma.

## 3) Penyakit Jantung Koroner

Merokok terbukti sebagai faktor risiko terbesar untuk mati mendadak, sebagaimana yang telah diuraikan sebelumnya mengenai zat-zat yang terkandung dalam rokok. Pengaruh utama pada penyakit jantung disebabkan oleh dua bahan kimia penting yang terdapat di dalam rokok, yakni nikotin dan karbon monoksida. Nikotin dapat mengganggu irama jantung dan menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah jantung, sedangkan karbon monoksida dapat mengakibatkan suplai oksigen untuk jantung berkurang lantaran berikatan dengan Hb darah. Inilah yang menyebabkan gangguan pada jantung, termasuk timbulnya penyakit jantung koroner (PJK).

Risiko terjadinya penyakit jantung meningkat 2-4 kali pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok. Risiko ini meningkat dengan bertambahnya usia dan jumlah rokok yang diisap. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko merokok bekerja sinergis dengan faktor-faktor lain, seperti hipertensi dan kadar lemak atau gula darah yang tinggi terhadap tercetusnya PJK.

#### 4) Impotensi

Nikotin yang beredar melalui darah akan dibawa ke seluruh tubuh, termasuk organ reproduksi. Zat ini akan mengganggu proses spermatogenesis sehingga kualitas sperma menjadi buruk. Selain merusak kualitas sperma, rokok juga menjadi faktor risiko gangguan fungsi seksual, khususnya gangguan disfungsi ereksi. Sekitar seperlima dari penderita Disfungsi Ereksi disebabkan oleh karena kebiasaan merokok.

#### 5) Mengancam Kehamilan

Hal ini terutama ditujukan kepada wanita perokok. Banyak hasil penelitian yang mengungkapkan bahwa wanita hamil yang merokok memiliki risiko melahirkan bayi dengan berat badan yang rendah, kecacatan, keguguran, bahkan bayi meninggal saat dilahirkan.

#### 6) Gangguan Kesehatan Psikologi

Merokok berkaitan erat dengan disabilitas dan penurunan kualitas hidup. Berdasarkan penelitian dari CASA (*Columbia University's National Center on Addiction and Substance Abuse*), remaja perokok memiliki risiko dua kali lipat mengalami gejala-gejala depresi dibandingkan remaja yang tidak merokok. Pada

perokok aktif pun tampaknya lebih sering mengalami serangan panik daripada mereka yang tidak merokok.

Banyak hasil penelitian yang membuktikan bahwa merokok dan depresi merupakan suatu hubungan yang saling berkaitan. Depresi menyebabkan seseorang merokok dan para perokok biasanya memiliki gejala-gejala depresi dan kecemasan. Sebagian besar penderita depresi mengaku pernah merokok. Riwayat depresi pun berkaitan dengan ada tidaknya gejala putus obat terhadap nikotin saat seseorang memutuskan berhenti merokok.

Sebanyak 75% penderita depresi yang mencoba berhenti merokok mengalami gejala putus obat tersebut. Hal ini tentunya berkaitan dengan meningkatnya angka kegagalan usaha berhenti merokok dan relaps pada penderita depresi. Selain itu, gejala putus zat nikotin mirip dengan gejala depresi. Namun, dilaporkan bahwa gejala putus obat yang dialami oleh pasien depresi lebih bersifat gejala fisik, misalnya berkurangnya konsentrasi, gangguan tidur, rasa lelah dan peningkatan berat badan.(2)

## **2.3. Perilaku Merokok**

### **2.3.1. Pengertian Perilaku Merokok**

Perilaku merokok menurut Laevy dalam Nasution, adalah sesuatu yang dilakukan seseorang berupa membakar dan menghisapnya serta dapat menimbulkan asap yang dapat terisap oleh orang-orang sekitarnya. Sedangkan menurut Aritonang dalam Sulisty, merokok adalah perilaku yang kompleks,

karena merupakan hasil interaksi dari aspek kognitif, kondisi psikologis, dan keadaan fisiologis.(12,13)

Perilaku merokok menurut Komalasari dan Helmi dapat juga didefinisikan sebagai aktivitas subjek yang berhubungan dengan perilaku merokoknya, yang diukur melalui intensitas merokok, waktu merokok, dan fungsi merokok dalam kehidupan sehari-hari. Pendapat lain menurut Amstrong dalam Nasution menyatakan merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar ke dalam tubuh dan menghembuskannya kembali keluar.(13,14)

Perilaku merokok menurut Nasution adalah suatu aktivitas atau tindakan mengisap gulungan tembakau yang tergulung kertas yang telah terbakar dan menghembuskannya keluar sehingga dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya serta dapat menimbulkan dampak buruk baik bagi perokok itu sendiri maupun orang-orang disekitarnya.(13)

Perilaku individu dipengaruhi oleh persepsi dan kepercayaan individu itu sendiri tanpa memandang apakah persepsi dan kepercayaannya tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan realitas. Dalam hal ini penting sekali untuk bisa membedakan penilaian kesehatan secara obyektif dan subyektif. Penilaian secara obyektif artinya kesehatan dinilai dari sudut pandang tenaga kesehatan, sedangkan penilaian subyektif artinya kesehatan dinilai dari sudut pandang individu berdasarkan keyakinan dan kepercayaannya. Dalam kenyataan di lapangan penilaian secara subyektif inilah yang sering dijumpai di masyarakat.(15)

### 2.3.2. Aspek-aspek Perilaku Merokok

Aspek-aspek perilaku merokok menurut Aritonang dalam Nasution, yaitu :

a. Fungsi merokok

Fungsi merokok dapat menggambarkan perasaan yang dialami oleh perokok, seperti perasaan positif maupun negatif selain itu merokok juga berkaitan dengan masa mencari jati diri pada remaja. Perasaan positif seperti mengalami perasaan yang tenang dan nyaman ketika mengkonsumsi rokok.(12)

b. Intensitas merokok

Menurut Rismalinda membagi perokok berdasarkan banyaknya rokok yang dihisap, yaitu:

- 1) Perokok berat yang menghisap lebih dari 20 batang rokok dalam sehari
- 2) Perokok sedang yang menghisap 11-20 batang rokok dalam sehari
- 3) Perokok ringan yang menghisap 1-10batang rokok dalam sehari.

c. Tempat merokok

Tipe perokok berdasarkan tempat ada dua, yaitu :

- 1) Merokok di tempat-tempat umum atau ruang publik
  - a) Kelompok homogen (sama-sama perokok), secara bergerombol mereka menikmati kebiasaannya. Umumnya perokok masih menghargai orang lain, karena itu perokok menempati diri di smoking area
  - b) Kelompok heterogen (merokok ditengah orang-orang lain yang tidak merokok, anak kecil, orang jompo dan orang sakit).

## 2) Merokok di tempat-tempat yang bersifat pribadi

- a) Kantor atau di kamar tidur pribadi. Perokok memilih tempat-tempat seperti ini sebagai tempat merokok digolongkan kepada individu yang kurang menjaga kebersihan diri, penuh rasa gelisah yang mencekam.
- b) Toilet; perokok jenis ini dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

### d. Waktu merokok

Seseorang yang merokok di segala waktu (pagi, siang, sore, malam) menunjukkan perilaku merokok yang tinggi. Seseorang yang merokok dipengaruhi oleh keadaan yang dialaminya pada saat itu, misalnya ketika sedang berkumpul dengan teman, cuaca dingin, setelah dimarahi orang tua dan lain-lain.

Berdasarkan aspek-aspek perilaku merokok diatas dapat disimpulkan bahwa aspek-aspek perilaku merokok ada empat yaitu fungsi merokok, intensitas merokok, waktu merokok dan tempat merokok.(16)

### **2.3.3. Faktor-faktor yang Memengaruhi Perilaku**

Teori Lawrence Green memaparkan perilaku terbentuk dari tiga faktor, yaitu :

#### a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi merupakan faktor positif yang mempermudah terwujudnya praktek, maka sering disebut sebagai faktor pemudah. Adapun faktor predisposisi, yaitu :

- 1) Kepercayaan, kepercayaan diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

- 2) Keyakinan, keyakinan berkaitan erat dengan agama yang sesuai norma dan ajaran agamanya. Keyakinan yang di anut seseorang individu sangat berpengaruh terhadap perilaku dan sikap individu tersebut.
- 3) Pendidikan, mencakup seluruh proses kehidupan dan segala bentuk interaksi individu dengan lingkungannya baik secara formal maupun informal. Proses dan kegiatan pendidikan pada dasarnya melibatkan masalah perilaku individu dan kelompok.
- 4) Motivasi, merupakan dorongan bertindak untuk memutuskan suatu kebutuhan yang diwujudkan dalam bentuk tindakan atau perilaku. Motivasi dapat timbul dari individu atau datang dari lingkungan. Motivasi yang rendah biasanya menghasilkan tindakan yang kurang kuat. Untuk meningkatkan motivasi perilaku dapat dilakukan dengan memberikan hadiah, kompetensi yang sehat, memperjelas tujuan atau sasaran atau menciptakan tujuan dan menginformasikan hasil kegiatan atau keberhasilan yang telah dicapai sehingga mendorong untuk lebih berhasil.
- 5) Persepsi, merupakan pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, serta pengalaman masa lalu. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun objeknya sama.
- 6) Pengetahuan, pengetahuan pada umumnya datang dari pengalaman, baik pengalaman sendiri ataupun orang lain.

b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor pendukung terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Fasilitas ini pada hakikatnya

mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku sehingga disebut faktor pendukung atau pemungkin.

c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor pendorong terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.(17)

## **2.4. Persepsi**

### **2.4.1. Definisi Persepsi**

Persepsi (*perception*) dalam arti sempit ialah penglihatan, bagaimana cara seseorang melihat sesuatu sedangkan dalam arti luas ialah pandangan atau penglihatan, yaitu bagaimana seseorang memandang atau mengartikan sesuatu. Persepsi adalah proses saat kita mengorganisasikan dan menafsirkan stimulus dalam lingkungan.(18)

Notoatmodjo mengemukakan bahwa persepsi adalah mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Persepsi adalah satu proses pengorganisasian dan penginterpretasian terhadap stimulus yang diterima oleh organisme atau individu sehingga menjadi sesuatu yang berarti dan merupakan aktivitas yang terintegrasi dalam diri individu. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun obyeknya sama. Pengalaman pertama yang tidak menyenangkan akan sangat



memengaruhi pembentukan persepsi seseorang. Tetapi karena stimulus yang dihadapi oleh manusia senantiasa berubah, maka persepsi pun dapat berubah-ubah sesuai dengan stimulus yang diterima.(17)

#### **2.4.2. Proses Persepsi**

Persepsi merupakan bagian dari keseluruhan proses yang menghasilkan tanggapan setelah rangsangan diterapkan kepada manusia. Persepsi dan kognisi diperlukan dalam semua kegiatan kehidupan. Rasa dan nalar bukan merupakan bagian yang perlu dari situasi rangsangan tanggapan, sekalipun kebanyakan tanggapan individu yang sadar dan bebas terhadap satu rangsangan atau terhadap satu bidang rangsangan sampai tingkat tertentu dianggap dipengaruhi oleh akal atau emosi atau kedua-duanya. Dalam proses persepsi terdapat 3 komponen utama yaitu :

- a. Seleksi adalah proses penyaringan oleh indera terhadap rangsangan dari luar, intensitas dan jenisnya dapat banyak atau sedikit.
- b. Interpretasi (penafsiran), yaitu proses mengorganisasikan informasi sehingga mempunyai arti bagi seseorang. Interpretasi dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pengalaman masa lalu, sistem nilai yang dianut, motivasi, kepribadian, dan kecerdasan. Interpretasi juga bergantung pada kemampuan seseorang untuk mengadakan pengkategorian informasi yang di terimanya, yaitu proses mereduksi informasi yang kompleks menjadi sederhana.
- c. Interpretasi dan persepsi kemudian diterjemahkan dalam bentuk tingkah laku sebagai reaksi yaitu bertindak sehubungan dengan apa yang telah di serap yang terdiri dari reaksi tersembunyi sebagai pendapat/sikap dan reaksi

terbuka sebagai tindakan yang nyata sehubungan dengan tindakan yang tersembunyi (pembentukan kesan).(18)

### **2.4.3. Jenis Persepsi**

Terdapat dua jenis persepsi menurut Riswandi yaitu persepsi lingkungan fisik dan persepsi sosial atau persepsi terhadap manusia. Persepsi lingkungan fisik berbeda dengan persepsi sosial. Adapun perbedaan jenis persepsi yaitu sebagai berikut :

- a. Persepsi lingkungan fisik yaitu suatu kegiatan dalam menafsirkan stimulus berupa lambang-lambang yang bersifat fisik baik terhadap suatu obyek. Persepsi terhadap obyek terjadi dengan menanggapi sifat-sifat luar obyek. Obyek bersifat statis, sehingga ketika seseorang mempersepsikan suatu obyek, obyek tersebut tidak memberi tanggapan.
- b. Persepsi sosial merupakan persepsi terhadap orang melalui lambang-lambang verbal dan non-verbal. Persepsi sosial yaitu menanggapi sifat-sifat luar dan dalam yang meliputi perasaan, motif, harapan, keyakinan dan lain sebagainya. Persepsi terhadap manusia bersifat interaktif, dimana ketika seseorang mempersepsikan orang lain terhadap kemungkinan timbul reaksi dari orang yang dipersepsikan.(19)

### **2.4.4. Faktor yang Memengaruhi Persepsi**

Menurut Potter dan Perry faktor interpersonal merupakan faktor yang memengaruhi persepsi. Faktor interpersonal meliputi tingkat pendidikan, tingkat pengembangan, latar belakang sosio-kultural, faktor emosi, gender, status kesehatan fisik, nilai dan kepercayaan serta peran.(20)

Faktor-faktor yang memengaruhi persepsi seseorang menurut Koziar adalah:

- a. Variabel demografis meliputi usia, jenis kelamin, ras dan suku bangsa
- b. Variabel sosio-psikologi yaitu faktor sosia dan emosional. Tekanan sosial, merupakan pengaruh dari teman kelompok dapat memengaruhi seseorang dalam mempersepsikan mengenai suatu hal
- c. Variabel struktural meliputi pengetahuan
- d. *Cues of action*, dapat berupa isyarat internal atau eksternal misalnya perasaan lemah, gejala yang tidak menyenangkan atau anggapan seseorang terhadap kondisi orang terdekat yang menderita suatu penyakit.(21)

Menurut Sobur, faktor-faktor yang memengaruhi persepsi adalah sebagai berikut:

- a. Faktor fungsional  
Faktor fungsional dihasilkan dari kebutuhan, kegembiraan (suasana hati), pelayanan, dan pengalaman masa lalu seorang individu.
- b. Faktor struktural  
Faktor struktural berarti faktor yang timbul atau dihasilkan dari bentuk stimulus dan efek-efek netral yang ditimbulkan dari sistem saraf individu.
- c. Faktor situasional  
Faktor ini banyak berkaitan dengan bahasa non-verbal. Petunjuk proksemik, petunjuk kinesik, petunjuk wajah, dan petunjuk paralinguistik.
- d. Faktor personal  
Faktor personal terdiri atas pengalaman, motivasi dan kepribadian.(18)

#### **2.4.5. Pengukuran Persepsi**

Menurut Sugiyono, skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Dalam penelitian, fenomena sosial ini telah ditetapkan secara spesifik oleh peneliti, yang selanjutnya disebut sebagai variabel penelitian. Menurut Azwar, pengukuran persepsi dapat dilakukan dengan menggunakan Skala Likert, dengan kategori Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS) dan Sangat Tidak Setuju (STS).(22,23)

#### **2.5. Hubungan Persepsi dan Perilaku**

Teori *Health Belief Model* (HBM) merupakan teori perubahan perilaku kesehatan dan model psikologis yang digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan terhadap suatu penyakit. Perilaku individu dipengaruhi oleh persepsi dan kepercayaan individu itu sendiri tanpa memandang apakah persepsi dan kepercayaannya tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan realitas.

Teori ini didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang berhubungan dengan kesehatan berdasarkan persepsi dan kepercayaannya, yaitu :

##### **a. Variabel demografi sosiopsikolog**

Variabel ini antara lain meliputi jenis kelamin, tingkat pendidikan, kebiasaan dan lain sebagainya. Menurut beberapa kajian ada beberapa korelasi antara variabel demografi sosiopsikolog dengan perilaku merokok bahwa perilaku merokok banyak dijumpai pada pria daripada wanita, perilaku merokok lebih banyak dijumpai pada orang yang memiliki tingkat pendidikan rendah daripada

yang memiliki pendidikan tinggi, ada kecenderungan perilaku merokok dipengaruhi oleh karena situasi lingkungan sekitarnya atau kebiasaan merokok orang yang ada disekitarnya.

b. *Perceived susceptibility and seriousness* (persepsi kerentanan dan keseriusan)

Untuk mendukung perubahan perilaku individu agar berhenti merokok, ditanamkan suatu pengertian bahwa setiap orang baik pria, wanita, tua, muda, kaya, miskin dapat terkena penyakit akibat dampak merokok. Beberapa penyakit dapat muncul sebagai akibat dari asap rokok antara lain Ca paru, penyakit jantung coroner, resiko stroke, hipertensi, dll. Penyakit tersebut merupakan penyakit kronis yang dapat mengakibatkan kematian.

c. *Perceived benefit* (persepsi manfaat)

Untuk mendukung perubahan perilaku individu agar berhenti merokok, ditanamkan suatu pengertian bahwa ada banyak manfaat yang diperoleh jika mau berhenti merokok. Manfaat tersebut melindungi keluarga dan orang sekitar dari dampak buruk asap rokok, mengurangi resiko karena penyakit akibat rokok sehingga tubuh menjadi lebih sehat dan bugar, dan menghemat pengeluaran.

d. *Perceived barriers* (persepsi hambatan)

Sebelum individu memutuskan untuk mengadopsi perilaku baru yaitu berhenti merokok, ia akan dihadapkan pada situasi yang menghambat perubahan perilaku. Dalam hal ini individu tersebut harus dimotivasi dan dikuatkan serta diyakinkan bahwa hal-hal tersebut tidak ada artinya jika dibandingkan dengan manfaat yang akan diperoleh jika ia berhenti merokok.

e. *Cues to action* (petunjuk untuk bertindak)

*Cues to action* merupakan faktor pencetus perilaku berhenti merokok melalui adanya informasi bahaya merokok, pengalaman pribadi/keluarga, nasihat dari orang dekat, dan peraturan.(15)

## **2.6. Kawasan Tanpa Rokok**

### **2.6.1. Pengertian Kawasan Tanpa Rokok**

Kawasan Tanpa Rokok, yang selanjutnya disingkat KTR adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau.(1)

Peraturan Walikota Nomor 3 Tahun 2013 menyatakan bahwa Kawasan Tanpa Rokok adalah tempat atau area yang dinyatakan dilarangnya kegiatan merokok pada perkantoran di lingkungan Pemerintah Kota Tebing Tinggi yaitu lobby, ruangan kerja, ruang rapat, ruang sidang, atau seminar, gudang.(5)

### **2.6.2. Ruang lingkup KTR**

Adapun ruang lingkup Kawasan Tanpa Rokok menurut Kemenkes RI tahun 2015, yaitu :

a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

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 daerah dan/atau masyarakat.

b. Tempat Proses Belajar Mengajar

Tempat proses belajar mengajar adalah gedung yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan/atau pelatihan.

c. Tempat Anak Bermain

Tempat anak bermain adalah area tertutup maupun terbuka yang digunakan untuk kegiatan bermain anak-anak.

d. Tempat Ibadah

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

e. Angkutan Umum

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

f. Tempat kerja

Tempat kerja adalah tiap ruangan 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-sumber bahaya.

g. Tempat umum

Tempat umum adalah semua tempat yang dapat diakses oleh masyarakat umum dan/atau tempat yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat yang dikelola oleh pemerintah, swasta, dan masyarakat.

h. Tempat lainnya yang ditetapkan

Tempat lainnya yang ditetapkan adalah tempat terbuka yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat.

Pemimpin atau penanggung jawab tempat-tempat sebagaimana yang telah ditetapkan wajib menetapkan dan menerapkan KTR. Fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah dan angkutan umum merupakan ruang lingkup KTR yang dilarang menyediakan tempat khusus untuk merokok dan merupakan KTR yang bebas dari asap hingga batas terluar. Sedangkan tempat kerja, tempat umum, dan tempat lain yang ditetapkan dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok.

### **2.6.3. Tujuan KTR**

Menurut Kemenkes RI bahwa tujuan penetapan Kawasan Tanpa Rokok adalah :

- a. Mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih bebas dari asap rokok
- b. Mengubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat
- c. Menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula
- d. Mewujudkan generasi muda yang sehat
- e. Meningkatkan produktivitas kerja yang optimal
- f. Menurunkan angka kesakitan (morbiditas) dan/atau angka kematian (mortalitas)
- g. Melindungi anak-anak dan bukan perokok dari risiko terhadap kesehatan
- h. Mencegah rasa tidak nyaman, bau dan kotoran dari ruang rokok



Pengaturan pelaksanaan KTR bertujuan untuk :

- a. Memberikan acuan bagi pemerintah daerah dalam menetapkan KTR
- b. Memberikan perlindungan yang efektif dari bahaya asap rokok
- c. Memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat
- d. Melindungi kesehatan masyarakat secara umum dari dampak buruk merokok baik langsung maupun tidak langsung.

Penerapan KTR secara konsisten diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama terkendalinya faktor risiko penyakit dan kematian yang disebabkan oleh rokok, dan meningkatnya budaya masyarakat dalam berperilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu, akan meningkatkan citra (pandangan) yang baik dari masyarakat umum terhadap daerah dan pemerintahnya dengan meningkatnya kedisiplinan, ketertiban dan kepatuhan pada peraturan. Dari aspek lingkungan, penerapan KTR akan berdampak pada meningkatnya kualitas udara, terutama kualitas udara dalam ruang. Dalam bidang ekonomi, akan mampu meningkatkan tingkat ekonomi keluarga karena berkurangnya belanja rokok, terutama pada keluarga miskin. Demikian juga bagi pemerintah setempat akan mengurangi pengeluaran belanja pemerintah daerah untuk pembiayaan kesehatan dalam penanggulangan penyakit akibat rokok.(1)

#### **2.6.4. Kebijakan KTR**

Suatu kebijakan dapat dibentuk dengan adanya dorongan atau dukungan dari pihak yang membutuhkan suatu kebijakan tersebut guna untuk mengatasi masalah yang terjadi di lingkungan sosialnya. Kebijakan merupakan salah satu cara yang efektif untuk mengatasi suatu masalah yang sedang terjadi. Dengan

adanya dukungan yang kuat, berarti pihak tersebut sangat membutuhkan suatu kebijakan itu untuk mengatasi masalah dalam lingkungan sosialnya.

Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok merupakan cara yang efektif untuk mengendalikan tembakau atau lebih khusus lagi untuk mengurangi kebiasaan merokok. Landasan hukum penerapan kawasan tanpa rokok di Indonesia cukup banyak seperti dinyatakan Kemenkes RI tahun 2009, yaitu :

- a. Undang-Undang (UU No.36 Tahun 2009) tentang Kesehatan
- b. UU No.23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup
- c. UU No.8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen
- d. UU No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
- e. UU No.32 Tahun 2002 tentang Penyiaran
- f. PP RI No.19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan
- g. PP RI No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan
- h. Instruksi Menteri Kesehatan No.84/MENKES/Ins/II/2002 tentang Kawasan Tanpa Rokok pada Sarana Kesehatan
- i. Instruksi Menteri Kesehatan RI No. 459/MENKES/INS/VI/1999 tentang Kawasan Bebas Rokok pada Sarana Kesehatan
- j. Keputusan bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri RI No. 188/MENKES/PB/I/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok

- k. Peraturan Gubernur Sumatera Utara No.35 Tahun 2012 tentang Kawasan Tanpa Rokok pada Perkantoran di lingkungan Pemerintah Provinsi Sumatera Utara
- l. Peraturan Daerah Kota Medan No.3 Tahun 2014 tentang Kawasan Tanpa Rokok
- m. Peraturan Walikota No.3 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan Pemerintah Kota Tebing Tinggi.(5)

#### **2.6.5. Perlunya Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia**

Tidak ada batas aman terhadap asap rokok orang lain sehingga sangat penting untuk menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok untuk dapat menyelamatkan kehidupan. Menurut estimasi *International Labor Organization* (ILO) tahun 2005 tidak kurang dari 200.000 pekerja yang mati setiap tahun karena paparan asap rokok orang lain di tempat kerja. Kematian karena paparan asap rokok orang lain merupakan 1 dari 7 penyebab kematian akibat kerja.

100% Kawasan Tanpa Rokok merupakan satu-satunya cara efektif dan murah untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok orang lain. Menurut *World Health Organization* (WHO) *cost effectiveness* akan naik apabila Kawasan Tanpa Rokok dilaksanakan secara *komprehensif* dengan strategi pengendalian tembakau lainnya.

Penerapan Kawasan Tanpa Rokok melindungi hak bukan perokok untuk menghirup udara bersih dan sehat, bebas dari asap rokok. Larangan merokok perlu diterapkan di tempat-tempat umum, tempat kerja dan transportasi umum. Penerapan kawasan tanpa asap rokok tidak saja untuk memenuhi hak bukan

perokok untuk menghirup udara bersih dan sehat, namun juga membantu perokok untuk dapat menahan dan menunda kebiasaan merokoknya dan sebagai langkah awal perokok untuk berhenti merokok. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok juga semakin menyadarkan banyak orang akan bahaya adiktif rokok dan mengembalikan norma untuk tidak merokok ditempat umum, terutama diruangan tertutup.

Larangan merokok ditempat kerja memberikan dampak kesehatan bagi perokok maupun bukan perokok. Larangan ini akan mengurangi paparan bukan perokok pada asap tembakau lingkungan dan mengurangi konsumsi rokok diantara para perokok. Penelitian dengan jelas menyimpulkan bahwa larangan atau pembatasan yang ketat terhadap merokok di tempat kerja memberikan keuntungan ekonomis. Hal ini mencegah tuntutan hukum bukan perokok/perokok pasif serta mengurangi biaya-biaya lainnya, termasuk diantaranya biaya untuk kebersihan, pemeliharaan peralatan dan fasilitas, disamping resiko kebakaran, absensi pekerja, dan kerusakan harta benda.(1)

Sejak tahun 1999, melalui PP 19/2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan, Indonesia telah memiliki peraturan untuk melarang orang yang merokok di tempat-tempat yang ditetapkan. Peraturan Pemerintah tersebut, memasukkan peraturan kawasan tanpa rokok pada bagian ke enam pasal 22-25. Pasal 25 memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk mewujudkan kawasan tanpa rokok. Namun peraturan tersebut belum menerapkan 100% kawasan bebas asap rokok karena masih dibolehkan membuat ruang khusus untuk merokok dengan ventilasi udara di tempat umum dan tempat kerja. Dengan

adanya ruang untuk merokok, kebijakan kawasan tanpa rokok nyaris tanpa resistensi. Pada kenyataannya, ruang merokok dan ventilasi udara kecuali mahal, kedua hal tersebut secara ilmiah terbukti tidak efektif untuk melindungi perokok pasif, disamping rawan manipulasi dengan dalih hak azasi bagi perokok.(3)

#### Indikator Kepatuhan dalam Monitoring Evaluasi KTR

- a. Tidak tercium asap rokok
- b. Tidak terdapat orang merokok
- c. Tidak terdapat asbak, korek api dan pemantik
- d. Tidak ditemukan puntung rokok
- e. Tidak terdapat ruang khusus merokok
- f. Terdapat tanda larangan merokok
- g. Tidak ditemukan adanya indikasi merek rokok atau sponsor, promosi dan iklan rokok di area KTR
- h. Tidak ditemukan penjualan rokok (pada sarana kesehatan, sarana belajar, sarana anak, sarana ibadah, kantor pemerintah dan swasta, dan sarana olahraga kecuali: pasar modern/mall, hotel, restoran, tempat hiburan dan pasar tradisional)
- i. Penjualan rokok tidak di-*display* (dipajang).(1)

#### **2.6.6. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Kota Tebing Tinggi**

Pemerintah Kota Tebing Tinggi telah memberlakukan kawasan tanpa rokok (KTR) di daerahnya. Pemberlakuan peraturan tersebut setelah terbitnya Peraturan Walikota (Perwal) Nomor 3 Tahun 2013 tentang Kawasan Tanpa

Rokok (KTR) pada perkantoran, fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat proses belajar mengajar di lingkungan Pemerintah Kota Tebing Tinggi.

Ketentuan umum pasal 1 Peraturan Walikota Tebing Tinggi Nomor 3 Tahun 2013 menerangkan bahwa Kawasan Tanpa Rokok adalah tempat atau area yang dinyatakan dilarangnya kegiatan merokok pada yaitu lobby, ruangan kerja, ruang rapat, ruang sidang atau seminar, gudang. Kawasan Terbatas Merokok adalah tempat atau area dimana kegiatan hanya boleh dilakukan di area terbuka yang diperuntukkan khusus untuk kegiatan merokok pada perkantoran. Tempat kerja adalah ruangan tertutup dan/atau terbuka dimana Pegawai Negeri Sipil bekerja atau aktivitas lain yang berkaitan dengan pekerjaan termasuk diantaranya adalah lobby, ruangan kerja, ruang rapat, ruang sidang atau seminar, gudang dan sejenisnya pada perkantoran di lingkungan Pemerintah Kota Tebing Tinggi.

Pasal 2 menyebutkan tujuan penerapan Kawasan Tanpa Rokok adalah menumbuhkan kesadaran bahwa merokok merugikan kesehatan. Menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula. Memberikan perlindungan dari bahaya asap rokok bagi perokok aktif dan/atau perokok pasif dan mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih bebas dari asap rokok.

Pasal 3 menyatakan bahwa sasaran Kawasan Tanpa Rokok adalah perkantoran/tempat kerja, fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat proses belajar mengajar di lingkungan Pemerintah Kota Tebing Tinggi. Pasal 4 menyebutkan pada ayat (1) bahwa Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 antara lain ruang kerja, lobby, ruang rapat, ruang sidang/seminar, gudang, lift dan kamar mandi. Ayat (2) menyebutkan bahwa setiap orang yang berada di kawasan

sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang merokok. Ayat (3) menyebutkan bahwa setiap pimpinan atau penanggung jawab instansi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib memberikan teguran, peringatan dan/atau mengambil tindakan kepada setiap staf atau setiap orang yang berada di tempat kerja yang menjadi tanggung jawabnya apabila terbukti melanggar larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 5 yang membahas tentang Kawasan Terbatas Merokok menyebutkan bahwa Pimpinan SKPD, BUMD dapat menyediakan kawasan terbatas merokok, membuat dan memasang tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok dan petunjuk kawasan terbatas merokok. Kawasan terbatas merokok harus dilengkapi dengan tempat pembuangan puntung rokok dan kawasan terbatas merokok harus dilengkapi dengan data dan informasi bahaya merokok bagi kesehatan.

Pasal 6 ayat (1) menyebutkan bahwa tanda/petunjuk/peringatan larangan merokok harus memenuhi ketentuan yaitu ukuran dan warna : kontras, sehingga mudah dilihat dan dibaca serta tidak mengganggu keindahan tempat. Materi : terdapat tulisan “DILARANG MEROKOK” atau “NO SMOKING”. Tempat gambar/symbol rokok menyala dicoret di dalam lingkaran berwarna merah. Ayat (2) tentang tanda/petunjuk/peringatan dilarang merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan.

Pasal 7 ayat (1) menyebutkan tanda/petunjuk boleh merokok harus memenuhi ketentuan bahwa ukuran dan warna : kontras sehingga mudah dilihat

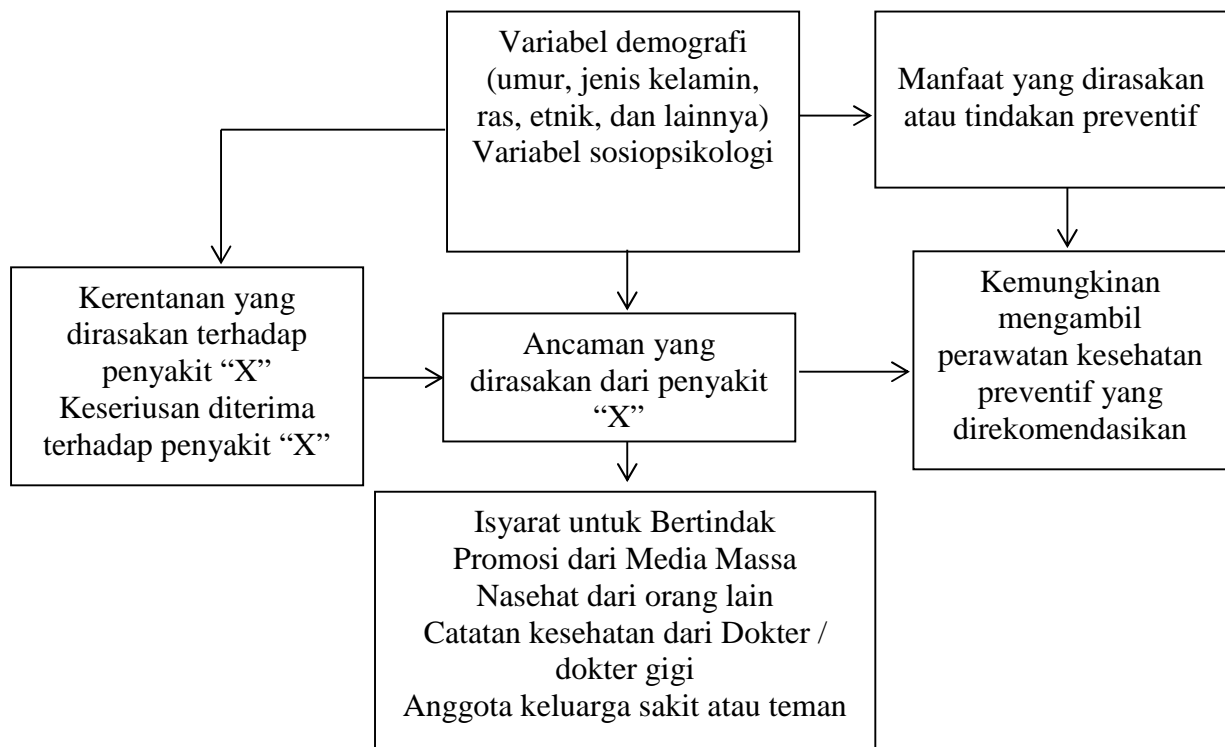
dan dibaca serta tidak mengganggu keindahan tempat. Materi terdapat tulisan “KAWASAN MEROKOK” atau “SMOKING AREA”. Tempat gambar/symbol rokok menyala di dalam lingkaran. Ayat (2) tentang tanda/petunjuk boleh merokok harus dipasang pada tempat yang strategis dan mudah dilihat orang, yang jumlahnya disesuaikan dengan luas ruangan.

Pasal 8 tentang pembinaan dan pengawasan, ayat (1) menyebutkan bahwa Walikota berwenang melakukan pembinaan dan pengawasan sebagai upaya mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok di daerah Kota Tebing Tinggi. Ayat (2) menyebutkan bahwa pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa : bimbingan dan/atau penyuluhan dengan mengadakan seminar atau penyuluhan terbatas tentang bahaya merokok bagi kesehatan. Apabila ada yang merokok di kawasan tanpa rokok, dilakukan teguran lisan, teguran tertulis dan sanksi administrasi. Ayat (3) pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh masing-masing pimpinan SKPD dengan melaksanakan berbagai kegiatan pembinaan pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2). Ayat (4) menyebutkan bahwa untuk efektivitas pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setiap Kepala SKPD/Pimpinan membentuk Satuan Tugas Pemantau dipimpin Pejabat Eselon III/Sekretaris/Kepala Bagian. Ayat (5) menyebutkan bahwa pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemantauan, atas ketaatan terhadap ketentuan yang berlaku pada Kawasan Tanpa Rokok dilakukan oleh Tim Pemantau Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan Pemerintah Kota Tebing Tinggi ditetapkan dengan Keputusan Walikota. Pasal 9 menyebutkan bahwa pembinaan



dan pengawasan untuk mewujudkan Kawasan Tanpa Rokok dilaksanakan secara persuasif dan represif.(5)

## 2.7. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori**  
Dikutip dari : *The Health Belief Models Revised(15)*

## 2.8. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan antara persepsi tentang Kawasan Tanpa Rokok dengan perilaku merokok pegawai di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi tahun 2018.

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1. Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini berupa *Survey explanatory research* yang bersifat analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (pada saat bersamaan).(23)

#### **3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1 Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi yang beralamat di Jalan Gunung Leuser No. 5 Kota Tebing Tinggi.

##### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dimulai dari bulan Mei 2018 sampai dengan bulan September 2018, mulai dari survei awal sampai sidang akhir.

#### **3.3. Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1. Populasi**

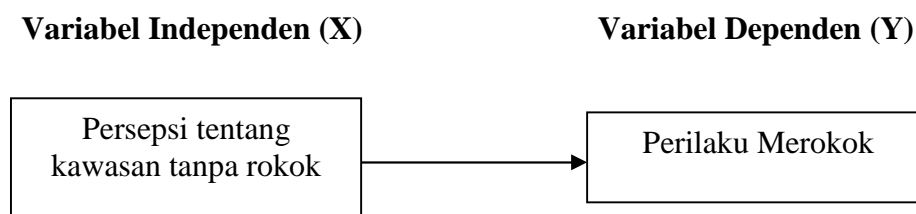
Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pegawai laki-laki yang ada di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi baik PNS maupun honorer sebanyak 45 orang.

### 3.3.2. Sampel

Oleh karena populasi penelitian ini relatif kecil maka semua populasi penelitian ini diambil sebagai sampel yaitu sebanyak 45 orang.

### 3.4. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah alur penelitian yang memperlihatkan variabel-variabel yang memengaruhi dan yang dipengaruhi. Atau dengan kata lain dalam kerangka konsep akan terlihat faktor-faktor yang terdapat dalam variabel penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (x) yaitu persepsi tentang Kawasan Tanpa Rokok dan variabel terikat (y) yaitu Perilaku Merokok. Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**

### 3.5. Definisi Operasional dan Aspek Pengukuran

#### 3.5.1. Definisi operasional

Definisi operasional adalah batasan yang digunakan untuk mendefinisikan variabel-variabel atau faktor-faktor yang memengaruhi variabel. Adapun definisi operasional variabel penelitian ini adalah:

- a. Persepsi tentang kawasan tanpa rokok adalah segala sesuatu dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman serta pengalaman atau

dengan kata lain adalah pandangan para pegawai laki-laki di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

- b. Perilaku merokok pegawai adalah suatu aktivitas atau tindakan yang dilakukan oleh pegawai Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi dengan menghisap gulungan tembakau yang tergulung kertas yang telah terbakar dan menghembuskannya keluar di Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi mulai dari pintu pagar depan Dinas Kesehatan sampai kantin belakang Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi.

### 3.5.2. Aspek Pengukuran

Aspek pengukuran adalah aturan-aturan yang meliputi cara dan alat ukur (instrumen), hasil pengukuran, kategori dan skala ukur yang digunakan untuk menilai suatu variabel. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner ini berisi pernyataan untuk mengetahui hubungan persepsi tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok.

**Tabel 3.1. Aspek Pengukuran**

No.	Nama Variabel	Jumlah Soal	Cara dan Alat Ukur	Skala Pengukuran	Value	Jenis Skala Ukur
	<b>Variabel Independen</b>					
1.	Persepsi tentang KTR	20	Kuesioner SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Skor maks = 80	Skor 61-80 Skor 41-60 Skor 20-40	Baik (3) Cukup (2) Kurang (1)	Ordinal

**Tabel 3.1. (Lanjutan)**

<b>No.</b>	<b>Nama Variabel</b>	<b>Jumlah Soal</b>	<b>Cara dan Alat Ukur</b>	<b>Skala Pengukuran</b>	<b>Value</b>	<b>Jenis Skala Ukur</b>
2.	<b>Variabel Dependen</b> Perilaku merokok	1	Kuesioner	-	Merokok(0) Tidak Merokok(1)	Ordinal

### **3.6. Metode Pengumpulan Data**

#### **3.6.1. Jenis Data**

Penelitian ini menggunakan 3 jenis data :

- a. Data Primer dalam penelitian ini didapat dari jawaban subyek atas pertanyaan yang diberikan peneliti yang diperoleh dari variabel yang akan diteliti berupa data karakteristik responden, persepsi tentang KTR dan perilaku merokok responden.
- b. Data sekunder, yakni dari Profil Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi.
- c. Data tertier diperoleh dari jurnal penelitian, makalah, hasil penelitian terdahulu, tesis baik dari internet maupun perpustakaan yang bisa digunakan untuk mendukung pembahasan.

#### **3.6.2. Teknik Pengumpulan Data**

- a. Data primer dikumpulkan melalui wawancara dengan responden dengan menggunakan kuesioner yang telah disiapkan.
- b. Data sekunder diambil melalui Profil Dinas Kesehatan Kota Tebing Tinggi.

- c. Data tertier dikumpulkan dengan cara mencari data riset yang sudah dipublikasikan secara resmi dalam bentuk jurnal, laporan penelitian melalui internet.

### 3.6.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

#### 1) Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Demikian pula kuesioner sebagai alat ukur harus mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skors (nilai) tiap-tiap item (pertanyaan) dengan skors total kuesioner tersebut. Pengujian validitas instrumen diperlukan untuk mendapatkan instrumen sebagai alat ukur penelitian apa yang diinginkan atau dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Pada uji validitas dengan skor total variabel menggunakan rumus *pearson moment correlation coefficient* ( $r$ ), dengan ketentuan :

- a) Apabila  $r_{hitung} > r_{tabel}$  maka dinyatakan valid.
- b) Apabila  $r_{hitung} < r_{tabel}$  maka dinyatakan tidak valid.

#### 2) Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama. Reliabilitas dihitung dengan menggunakan rumus

*Cronbach's Alpha*. Apabila diperoleh  $r_{hitung} > r_{tabel}$ , maka kuesioner tersebut dinyatakan reliabel.(24)

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Pematang Siantar yang telah menerapkan KTR dan pengujian validitas dilakukan terhadap 20 orang pegawai yang ada di Dinas Kesehatan Kota Pematang Siantar. Adapun hasil dari uji validitas berdasarkan rumus korelasi "*Product Moment*" dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Persepsi**

No.	$r_{hitung}$	$r_{tabel}$	Keterangan	Cronbach's Alpha	Keterangan
1.	0,528	0,444	Valid	0,880	Reliabel
2.	0,532	0,444	Valid		
3.	0,528	0,444	Valid		
4.	0,462	0,444	Valid		
5.	0,680	0,444	Valid		
6.	0,536	0,444	Valid		
7.	0,600	0,444	Valid		
8.	0,569	0,444	Valid		
9.	0,509	0,444	Valid		
10.	0,539	0,444	Valid		
11.	0,675	0,444	Valid		
12.	0,522	0,444	Valid		
13.	0,681	0,444	Valid		
14.	0,536	0,444	Valid		
15.	0,506	0,444	Valid		
16.	0,458	0,444	Valid		
17.	0,487	0,444	Valid		
18.	0,511	0,444	Valid		
19.	0,455	0,444	Valid		
20.	0,513	0,444	Valid		

Berdasarkan Tabel 3.2, diketahui bahwa dari 20 pertanyaan yang dilakukan uji validitas, semua pertanyaan memiliki nilai lebih besar dari  $r_{tabel}$  ( $n = 20$ ,  $\alpha = 0,05$ ) sebesar 0,444, sehingga ke-20 pertanyaan tersebut dinyatakan

valid. Melihat nilai output dari hasil sistem komputerisasi juga diperoleh bahwa 20 pertanyaan yang valid memiliki nilai *sig.2-tailed* taraf signifikan ( ) sebesar 0,05 (hasil terlampir). Sehingga kuesioner persepsi yang akan digunakan untuk proses pengumpulan data penelitian adalah 20 soal. Hasil uji statistik menggunakan rumus *Cronbach's Alpha* juga diperoleh bahwa nilai *Cronbach's Alpha* = 0,880, maka dapat disimpulkan bahwa 20 kuesioner persepsi dinyatakan reliabel dan dapat diandalkan.

### **3.7. Metode Pengolahan Data**

Menurut Muhammad, data yang terkumpul diolah dengan cara komputerisasi dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner, Angket maupun observasi.

b. *Checking*

Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid.

c. *Coding*

Pada langkah ini penulis melakukan pemberian kode pada variabel-variabel yang diteliti misalnya nama responden diubah menjadi nomor 1, 2, 3,.....,42.

d. *Entering*

Data entry, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan kedalam aplikasi komputer.



e. *Data Processing*

Semua data telah di input ke dalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian.(25)

### **3.8. Analisis Data**

Analisis data dalam penelitian menggunakan sistem komputerisasi dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut:

#### **3.8.1. Analisis Univariat**

Digunakan untuk mendeskripsikan data yang dilakukan pada tiap variabel dari hasil penelitian. Data disajikan dalam tabel distribusi frekuensi yaitu distribusi frekuensi persepsi tentang KTR dan distribusi frekuensi perilaku merokok.

#### **3.8.2. Analisis Bivariat**

Deskriptif bivariat yaitu untuk mengetahui hubungan (korelasi) antara variabel bebas dengan terikat dengan menggunakan analisa *chi-square*, analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan atau mencari adanya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat yang digunakan dengan *chi-square* dengan aturan atau syarat yang berlaku pada *chi-square* adalah sebagai berikut :

- a. Bila pada tabel 2 x 2 dijumpai nilai *expected* (harapan) kurang dari 5, maka yang digunakan adalah "*Fisher Exact Test*".
- b. Bila tabel 2 x 2 dan tidak ada nilai  $E < 5$ , maka uji yang dipakai sebaliknya "*Continuity Corection*".
- c. Bila tabelnya lebih dari 2 x 2, misalnya 3 x 2, 3 x 3 dan sebagainya, maka digunakan uji "*person chi-square*".

- d. Uji “*Likelihood Ratio*” dan “*Linear by Linear Association*” biasanya digunakan untuk keperluan lebih spesifik, misalnya analisis stratifikasi pada bidang epidemiologi dan juga untuk mengetahui hubungan linear dua variabel kategorik, sehingga kedua jenis ini jarang digunakan.
- e. Untuk tabel  $> 2 \times 2$  secara prinsip sama dengan *chi-square*  $2 \times 2$ , baik dalam persyaratan data yang dianalisis maupun prosedurnya, tetapi untuk tabel kontingensi  $> 2 \times 2$  ada kemungkinan tidak terpenuhi persyaratan (tidak boleh ada nilai *expected*  $< 5$  melebihi 20%) berapapun tabel kontingensinya. Untuk hal ini ada dua cara yaitu *merger* pertama sel digabung mulai dari sel yang mempunyai nilai *expected* paling kecil. Cara kedua yaitu mengabaikan *merger* sel atau memunculkan nilai *Fisher exact test* dengan cara mengklik (memilih) fasilitas *exact* yang sudah disediakan oleh *soft ware* SPSS.(26)