



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PEROKOK TENTANG  
KAWASAN TANPA ROKOK (KTR) DAN SUPERVISI RUMAH SAKIT  
DENGAN PERILAKU PEROKOK DI RUMAH SAKIT BUDHI ASIH  
JAKARTA**

**LAPORAN PENELITIAN**

<b>DUHANA FARANI SALMY</b>	<b>0706270434</b>
<b>HAFIDZAH FITRIYAH</b>	<b>0706270655</b>
<b>LISTARINA NOVIANI</b>	<b>0706270831</b>
<b>PUPUT WINARI ASTUTI</b>	<b>0706271033</b>

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
MEI 2011**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan penelitian ini adalah hasil karya kami sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah kami nyatakan dengan benar

Nama : Duhana Farani Salmy

NPM : 0706270434

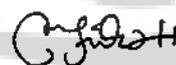
Tanda tangan :



Nama : Hafidzah Fitriyah

NPM : 0706270655

Tanda tangan :



Nama : Listarina Noviani

NPM : 0706270831

Tanda tangan :



Nama : Puput Winari Astuti

NPM : 0706271033

Tanda tangan :



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 25 Mei 2011

## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Penelitian ini diajukan oleh:

Nama (NPM) : Duhana Farani Salmly (0706270434)  
Hafidzah Fitriyah (0706270655)  
Listarina Noviani (0706270831)  
Puput Winari Astuti (0706271033)

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Judul Laporan Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Perokok tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan Supervisi Rumah Sakit dengan Perilaku Perokok di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta

Telah diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memenuhi tugas Mata Ajar Riset Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar Riset



Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS  
NIP: 19711118 199903 2 001

Menyetujui,

Pembimbing Riset



Hanny Handiyani, S.Kp., M. Kep.  
NIP : 19721223 199702 2 001

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 25 Mei 2011

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga laporan penelitian yang berjudul “Hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang kawasan tanpa rokok (KTR) dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta” ini dapat peneliti selesaikan. Laporan penelitian ini disusun dalam rangka memenuhi tugas akhir mata ajar Riset Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti menyadari dalam penyusunan laporan penelitian ini terdapat banyak hambatan dan kesulitan, namun berkat dukungan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak akhirnya peneliti dapat menyelesaikan laporan penelitian ini. Oleh karena itu, peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp., MARS selaku koordinator mata ajar Riset Keperawatan yang selalu memberi kami arahan.
3. Ibu Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep, selaku pembimbing riset yang selalu memberikan masukan dan arahan untuk perbaikan penelitian ini.
4. Ibu Ella selaku kepala diklat RSUD Budhi Asih Jakarta yang telah membantu proses perizinan penelitian di RSUD Budhi Asih Jakarta.
5. Seluruh dosen pengajar Riset Keperawatan
6. Mba War selaku sekretaris KPPS SI yang mempermudah akses dalam pengurusan surat perizinan penelitian.
7. Orang tua peneliti yang senantiasa memberi kasih sayang, cinta, memotivasi dan dukungan baik moril maupun materi serta selalu berdoa untuk keberhasilan peneliti.
8. Sahabat “bocah-bocah” (Lun, Emi, Fitri, Dee, Nez, Cita, Shiva) tercinta yang baik suka maupun duka selalu berada di samping peneliti untuk memberikan motivasi dan semangat kepada peneliti.
9. Tanti dan Ayahanda yang bersedia membantu peneliti dalam memperkaya sumber pustaka dalam penelitian ini.

10. Sahabat B'Best tersayang yang selalu memberikan keceriaan dan semangat dalam proses penelitian ini.
11. Seluruh teman seperjuangan FIK angkatan 2007 yang BEDA.
12. Perpustakaan pusat UI, FIK UI, Psikologi UI yang telah memfasilitasi peneliti dalam hal penyediaan tempat, buku, dan riset-riset sebelumnya.
13. Ibu Ida yang telah memberikan peneliti izin menyewa kost untuk peneliti sehingga membantu dalam kelancaran menyelesaikan tiap *deadline* tugas peneliti.
14. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang turut berpartisipasi sehingga penelitian ini dapat diselesaikan.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa dalam laporan penelitian ini masih banyak kekurangan yang harus diperbaiki. Oleh karena itu, peneliti senantiasa mengharapkan adanya saran dan kritik yang membangun sehingga di masa yang akan datang dapat membuat penelitian yang lebih baik. Peneliti berharap semoga penelitian ini dapat memberi manfaat bagi semua pihak.

Depok, Mei 2011

Tim Peneliti

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN UNTUK  
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, peneliti yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

1. Duhana Farani Salmly (0706270434)
2. Hafidzah Fitriyah (0706270655)
3. Listarina Noviani (0706270831)
4. Puput Winari Astuti (0706271033)

Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Penelitian

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah peneliti yang berjudul:

**Hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang kawasan tanpa rokok  
(KTR) dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok  
di RSUD Budhi Asih Jakarta**

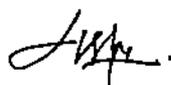
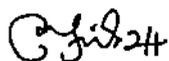
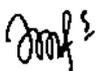
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir peneliti selama tetap mencantumkan nama peneliti sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini peneliti buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 25 Mei 2011

Yang menyatakan



**(Duhana Farani S) (Hafidzah Fitriyah) (Listarina Noviani) (Puput Winari A)**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Peneliti yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

1. Duhana Farani Salmy (0706270434)
2. Hafidzah Fitriyah (0706270655)
3. Listarina Noviani (0706270831)
4. Puput Winari Astuti (0706271033)

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Penelitian

Menyatakan bahwa karya ilmiah peneliti yang berjudul:

**Hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang kawasan tanpa rokok  
(KTR) dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok  
di RSUD Budhi Asih Jakarta**

bebas dari segala bentuk plagiarisme dan hal-hal terkait dengan pelanggaran hak cipta orang/pihak lain.

Demikian pernyataan ini peneliti buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 25 Mei 2011

Yang menyatakan:

**(Duhana Farani S) (Hafidzah Fitriyah) (Listarina Noviani) (Puput Winari A)**

## ABSTRAK

Perilaku merokok merupakan salah satu perilaku yang tidak baik bagi kesehatan. Perilaku merokok dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan perokok aktif tentang kawasan tanpa rokok dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelatif dengan responden berjumlah 96 orang, yaitu perokok aktif yang berada di RSUD Budhi Asih Jakarta. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan perokok tentang kawasan tanpa rokok dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta ( $p=0,841$  dengan  $\alpha=0,05$ ). Hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta ( $p=0,055$  dengan  $\alpha=0,05$ ). Oleh karena itu, perlu diupayakan program sosialisasi mengenai kawasan tanpa rokok dan supervisi yang ketat di lingkungan rumah sakit yang telah menerapkan kawasan tanpa rokok.

Kata kunci: kawasan tanpa rokok, perilaku, supervisi, tingkat pengetahuan

## ABSTRACT

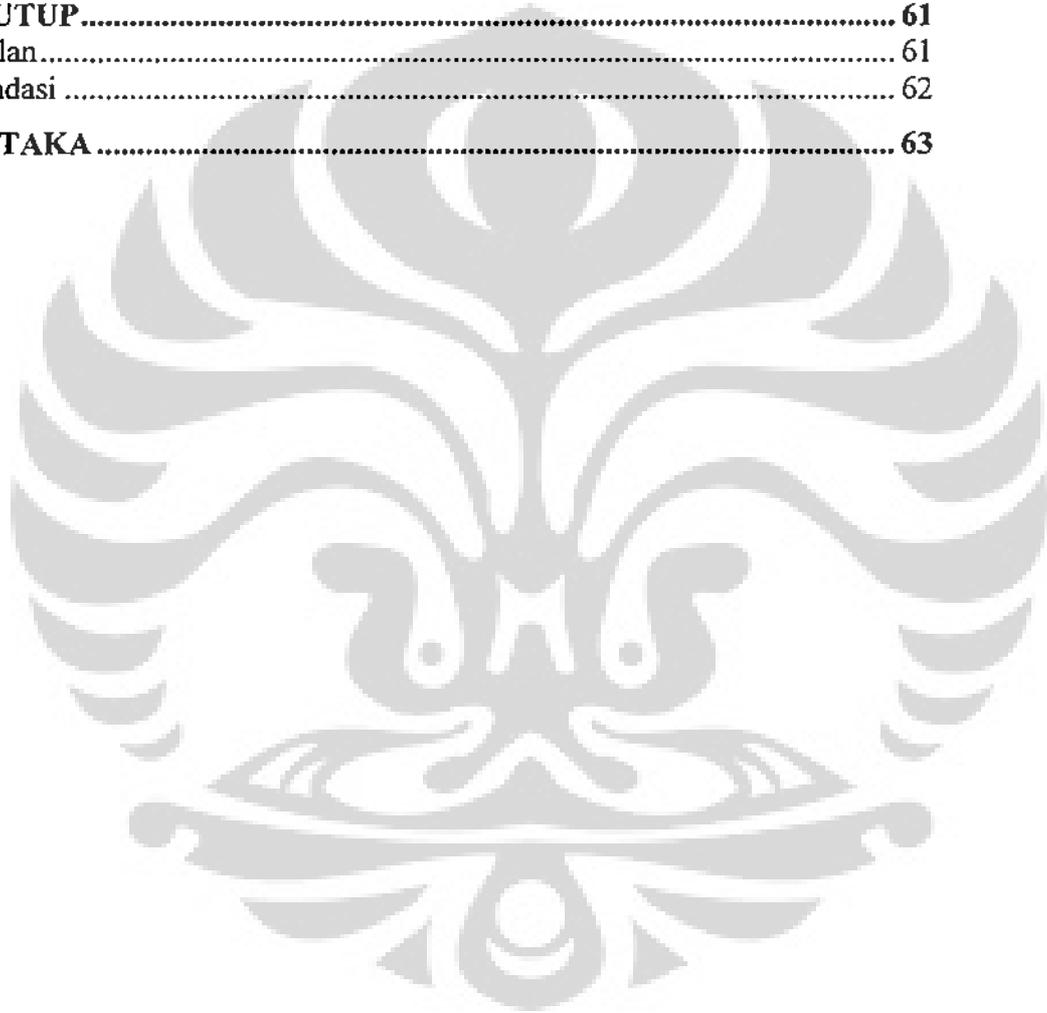
*Smoking is one of the behaviours which are unhealthy. Smoking behaviour can be influenced by several factors like predisposition factor, enabling factor, and reinforcing factor. This research purposed to analyze the relation between level of active smoker's knowledge about the non-smoking area and hospital's supervise with smoking behaviour in RSUD Budhi Asih Jakarta. This research uses descriptive correlative design involves 96 respondents, which are active smoker in RSUD Budhi Asih Jakarta. This research shows that there are no significant relation between level of knowledge about non-smoking area with smoker behaviour in RSUD Budhi Asih Jakarta ( $p=0,841$  with  $\alpha=0,05$ ). The research also shows that there's no significant relation between hospital supervise with smoker behaviour in RSUD Budhi Asih Jakarta ( $p=0,055$  with  $\alpha=0,05$ ). Therefore, must be striven for the socialization about the non-smoking area program and strictly supervise in hospital environment which had implemented the non-smoking area.*

*Key words: behaviour, level of knowledge, supervise, the non-smoking area*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN.....	vi
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR DIAGRAM.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
<b>BAB II STUDI KEPUSTAKAAN.....</b>	<b>9</b>
2.1 Perilaku.....	9
2.1.1 Teori perilaku.....	9
2.1.2 Proses Perubahan Perilaku.....	10
2.2 Perilaku Merokok.....	11
2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Perokok.....	14
2.4 Kepatuhan.....	17
2.5 Substitusi.....	18
2.6 Pengetahuan.....	18
2.7 Kawasan Tanpa Rokok.....	21
2.8 Supervisi.....	25
2.9 Kerangka Teori.....	26
<b>BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....</b>	<b>27</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	27
3.2 Hipotesis Penelitian.....	28
3.3 Definisi Operasional.....	29
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>32</b>
4.1 Desain Penelitian.....	32
4.2 Populasi dan Sampel.....	32
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	33
4.4 Etika Penelitian.....	34
4.5 Alat Pengumpul Data.....	35
4.6 Metode Pengumpul Data.....	36

4.7 Pengolahan dan Rencana Analisis Data .....	37
4.8 Jadwal Penelitian .....	40
4.9 Sarana Penelitian .....	40
<b>BAB V HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>41</b>
5.1 Analisis Univariat .....	41
5.2 Analisis Bivariat .....	46
<b>BAB VI PEMBAHASAN.....</b>	<b>49</b>
6.1 Interpretasi dan pembahasan .....	49
6.2 Keterbatasan penelitian.....	60
<b>BAB VII PENUTUP.....</b>	<b>61</b>
7.1 Kesimpulan.....	61
7.2 Rekomendasi .....	62
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>63</b>
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR DIAGRAM

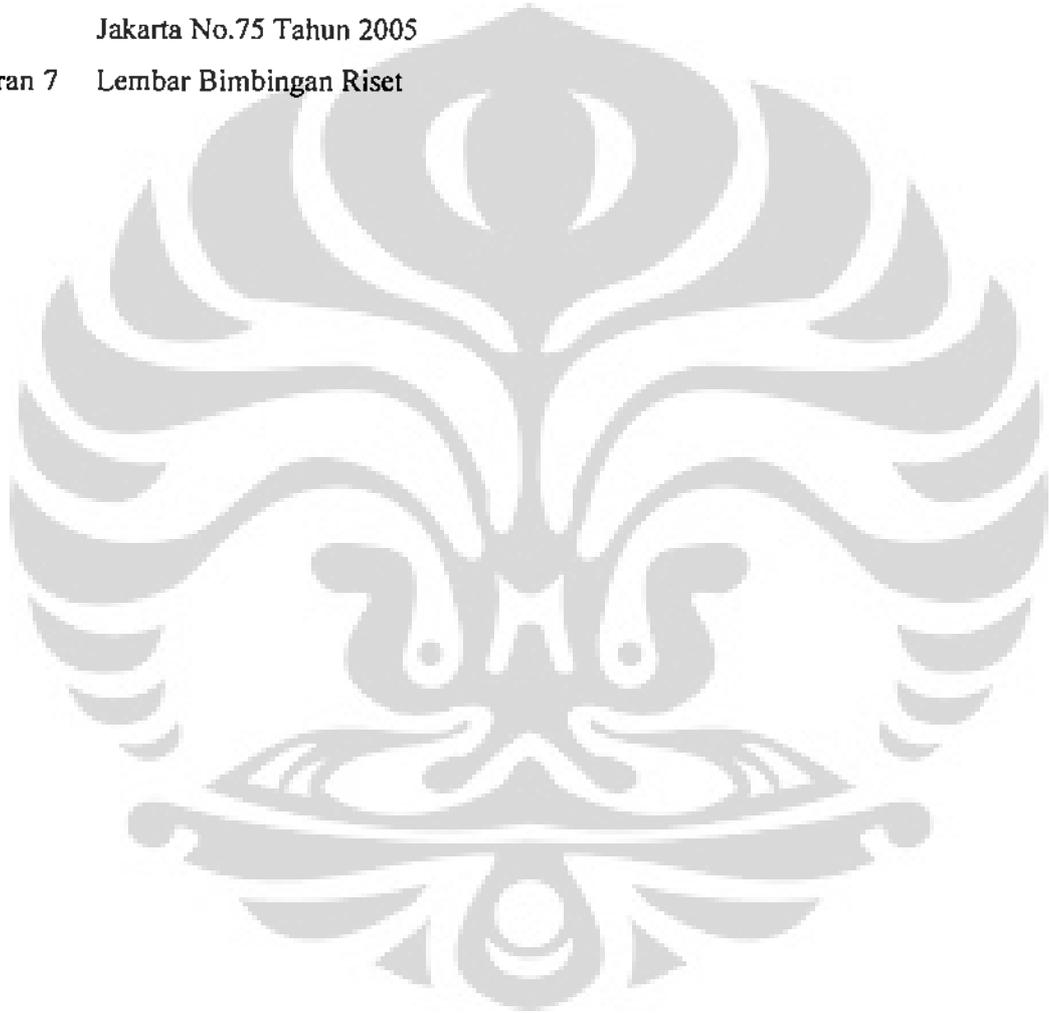
Diagram 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96).....	44
Diagram 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Status di Rumah Sakit pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96).....	44
Diagram 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang KTR pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96).....	45
Diagram 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Perokok terhadap Supervisi RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96).....	45
Diagram 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96) .....	46

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian .....	29
Tabel 4.1	Kisi-kisi Kuesioner Penelitian .....	36
Tabel 4.2	Jadwal Penelitian.....	40
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Usia pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96) .....	41
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Usia Awal Merokok pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96) .....	42
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Rata-Rata Rokok yang dihisap per Hari pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96).....	43
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96) .....	47
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi terhadap Supervisi Rumah Sakit dan Perilaku Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96).....	48

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Kuesioner
- Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 5 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 6 Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota  
Jakarta No.75 Tahun 2005
- Lampiran 7 Lembar Bimbingan Riset



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Merokok merupakan kebiasaan yang telah lama dilakukan manusia di dunia dan semakin lama semakin meningkat, termasuk di Indonesia. Data WHO (2008) dalam Marsanah (2009) menunjukkan bahwa Indonesia merupakan negara dengan konsumsi rokok terbanyak nomor 3 setelah China dan India. Data *The ASEAN Tobacco Control Report* (2007) dalam Marsanah (2009) juga menyebutkan bahwa Indonesia merupakan negara perokok terbanyak di antara negara-negara ASEAN. Saat ini diperkirakan sekitar 65 juta penduduk Indonesia atau sekitar 28% orang Indonesia menjadi perokok, artinya 1 dari 4 orang Indonesia adalah perokok. Untuk kategori usia dewasa, jumlah perokok yang ada sekitar 34%. Menurut jenis kelamin, prevalensi perokok pria sebesar 63% dan wanita 4,5% dari jumlah perokok di Indonesia. Data Susenas (2009) dalam Ahsan (2009) menunjukkan peningkatan prevalensi perokok dewasa dari 31,5% tahun 2001 menjadi 34% tahun 2004; sedangkan peningkatan bermakna terjadi pada perokok berusia 5-9 tahun, dari 0,4% tahun 2001 menjadi 1,8% tahun 2004. *Global Youth Tobacco Survey* (2006) dalam Salunke (2008) menunjukkan bahwa prevalensi perokok berusia 13-15 tahun adalah 24,5% di antara perempuan muda di Sumatera dan Jawa.

Perilaku merokok merupakan perilaku yang berbahaya bagi kesehatan. Hal ini disebabkan karena rokok mengandung zat-zat yang berbahaya bagi tubuh. Bahaya yang ditimbulkan rokok disebabkan oleh 4000 bahan kimia beracun yang terkandung seperti nikotin, gas karbon monoksida, nitrogen oksida, hidrogen sianida, ammonia, acrolein, acetilen dan lebih dari 40 zat dapat menyebabkan kanker (Aditama, 1997; Crofton & Simpson, 2009).

Bahaya yang ditimbulkan rokok bagi kesehatan terjadi pada perokok aktif maupun pasif. WHO dalam Marsanah (2009) mencatat kematian akibat konsumsi rokok lebih dari 400 ribu orang per-tahun. Penelitian di Amerika Serikat menunjukkan merokok sebagai penyebab 3 kematian utama yaitu kanker paru, jantung koroner, dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

Penyakit yang ditimbulkan oleh rokok sangat beragam. Peto dan Lopez (2001) dalam Tembakau Ancaman Global (2009) mengatakan bahwa pola penyakit yang berhubungan dengan merokok berlainan di tiap negara. Di negara-negara Barat, kematian paling banyak diakibatkan penyakit jantung dan pembuluh darah. Sedangkan di Indonesia, Survey Kesehatan Nasional (2001) dalam Salunke (2008) menyatakan bahwa rokok meningkatkan risiko kematian penderita penyakit kronis menjadi 1,30-8,17 kali lebih besar. Perbandingan antara perokok dan bukan perokok pada penyakit misalnya kanker trakea, bronkus dan paru adalah 8:1; kanker lambung 4,5:1; Hipertensi 3,7:1.

Rokok tidak hanya berdampak bagi perokok aktif namun juga dialami perokok pasif. Perokok pasif tiga kali berisiko mengalami masalah kesehatan daripada perokok aktif. Hal ini disebabkan oleh sekitar 85% asap rokok yang dikeluarkan perokok aktif (asap samping) dihisap oleh perokok pasif yang berarti racun yang didapat oleh perokok pasif lebih banyak daripada perokok aktif. Hal ini mengakibatkan penyakit yang diderita perokok pasif hampir serupa dengan yang diderita perokok aktif (Crofton & Simpson, 2009).

Kerugian yang ditimbulkan oleh rokok tidak hanya berdampak bagi kesehatan namun dapat juga berdampak bagi finansial. Para perokok membayar kepada perusahaan tembakau dan pemerintah (dalam bentuk cukai) sejumlah uang tanpa memperoleh keuntungan yang jelas. Berdasarkan survey Lembaga Demografi UI (2009) dalam Ahsan (2009), 50% rumah tangga Indonesia terjerat konsumsi rokok dan pengeluaran belanja bulanan pada keluarga termiskin perokok adalah kedua terbesar yaitu sebesar 12% setelah pengeluaran belanja beras sebesar 22%.

Pemerintah turut andil dalam upaya menurunkan perilaku merokok. Salah satu upaya menurunkan perilaku merokok telah dilakukan oleh pemerintah DKI Jakarta yaitu dengan menetapkan Peraturan Gubernur (Pergub) DKI No.75 tahun 2005 tentang kawasan dilarang merokok. Tujuan ditetapkannya peraturan tentang kawasan ini sesuai pasal 2 Pergub DKI tahun 2005 adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian dengan cara mengubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan produktivitas kerja yang optimal, mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih bebas dari asap rokok, menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula, serta untuk mewujudkan generasi muda yang sehat.

Tingkat kepatuhan perokok terhadap Pergub KTR masih rendah. Hal ini dapat dibuktikan dengan penelitian Sulastri & Widyaningsih (2008) yang bertujuan mengidentifikasi tingkat kepatuhan perokok terhadap Pergub DKI Jakarta. Penelitian *cross sectional* pada 130 perokok menunjukkan hanya 28% dari jumlah perokok yang diteliti yang mematuhi Pergub DKI Jakarta, sementara 72% lainnya tidak mematuhi Pergub DKI Jakarta. Tingkat kepatuhan terhadap Pergub tersebut dipengaruhi oleh jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan tingkat pengetahuan terhadap Pergub.

Perilaku perokok saat berada di KTR dipengaruhi oleh pengetahuan perokok tentang KTR. Penelitian Manik (2009) mengidentifikasi hubungan pengetahuan perokok aktif tentang kawasan bebas rokok dengan perilaku merokok pada kawasan bebas rokok di Universitas Indonesia menghasilkan bahwa ada hubungan bermakna antara pengetahuan perokok aktif tentang kawasan bebas rokok dengan perilaku merokok pada kawasan bebas rokok di Universitas Indonesia ( $p=0,028$  dengan  $\alpha=0,1$ ). Penelitian deskriptif korelatif pada 67 responden menunjukkan sebesar 52,2% perokok memiliki pengetahuan rendah dan sebesar 47,8% perokok memiliki pengetahuan tinggi. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa yang merupakan perokok aktif tidak berperilaku merokok pada kawasan bebas rokok, yaitu 59,7% dan selebihnya tetap berperilaku merokok yaitu sebanyak 40,3%.

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang wajib menerapkan Pergub DKI No.75 tahun 2005 tentang KTR (Pasal 31 Pergub DKI No.75 tahun 2005). Hal ini sudah sepatutnya dilakukan karena rumah sakit merupakan tempat berkumpulnya tenaga kesehatan yang memahami bahaya rokok. Akan tetapi, pada kenyataannya masih banyak tenaga kesehatan yang merokok di lingkungan rumah sakit. Hal ini sangat memprihatinkan karena tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan seharusnya memberi contoh kepada masyarakat untuk berperilaku positif terhadap kesehatan.

Survey kesehatan mengenai “Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Dokter dan Perawat di DKI Jakarta Terhadap Rokok” pada bulan Februari hingga April 2005 dan dipaparkan oleh Purwanto dalam Abdi (2010) menunjukkan bahwa 13,3% dokter dan perawat merokok. Hasil ini memperlihatkan tingkat pengetahuan dokter dan perawat tentang berhenti merokok masih kurang. Sebanyak 80% responden menyatakan bahwa tenaga kesehatan wajib tidak merokok karena dapat dicontoh oleh pasiennya dan sebanyak 4% dokter dalam praktek sehari-harinya menanyakan kebiasaan merokok pasiennya, walaupun pasien datang bukan dengan penyakit yang berhubungan dengan rokok.

RSUD Budhi Asih Jakarta merupakan salah satu rumah sakit yang menerapkan Pergub No. 75 tahun 2005 dan Pasal 13 Perda DKI Jakarta No. 2 tahun 2005 tentang KTR. Hal ini dapat terlihat dari spanduk yang terpasang di depan dan di seluruh koridor rumah sakit yang mudah dibaca oleh setiap orang. Peraturan tersebut diberlakukan secara efektif sejak 4 Februari 2006. Di dalam spanduk tersebut juga tertulis sanksi terhadap pelanggaran peraturan. Sanksi yang diberikan kepada pelanggar terdapat pada pasal 41 ayat (2) yaitu pidana kurungan paling lama enam bulan atau denda sebanyak-banyaknya Rp50.000.000,- (lima puluh juta rupiah).

Peneliti melakukan wawancara pada tanggal 21 Maret 2011 terhadap beberapa pegawai dan pengunjung di RSUD Budhi Asih Jakarta dan mendapatkan hasil bahwa peraturan ini berjalan sangat ketat. Hal ini diperkuat dengan adanya sanksi dan *Closed Circuit Television* (CCTV) yang tersebar di seluruh tempat di rumah sakit untuk memantau terlaksananya peraturan ini. Pihak keamanan rumah sakit memberikan teguran bila ada pengunjung ataupun karyawan yang merokok di wilayah rumah sakit. Salah satu pengunjung yang merupakan perokok mengetahui adanya peraturan ini dari spanduk yang telah dipasang sejak di depan rumah sakit, sedangkan pengunjung lain yang tidak merokok tidak menyadari pemberlakuan dan manfaat peraturan ini. Pengunjung rumah sakit yang merokok mengatakan bahwa saat ada keinginan untuk merokok, maka pengunjung tersebut keluar gedung rumah sakit dengan tujuan untuk menghindari sanksi dan teguran.

Fenomena terkait pemberlakuan KTR di RSUD Budhi Asih Jakarta menjadikan penelitian ini penting dilakukan untuk melihat seberapa besar pengetahuan perokok tentang KTR dan supervisi rumah sakit terhadap peraturan tersebut serta mengidentifikasi perilaku perokok saat berada di KTR. Hal inilah yang melatarbelakangi dilakukannya penelitian yang bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Jumlah perokok di Indonesia semakin meningkat. Data Susenas (2001 dan 2004) dalam Ahsan (2009) menunjukkan peningkatan prevalensi perokok dewasa dari tahun 2001 hingga 2004 meningkat sebanyak 2,9%. Peningkatan bermakna terjadi pada perokok berusia 5-9 tahun, dari 0,4% tahun 2001 menjadi 1,8% tahun 2004. Peningkatan jumlah perokok ini berdampak pada kesehatan perokok aktif maupun orang di sekitarnya atau disebut dengan perokok pasif.

Peningkatan jumlah perokok ini ditanggapi oleh pemerintah dengan membuat peraturan tentang KTR. Peraturan ini mengurangi perilaku merokok dan mencegah perokok pasif terkena bahaya paparan asap rokok. Akan tetapi, pelaksanaan peraturan ini masih belum optimal. Hal ini dikarenakan tingkat pemahaman setiap orang berbeda-beda terhadap pemberlakuan kawasan tersebut. Sebagai gambaran, penelitian mengenai hubungan tingkat pengetahuan perokok aktif dengan perilaku merokok di KTR yang dilakukan pada mahasiswa menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa memiliki pengetahuan yang rendah mengenai KTR. Namun dengan pengetahuan yang rendah itu mahasiswa tetap mematuhi peraturan tersebut.

Pelaksanaan peraturan mengenai KTR harus didukung dengan supervisi dari pihak rumah sakit. Pihak rumah sakit harus mengadakan pengawasan terhadap seluruh orang yang berada di rumah sakit agar tidak merokok di kawasan tersebut. Pengawasan yang dilakukan dapat bersifat langsung maupun tidak langsung. Pengawasan secara langsung dapat dilakukan oleh pihak keamanan untuk mengawasi dan menindak jika ada yang melanggar peraturan. Pengawasan secara tidak langsung dapat dilakukan melalui pemasangan sistem *Closed Circuit Television* (CCTV) di tempat-tempat tertentu di rumah sakit. Dengan adanya supervisi dari rumah sakit, diharapkan peraturan ini dapat dipatuhi oleh seluruh orang yang berada di kawasan rumah sakit, baik tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan maupun pengunjung rumah sakit.

Tingkat pengetahuan yang berbeda pada setiap orang mempengaruhi perilaku merokok di KTR. Oleh karena itu, peneliti meneliti hubungan tingkat pengetahuan dan supervisi rumah sakit tentang KTR dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta. Tempat ini diteliti karena rumah sakit tersebut telah menerapkan peraturan mengenai KTR. Selain itu, rumah sakit ini juga terdapat berbagai elemen masyarakat dengan tingkat pemahaman yang berbeda mengenai peraturan KTR.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya:

1. Gambaran karakteristik perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta yang meliputi usia, jenis kelamin, frekuensi dan usia awal merokok.
2. Gambaran perilaku perokok yang berada di RSUD Budhi Asih Jakarta yang meliputi tenaga kesehatan, non kesehatan, dan pengunjung rumah sakit.
3. Gambaran supervisi RSUD Budhi Asih Jakarta yang meliputi persepsi perokok terhadap supervisi KTR, tujuan supervisi, dan cara supervisi.
4. Tingkat pengetahuan perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta tentang KTR.
5. Hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.
6. Hubungan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1. RSUD Budhi Asih Jakarta**

Penelitian ini memberikan masukan bagi RSUD Budhi Asih Jakarta untuk meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan dan pengunjung rumah sakit tentang pentingnya penerapan KTR di rumah sakit tersebut. Penelitian ini juga dapat digunakan untuk melihat gambaran supervisi pemberlakuan KTR dalam usaha mengurangi tingkat konsumsi rokok para perokok yang berada di kawasan tersebut. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi bagi manajemen rumah sakit terkait supervisi yang dilakukan agar supervisi tentang pemberlakuan KTR dapat lebih baik lagi di masa yang akan datang.

## 2. Masyarakat

Penelitian ini memberikan gambaran pentingnya tidak merokok di tempat-tempat umum dan pentingnya pelaksanaan KTR khususnya pelayanan kesehatan seperti rumah sakit sehingga tercipta lingkungan yang sehat dan meningkatkan derajat kesehatan warga.

## 3. Penelitian

Hasil penelitian ini menjadi bahan kajian dan masukan untuk penelitian selanjutnya terkait KTR agar dapat mengembangkan penelitian ini di tempat-tempat lain yang memberlakukan KTR.

## 4. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Hasil penelitian ini menjadi bahan pertimbangan bagi FIK UI untuk membuat suatu program sosialisasi KTR di RSUD Budhi Asih Jakarta. Dengan adanya program tersebut setiap individu di lingkungan RSUD Budhi Asih Jakarta khususnya responden mengetahui manfaat diberlakukannya KTR bagi kesehatan dan turut berpartisipasi dengan mematuhi peraturan tersebut.

## BAB II STUDI KEPUSTAKAAN

### 2.1 Perilaku

Perilaku merupakan sebuah aktivitas untuk mencapai tujuan dan merupakan reaksi terhadap stimulus. Perilaku tidak lepas kaitannya dari situasi lingkungan di sekitarnya. Dengan kata lain situasi lingkungan tersebut mempengaruhi perilaku seseorang. Skinner (1938) yang dikutip dari Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Meskipun stimulus lingkungan mempengaruhi perilaku seseorang, faktor internal juga turut serta mempengaruhi perilaku tersebut. Faktor tersebut di antaranya adalah pembawaan lahir, fungsi hormonal (termasuk fungsi neurologi), dan beberapa elemen mental emosional. Jika terdapat masalah pada salah satu faktor tersebut secara keseluruhan akan mempengaruhi pengambilan keputusan dalam perilaku.

Perilaku yang diperlihatkan oleh seseorang dipengaruhi oleh stimulus. Teori yang dikemukakan oleh Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003) disebut juga teori Stimulus-Organisme-Respon (S-O-R). Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya: kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat.

#### 2.1.1 Teori Perilaku

Perilaku digolongkan dalam beberapa kategori. Walgito (2002) menjelaskan beberapa teori perilaku sebagai berikut:

- Teori Insting

Teori ini mengemukakan bahwa perilaku disebabkan karena insting. Insting merupakan perilaku yang *innate*, perilaku yang bawaan, dan insting akan mengalami perubahan karena pengalaman.

- Teori Dorongan (*Drive Theory*)

Teori ini mengacu pada pandangan bahwa seseorang mempunyai dorongan-dorongan tertentu. Dorongan-dorongan ini berkaitan dengan kebutuhan yang mendorong seseorang tersebut berperilaku. Bila seseorang memiliki kebutuhan dan ingin memenuhi kebutuhannya, akan terjadi ketegangan dalam dirinya. Sedangkan bila seseorang berperilaku dan dapat memenuhi kebutuhannya, akan terjadi reduksi dari dorongan-dorongan tersebut.

- Teori Insentif (*Incentive Theory*)

Teori ini mengacu pada pendapat bahwa perilaku seseorang disebabkan karena adanya insentif. Insentif akan mendorong seseorang berbuat atau berperilaku. Insentif atau disebut juga dengan *reinforcement* ada yang positif dan ada yang negatif.

- Teori Atribusi

Teori ini ingin menjelaskan tentang sebab-sebab perilaku seseorang, apakah perilaku itu disebabkan oleh disposisi internal (misal motif dan sikap) ataukah oleh keadaan eksternal.

- Teori kognitif

Apabila seseorang harus memilih perilaku mana yang harus dilakukan, maka yang bersangkutan akan memilih alternatif perilaku yang akan membawa manfaat sebesar-besarnya bagi yang bersangkutan. Ini yang disebut dengan model *subjective expected utility*.

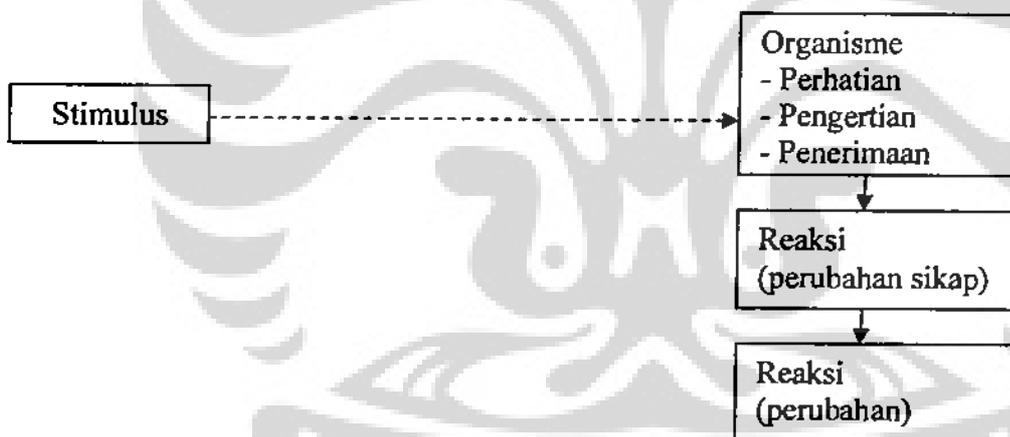
### 2.1.2 Proses Perubahan Perilaku

Setiap individu mengalami perubahan perilaku secara bertahap. Hosland, et al (1953) dalam Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa proses perubahan perilaku dalam hakikatnya sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- Stimulus (rangsang) yang diberikan kepada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif dalam mempengaruhi perhatian individu, dan berhenti disini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.

- Apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan pada proses berikutnya.
- Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
- Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan, maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Teori di atas mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini, faktor *reinforcement* memegang peranan penting. Teori ini dapat digambarkan sebagai berikut:



(Sumber: Notoatmodjo, 2003)

## 2.2 Perilaku Merokok

Perokok merupakan seseorang yang menghisap asap rokok baik secara langsung maupun tidak langsung. Perokok dibagi menjadi dua, yaitu perokok aktif dan perokok pasif. Perokok aktif mempunyai pengertian orang yang melakukan langsung aktivitas merokok dalam arti mengisap batang rokok yang telah dibakar.

Perokok aktif dibagi dalam beberapa tipe. Pembagian ini didasarkan pada jumlah batang rokok yang dihisap per hari. Menurut Triswanto (2007) tipe perokok ada tiga, yaitu perokok ringan apabila mengonsumsi rokok kurang dari atau sama dengan 10 batang per hari; perokok sedang apabila mengonsumsi 11-21 batang rokok per hari, dan perokok berat apabila mengonsumsi rokok lebih dari 21 batang per hari.

Penelitian terkait dilakukan Manik (2009) yang mengidentifikasi hubungan pengetahuan perokok aktif tentang kawasan bebas rokok dengan perilaku merokok pada kawasan bebas rokok di Universitas Indonesia. Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 41 responden (61,2%) mengonsumsi rokok kurang dari 11 batang per hari. Sedangkan 24 responden (35,8%) mengonsumsi rokok 11-20 batang per hari dan sebesar 2 responden (3%) mengonsumsi 21-30 batang per hari. Penelitian lain dilakukan Permatasari,dkk (2010) yang mengidentifikasi determinan tingkat kepatuhan terhadap kawasan tanpa rokok pada mahasiswa tingkat II Universitas Indonesia. Hasil penelitian tersebut menunjukkan responden terbanyak terdapat pada tipe perokok ringan sebesar 71 responden (68,93%) yaitu mengonsumsi rokok kurang dari 11 batang per hari.

Penelitian yang mengidentifikasi perokok berdasarkan jenis kelamin dilakukan Sapariah (2009) yang mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perokok pada penunggu pasien di RSPG Cisarua Bogor. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki sebesar 87 responden (75,0%), sedangkan responden berjenis kelamin perempuan sebesar 29 responden (25,0%).

Perokok pasif adalah seseorang yang tidak melakukan aktivitas merokok secara langsung. Akan tetapi, ia ikut menghirup asap yang dikeluarkan oleh perokok aktif. Perokok pasif menghirup sekitar 85% dari asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok aktif. Perokok pasif rentan terkena penyakit akibat rokok karena menghirup asap sampingan yang bahayanya tiga kali lebih besar (Crofton & Simpson, 2009).

Asap rokok berdampak buruk bagi kesehatan. Poswillo & Alberman (2009) dalam Crofton & Simpson (2009) mengatakan bahwa perokok aktif dan pasif memiliki risiko terkena penyakit dari asap rokok. Penyakit yang dapat timbul pada perokok aktif adalah kanker sistem pencernaan, pernapasan, perkemihan, dan reproduksi; penyakit kardiovaskuler seperti aterosklerosis, penyakit jantung koroner; penyakit pernapasan seperti pneumonia, penyakit paru obstruksi kronik (PPOK); stroke. Pada ibu hamil yang merokok, bahaya bagi tumbuh kembang janin dan bayi antara lain menurunnya kesuburan (fertilitas), meningkatnya hamil di luar kandungan, pertumbuhan janin terlambat (fisik dan IQ), kejang kehamilan (eklampsia), imunitas bayi terganggu, dan kematian perinatal meningkat.

Perokok pasif memiliki risiko mendapatkan penyakit akibat paparan asap rokok yang dihasilkan oleh perokok aktif. Pada anak-anak dapat mengalami tumor otak; lymphoma; gangguan sistem pernapasan, *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS), dan leukemia. Sedangkan penyakit yang dapat timbul pada orang dewasa adalah iritasi saluran napas, penyakit jantung koroner, kanker paru, (Ahsan, 2009).

Perilaku perokok untuk merokok didasari oleh dua aspek. Aspek tersebut adalah ketergantungan fisik terhadap nikotin dan kebiasaan yang berarti bahwa merokok sudah menjadi alat bantu sosial dan psikologis. Ketergantungan fisik yang dialami disebabkan oleh kandungan nikotin yang memberikan dampak menyenangkan. Secara umum semakin banyak rokok yang dihisap setiap hari, semakin besar pula kecanduannya (Crofton & Simpson, 2009).

Ketergantungan sosial dan psikologis dapat menyebabkan perilaku merokok. Merokok memiliki hubungan yang kuat dengan aktivitas tertentu. Misalnya, beberapa orang merokok ketika sedang beristirahat dengan minum teh atau kopi. Perokok juga menganggap bahwa rokok membuat ketenangan dan penghilang stress. Bagi beberapa orang, merokok dianggap untuk mengisi waktu jika sedang bosan atau hanya sekadar melakukan sesuatu dengan tangan (Crofton & Simpson, 2009).

Perilaku perokok juga dapat dikaitkan dengan pola pikirnya. Baradja (2010) dalam Abdi (2010) menyatakan bahwa tulisan yang tercantum dalam kemasan rokok seperti "*mild* atau *lights*" dapat mempengaruhi pola pikir perokok. Perokok menganggap bahwa tulisan tersebut diartikan bahwa rokok memiliki kadar nikotin dan tar yang sedikit. Kemudian perokok berpikir untuk mengganti rokok yang biasa dihisap dengan rokok yang terbaru. Padahal, toleransi nikotin di otak seorang perokok cenderung naik terus. Ketika sudah menembus jumlah psikologis satu bungkus per hari, biasanya seorang perokok akan berpikir menahannya atau bahkan mengurangi jumlah rokok yang dikonsumsi. Tetapi karena sangat sulit, maka pilihannya adalah mengkonsumsi rokok dengan kadar nikotin dan tar yang rendah seperti yang diiklankan. Dengan mengonsumsi rokok yang kadar nikotinnya lebih rendah, seorang perokok akan mengonsumsi lebih banyak jumlah batang rokoknya.

Survei terkait perilaku merokok telah banyak dilakukan. Data Survei Nasional (2004) dalam Ahsan (2009) menyebutkan bahwa sekitar 70% dari perokok di Indonesia memulai kebiasaannya sebelum berumur 19 tahun, karena terbiasa melihat anggota keluarganya yang merokok. Data juga menunjukkan 84% dari perokok Indonesia yang merokok setiap hari ternyata menghisap 1-12 batang per hari dan 14% merokok sejumlah 13-24 batang sehari. Perokok 25 batang atau lebih sehari hanya 1,4% saja. Data 2004 juga menunjukkan bahwa persentase merokok di pedesaan Indonesia (37%) lebih tinggi daripada di perkotaan (32%). Sementara itu, baik di kota maupun desa di negara kita, terjadi peningkatan perokok sebesar 3% antara 2001 ke 2003.

### **2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Merokok**

Perilaku seorang perokok dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo (2003), faktor perilaku ditentukan oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong.

- Faktor predisposisi (usia dan pendidikan)

Usia mempengaruhi perilaku merokok seseorang. Semakin bertambahnya usia, semakin sulit untuk melepaskan diri dari jeratan nikotin. Di negara-negara berpenghasilan rendah, sebagian besar perokok mulai merokok pada usia awal 20-an, yaitu usia mulai merokok bergeser ke usia lebih muda (Crofton & Simpson, 2009). Penelitian Akpınar et al (2006) yang melibatkan 2200 mahasiswa di Universitas Cukurova Turki menghasilkan data perilaku merokok meningkat antara usia 13 dan 17 tahun (26,6% dan 43,7%, masing-masing). Penelitian Permatasari, dkk (2010) mengidentifikasi determinan tingkat kepatuhan terhadap kawasan tanpa rokok pada mahasiswa tingkat II Universitas Indonesia. Penelitian tersebut melibatkan 103 responden dan menunjukkan bahwa usia responden terbanyak adalah 20 tahun (49,51%).

Penelitian terkait lainnya dilakukan Sa'adah (2009) yang mengidentifikasi determinan perilaku merokok pada mahasiswi Universitas Indonesia tahun 2009 menghasilkan usia responden terbanyak adalah 19 tahun dan rata-rata usia awal responden merokok adalah 16 tahun serta usia awal responden yang termuda adalah 12 tahun. Penelitian Sapariah (2009) mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perokok pada penunggu pasien di RSPG Cisarua Bogor. Penelitian tersebut menghasilkan responden terbanyak berdasarkan usia berjumlah 37 responden (31,9%) dengan usia 36-45 tahun. Sedangkan responden dengan usia 25-36 tahun sebanyak 36 orang (31,0%) dan usia 15-25 tahun sebanyak 31 orang (26,7%).

Pendidikan merupakan faktor predisposisi perilaku karena tingkat pendidikan di Indonesia sangat beragam, mulai dari SD, SMP, SMU, PT, dan bahkan ada yang tidak bersekolah. Karena perilaku merokok akan berkaitan dengan pengetahuan dan sikap seseorang terhadap rokok, dan pendidikan menjadi latar belakangnya (Jamal, 2006). Jamal menambahkan survey secara nasional menunjukkan bahwa pria yang tidak bersekolah/tidak tamat SD merupakan perokok terbanyak. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin sedikit yang menjadi perokok.

- Faktor pendukung (media)

Faktor pendukung terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana yang mendukung terbentuknya perilaku merokok seperti media baik media cetak maupun elektronik. Menurut Crofton (2009), banyak penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang masih kecil sudah mengenal merek-merek rokok yang diiklankan secara luas. Hal ini memicu anak-anak untuk mencoba merokok dan dapat menyebabkan ketergantungan hingga dewasa.

- Faktor pendorong (lingkungan sosial)

Lingkungan sosial yaitu teman dan keluarga. Teman atau *peer group* merupakan perkumpulan informal dari orang-orang yang relatif setara, berbagi pengalaman bersama di mana kepentingan kelompok terkadang berada di atas kepentingan individu. Keterikatan antar anggota *peer group* akan bertambah dengan meningkatnya frekuensi interaksi di antara anggota-anggotanya. Penelitian Akpinar et al (2006) yang melibatkan 2200 mahasiswa yang dilakukan di Universitas Cukurova Turki, menyebutkan bahwa determinan perilaku merokok adalah keluarga dan rekan merokok, kelas, jenis kelamin dan tempat tinggal berhubungan dengan perilaku merokok. Perilaku merokok teman baik yang paling kuat menentukan merokok, dan hal ini konsisten di seluruh kelompok umur. Perilaku merokok teman baik dan anggota keluarga merupakan determinan merokok yang sangat penting.

Perilaku dapat juga dipengaruhi oleh suatu peraturan yang mengikat dan pengawasan yang dilakukan terhadap peraturan tersebut. Pengawasan terhadap peraturan dilakukan dengan cara supervisi. Dalam kegiatan supervisi, pelaksanaan bukan mencari kesalahan tetapi lebih banyak mengandung unsur pembinaan agar kondisi pekerja yang disupervisi dapat diketahui kekurangannya sehingga dapat diperbaiki (Arikunto, 2004). Supervisi terhadap peraturan yang ditegakkan dapat membuat orang-orang yang berada di kawasan tersebut menaati peraturan tersebut.

## 2.4 Kepatuhan

Kepatuhan merupakan sikap seseorang untuk taat dalam mengikuti perintah. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2007), kepatuhan berasal dari kata “patuh” yaitu suka menurut (perintah, dsb); taat (pada perintah, aturan, dsb); dan berdisiplin, sedangkan “kepatuhan” adalah sifat patuh atau ketaatan. Menurut Milgram (1974) kepatuhan merupakan suatu bentuk kerelaan dari individu untuk mengikuti perintah. Biasanya perintah tersebut berasal dari individu yang mempunyai pengaruh atau kekuasaan terhadap orang yang diperintah. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan antara lain kedekatan individu (penerima perintah) dengan pembuat peraturan, identitas tokoh pembuat peraturan, depersonalisasi orang yang diperintah, dan kurangnya role model yang memiliki sikap kontraindikatif dengan peraturan tersebut.

Kepatuhan dapat dilihat dari perilaku seseorang. Menurut Martin & Pear (2003), perilaku merupakan sebuah aktivitas, tindakan, penampilan, respon dan reaksi. Maka dapat disimpulkan bahwa kepatuhan adalah respon atau reaksi dari sebuah peraturan tertentu. Agar sebuah peraturan dipatuhi atau ditaati maka perlu dibuat sebuah sistem *reinforcement*, *reward* dan *punishment* sehingga ada dorongan dari orang-orang atau pihak-pihak yang terkait agar mematuhi suatu peraturan. Penghargaan yang diberikan oleh pembuat peraturan kepada orang yang mematuhi peraturan tersebut dan pemberian sanksi yang tegas serta mengikat bagi setiap pelanggar peraturan.

Tingkat kepatuhan tiap individu berbeda. Potter & Perry (2005) menjelaskan bahwa tingkat kepatuhan individu dipengaruhi oleh motivasi pribadi dan tingkat pengetahuan terhadap suatu peraturan, program, atau prosedur. Individu yang memiliki motivasi tertentu terhadap suatu peraturan, program, atau prosedur tersebut cenderung akan lebih bersemangat dan berkomitmen untuk mematuhi. Individu yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi akan semakin tinggi pula kepatuhannya terhadap peraturan. Dorongan dari pihak lain (*significant others*) dan pelaksanaan program yang terus menerus dan konsisten (kontinuitas) juga mempengaruhi tingkat kepatuhan.

Tingkat kepatuhan perokok terhadap Pergub KTR masih rendah. Hal ini dapat dibuktikan dengan penelitian Sulastri & Widyaningsih (2008) yang bertujuan mengidentifikasi tingkat kepatuhan perokok terhadap Pergub DKI Jakarta. Penelitian *cross sectional* pada 130 perokok menunjukkan hanya 28% dari jumlah perokok yang diteliti yang memenuhi Pergub DKI Jakarta, sementara 72% lainnya tidak memenuhi Pergub DKI Jakarta. Tingkat kepatuhan terhadap Pergub tersebut dipengaruhi oleh jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan tingkat pengetahuan terhadap Pergub.

## 2.5 Substitusi

Adaptasi seseorang terhadap perubahan dapat berupa mensubstitusi perilaku yang biasa dilakukan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2007) substitusi adalah penggantian barang-barang. Penggantian barang tersebut dilakukan jika barang yang seharusnya digunakan tidak ada atau tidak diperbolehkan sehingga digantikan oleh barang yang lain. Pada kawasan tanpa rokok, barang yang tidak ada atau tidak diperbolehkan adalah rokok. Para perokok harus menyesuaikan dengan peraturan tersebut sehingga perokok mencari pengganti kegiatan merokok tersebut. Kegiatan yang dapat dilakukan seperti makan permen, membaca koran, menyibukkan diri dengan aktivitas lain, dan tidur.

## 2.6 Pengetahuan

Pembentukan sikap yang paling efektif adalah melalui pengalaman sendiri. Dari pengalaman tersebut, akan didapatkan pengetahuan yang berkenaan dengan penginderaan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2007) pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal. Pengetahuan merupakan hasil yang didapat seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2003). Penginderaan ini dilakukan melalui panca indera manusia, di antaranya indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecapan. Sebagian besar dari pengetahuan ini di dapat dari indera penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

- Proses Adopsi Perilaku

Penelitian membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni: *Awareness* (kesadaran), orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu; *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus; *Evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi; *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru; *Adoption*, subjek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Penelitian selanjutnya menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas. Menurut Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003), apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya, apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

- Tingkat Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Proses pembelajaran dari suatu pengetahuan terbagi atas domain kognitif (pemahaman), afektif (sikap), dan psikomotor (keterampilan motorik). Domain kognitif meliputi semua perilaku intelektual yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang (Potter & Perry, 2005). Bloom (1956) dalam Potter & Perry (2005) mengklasifikasikan perilaku kognitif dalam urutan hirarki. Perilaku yang paling sederhana adalah mendapatkan pengetahuan, sedangkan yang paling kompleks adalah evaluasi. Tingkat pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan, yaitu:

- Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya (*recall*). Tahu ini merupakan tingkatan yang paling rendah. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa seseorang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan-pertanyaan. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur tingkatan ini yaitu dengan menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.
- Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah memahami materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan, dan meramalkan terhadap objek yang dipelajarinya.
- Aplikasi (*application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi yang dimaksud adalah penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip, dan lainnya dalam konteks atau situasi yang beda.
- Analisis (*analysis*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Domain ini memungkinkan seseorang memisahkan informasi yang penting dari informasi yang tidak penting. Kemampuan analisis ini dapat diukur dengan menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan materi tertentu.
- Sintesis (*syntesis*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Kemampuan ini dapat diukur dengan menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan terhadap suatu teori dan rumusan yang ada.
- Evaluasi (*evaluation*), diartikan sebagai kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian dapat dilakukan berdasarkan pada kriteria yang telah ada atau kriteria yang ditentukan sendiri.

Para perokok belum sepenuhnya mengetahui bahaya yang ditimbulkan dari rokok. Tingkat pengetahuan seorang perokok untuk fakta-fakta tentang dampak yang merusak ini beragam. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, tetapi terutama dipengaruhi oleh luasnya kampanye kesehatan masyarakat. Di beberapa negara banyak perokok yang memiliki sedikit pengetahuan tentang bahaya merokok yang sebenarnya. Bagi perokok perempuan, terutama dari keluarga miskin di negara-negara industri tidak sepenuhnya memahami risiko merokok terhadap kesehatan, tetapi biasanya para perempuan tersebut mengerti bahwa merokok sangat berbahaya bagi diri sendiri dan anak-anak (Crofton & Simpson, 2009).

Tingkat pengetahuan mempengaruhi perilaku merokok seseorang. Penelitian Sapariah (2009) mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perokok pada penunggu pasien di RSPG Cisarua Bogor. Penelitian deskriptif korelatif ( $p=0,003$  dan  $\alpha=0,005$ ) pada 116 responden menunjukkan bahwa 21 responden yang berpengetahuan rendah, seluruhnya merokok di lingkungan RSPG Cisarua Bogor, sedangkan dari 95 responden yang berpendidikan tinggi, ada 62 orang (65,3%) yang merokok di lingkungan RSPG Cisarua Bogor.

## **2.7 Kawasan Tanpa Rokok (KTR)**

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan kawasan di mana tidak ada kegiatan yang berhubungan dengan rokok. Menurut Peraturan Pemerintah (PP) nomor 19 tahun 2003 kawasan tanpa rokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan atau penggunaan rokok. Tujuan diberlakukannya kawasan tanpa rokok adalah untuk melindungi masyarakat. Merokok tidak diizinkan di dalam gedung tempat umum, kecuali di tempat khusus merokok yang harus secara fisik terpisah dari bagian-bagian gedung yang dilarang untuk kegiatan merokok. Bila tempat kerja berventilasi, sistem terpisah harus dipasang agar asap tidak dibiarkan mengenai semua orang.

Alasan kuat untuk mengembangkan tempat umum bebas asap rokok adalah sebagai berikut (Crofton & Simpson, 2009):

- Untuk melindungi anak-anak dan bukan perokok dari risiko terhadap kesehatan. Hal ini karena asap yang dihirup memiliki bahaya tiga kali lebih besar daripada yang dihisap oleh si perokok (Crofton & Simpson, 2009).
- Untuk mencegah rasa tidak nyaman, bau, dan abu dari ruang merokok. Asap yang ditimbulkan dari rokok membuat tidak nyaman dan menimbulkan respon batuk terutama bagi bukan perokok.
- Untuk membantu mengembangkan iklim opini bahwa tidak merokok adalah perilaku yang lebih normal, karena selama ini merokok dianggap sebagai kegiatan lazim dan hak setiap orang sehingga tidak boleh dilarang.
- Pengalaman di Amerika Serikat dan tempat lain menunjukkan bahwa kawasan bebas asap rokok mengurangi secara bermakna konsumsi rokok dengan menciptakan lingkungan yang mendorong perokok untuk berhenti atau yang terus merokok untuk mengurangi konsumsinya.

Kematian karena paparan asap rokok merupakan 1 dari 7 penyebab kematian di tempat kerja. Estimasi International Labor Organization (ILO) tahun 2005 dalam Lembaga Demografi FEUI (2010) tidak kurang dari 200.000 pekerja yang mati setiap tahun karena paparan asap rokok di tempat kerja. 100% kawasan yang bebas dari asap rokok merupakan satu-satunya cara yang efektif dan murah untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok orang lain. Menurut WHO, *cost effectiveness* akan naik apabila kawasan tanpa asap rokok dilaksanakan secara komprehensif dengan strategi pengendalian tembakau lainnya.

Larangan merokok di tempat kerja memberikan dampak kesehatan bagi perokok maupun bukan perokok. Larangan ini untuk mengurangi konsumsi rokok dan paparan asap rokok terhadap perokok pasif. Larangan yang ketat terhadap perokok di tempat kerja dapat memberikan keuntungan ekonomis. Hal ini mencegah tuntutan hukum perokok pasif serta mengurangi biaya lainnya, termasuk biaya untuk kebersihan, pemeliharaan peralatan dan fasilitas, risiko kebakaran, absensi pekerja, serta kerusakan harta benda.

Larangan merokok dapat membantu perubahan perilaku perokok ke arah yang lebih baik. Penelitian Thompson et al (2006) dalam Crofton & Simpson (2009) yang dilakukan secara random di 30 universitas di Idaho, Oregon dan Washington tentang pemberlakuan kebijakan larangan merokok menunjukkan bahwa pemberlakuan kebijakan larangan merokok membantu memfasilitasi usaha bebas asap rokok di antara mahasiswa. Dari hasil penelitian diperoleh 91% mahasiswa yang tidak pernah merokok dan 81,5% mahasiswa perokok aktif setuju bahwa kebutuhan mahasiswa terhadap udara segar memiliki prioritas yang tinggi.

Prinsip kebijakan KTR menurut Tobacco Control Support Center – Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (TCSC – IAKMI) tahun 2008 antara lain:

- Kebijakan perlindungan yang efektif mensyaratkan eliminasi total dari asap tembakau di ruangan sehingga mencapai 100% lingkungan tanpa asap rokok.
- Tidak ada batas aman dari paparan asap rokok ataupun ambang tingkat keracunan yang bisa ditoleransi, karena ini bertentangan dengan bukti ilmiah. Pendekatan lain untuk peraturan 100% lingkungan tanpa asap rokok termasuk penggunaan ventilasi, saringan udara dan pembuatan ruang merokok yang terbukti tidak efektif. Bukti ilmiah menyimpulkan bahwa pendekatan teknik konstruksi tidak mampu melindungi paparan asap tembakau.
- Semua orang harus terlindung dari paparan asap rokok. Semua tempat kerja tertutup dan tempat umum harus bebas sepenuhnya dari asap rokok.
- Peraturan harus dalam bentuk legislasi yang mengikat secara hukum. Kebijakan sukarela yang tidak memiliki sanksi hukum terbukti tidak efektif untuk memberikan perlindungan yang memadai. Agar efektif, UU/Pergub harus sederhana, jelas dan dapat dilaksanakan secara hukum.
- Perencanaan yang baik dan sumber daya yang cukup adalah esensial untuk keberhasilan pelaksanaan dan penegakan hukum.
- Lembaga-lembaga kemasyarakatan termasuk lembaga swadaya masyarakat dan organisasi profesi memiliki peran sentral untuk membangun dukungan masyarakat umum dan menjamin kepatuhan terhadap peraturan; karenanya harus dilibatkan sebagai mitra aktif dalam proses pengembangan, pelaksanaan dan penegakan hukum.

- Pelaksanaan dari peraturan, penegakan hukum dan hasilnya harus dipantau dan dievaluasi terus menerus. Termasuk di dalamnya merespon upaya industri rokok untuk mengecilkan arti ataupun melemahkan pelaksanaan peraturan secara langsung maupun tidak langsung dengan menyebarkan mitos keliru yang menggunakan tangan ketiga (pengusaha restoran, masyarakat perokok dsb).
- Perlindungan terhadap paparan asap rokok perlu senantiasa diperkuat dan dikembangkan, bila perlu dengan amandemen, perbaikan penegakan hukum atau kebijakan lain menampung perkembangan bukti ilmiah dan pengalaman berdasarkan studi kasus.

Pengetahuan mengenai kawasan bebas rokok mempengaruhi perilaku perokok. Penelitian Manik (2009) mengidentifikasi hubungan pengetahuan perokok aktif tentang kawasan bebas rokok dengan perilaku merokok pada kawasan bebas rokok di Universitas Indonesia. Penelitian deskriptif korelatif ( $p=0,028$  dengan  $\alpha=0,1$ ) pada 67 responden menunjukkan sebanyak 52,2% perokok memiliki pengetahuan rendah dan sebanyak 47,8% perokok memiliki pengetahuan tinggi. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa 59,7% responden tidak berperilaku merokok pada kawasan bebas rokok dan selebihnya tetap berperilaku merokok. Perokok aktif pada penelitian ini mayoritas tergolong perokok ringan, sebesar 61,2%, dan sisanya adalah perokok sedang 35,8% dan perokok berat 3%.

Penelitian yang dilakukan Harris (2009) menguji efektifitas penerapan aturan larangan merokok. Penelitian pada 709 mahasiswa perokok di sekitar kampus menunjukkan bahwa proporsi mahasiswa perokok yang patuh terhadap larangan merokok di awal intervensi sebanyak 33%, kemudian meningkat sebanyak 74% selama minggu intervensi dan menjadi 54% selama masa *follow up*. Proporsi kepatuhan mahasiswa bervariasi dalam semua kondisi di setiap area kampus dan dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan aturan larangan merokok di kampus dengan menggunakan beberapa komponen peraturan dan sanksi dapat meningkatkan kepatuhan mahasiswa terhadap kebijakan anti merokok di kampus.

## 2.8 Supervisi

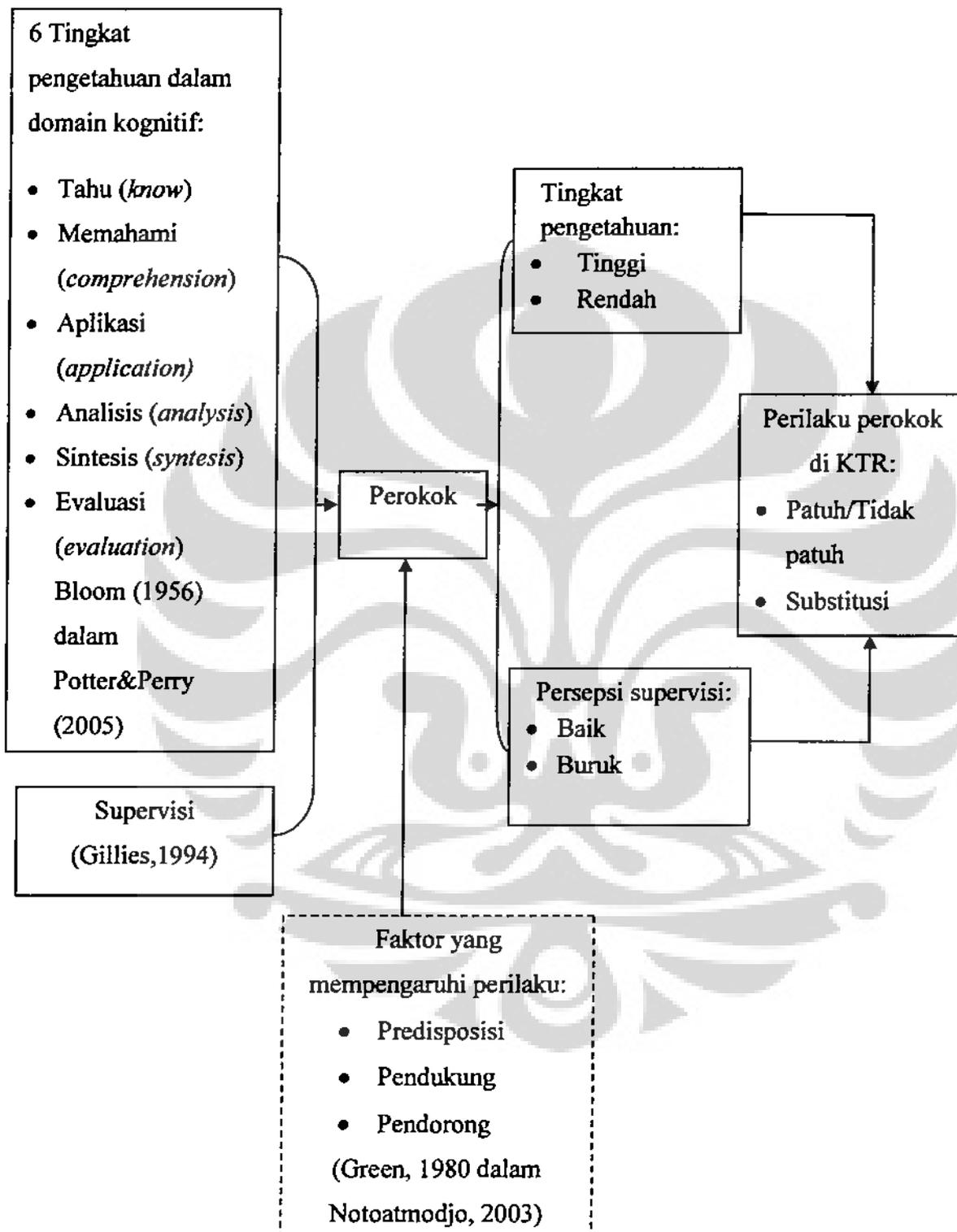
Supervisi merupakan bagian dari proses manajemen. Dalam kegiatan supervisi, pelaksanaan bukan mencari kesalahan tetapi lebih banyak mengandung unsur pembinaan agar kondisi pekerja yang disupervisi dapat diketahui kekurangannya sehingga dapat diperbaiki (Arikunto, 2004). Kegiatan di dalam supervisi di antaranya adalah inspeksi pekerjaan orang lain, mengevaluasi penampilan, dan mengoreksi penampilan (Gillies, 1994).

Supervisi memiliki tujuan untuk menginspeksi, evaluasi, dan meningkatkan kemampuan pekerja. Oleh karena itu, suatu kriteria dibutuhkan untuk menilai kualitas proses kerja dan hasilnya. Kriteria evaluasi dapat berupa deskripsi kerja resmi dan berhubungan dengan standar operasional yang tersedia. Beberapa elemen di antaranya meliputi kuantitas dan kuantitas hasil kerja. Menurut Gillies (1994), supervisi juga bertujuan untuk melatih kemampuan dan mengontrol pekerjaan.

Supervisi idealnya menyesuaikan situasi dan kebutuhan karyawan akan supervisi tersebut (Gillies, 1994). Sebagai contoh, perawat yang baru lulus masa pendidikan akan membutuhkan supervisi yang lebih intens di tahun pertamanya bekerja dan seiring dengan waktu akan berkurang kebutuhan akan supervisi pada tahun-tahun berikutnya. Cara melakukan supervisi pun sebaiknya disesuaikan dengan karakter tiap karyawan yang berbeda-beda dalam menyerap ilmu dan koreksi agar tujuan dari supervisi ini tercapai.

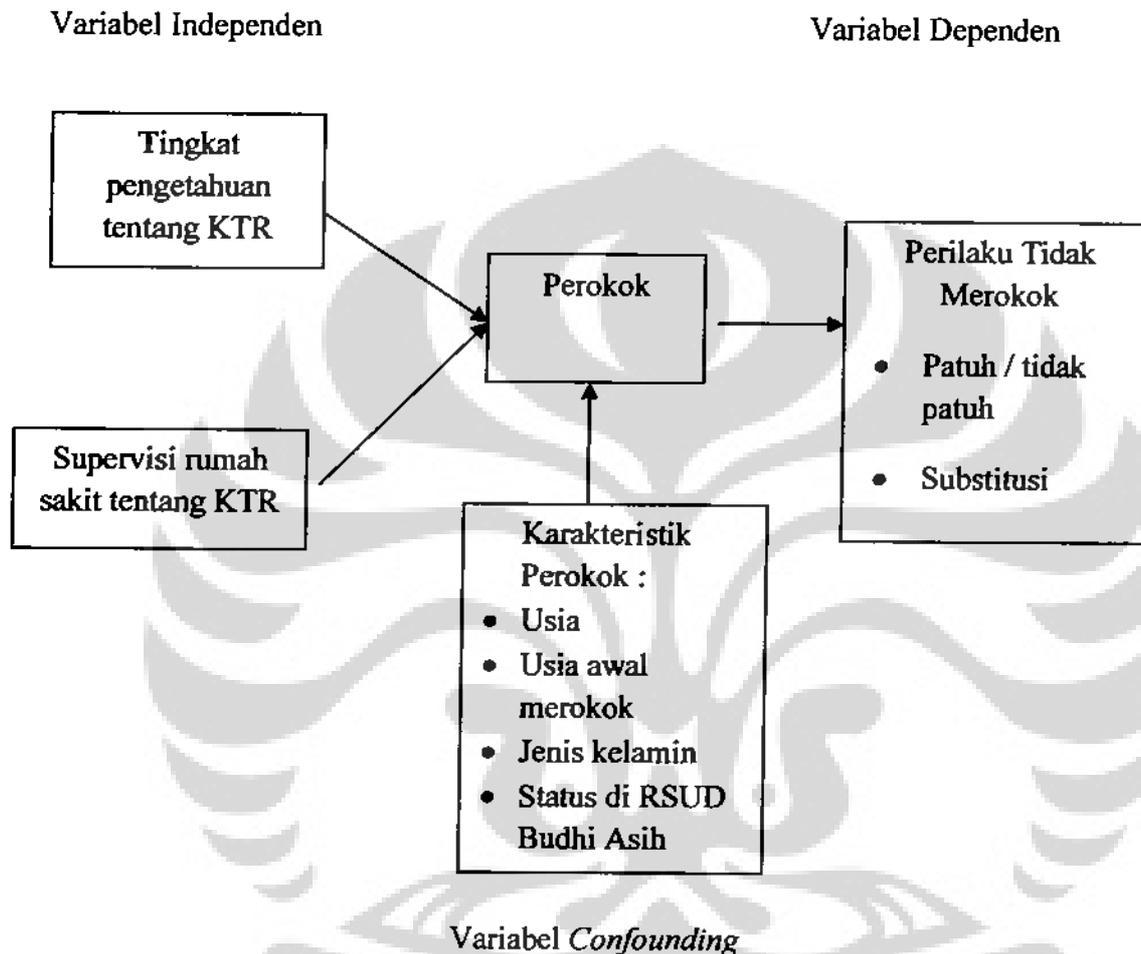
Peraturan mengenai KTR yang berlaku di dalam rumah sakit akan dievaluasi melalui kegiatan supervisi. Tiap karyawan dalam RSUD Budhi Asih Jakarta yang telah ditunjuk untuk mempertahankan kepatuhan akan peraturan kawasan dilarang merokok secara berkala perlu mendapat supervisi. Selain untuk mengevaluasi kinerja, supervisi ini juga menjadi cara untuk mengidentifikasi hambatan dalam menjalankan peraturan KTR serta mencari solusi penyelesaian masalah.

## 2.9 Kerangka Teori



### BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konsep



Penelitian ini menjadikan perokok aktif sebagai subjek penelitian, tingkat pengetahuan dan supervisi rumah sakit tentang KTR menjadi variabel independen dan perilaku tidak merokok menjadi variabel dependen. Kerangka konsep ini menjelaskan keterkaitan antara tingkat pengetahuan perokok tentang pemberlakuan KTR dengan perilaku tidak merokok pada perokok aktif. Kerangka konsep tersebut juga menjelaskan keterkaitan antara supervisi rumah sakit tentang pemberlakuan KTR dengan perilaku tidak merokok pada perokok aktif. Perilaku tersebut

dipengaruhi oleh faktor internal dan tingkat pengetahuan tentang KTR. Perilaku perokok terdiri dari dua jenis yaitu kepatuhan perokok dan substitusi yang dilakukan perokok saat berada di KTR. Perilaku yang ditunjukkan oleh perokok aktif dengan tingkat pengetahuan yang tinggi akan menunjukkan kepatuhan terhadap pemberlakuan KTR. Sedangkan, perokok dengan tingkat pengetahuan yang rendah akan berperilaku tidak patuh terhadap pemberlakuan KTR. Perilaku yang ditunjukkan oleh perokok aktif dengan tingkat pengetahuan yang tinggi akan menunjukkan perilaku substitusi rokok. Sedangkan, perokok dengan tingkat pengetahuan yang rendah tidak akan menunjukkan perilaku substitusi.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Peneliti mengajukan hipotesis untuk masalah penelitian berdasarkan studi kepustakaan yang telah dijabarkan di bab sebelumnya:

Ho : Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan perokok tentang kawasan tanpa rokok (KTR) dengan perilaku tidak merokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

Ha : Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan perokok tentang kawasan tanpa rokok (KTR) dengan perilaku tidak merokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

Ho : Tidak ada hubungan antara supervisi rumah sakit tentang kawasan tanpa rokok (KTR) dengan perilaku tidak merokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

Ha : Terdapat hubungan antara supervisi rumah sakit tentang kawasan tanpa rokok (KTR) dengan perilaku tidak merokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

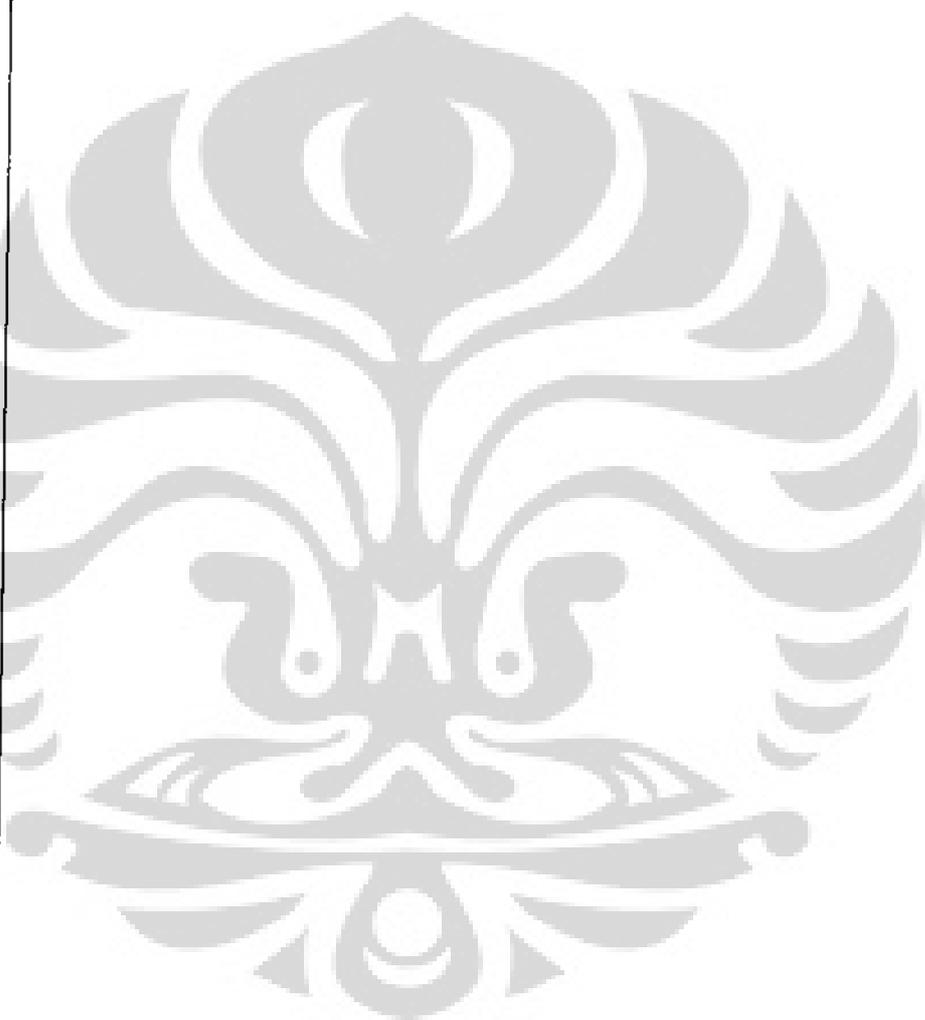
### 3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Perilaku	Perbuatan yang dilakukan oleh perokok meliputi: - Kepatuhan - Substitusi rokok di KTR	Pernyataan tentang perilaku sejumlah 10 buah dengan menggunakan skala <i>Likert</i> (1-4) meliputi: - Kepatuhan Lembar isian 3: nomor 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, dan 10 - Substitusi Lembar isian 3: nomor 2 dan 3	Kuesioner pada lembar isian 3	Untuk keperluan analisis univariat dibuat kategori: 0. Buruk, jika $\leq 32$ (median) 1. Baik, jika $> 32$ (median)	Ordinal
Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh perokok aktif yang berada di RS. Budhi Asih mengenai rokok dan KTR	Pernyataan tentang tingkat pengetahuan sejumlah 10 buah dengan menggunakan pilihan jawaban yang meliputi: Lembar isian 1 - Kerugian dan akibat rokok : nomor 1, 2, dan 3 - Definisi KTR: nomor 4 - Tujuan KTR: nomor 10 - Isi Perda KTR: nomor 5, 6, dan 8 - Sosialisasi KTR: nomor 7 dan 9	Kuesioner pada lembar isian 1	Untuk keperluan analisis univariat dibuat kategori: 0. Rendah, jika $\leq 8$ (median) 1. Tinggi, jika $> 8$ (median)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Supervisi rumah sakit	Persepsi, cara pandang, dan pendapat/pemikiran perokok terhadap supervisi rumah sakit.	Pernyataan tentang persepsi terhadap supervisi sejumlah 10 buah dengan menggunakan skala <i>Likert</i> (1-4) meliputi: - persepsi terhadap supervisi: nomor 2, 4, dan 10 - supervisi secara langsung: nomor 1, 3, 8, dan 9 - supervisi secara tidak langsung: nomor 6 dan 7 - tujuan supervisi: nomor 5	Kuesioner pada lembar isian 2	Untuk keperluan analisis univariat dibuat kategori: 0. Buruk, jika $\leq 29,99$ (mean) 1. Baik, jika $> 29,99$ (mean)	Ordinal
<b>Karakteristik responden</b>					
a. Usia	Lama waktu hidup responden saat pengambilan data	Peneliti memberikan pertanyaan dalam kuesioner dengan isian jawaban bebas	Kuesioner pada lembar isian 1	Dalam tahun	Interval
b. Usia awal merokok	Usia pertama saat responden mengonsumsi rokok	Peneliti memberikan pertanyaan dalam kuesioner dengan isian jawaban bebas	Kuesioner pada lembar isian 1	Dalam tahun	Interval
c. Jumlah konsumsi rokok	Rata-rata batang rokok yang dikonsumsi responden setiap hari	Peneliti memberikan pertanyaan dalam kuesioner dengan isian jawaban bebas	Kuesioner pada lembar isian 1	Dalam batang	Interval
d. Jenis kelamin	Membedakan orang berdasarkan seks	Peneliti memberikan pertanyaan dalam kuesioner dengan pilihan jawaban laki-laki atau perempuan	Kuesioner pada lembar isian 1	Jenis kelamin: 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
e. Status di RSUD Budi Asih Jakarta	Membedakan responden berdasarkan kegiatan yang dilakukan di RSUD Budi Asih Jakarta	Peneliti memberikan pertanyaan dalam kuesioner dengan pilihan jawaban tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan, dan pengunjung (pasien/keluarga pasien)	Kuesioner pada lembar isian I	Status di RSUD Budi Asih Jakarta: 1. tenaga kesehatan 2. tenaga non kesehatan 3. pengunjung (pasien/keluarga pasien)	Nominal



## BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah seluruh perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Desain penelitian termasuk di dalamnya adalah spesifikasi untuk meningkatkan integritas studi (Hungler & Polit, 2008). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelatif yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dan supervisi rumah sakit terhadap pemberlakuan KTR dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

### 4.2 Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah perokok yang berada di lingkungan RSUD Budhi Asih Jakarta. Populasi merupakan keseluruhan dari unit yang memiliki karakter yang sama dan termasuk dalam kriteria inklusi pada penelitian yang akan kita lakukan (Burns & Grove, 2001; Hastono & Sabri, 2006; Hungler & Polit, 2008).

Sampel merupakan populasi yang diseleksi, dinilai, dan diukur karakteristiknya untuk menduga karakteristik dari suatu populasi (Hastono & Sabri, 2006; Hungler & Polit, 2008). Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *quota sampling* dan *purposive sampling*, yaitu penentuan sampel berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan peneliti. Kriteria sampel yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Seorang perokok aktif yang berada di RSUD Budhi Asih Jakarta
2. Berjenis kelamin laki-laki dan perempuan
3. Dapat membaca dan menulis
4. Bersedia menjadi responden

Pada penelitian ini jumlah populasi tidak diketahui, sehingga untuk menentukan jumlah sampel pada penelitian ini digunakan rumus presisi mutlak:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,1)^2}$$

$$n = 0,9604$$

$$0,01$$

$$n = 96,04 \approx 96 \text{ sampel}$$

Keterangan:

n : jumlah sampel minimum

$Z_{1-\alpha/2}^2$  : standar deviasi normal, nilainya adalah 1,96

P : harga proporsi pada populasi yang digunakan pada penelitian ini 0,5

d : penyimpangan terhadap populasi atau derajat ketepatan yang diinginkan, nilainya 0,1 karena penelitian ini menggunakan presisi mutlak.

Jumlah sampel yang didapat berdasarkan rumus adalah 96 responden. Peneliti menambahkan 2 responden sehingga total responden sebanyak 98 orang. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan dalam pengisian instrumen, seperti pengisian tidak lengkap, instrumen rusak, atau responden tidak bersedia melanjutkan pengisian instrumen.

#### 4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Budhi Asih Jakarta. Alasan pemilihan tempat ini sebagai wilayah penelitian karena tempat ini telah menerapkan KTR. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 2, 4, 5, dan 7 Mei 2011.

#### 4.4 Etika Penelitian

Manusia sebagai responden dalam sebuah penelitian harus mendapatkan perlindungan. Dalam hal ini, perlu dipertimbangkan beberapa alasan bahwa pedoman etik harus dibentuk. Etika penelitian adalah prosedur yang terkait dengan penelitian dan sesuai dengan kaidah penelitian pada umumnya mencakup profesional, legal, dan kewajiban sosial (Hungler & Polit, 2008). Etika penelitian berkaitan dengan perlindungan terhadap hak-hak asasi manusia dalam kegiatan penelitian. Hak-hak asasi tersebut meliputi:

##### 1. *Self determination*

Prinsip *self determination* yaitu calon responden mempunyai hak memutuskan dengan sukarela untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti menerapkan prinsip ini dengan menjelaskan tujuan penelitian. Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, calon responden diberikan kebebasan untuk ikut berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini.

##### 2. *Confidentiality*

Peneliti menjaga kerahasiaan responden penelitian dengan tidak menuliskan nama asli responden melainkan dengan inisial. Selain itu, peneliti juga menjaga kerahasiaan data yang berkaitan dengan identitas responden.

##### 3. *Privacy*

Peneliti menjaga *privacy* responden dengan cara memberikan keleluasaan kepada responden untuk menentukan waktu dan tempat untuk mengisi kuesioner sehingga responden merasa nyaman dan terjaga kerahasiaannya serta tidak mengganggu kehidupan atau kegiatan personal responden.

##### 4. *Informed Consent*

*Informed consent* dibuat untuk memberikan hak perlindungan secara legal kepada responden. Responden memiliki informasi yang cukup mengenai penelitian, memahami informasi dan memiliki kebebasan untuk memilih, memungkinkan responden untuk menyetujui dengan sukarela untuk ikut atau menolak berpartisipasi dalam penelitian (Hungler & Polit, 2008). Peneliti memberikan penjelasan mengenai penelitian kepada calon responden sebelum menandatangani *informed consent*.

#### 4.5 Alat Pengumpul Data

Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data. Instrumen ini dipilih berdasarkan keefektifan pengumpulan data serta karakteristik responden yang tidak buta huruf. Kuesioner dalam penelitian ini dibagi menjadi empat bagian, yaitu:

1. Bagian pertama tentang data demografi responden. Terdiri dari pertanyaan yang membutuhkan jawaban singkat dan sudah diberikan pilihan jawaban.
2. Bagian kedua tentang tingkat pengetahuan perokok mengenai kawasan tanpa rokok. Terdiri dari 10 pertanyaan yang membutuhkan jawaban singkat dan sudah diberikan pilihan jawaban.
3. Bagian ketiga tentang persepsi perokok terhadap supervisi rumah sakit. Terdiri dari 10 pertanyaan yang menggunakan skala *Likert* berupa pilihan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju yang diisi dengan menggunakan *checklist* (✓) pada kolom jawaban yang tersedia.
4. Bagian keempat tentang perilaku tidak merokok di KTR. Terdiri dari 10 pertanyaan yang menggunakan skala *Likert* berupa pilihan jawaban selalu, sering, jarang, dan tidak pernah yang diisi dengan menggunakan *checklist* (✓) pada kolom jawaban yang tersedia.

Kuesioner terdiri dari pertanyaan dan pernyataan positif dan negatif. Pada tanggal 14 April 2011 peneliti melakukan uji validitas kuesioner di kawasan Universitas Indonesia dan Universitas Pancasila yang telah menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang melibatkan 29 responden. Dari hasil uji validitas peneliti memperbaiki kuesioner dengan menghapus pernyataan dan pertanyaan yang tidak valid dan mengganti redaksional beberapa pernyataan dan pernyataan. Adapun rincian dari perbaikan kuesioner terdapat dalam tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1 Kisi-kisi Kuesioner Penelitian

Variabel	Pernyataan/Pertanyaan positif (+)		Pernyataan/Pertanyaan negatif (-)	
	Sebelum uji validitas	Sesudah uji validitas	Sebelum uji validitas	Sesudah uji validitas
Data demografi	-	-	-	-
Tingkat pengetahuan perokok tentang bahaya rokok dan KTR	Lembar isian 1 no: 1, 4, 6, 8, 9, 10, 13, 15	Lembar isian 1 no: 1, 6, 8, 10, 15 Menjadi no: 1,3,4,6,7	Lembar isian 1 no: 2, 3, 5, 7, 11, 12, 14, 16	Lembar isian 1 no: 3, 11, 12, 14, 16 Menjadi no: 2,5,8,9,10
Supervisi rumah sakit tentang KTR	Lembar isian 2 no: 1, 2, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18	Lembar isian 2 no: 9, 10, 11, 14, 17 Menjadi no: 2,3,5,6,8	Lembar isian 2 no: 3, 4, 5, 6, 7, 12, 15, 16, 19, 20	Lembar isian 2 no: 6, 15, 16, 19, 20 Menjadi no: 1,4,7,9,10
Perilaku perokok di KTR	Lembar isian 3 no: 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 18	Lembar isian 3 no: 3, 4, 7, 12, 9 Menjadi no: 1,2,4,5,8	Lembar isian 3 no: 1, 6, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 19, 20	Lembar isian 3 no: 6,10, 11, 14, 17 Menjadi no: 3,6,7,9,10

#### 4.6 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan prosedur sebagai berikut:

1. Sejak masa bimbingan, peneliti telah mengurus surat perizinan penelitian yang ditujukan ke RSUD Budhi Asih Jakarta dan bagian kesatuan bangsa politik dan lintas masyarakat (KesbangPol dan Linmas) Depok pada tanggal 22 Maret 2011 serta pada tanggal 4 dan 11 April 2011 mengurus ke Kesbangpol dan Linmas Jakarta.
2. Setelah mendapatkan perizinan, peneliti menemui responden yang terdiri dari pegawai RSUD Budhi Asih Jakarta dan pengunjung pada tanggal 2, 4, 5, dan 7 Mei 2011.
3. Peneliti memperkenalkan diri serta menjelaskan tujuan penelitian yang akan dilakukan kepada calon responden. Kemudian, calon responden membaca dan

menandatangani lembar persetujuan bila calon responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

4. Peneliti menjelaskan kepada responden tentang cara pengisian instrumen penelitian dan mempersilahkan responden untuk bertanya bila ada pertanyaan yang tidak dimengerti. Instrumen penelitian yang telah diisi dikumpulkan pada hari yang sama.
5. Peneliti langsung memeriksa kelengkapan kuesioner yang telah diisi. Ketika ada kuesioner yang belum lengkap, peneliti meminta responden untuk melengkapi saat itu juga. Setelah semua kuesioner lengkap terisi, peneliti mengakhiri pertemuan dengan responden dan mengucapkan terima kasih serta memberikan souvenir.

#### 4.7 Pengolahan dan Rencana Analisis Data

Pengolahan dan analisis data merupakan salah satu bagian dari penelitian. Data diolah terlebih dahulu sebelum dilakukan analisis sehingga menjadi informasi yang akhirnya dapat digunakan untuk menjawab tujuan penelitian (Hastono, 2006). Terdapat empat tahapan yang dilakukan dalam pengolahan data untuk mendapatkan hasil olahan data yang benar. Tahapan-tahapan tersebut adalah sebagai berikut:

##### 1. *Editing*

*Editing* (pemeriksaan data) adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan (Hidayat, 2007). Peneliti melakukan pemeriksaan isian kuesioner untuk memastikan kelengkapan jawaban yang ada di kuesioner (semua pertanyaan sudah terisi jawabannya). Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 2, 4, 5, dan 7 Mei 2011.

##### 2. *Coding*

*Coding* digunakan untuk mempermudah dalam memasukkan dan mengolah data. Pemberian kode (*coding*) merupakan proses menerjemahkan data verbal ke dalam data numerik (Hungler & Polit, 2008). Peneliti memberikan kode pada data yang masih berbentuk huruf menjadi angka. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 2, 4, 5, dan 7 Mei 2011.

### 3. *Processing*

Data yang telah melalui proses pengkodean selanjutnya diproses agar dapat dianalisis. *Processing* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam *database* komputer kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana (Hastono, 2006; Hidayat, 2007). Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 9, 10, 11 Mei 2011.

### 4. *Cleaning*

Pembersihan data (*cleaning*) merupakan langkah terakhir dalam pengolahan data. Pembersihan data adalah kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan untuk melihat ada atau tidaknya kesalahan data (Hastono, 2006). Proses *cleaning* dalam penelitian ini dilakukan oleh tiga orang. Kegiatan ini dilakukan pada tanggal 20, 21, dan 22 Mei 2011.

Setelah data selesai diolah, tahap berikutnya adalah melakukan analisis data. Peneliti melakukan dua macam analisis yaitu analisis univariat dan bivariat.

#### 1. Analisis univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yaitu perilaku perokok, tingkat pengetahuan perokok tentang KTR, supervisi terhadap KTR, serta karakteristik demografi responden yang meliputi usia, usia awal merokok, jenis kelamin, frekuensi dan status responden di rumah sakit. Fungsi analisis univariat adalah menyederhanakan kumpulan data hasil pengukuran sehingga kumpulan tersebut berubah menjadi informasi yang berguna (Hastono, 2006).

Penelitian ini menggunakan *cut of point* berupa mean dan median. Median digunakan untuk mengkategorikan tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta. Penggunaan median dalam penelitian ini karena gambaran kurva menunjukkan distribusi menceng ke kiri di mana nilai  $mean < median < modus$ . Mean digunakan untuk menganalisis variabel supervisi rumah sakit. Penggunaan mean dalam penelitian ini karena gambaran kurva dengan distribusi normal di mana nilai mean, median, dan modus berhimpit.

Gambaran yang didapat pada analisis univariat dimasukkan ke dalam bentuk tabel frekuensi dan diagram *pie*. Tabel frekuensi dalam penelitian bertujuan menggambarkan responden sesuai karakteristik (Hastono, 2006). Cara perhitungan melalui penentuan persentase dari variabel-variabel tersebut. Rumus yang digunakan adalah:

$$\frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan: F = Frekuensi  
N = Jumlah sampel

## 2. Analisis bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Hastono, 2006). Variabel independen dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan dan supervisi, sedangkan variabel dependen penelitian ini adalah perilaku perokok. Uji *Chi Square* digunakan untuk menguji perbedaan proporsi atau persentase antara beberapa kelompok data yang berupa kategorik. Penelitian ini menggunakan uji *Chi square* untuk melihat korelasi antara tingkat pengetahuan dan supervisi yang merupakan data kategorik dengan perilaku merokok yang juga merupakan data kategorik. Analisis bivariat ini dilakukan untuk menguji hipotesis *two tail* yang merupakan hipotesis dua arah untuk mengetahui hubungan antar variabel tanpa melihat arahnya. Tingkat kemaknaan ( $\alpha$ ) merupakan nilai yang menunjukkan besarnya peluang salah dalam menolak hipotesis nol ( $H_0$ ). Penelitian ini menggunakan  $\alpha=0,05$  sesuai tujuan penelitian yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat.

#### 4.8 Jadwal Penelitian

Tabel 4.2 Jadwal Penelitian

No.	Uraian Kegiatan	Maret 2011	April 2011	Mei 2011
1.	Penyusunan proposal penelitian			
2.	Penyerahan proposal penelitian			
3.	Pengajuan surat izin penelitian			
4.	Uji coba kuesioner			
5.	Pengumpulan data			
6.	Pengolahan data			
7.	Penyusunan laporan			
8.	Pengumpulan laporan			
9.	Pembuatan manuskrip dan penyajian hasil penelitian (poster)			

#### 4.9 Sarana Penelitian

Penelitian ini menggunakan sarana yang terdiri dari sumber referensi kepustakaan seperti buku teks, artikel, jurnal, internet; alat pengumpul data berupa lembar kuesioner; alat-alat tulis; *hardware* seperti komputer, laptop, *flashdisk*, *printer*; program pengolahan data statistik.

## BAB V HASIL PENELITIAN

Pengumpulan data telah dilakukan pada 2, 4, 5, dan 7 Mei 2011. Sampel penelitian ini sebanyak 96 responden yang merupakan perokok aktif di RSUD Budhi Asih Jakarta, berjenis kelamin laki-laki dan perempuan, dan dapat membaca serta menulis. Hasil penelitian memaparkan mengenai hubungan tingkat pengetahuan perokok dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih. Hasil penelitian ini meliputi hasil analisis univariat dan analisis bivariat.

### 5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi karakteristik responden, perilaku perokok, persepsi perokok terhadap supervisi RSUD Budhi Asih, dan tingkat pengetahuan perokok.

**Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Usia pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

Usia (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
18	2	2,1
19	3	3,1
20	5	5,2
21	9	9,4
22	5	5,2
23	4	4,2
24	1	1,0
25	5	5,2
26	2	2,1
27	5	5,2
28	3	3,1
29	2	2,1
30	4	4,2
31	4	4,2
32	2	2,1
33	4	4,2
34	1	1,0
35	5	5,2
36	3	3,1
37	3	3,1

Usia (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
38	3	3,1
40	7	7,3
41	1	1,0
42	1	1,0
43	1	1,0
45	1	1,0
46	1	1,0
47	1	1,0
48	2	2,1
50	3	3,1
55	1	1,0
58	1	1,0
68	1	1,0
<b>Jumlah</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa usia responden dalam penelitian ini beragam. Jumlah responden paling banyak adalah responden dengan usia 21 tahun dengan jumlah 9 (9,4%). Sedangkan usia responden paling sedikit adalah responden dengan usia 24, 34, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 55, 58, dan 68 tahun dengan jumlah 1 (1,0%). Usia termuda dalam penelitian ini adalah 18 tahun dan tertua berada pada usia 68 tahun.

**Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Awal Merokok pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

Usia Awal (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
10	3	3,1
11	5	5,2
12	7	7,3
13	8	8,3
14	12	12,5
15	10	10,4
16	4	4,2
17	15	15,6
18	6	6,2
19	5	5,2
20	5	5,2
21	1	1,0
22	3	3,1
23	1	1,0
24	4	4,2
25	3	3,1
26	1	1,0

Usia Awal (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
30	2	2,1
36	1	1,0
<b>Jumlah</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Tabel 5.2 menunjukkan usia awal merokok responden. Jumlah responden terbanyak adalah responden dengan usia awal merokok 17 tahun sebesar 15 responden (15,6%). Jumlah responden paling sedikit adalah responden dengan usia awal 21, 23, 26, dan 36 tahun yaitu masing-masing sebanyak 1 responden (1,0%). Selain itu didapatkan hasil bahwa usia awal termuda perokok yaitu 10 tahun sejumlah 3 responden (3,1%) dan usia awal tertua yaitu 36 tahun sejumlah 1 responden (1,0%).

**Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Rata-Rata Rokok yang dihisap per Hari pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

Jumlah Rokok (Batang)	Frekuensi	Persentase (%)
2	1	1,0
3	3	3,1
5	5	5,2
6	22	22,9
8	1	1,0
10	5	5,2
12	29	30,2
16	9	9,4
18	2	2,1
20	6	6,2
24	9	9,4
25	1	1,0
32	2	2,1
36	1	1,0
<b>Jumlah</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

Tabel 5.3 menunjukkan jumlah rata-rata rokok yang dihisap per hari oleh responden. Jumlah responden terbanyak adalah responden dengan jumlah konsumsi rokok 12 batang yaitu sebesar 29 responden (30,2%). Jumlah konsumsi paling banyak adalah 36 batang (1,0%) dan paling sedikit 2 batang (1,0%).

**Diagram 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

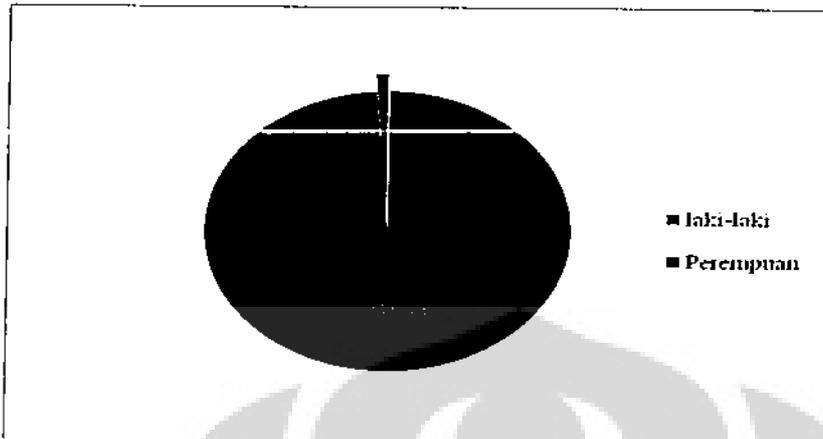


Diagram 5.1 menunjukkan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin. Jumlah responden terbesar yaitu sebanyak 95 responden (99%) berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 1 responden (1%) berjenis kelamin perempuan.

**Diagram 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Status di Rumah Sakit pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

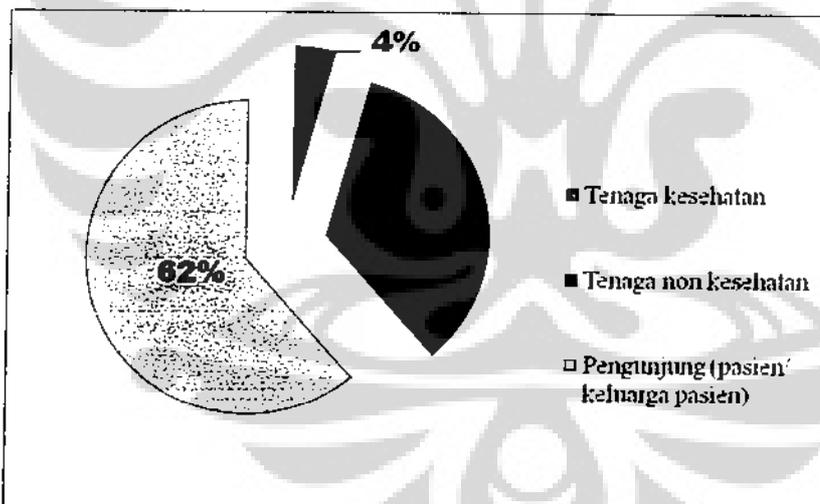


Diagram 5.2 menunjukkan distribusi responden berdasarkan status di rumah sakit. Jumlah responden sebesar 59 responden (62%) merupakan pengunjung (pasien/keluarga pasien), responden sebesar 33 responden (34%) merupakan tenaga non kesehatan dan responden sebesar 4 responden (4%) merupakan tenaga kesehatan.

**Diagram 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Tentang KTR pada Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

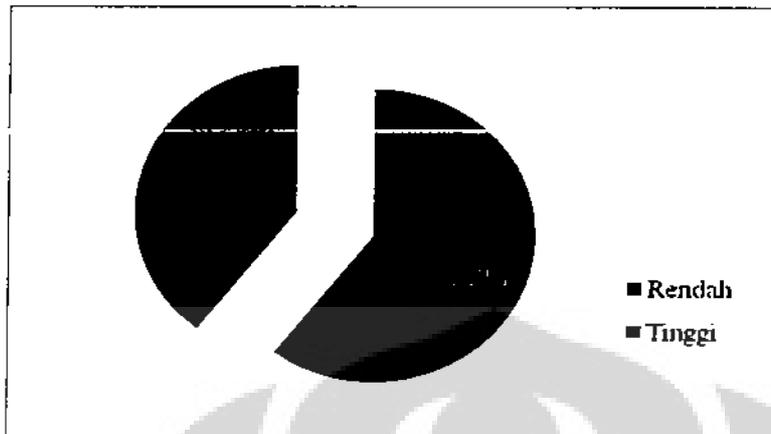


Diagram 5.3 menunjukkan distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan tentang KTR. Jumlah responden terbanyak yaitu 58 responden (60%) mempunyai tingkat pengetahuan yang rendah tentang KTR khususnya mengenai tujuan pemberlakuan KTR di RSUD Budhi Asih Jakarta. Sebanyak 38 responden (40%) mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi tentang KTR terutama mengenai peraturan KTR dan sumber informasi yang ada di RSUD Budhi Asih Jakarta.

**Diagram 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Perokok terhadap Supervisi RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

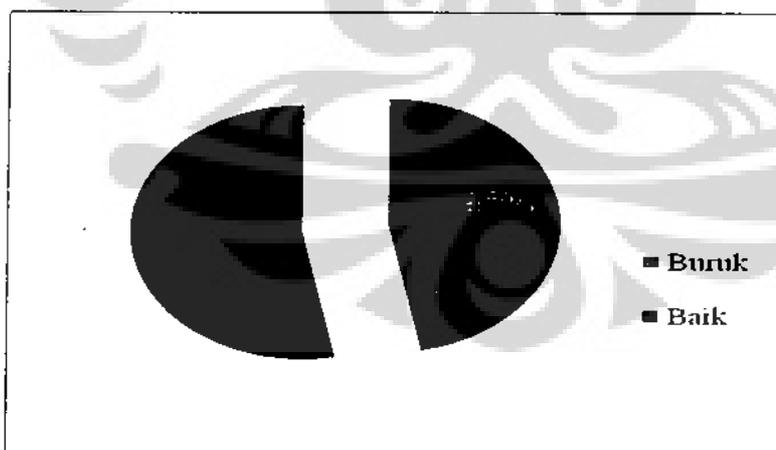


Diagram 5.4 menunjukkan distribusi responden berdasarkan persepsi terhadap supervisi rumah sakit. Jumlah responden sebanyak 51 responden (53%) memiliki persepsi yang baik terhadap supervisi rumah sakit khususnya dalam hal

teguran yang dilakukan satpam terhadap siapapun yang melanggar peraturan KTR di RSUD Budhi Asih. Sebanyak 45 responden (47%) memiliki persepsi yang buruk terhadap supervisi terutama persepsi mengenai pelaksanaan program KTR yang dianggap belum optimal.

**Diagram 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

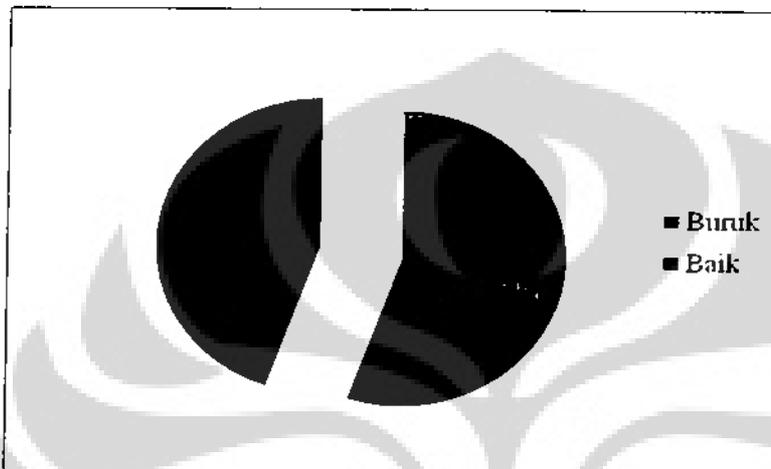


Diagram 5.5 menunjukkan distribusi responden berdasarkan perilaku perokok. Jumlah responden terbanyak yaitu sebanyak 53 responden (55%) memiliki perilaku yang buruk terutama dalam hal mengonsumsi rokok sebagai koping dalam keadaan cemas. Sebanyak 43 responden (45%) berperilaku baik terutama dalam hal menaati peraturan untuk tidak merokok di KTR.

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel. Penelitian ini menggunakan uji *chi square* untuk menganalisis ada tidaknya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku perokok dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok.

**Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

Tingkat Pengetahuan	Perilaku				Total		OR (95% CI)	p
	Buruk		Baik		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
Rendah	33	56,9	25	43,1	58	100	1,188	0,841
Tinggi	20	52,6	18	47,4	38	100	0,5 - 2,7	
Total	53	55,2	51	44,8	96	100		

$\alpha = 0,05$

Hasil penelitian dari 96 responden yang merupakan perokok aktif di RSUD Budhi Asih Jakarta dengan menggunakan uji *Chi Square* menghasilkan  $p=0,841$  dengan  $\alpha=0,05$ . Berdasarkan hasil tersebut, nilai  $p>\alpha$ , maka dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  gagal ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dengan perilaku perokok di KTR. Selain itu, hasil penelitian mendapatkan nilai OR= 1,188 artinya tingkat pengetahuan perokok tentang KTR yang tinggi mempunyai peluang 1,19 kali untuk mempengaruhi perilaku baik dibandingkan dengan tingkat pengetahuan perokok yang rendah. Hasil penelitian ini diperoleh bahwa terdapat perilaku baik yang dipengaruhi tingkat pengetahuan tinggi sebanyak 18 responden (47,4%). Sedangkan perilaku buruk yang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan tinggi sebanyak 20 responden (52,6%).

**Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi terhadap Supervisi Rumah Sakit dan Perilaku Perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta, Mei 2011 (n=96)**

Persepsi	Perilaku				Total		OR (95% CI)	p
	Buruk		Baik		N	%		
	N	%	N	%	N	%		
Buruk	30	66,7	15	33,3	45	100	2,435	0,055
Baik	23	45,1	28	54,9	51	100	1,1 – 5,6	
Total	53	55,2	43	44,8	96	100		

$\alpha = 0,05$

Hasil penelitian dari 96 responden yang merupakan perokok aktif di RSUD Budhi Asih Jakarta dengan menggunakan uji *Chi Square* menghasilkan  $p=0,055$  dengan  $\alpha=0,05$ . Berdasarkan hasil tersebut, nilai  $p>\alpha$ , maka dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  gagal ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat persepsi perokok terhadap supervisi rumah sakit tentang KTR dengan perilaku perokok di KTR. Selain itu, hasil penelitian mendapatkan nilai OR= 2,435 artinya tingkat persepsi perokok tentang supervisi rumah sakit terhadap KTR yang baik mempunyai peluang 2,44 kali untuk mempengaruhi perilaku baik dibandingkan dengan tingkat persepsi perokok yang buruk. Hasil penelitian ini diperoleh bahwa terdapat perilaku baik yang dipengaruhi tingkat persepsi baik sebanyak 28 responden (54,9%). Sedangkan perilaku baik yang dipengaruhi oleh tingkat persepsi buruk sebanyak 23 responden (45,1%).

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini merupakan pembahasan hasil penelitian yang diperoleh. Pembahasan merupakan penjelasan rincian dari hasil penelitian yang dikaitkan dengan tujuan penelitian. Hasil penelitian dibandingkan dan diperkuat dengan hasil penelitian sebelumnya maupun dengan konsep atau teori yang ada. Penjelasan hasil ini berupa analisis univariat dan bivariat dari variabel penelitian.

Analisis univariat dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik responden berdasarkan data demografi serta hasil penelitian dari variabel independen yaitu usia responden, usia awal merokok, jumlah rokok yang dikonsumsi per hari, jenis kelamin, status di RSUD Budhi Asih Jakarta, persepsi perokok terhadap supervisi rumah sakit, tingkat pengetahuan perokok tentang KTR, dan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta. Sedangkan analisis bivariat dalam penelitian ini adalah antara tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta dan persepsi perokok terhadap supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

#### **6.1 Interpretasi dan Pembahasan**

Responden dalam penelitian ini adalah perokok aktif di lingkungan RSUD Budhi Asih Jakarta. Perokok merupakan seseorang yang menghisap asap rokok baik secara langsung maupun tidak langsung. Perokok dibagi menjadi dua, yaitu perokok aktif dan perokok pasif. Perokok aktif mempunyai pengertian orang yang melakukan langsung aktivitas merokok dalam arti mengisap batang rokok yang telah dibakar. Sedangkan perokok pasif adalah seseorang yang tidak melakukan aktivitas merokok secara langsung, akan tetapi ikut menghirup asap yang dikeluarkan oleh perokok aktif. Perokok pasif menghirup sekitar 85% dari asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok aktif. Perokok pasif rentan jadi korban penyakit akibat rokok karena menghirup asap sampingan yang memiliki bahaya tiga kali lebih besar (Crofton & Simpson, 2009).

Jumlah responden terbanyak dalam penelitian ini adalah responden dengan usia 21 tahun sebanyak 9 orang (9,4%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Manik (2009) yang mengidentifikasi hubungan pengetahuan perokok aktif tentang kawasan bebas rokok dengan perilaku merokok pada kawasan bebas rokok di Universitas Indonesia. Penelitian tersebut melibatkan 67 responden dan mendapatkan hasil bahwa usia responden terbanyak adalah 21 tahun (44,8%). Penelitian lainnya yang mendukung adalah penelitian Permatasari, dkk (2010) yang mengidentifikasi determinan tingkat kepatuhan terhadap kawasan tanpa rokok pada mahasiswa tingkat II Universitas Indonesia. Penelitian tersebut melibatkan 103 responden dan menunjukkan bahwa usia responden terbanyak adalah responden dengan usia 20 tahun (49,51%).

Hasil penelitian ini didukung oleh data dari Crofton (2000) bahwa di negara-negara berpenghasilan rendah, sebagian besar perokok mulai merokok pada usia awal 20-an. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang mendapatkan responden terbanyak dengan usia 21 tahun. Menurut Crofton (2009), banyak penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang masih kecil sudah mengenal merek-merek rokok yang diiklankan secara luas. Hal ini memicu anak-anak untuk mencoba merokok dan dapat menyebabkan ketergantungan hingga dewasa.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Akpinar, et al (2006) yang melibatkan 2200 mahasiswa di Universitas Cukurova Turki yang menghasilkan data perilaku merokok meningkat antara usia 13 tahun (26,6%) dan 17 tahun (43,7%). Begitu juga dengan penelitian Sa'adah (2009) yang mengidentifikasi determinan perilaku merokok pada mahasiswi Universitas Indonesia tahun 2009 menghasilkan usia responden terbanyak adalah 19 tahun. Hasil ini juga berbeda dengan penelitian Sapariah (2009) yang mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perokok pada penunggu pasien di RSPG Cisarua Bogor. Penelitian tersebut menghasilkan responden terbanyak berdasarkan usia berjumlah 37 responden (31,9%) dengan usia 36-45 tahun. Sedangkan responden dengan usia 25-36 tahun sebanyak 36 orang (31,0%) dan usia 15-25 tahun sebanyak 31 orang (26,7%).

Responden terbanyak dalam penelitian ini berdasarkan usia awal merokok adalah responden dengan usia awal merokok 17 tahun sebesar 15 responden (15,6%). Jumlah responden paling sedikit adalah responden dengan usia awal 21, 23, 26, dan 36 tahun yaitu masing-masing sebanyak 1 responden (1,0%). Selain itu, didapatkan hasil bahwa usia awal merokok termuda yaitu pada usia 10 tahun sejumlah 3 responden (3,1%) dan usia awal merokok tertua yaitu pada usia 36 tahun sejumlah 1 responden (1,0%). Hasil penelitian ini didukung oleh Data Survei Nasional (2004) dalam Ahsan (2009) menyebutkan sekitar 70% dari perokok di Indonesia memulai kebiasaan merokok sebelum berumur 19 tahun, karena terbiasa melihat anggota keluarganya yang merokok.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Sa'adah (2009) yang mengidentifikasi determinan perilaku merokok pada mahasiswi Universitas Indonesia tahun 2009 menghasilkan rata-rata usia awal responden merokok adalah 16 tahun dan usia awal responden yang termuda adalah 12 tahun. Hasil ini juga berbeda menurut Crofton & Simpson (2009) yang mengungkapkan bahwa di negara-negara berpenghasilan tinggi, sebagian besar perokok mulai merokok pada masa remaja. Di negara-negara berpenghasilan rendah, sebagian besar perokok mulai merokok pada usia awal 20-an, yaitu puncak usia mulai merokok sedang bergeser ke usia yang lebih muda.

Jumlah konsumsi rokok terbanyak dalam penelitian ini adalah responden dengan jumlah konsumsi rokok 12 batang yaitu sebesar 29 responden (30,2%). Jumlah konsumsi paling banyak adalah 36 batang (1,0%) dan paling sedikit 2 batang (1,0%). Triswanto (2007) membagi tipe perokok menjadi tiga yaitu perokok berat (mampu mengonsumsi rokok lebih dari 21 batang per hari); perokok sedang (mampu mengonsumsi rokok 11-21 batang per hari); perokok ringan (mampu mengonsumsi rokok kurang dari 11 batang per hari). Berdasarkan pembagian tersebut, responden terbanyak dalam penelitian ini dapat digolongkan ke dalam tipe perokok sedang yaitu mengonsumsi rokok 11-21 batang per hari.

Data Survey Nasional (2004) dalam Ahsan (2009) menyebutkan 84% perokok Indonesia menghisap 1-12 batang per hari dan 14% menghisap 13-24 batang sehari. Perokok 25 batang atau lebih per hari hanya 1,4%. Tingginya jumlah konsumsi rokok responden berkaitan dengan tingkat ketergantungan. Crofton & Simpson (2009) menjelaskan bahwa perilaku merokok didasari oleh ketergantungan fisik. Ketergantungan fisik yang dialami disebabkan oleh kandungan nikotin yang memberikan dampak menyenangkan. Secara umum semakin banyak rokok yang dihisap, semakin besar pula kecanduannya.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Manik (2009) yang mengidentifikasi hubungan pengetahuan perokok aktif tentang kawasan bebas rokok dengan perilaku merokok pada kawasan bebas rokok di Universitas Indonesia. Jumlah responden terbanyak berdasarkan frekuensi merokok sebesar 41 responden (61,2%) mengonsumsi rokok kurang dari 11 batang per hari. Sedangkan jumlah responden yang mengonsumsi rokok 11-20 batang per hari sebesar 24 responden (35,8%) dan sebesar 2 responden (3%) mengonsumsi 21-30 batang per hari. Hasil yang berbeda juga didapatkan dari penelitian Permatasari, dkk (2010) yang mengidentifikasi determinan tingkat kepatuhan terhadap kawasan tanpa rokok pada mahasiswa tingkat II Universitas Indonesia. Hasil penelitian tersebut menunjukkan responden terbanyak terdapat pada tipe perokok ringan sebesar 71 responden (68,93%) yaitu mengonsumsi rokok kurang dari 11 batang per hari.

Responden dalam penelitian ini berjumlah 96 responden yang merupakan perokok aktif di kawasan tanpa rokok RSUD Budhi Asih. Sebaran responden laki-laki dan perempuan tidak seimbang. Proporsi perokok laki-laki sebanyak 99% sedangkan proporsi perokok perempuan sebanyak 1%. Perbandingan proporsi tersebut mencapai satu banding sembilan puluh sembilan. Hal ini sesuai dengan data *The ASEAN Tobacco Control Report* (2007) dalam Marsanah (2009) yang menyebutkan bahwa Indonesia merupakan negara perokok terbanyak di antara negara-negara ASEAN. Prevalensi perokok menurut jenis kelamin adalah pria sebesar 63% dan wanita 4,5% dari jumlah perokok di Indonesia.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Sapariah (2009) yang mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perokok pada penunggu pasien di RSPG Cisarua Bogor. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki sebesar 87 responden (75,0%). sedangkan responden berjenis kelamin perempuan sebesar 29 responden (25,0%).

Penelitian ini membagi status responden di rumah sakit menjadi tiga kategori yaitu, tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan, dan pengunjung (pasien/keluarga pasien). Hasil menunjukkan bahwa responden terbesar adalah pengunjung (pasien/keluarga pasien) sebesar 62%. Sedangkan tenaga non kesehatan sebesar 34% dan tenaga kesehatan sebesar 4%. Hasil ini lebih rendah dari survei kesehatan mengenai "Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Dokter dan Perawat di DKI Jakarta terhadap Rokok" pada bulan Februari hingga April 2005 dan dipaparkan oleh Abdi (2010) menunjukkan 13,3% dokter dan perawat merokok. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa kesadaran tentang bahaya merokok oleh tenaga kesehatan sudah cukup tinggi, sehingga hanya sedikit tenaga kesehatan yang merokok. Selain itu pemberlakuan peraturan KTR di rumah sakit turut mempengaruhi kesadaran tenaga kesehatan untuk tidak merokok di lingkungan rumah sakit.

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa responden memiliki tingkat pengetahuan rendah tentang KTR yaitu sebesar 58 responden (60%), sedangkan sebesar 38 responden (40%) memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang KTR. Hasil ini sesuai dengan penelitian Manik (2009) yang mengidentifikasi hubungan pengetahuan perokok aktif tentang kawasan bebas rokok dengan perilaku merokok pada kawasan bebas rokok di Universitas Indonesia. Penelitian tersebut melibatkan 67 responden dan menunjukkan bahwa sebesar 52,2% perokok memiliki pengetahuan rendah dan sebesar 47,8% perokok memiliki pengetahuan tinggi.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Sa'adah (2009) yang mengidentifikasi determinan perilaku merokok mahasiswi Universitas Indonesia tahun 2009. Hasil penelitian tersebut menunjukkan responden terbanyak berdasarkan tingkat pengetahuan adalah sebanyak 57 responden (54,3%) memiliki tingkat pengetahuan tinggi. Sedangkan sebanyak 48 responden (45,7%) memiliki tingkat pengetahuan rendah.

Tingkat pengetahuan perokok untuk fakta-fakta tentang dampak yang merugikan ini beragam. Sebagian besar responden sejumlah 80 orang (83,3%) mengetahui bahwa asap rokok dapat menyebabkan gangguan pemapasan bagi orang yang tidak merokok. Sebanyak 52 responden (54,2%) mengetahui bahwa yang paling banyak menghirup asap rokok adalah orang di sekitar perokok. Dari kedua pertanyaan tersebut diketahui bahwa perokok aktif telah mengetahui dan menyadari akan bahaya yang ditimbulkan oleh asap rokok terhadap perokok pasif terutama dalam masalah pemapasan. Hasil ini sesuai dengan penelitian Angela (2008) terhadap 100 responden mengenai hubungan pengetahuan perokok aktif tentang bahaya merokok dengan frekuensi merokok mahasiswa UI. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa 55% responden memiliki pengetahuan tinggi mengenai bahaya merokok, dan 45% memiliki pengetahuan yang rendah.

Tingkat pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa hal. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, tetapi terutama dipengaruhi oleh luasnya kampanye kesehatan masyarakat (Crofton, 2009). Dalam penelitian ini, kampanye kesehatan masyarakat diwujudkan dalam bentuk publikasi tentang kawasan dilarang merokok di RSUD Budhi Asih Jakarta. Sebagian besar responden mengetahui tentang KTR melalui media spanduk/poster/baliho yang tersebar di tempat-tempat strategis di rumah sakit seperti dekat pintu masuk, dekat lift, ruang kerja karyawan, dan area parkir. Pengetahuan responden mengenai tujuan pemberlakuan kawasan tanpa rokok masih rendah, hanya 33 responden (34,4%) yang menjawab benar.

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa sebagian besar responden memiliki persepsi yang baik terhadap supervisi rumah sakit yaitu sebanyak 51 responden (53%), sedangkan sebanyak 45 responden (47%) responden memiliki persepsi yang buruk. Setiap orang memiliki persepsi yang berbeda terhadap suatu objek yang diamatinya. Robbins (2002) menjelaskan beberapa faktor mempengaruhi seseorang untuk mempersepsikan objek, yaitu: subjek, objek atau sasaran yang diamati lalu dipersepsikan, dan konteks di mana persepsi itu dibuat atau dilakukan. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa persepsi responden terhadap supervisi rumah sakit berbeda-beda. Sebanyak 48 responden (50%) sangat menyetujui peraturan KTR di rumah sakit.

Pelaksanaan kegiatan supervisi bukan mencari kesalahan tetapi lebih banyak mengandung unsur pembinaan agar kondisi pekerja yang disupervisi dapat diketahui kekurangannya sehingga dapat diperbaiki (Arikunto, 2004). RSUD Budhi Asih Jakarta melakukan supervisi dengan pemakaian kamera pengawas (CCTV) untuk mengawasi perokok. Sebanyak 60 responden (62,5%) menyetujui penggunaan kamera pengawas (CCTV) untuk mengawasi perokok. Kegiatan di dalam supervisi di antaranya adalah inspeksi pekerjaan orang lain, mengevaluasi penampilan, dan mengoreksi penampilan (Gillies, 1994). Dalam penelitian ini, kegiatan di dalam supervisi termasuk pemberian sanksi kepada perokok yang melanggar peraturan. Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 48 responden (50%) setuju bahwa sanksi yang diberikan akan membuat perokok jera.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden memiliki perilaku buruk yaitu sebanyak 53 responden (55%) dan sebanyak 43 responden (45%) memiliki perilaku baik. Perilaku merupakan sebuah aktivitas untuk mencapai tujuan dan merupakan reaksi terhadap stimulus. Perilaku berkaitan dengan situasi lingkungan di sekitarnya. Jadi, lingkungan tersebut mempengaruhi perilaku seseorang. Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dalam penelitian ini, perilaku perokok merupakan reaksi atau respon terhadap pengetahuan dan supervisi rumah sakit tentang KTR.

Responden dalam penelitian ini sebanyak 29 responden (30,2%) mengakui bahwa responden selalu merokok untuk menghilangkan cemas. Hal ini sesuai dengan teori Crofton & Simpson (2009) yang menyatakan bahwa merokok memiliki hubungan yang kuat dengan aktivitas tertentu. Misalnya, beberapa orang merokok setiap kali beristirahat dengan minum teh atau kopi. Perokok juga menganggap bahwa rokok dapat membuat ketenangan dan penghilang stres. Bagi beberapa orang, merokok dianggap sebagai aktivitas untuk mengisi waktu jika sedang bosan atau hanya sekedar melakukan sesuatu dengan tangan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 67 responden (69,8%) selalu berusaha untuk tidak merokok di lingkungan rumah sakit. Pernyataan ini berkaitan erat dengan kepatuhan responden terhadap peraturan KTR di rumah sakit. Kepatuhan merupakan suatu bentuk kerelaan dari individu untuk mengikuti perintah. Biasanya perintah tersebut berasal dari individu yang mempunyai pengaruh atau kekuasaan terhadap orang yang diperintah (Milgram, 1974). Agar sebuah peraturan dipatuhi atau ditaati maka perlu dibuat sebuah sistem yang terdiri dari *reinforcement*, *reward* dan *punishment* sehingga ada dorongan dari orang-orang atau pihak-pihak yang terkait agar mematuhi suatu peraturan (Martin & Pear, 2003).

Responden dalam penelitian ini memiliki kepatuhan yang tinggi terhadap KTR karena terdapat sistem sanksi yang jelas dan tegas terhadap pelanggaran. Hasil ini berbeda dengan penelitian Sulastri & Widyaningsih (2008) yang bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kepatuhan perokok terhadap Pergub DKI Jakarta. Penelitian yang menggunakan metode *cross sectional* pada 130 perokok ini menunjukkan hanya 28% dari jumlah perokok yang diteliti memenuhi Pergub DKI Jakarta, sementara 72% lainnya tidak memenuhi Pergub DKI Jakarta. Tingkat kepatuhan terhadap Pergub tersebut dipengaruhi oleh jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan tingkat pengetahuan terhadap Pergub.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 26 responden (27,1%) menyatakan selalu mengganti kegiatan merokok dengan permen saat berada di KTR. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2007), substitusi adalah penggantian barang-barang. Penggantian barang tersebut dilakukan jika barang yang seharusnya digunakan tidak ada atau tidak diperbolehkan sehingga digantikan oleh barang yang lain. Dalam hal ini, responden sudah menyesuaikan dengan peraturan tersebut sehingga mencari pengganti kegiatan merokok dengan kegiatan lain. Kegiatan lain yang dapat dilakukan untuk mengganti merokok adalah dengan makan permen.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 51 responden (53,1%) menyatakan bahwa responden tidak merokok demi perbaikan kesehatan. Becker (1979) dalam Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa perilaku tidak merokok merupakan salah satu bentuk perilaku hidup sehat, yaitu perilaku yang berkaitan dengan upaya seseorang untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian ini, sebagian besar responden sudah mampu menerapkan perilaku ini ketika berada di KTR.

Analisis bivariat mengenai hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dengan perilaku perokok diperoleh 33 responden (56,3%) yang memiliki tingkat pengetahuan rendah dan berperilaku buruk. Sebanyak 25 responden (43,1%) memiliki tingkat pengetahuan rendah dan berperilaku baik. Sedangkan sebanyak 20 responden (52,6%) memiliki tingkat pengetahuan tinggi dan berperilaku baik, serta sebanyak 18 responden (47,4%) memiliki tingkat pengetahuan tinggi dan berperilaku buruk. Hasil uji *Chi Square* pada penelitian ini memperlihatkan  $p=0,841$ . Karena  $p > \alpha 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  gagal ditolak yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan teori perilaku yang dikemukakan oleh Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan seseorang mempengaruhi perilaku. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan bertahan lebih lama daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni: *awareness* (kesadaran), orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu; *interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus; *evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi; *trial*, orang telah mencoba perilaku baru; *adoption*, subjek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikap seseorang terhadap stimulus.

Penelitian yang dilakukan oleh Rogers (1974) selanjutnya menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap di atas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat tahan lama (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

Teori Rogers tersebut sesuai dengan hasil penelitian Sapariah (2009) yang mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku perokok pada penunggu pasien di RSPG Cisarua Bogor. Penelitian deskriptif korelatif ( $p=0,003$  dengan  $\alpha=0,005$ ) pada sampel 116 responden menunjukkan bahwa dari 21 responden yang berpengetahuan rendah 100% responden tetap merokok di lingkungan RSPG Cisarua Bogor, sedangkan dari 95 responden yang berpendidikan tinggi, ada 62 responden (65,3%) yang merokok di lingkungan RSPG Cisarua Bogor. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan tidak mempengaruhi perilaku perokok di KTR.

Teori kognitif menyatakan bahwa seseorang harus memilih perilaku mana yang harus dilakukan untuk memilih alternatif perilaku yang akan membawa manfaat yang sebesar-besarnya bagi orang tersebut (Walgito, 2002). Teori ini berbeda dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan tinggi tentang KTR mempunyai perilaku merokok yang buruk walaupun responden mengetahui manfaat pentingnya tidak merokok di KTR. Responden yang memiliki pengetahuan rendah juga mempunyai perilaku merokok yang buruk. Dapat disimpulkan bahwa baik responden yang mengetahui atau tidak manfaat KTR tetap merokok, karena responden lebih merasakan manfaat yang besar dari rokok yang dihisap daripada manfaat pemberlakuan KTR.

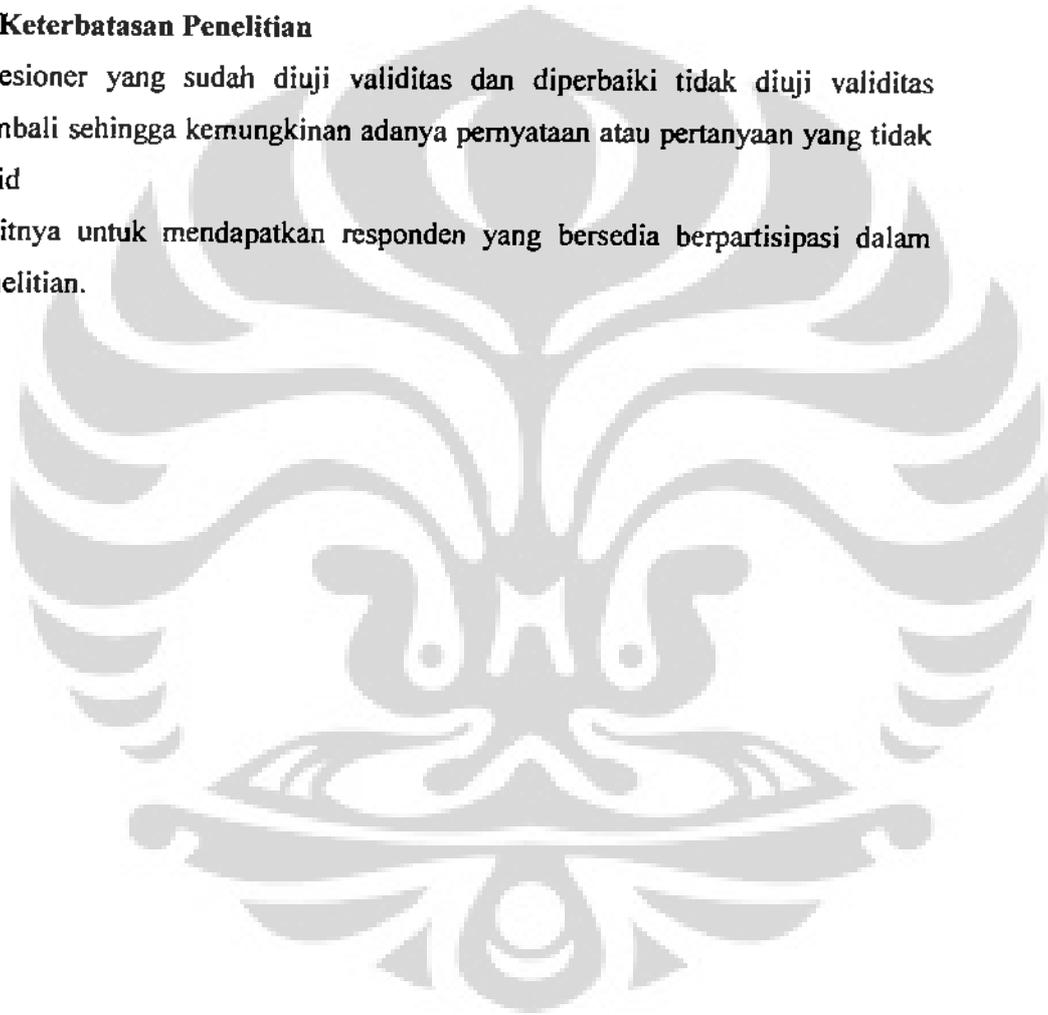
Analisis bivariat lainnya mengenai hubungan persepsi perokok terhadap supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok diperoleh 30 responden (66,7%) yang memiliki persepsi buruk dan berperilaku buruk. Sebanyak 15 responden (33,3%) memiliki persepsi buruk dan berperilaku baik. Sedangkan sebanyak 23 responden (45,1%) memiliki persepsi baik dan berperilaku buruk serta 28 responden (54,9%) memiliki persepsi baik dan perilaku baik. Hasil uji *Chi Square* pada penelitian ini memperlihatkan  $p=0,055$ . Karena  $p>\alpha 0,05$ , dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  gagal ditolak yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi perokok terhadap supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

Potter & Perry (2005) menjelaskan bahwa tingkat kepatuhan individu dipengaruhi oleh motivasi pribadi dan tingkat pengetahuan terhadap suatu peraturan, program, atau prosedur. Individu yang memiliki motivasi tertentu terhadap suatu peraturan, program, atau prosedur tersebut cenderung akan lebih bersemangat dan berkomitmen untuk mematuhi. Dorongan dari pihak lain (*significant others*) dan pelaksanaan program yang terus menerus dan konsisten (kontinuitas) juga mempengaruhi tingkat kepatuhan. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori tersebut yang menunjukkan bahwa responden dengan persepsi tentang supervisi RSUD Budhi Asih Jakarta yang baik juga memiliki perilaku yang baik.

Teori perilaku yang mendukung hasil penelitian ini diungkapkan Walgito (2002) yaitu teori insentif. Teori ini bertitik tolak pada pendapat bahwa perilaku seseorang itu disebabkan karena adanya insentif. Insentif akan mendorong seseorang untuk berbuat atau berperilaku. Insentif atau disebut juga sebagai *reinforcement* ada yang positif dan ada juga yang negatif. Dalam penelitian ini, *reinforcement* yang dimaksud berupa supervisi RSUD Budhi Asih Jakarta dan sanksi yang diberikan kepada perokok yang melanggar peraturan.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

1. Kuesioner yang sudah diuji validitas dan diperbaiki tidak diuji validitas kembali sehingga kemungkinan adanya pernyataan atau pertanyaan yang tidak valid
2. Sulitnya untuk mendapatkan responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian.



## BAB VII

### PENUTUP

#### 7.1 Kesimpulan

Penelitian dengan melibatkan 96 responden di RSUD Budhi Asih Jakarta menggunakan desain deskriptif korelatif dan bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta. Hasil penelitian ini didapatkan perokok aktif paling banyak berusia 21 tahun berjumlah 9 responden (9,4%). Responden dengan usia awal merokok terbanyak yaitu 15 responden (15,6%) mulai mengonsumsi rokok pada usia 17 tahun. Berdasarkan konsumsi rokok, jumlah responden terbanyak adalah responden dengan jumlah konsumsi rokok 12 batang yaitu 29 responden (30,2%) dan digolongkan tipe perokok sedang. Sebagian responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki sebanyak 95 responden (99%). Berdasarkan status di RSUD Budhi Asih Jakarta, sebanyak 59 responden (62%) merupakan pengunjung (pasien/keluarga pasien).

Hasil penelitian ini juga menunjukkan jumlah responden terbanyak yaitu 58 responden (60%) mempunyai tingkat pengetahuan yang rendah tentang KTR dan hanya 38 responden (40%) mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi tentang KTR. Jumlah responden terbanyak yaitu 51 responden (53%) memiliki persepsi yang baik terhadap supervisi rumah sakit dan hanya 45 responden (47%) memiliki persepsi yang buruk. Jumlah responden terbanyak yaitu 53 responden (55%) memiliki perilaku yang buruk dan hanya 43 responden (45%) berperilaku baik.

Analisis hasil bivariat menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dengan perilaku perokok di KTR ( $p=0,841$  dengan  $\alpha=0,05$ ). Hasil penelitian lainnya menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat persepsi perokok terhadap supervisi rumah sakit tentang KTR dengan perilaku perokok di KTR ( $p=0,055$ ,  $\alpha=0,05$ ).

## 7.2 Rekomendasi

### 1. RSUD Budhi Asih

Penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pihak rumah sakit terkait supervisi dan pengetahuan mengenai peraturan KTR yang telah ditetapkan di RSUD Budhi Asih. Dalam hal melakukan supervisi, selain CCTV dan pengawasan oleh petugas keamanan, pihak rumah sakit dapat menetapkan sanksi yang lebih jelas, tegas, dan berlaku bagi siapapun yang melanggar. Selain itu, hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan jenis penyuluhan kesehatan terkait bahaya merokok.

### 2. Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat melibatkan jumlah responden lebih banyak dan memperluas area penelitian lebih dari satu rumah sakit sehingga hasil penelitian diharapkan dapat semakin mendekati kebenaran.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, Z. (2010). *Yayasan LM3 20 tahun yayasan lembaga menanggulangi masalah merokok (1990-2010) tiada kata menyerah*. Jakarta: Yayasan LM3.
- Aditama, T. Y. (1997). *Rokok dan kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).
- Ahsan, A., dkk. (2009). *Dampak tembakau dan pengendaliannya di Indonesia*. Jakarta: Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Akpinar, E., et al. (2006). *The smoking prevalence and the determinants of smoking behavior among students in Cukurova University. Southern Turkey*. Diambil pada 24 Maret 2011 di <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v55n6/a09v55n6.pdf>
- Angela, S. (2008). *Hubungan pengetahuan perokok aktif tentang bahaya merokok dengan frekuensi merokok mahasiswa UI*. Riset tidak diterbitkan. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Arikunto, S. (2004). *Dasar-dasar supervisi: Buku pegangan kuliah*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization 4<sup>th</sup> Edition*. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Crofton, J. & Simpson, D. (2009). *Tembakau: Ancaman global*. Jakarta: PT. Elex Media Computindo.
- Donatelle, R. J. (1996). *Health: The basic 2<sup>nd</sup> edition*. Boston: Allyn and Bacon.
- Fitria, R. (2010). *Gubernur DKI: Larangan merokok berlaku juga di gedung DPR*. Diambil pada tanggal 9 November 2010 di <http://www.tempointeraktif.com/hg/jakarta/2010/10/15/brk.20101015-285037.id.html>.
- Gepenk. (2008). *Rokok bisa membunuh jantung perokok aktif dan perokok pasif dengan berbagai racun berbahaya*. Diambil pada tanggal 19 Desember 2010 di <http://organisasi.org/rokok-bisa-membunuh-jantung-perokok-aktif-dan-perokok-pasif-dengan-berbagai-racun-berbahaya>.
- Gillies, D. A. 1994. *Nursing management: A system approach 3<sup>rd</sup> edition*. Amerika: W.B. Saunders Company.
- Hastono, S. P. (2006). *Basic data analysis far health research*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hastono, S. P. & Sabri, L. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

- Hidayat, A. A. A. (2007). *Metode penelitian keperawatan & teknik penulisan ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hungler, B. & Polit, D. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice 8<sup>th</sup> edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Manik, V. R. R. (2009). *Hubungan tingkat pengetahuan perokok aktif tentang kawasan bebas rokok dengan perilaku merokok pada kawasan bebas rokok di Universitas Indonesia Depok*. Riset tidak diterbitkan. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Marsanah. (2009). *Indonesia Negara Perokok Terbesar Se-ASEAN*. Diambil pada tanggal 11 Desember 2010 di <http://female.kompas.com/read/2009/10/11/13355135/indonesia.negara.perokok.terbesar.se-asean>.
- Martin, G. & Pear, J. (2003). *Behaviour modification: What it is and how to do it 7<sup>th</sup> edition*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Milgram, S. (1974). *Obedience of authority: An experimental view*. London: Tavistock Publication Ktd.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu kesehatan masyarakat: Prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pemprov DKI Jakarta. (2005). *Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta No. 75 Tahun 2005 Tentang Kawasan Dilarang Merokok*. Diambil pada tanggal 18 Desember 2010 di <http://prov.jakarta.go.id/jakv1/produkhukum/search>
- Permatasari, D. H., Sativa, E. O., & Hidayah W. A. N. (2010). *Determinan tingkat kepatuhan terhadap kawasan tanpa rokok pada mahasiswa tingkat II Universitas Indonesia*. Riset tidak diterbitkan. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktek edisi 2*. St. Louis: Mosby-Year Book, inc.
- Robbins, Stephen P. (2002). *Prinsip-prinsip Perilaku Organisasi*. (Halida, Alih bahasa). Jakarta: Erlangga
- Sa'adah, M. I. (2009). *Determinan perilaku merokok pada mahasiswi Universitas Indonesia tahun 2009*. Riset tidak diterbitkan. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- Safitri, D. (2010). *Rokok yang mematikan*. Diambil pada tanggal 12 Desember 2010 di [http://www.bbc.co.uk/indonesia/laporan\\_khusus/2010/05/100521\\_tobacco2negativeewi.shtml](http://www.bbc.co.uk/indonesia/laporan_khusus/2010/05/100521_tobacco2negativeewi.shtml).
- Sahara, I. (2009). *Perilaku merokok pada mahasiswa Universitas Indonesia*. Riset tidak diterbitkan. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Salunke, S. (2008). *Mpower upaya pengendalian konsumsi tembakau*. Jakarta: WHO: Country Office for Indonesia.
- Situmorang, W. (2008). *Kisah sukses kawasan tanpa rokok di provinsi DKI Jakarta*. Diambil pada tanggal 9 November 2010 di <http://www.kebijakankesehatan.co.cc/2008/11/kisah-sukses-kawasan-tanpa-rokok-di.html>.
- Tim Penyusun FEUI. (2010). *Profil tembakau*. Depok: Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia
- Tim penyusun kamus pusat pengembangan bahasa. (2007). *Kamus besar bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Triswanto, S.D. (2007). *Stop Smoking*. Yogyakarta : Progresif books.
- Wahyuningsih, M. (2010). *Benarkah merokok hak individu yang tak boleh diganggu-gugat?*. Diambil pada tanggal 9 November 2010 di <http://www.detikhealth.com/read/2010/10/27/174524/1476859/763/benarkah-merokok-hak-individu-yang-tak-boleh-diganggu-gugat?d883301heal>.
- Walgito, Bimo. (2002). *Psikologi sosial (suatu pengantar)*. Yogyakarta: Andi Offset
- Wibowo, E. (2010). *Jumlah perokok Indonesia terbesar ketiga dunia*. Diambil pada tanggal 9 November 2010 di <http://www.go4healthylife.com/articles/1564/1/Jumlah-Perokok-Indonesia-Terbesar-Ketiga-Dunia/Page1.html>.
- Widyaningsih, T. & Sulastri. (2009). *Kepatuhan perokok terhadap perda DKI Jakarta*. Riset tidak diterbitkan. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Yth. Calon Responden

Jakarta, Mei 2011

Di Tempat

Dengan hormat,

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	NPM
Duhana Farani Salmy	0706270434
Hafidzah Fitriyah	0706270655
Listarina Noviani	0706270831
Puput Winari Astuti	0706271033

adalah mahasiswa tingkat akhir program S1 reguler angkatan 2007 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Tingkat Pengetahuan Perokok tentang KTR dan Supervisi Rumah Sakit dengan Perilaku Perokok di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta". Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.

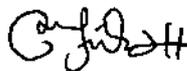
Penelitian ini menggunakan alat pengumpul data berupa kuesioner yang akan diisi oleh responden, kemudian data tersebut akan diolah menjadi hasil penelitian. Kami selaku peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan jawaban Anda. Tidak ada resiko yang mungkin terjadi dalam penelitian ini, responden tidak mendapatkan manfaat langsung dari penelitian ini akan tetapi partisipasi responden dapat bermanfaat bagi penelitian. Adapun waktu yang diperlukan untuk mengisi kuesioner penelitian ini sekitar 15 menit.

Responden berhak untuk menerima penjelasan mengenai prosedur, pengisian kuesioner dari peneliti. Setelah membaca uraian yang telah disampaikan, Anda dapat menolak atau tidak terlibat dalam penelitian ini tanpa dikenakan sanksi apapun. Apabila Anda bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda dapat menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Setelah mengisi kuesioner ini, Anda berhak mendapatkan souvenir yang telah kami sediakan sebagai ucapan terima kasih kami.

Hormat Kami,



(Duhana Farani)



(Hafidzah Fitriyah)



(Listarina Noviani)



(Puput Winari)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

- Judul penelitian** : Hubungan Tingkat Pengetahuan Perokok tentang KTR dan Supervisi Rumah Sakit dengan Perilaku Perokok di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta
- Tujuan penelitian** : Mengeksplorasi hubungan tingkat pengetahuan perokok tentang KTR dan supervisi rumah sakit dengan perilaku perokok di RSUD Budhi Asih Jakarta.
- Peneliti** : 1. Duhana Farani Salmy (0706270434)  
2. Hafidzah Fitriyah (0706270655)  
3. Listarina Noviani (0706270831)  
4. Puput Winari Astuti (0706271033)
- Pembimbing** : Hanny Handiyani, S.Kp., M. Kep.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Setelah membaca dan memahami penjelasan yang diberikan saya mengerti bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi saya. Segala informasi yang saya berikan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan saya diberi kesempatan oleh peneliti untuk bertanya tentang hal-hal yang belum di mengerti. Apabila di dalam pertanyaan kuesioner menimbulkan rasa tidak nyaman bagi saya, maka saya berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa ada sanksi apapun. Jika ada hal-hal yang kurang jelas, saya dapat menghubungi peneliti (Listarina, 085213371133 atau Duhana, 08561425382).

Demikian surat pernyataan ini buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, Mei 2011

Responden

Saksi

( )

( )

## LEMBAR KUESIONER

Tanggal pengambilan data : .....

No.responden : ..... (diisi oleh peneliti)

### A. DATA UMUM

Inisial : .....

Usia : .....tahun

Usia awal merokok.....tahun

Jumlah rata-rata rokok yang dikonsumsi per hari : ..... batang

Jenis kelamin :  laki-laki  perempuan

Di RS Budhi Asih sebagai:  tenaga kesehatan  
 tenaga non kesehatan  
 pengunjung (pasien/ keluarga pasien)

### B. LEMBAR ISIAN I

Petunjuk: Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan **melingkari jawaban** yang Anda pilih.

1. Menurut Anda, siapakah yang dirugikan oleh asap rokok?
  - a. Perokok dan orang di sekitarnya
  - b. Perokok saja
  - c. Tidak ada
  
2. Menurut Anda, jika orang merokok dan ada orang di sekitarnya, siapakah yang paling banyak menghisap asap rokok tersebut?
  - a. Perokok
  - b. Orang lain yang berada di sekitar perokok
  
3. Menurut Anda, apakah asap rokok dapat menyebabkan gangguan pernapasan bagi orang yang tidak merokok?
  - a. Ya
  - b. Tidak
  - c. Tidak tahu
  
4. Apakah Anda tahu tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR)?
  - a. Ya
  - b. Tidak



**C. LEMBAR ISIAN 2**

Petunjuk:

Pada lembar isian 2 ini, isilah jawaban yang sesuai dengan yang Anda pilih dengan memberikan tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia. JIKA terjadi kesalahan atau kekeliruan dalam mengisi jawaban, maka jawaban yang salah diberi tanda sama dengan (↔) kemudian berilah tanda centang pada jawaban yang benar.

Keterangan:

- STS : Sangat tidak setuju
- TS : Tidak setuju
- S : Setuju
- SS : Sangat setuju

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Tidak ada yang menegur saya ketika saya merokok di rumah sakit				
2.	Saya menyetujui peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di rumah sakit				
3.	Satpam berhak menegur siapapun yang merokok di rumah sakit				
4.	Rumah sakit tidak berhak melarang perokok untuk merokok				
5..	Penggunaan kamera pengawas (CCTV) di RS Budhi Asih bertujuan untuk mengawasi perokok				
6..	Saya mendukung penggunaan kamera pengawas (CCTV) untuk mengawasi perokok				
7.	Saya tidak menyukai penggunaan kamera pengawas (CCTV) untuk mengawasi perokok				
8.	Sanksi yang diberikan akan membuat perokok jera				
9.	Saya tidak pernah dikenai sanksi ketika merokok di Kawasan Tanpa Rokok (KTR)				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
10.	Pelaksanaan program Kawasan Tanpa Rokok (KTR) masih belum jelas sehingga saya masih meroko! di Kawasan Tanpa Rokok (KTR)				

**Keterangan:**

- STS : Sangat tidak setuju
- TS : Tidak setuju
- S : Setuju
- SS : Sangat setuju



**D. LEMBAR ISIAN 3**

Petunjuk:

Pada lembar isian 3 ini, isilah jawaban yang sesuai dengan yang Anda pilih dengan memberikan tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia. JIKA terjadi kesalahan atau kekeliruan dalam mengisi jawaban, maka jawaban yang salah diberi tanda sama dengan (≠) kemudian berilah tanda centang pada jawaban yang benar.

Keterangan:

- TP : Tidak Pernah  
(jika responden tidak pernah sama sekali melakukan hal yang ada di dalam lembar pernyataan)
- JR : Jarang  
(jika frekuensi responden melakukan hal yang ada di dalam lembar pernyataan lebih sedikit daripada tidak melakukan hal yang terdapat dalam lembar pernyataan)
- SR : Sering  
(jika frekuensi responden melakukan hal yang ada di dalam lembar pernyataan lebih banyak daripada tidak melakukan hal yang terdapat dalam lembar pernyataan)
- SL : Selalu  
(jika responden selalu melakukan hal yang ada di dalam lembar pernyataan)

No.	Pernyataan	TP	JR	SR	SL
1.	Saat berada di rumah sakit dan saya ingin merokok, saya akan keluar dari kawasan rumah sakit				
2.	Saat berada di Kawasan Tanpa Rokok (KTR), saya mengganti rokok dengan makan permen				
3.	Saya merokok untuk menghilangkan cemas				
4.	Saya merasa senang jika bisa mematuhi peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di rumah sakit				

No.	Pernyataan	TP	JR	SR	SL
5.	Saya berusaha untuk tidak merokok di Kawasan Tanpa Rokok (KTR)				
6.	Saya akan tetap merokok di Kawasan Tanpa Rokok (KTR) bila saya ingin merokok				
7.	Saya terbiasa melanggar peraturan yang tidak sejalan dengan pemikiran saya				
8.	Saya tidak merokok di rumah sakit demi perbaikan kesehatan saya				
9.	Saya tetap merokok di rumah sakit walaupun rumah sakit tersebut telah menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)				
10.	Saya tidak dapat menahan keinginan untuk merokok dimanapun saya berada				

**Keterangan:**

- TP : Tidak Pernah
- JR : Jarang
- SR : Sering
- SL : Selalu



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Lampiran 4

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121, Faks. 7864124  
Email : [humasfik.ui.edu](mailto:humasfik.ui.edu) Web Site : [www.fik.ac.id](http://www.fik.ac.id)

Nomor : **GIS /H2.F12.D1/PDP.04.04/2011**

17 Maret 2011

Lamp : 1 berkas

Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.  
Kepala Biro Kesbang  
Di Tempat

Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan-Universitas Indonesia (FIK-UI) :

No.	Nama Mahasiswa	NPM
1.	Duhana Farani S	0706270434
2.	Hafidzah Fitriyah	0706270655
3.	Listarina Noviani	0706270831
4.	Puput Winari	0706271033

Akan mengadakan riset dengan judul: "Hubungan Tingkat Pemahaman Perokok Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Dengan Perilaku Perokok Di RSUD Budhi Asih Jakarta."

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu mengizinkan mahasiswa FIK-UI untuk melakukan penelitian di RSUD Budhi Asih Jakarta

Atas perhatian Bapak/Ibu dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih



Dekan

*[Signature]*  
Sri Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD  
19570115 198003 2 002

Tembusan :

- 1 Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
4. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA DEPOK  
KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS KOTA DEPOK

Lampiran 4

Jln. Pemuda No. 70 B Pancoran Mas - Depok 16431

Telp./Fax. (021) 77204704

Depok, 22 Maret 2011

No : 070.2/ 232 -KesbangPol & Linmas  
Lampiran : -  
Prihal : Pengantar Untuk Rekomendasi

Kepada  
Yth Kepala Dinas/Kantor Kesbang.Pol & Linmas  
DKI JAKARTA  
di  
DKI JAKARTA

Membaca : Surat dari :Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan, tanggal 17 Maret 2011, No:318/H2.F12.D1/PDP.04.04/2011, tentang Permohonan Izin Penelitian

Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 08 Tahun 2008, Tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD).  
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 Tahun 2008, Tentang : Rincian Tugas, Fungsi dan tata Kerja kantor Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat ( KesbangPol & Linmas)

Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka :  
Dengan ini kami tidak keberatan membuar surat pengantar ke Dinas / Kantor KesbaPol & Linmas DKI Jakarta atas :

Nama/No. Pokok : 1. Duhana Farani S / 0706270434  
Mhs 2. Hafidzah Fitriyah / 0706270655  
3. Listarina Novimi/ 0706270831  
4. Puput Winari/ 0706271033

Tingkat/Smt : IV  
Judul Tugas Akhir : " Hubungan Tingkat Pemahaman Perokok Tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Dengan Perilaku di RSUD Budhi Asih Jakarta "

Demikian pengantar ini disampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih

An. KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS  
Kasi Linmas



**Tembusan** : Disampaikan kepada Yth,  
1. Walikota Depok ( sebagai laporan )  
2. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
3. Ybs



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK** Lampiran 5

Jalan Abdul Muis No. 66 Telp. 3800590 Fax. 3454451

JAKARTA

Kode Pos : 10160

nomor : 990 / - 1751  
 t : Penting  
 ppiran :  
 : Izin penelitian

31 Maret 2011

Kepada

Yth. Kepala Biro Tata Pemerintahan Setda  
 Provinsi DKI Jakarta  
 di  
 Jakarta

**REKOMENDASI**

Sehubungan dengan surat Kantor Kesbangpol dan Linmas Kota Depok Pemerintah Kota Depok Nomor : 070.2/232-KesbangPol&Linmas tanggal 22 Maret 2011, hal izin penelitian, dengan ini diberikan rekomendasi kepada:

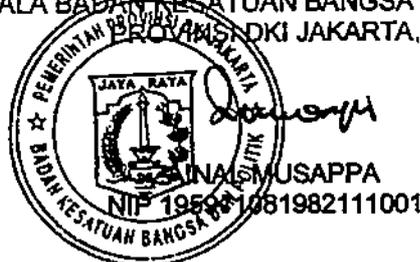
Nama : Hafizhah Fitriyah, dkk  
 Alamat : Jl. Mawaddah II No.05 Islamic Village RT.006 RW.014  
 Kelurahan Kelapa Dua Kecamatan Kelapa Dua Tangerang  
 Provinsi Banten  
 Pekerjaan : Mahasiswa  
 No. Mahasiswa/ KTP : 3603264606890003  
 Tingkat : S1  
 Universitas/Fak : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
 Tujuan : Judul Penelitian "Hubungan tingkat pemahaman perokok  
 tentang pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)  
 dengan perilaku perokok di Rumah Sakit Budhi Asih  
 Jakarta"  
 Waktu : 1 April 2011 s.d 1 Juni 2011  
 Peserta : 4 (empat) orang  
 Lokasi : Provinsi DKI Jakarta  
 Penanggung jawab : Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD.

Untuk melakukan Penelitian dimaksud, dengan ketentuan :

1. Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu melapor kepada pimpinan daerah/wilayah setempat.
2. Mematuhi peraturan-peraturan yang berlaku di daerah / wilayah setempat.
3. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang materinya bertentangan dengan topik/judul penelitian dimaksud.
4. Ijin Rekomendasi yang diberikan dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian disampaikan untuk menjadi bahan lebih lanjut.

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
 PROVINSI DKI JAKARTA,



busan :

Gubernur Provinsi DKI Jakarta  
 Sekretaris Daerah Provinsi DKI Jakarta  
 Asisten Pemerintahan Sekda Provinsi DKI Jakarta

**PERATURAN GUBERNUR PROVINSI DAERAH  
KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
NOMOR 75 TAHUN 2005**

**TENTANG  
KAWASAN DILARANG MEROKOK  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
GUBERNUR PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA,**

**Menimbang:**

- a. bahwa rokok merupakan salah satu zat adiktif yang bila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat baik selaku perokok aktif maupun perokok pasif, oleh sebab itu diperlukan perlindungan terhadap bahaya rokok bagi kesehatan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan;
- b. bahwa untuk udara yang sehat dan bersih hak bagi setiap orang, maka diperlukan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk mencegah dampak penggunaan rokok baik langsung maupun tidak langsung terhadap kesehatan, guna terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal;
- c. bahwa sebagai pelaksanaan lebih lanjut Pasal 13 dan Pasal 24 Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara, perlu dilakukan pengaturan kawasan dilarang merokok sebagai upaya menciptakan udara yang sehat dan bersih;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b dan c, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Kawasan Dilarang Merokok.

**Mengingat:**

1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974 tentang Pokok-pokok Kepegawaian sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999;
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup;
4. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
5. Undang-Undang Nomor 34 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Negara Republik Indonesia Jakarta;
6. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Azasi Manusia;
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak;
8. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 tentang Bangunan Gedung;
9. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan;

10. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
11. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
12. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan kokok Bagi Kesehatan;
14. Peraturan Daerah Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 9 Tahun 1967 tentang Pemberian Penghargaan Kepada Seseorang dan/atau Badan yang Berjasa Kepada Pemerintah Daerah Khusus Ibukota Jakarta;
15. Peraturan Daerah Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 3 Tahun 1986 tentang Penyidik Pegawai Negeri Sipil Di Lingkungan Pemerintah Daerah Khusus Ibukota Jakarta;
16. Peraturan Daerah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 3 Tahun 2001 tentang Bentuk Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah dan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta;
17. Peraturan Daerah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 2 Tahun 2002 tentang Perpasaran Swasta di Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta;
18. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara;
19. Keputusan Gubernur Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 11 Tahun 2004 tentang Pengendalian Rokok di Tempat Kerja di Lingkungan Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan: PERATURAN GUBERNUR TENTANG KAWASAN DILARANG MEROKOK.**

**BAB I  
KETENTUAN UMUM  
Pasal 1**

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
3. Gubernur adalah Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
5. Asisten Kesejahteraan Masyarakat adalah Asisten Kesejahteraan Masyarakat Sekretaris Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

6. Badan Pengelolaan Lingkungan Hidup Daerah yang selanjutnya disingkat BPLHD adalah Badan Pengelolaan Lingkungan Hidup Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
7. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
8. Dinas Ketenteraman dan Ketertiban dan Perlindungan Masyarakat, yang selanjutnya disebut Dinas Tramtib dan Linmas adalah Dinas Ketenteraman dan Ketertiban dan Perlindungan Masyarakat Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
9. Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi adalah Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta;
10. Dinas Pariwisata adalah Dinas Pariwisata Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
11. Dinas Pendidikan Dasar adalah Dinas Pendidikan Dasar Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
12. Dinas Pendidikan Menengah dan Tinggi adalah Dinas Pendidikan Menengah dan Tinggi Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
13. Dinas Bina Mental Spiritual dan Kesejahteraan Sosial adalah Dinas Bina Mental Spiritual dan Kesejahteraan Sosial Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
14. Dinas Perhubungan adalah Dinas Perhubungan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
15. Walikotaamadya adalah Walikotaamadya di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
16. Bupati adalah Bupati Kabupaten Aministratif Kepulauan Seribu Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
17. Pimpinan atau penanggung jawab adalah orang dan/atau badan hukum yang karena jabatannya memimpin dan/atau bertanggung jawab atas kegiatan dan/atau usaha di tempat atau kawasan yang ditetapkan sebagai kawasan dilarang merokok baik milik pemerintah maupun swasta.
18. Masyarakat adalah orang perorangan dan/atau kelompok orang.
19. Pencemaran udara di ruang tertutup adalah pencemaran udara yang terjadi di dalam ruang dan/atau angkutan umum akibat paparan sumber pencemaran yang memiliki dampak kesehatan kepada manusia.
20. Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang produktif secara sosial dan ekonomis.
21. Derajat kesehatan masyarakat yang optimal adalah tingkat kondisi kesehatan yang tinggi dan mungkin dapat dicapai pada suatu saat sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat dan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus menerus.
22. Rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tobacum*, *nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang mengandung nikotin, tar dan zat adiktif dengan atau tanpa bahan tambahan.
23. Kawasan dilarang merokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk merokok.

24. Tempat atau ruangan adalah bagian dari suatu bangunan gedung yang berfungsi sebagai tempat melakukan kegiatan dan/atau usaha.
25. Tempat umum adalah sarana yang diselenggarakan oleh Pemerintah, swasta atau perorangan yang digunakan untuk kegiatan bagi masyarakat termasuk tempat umum milik Pemerintah Daerah, Pemerintah Pusat, gedung perkantoran umum, tempat pelayanan umum antara lain terminal termasuk terminal busway, bandara, stasiun, mall, pusat perbelanjaan, pasar serba ada, hotel, restoran, dan sejenisnya.
26. Tempat kerja adalah ruang tertutup yang bergerak atau tetap di mana tenaga kerja bekerja atau tempat yang seing dimasuki tenaga kerja dan tempat sumber-sumber bahaya termasuk kawasan pabrik, perkantoran, ruang rapat, ruang sidang/seminar, dan sejenisnya.
27. Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air, dan udara termasuk di dalamnya taksi, bus umum, busway, mikrolet, angkutan kota, Kopaja, Kancil, dan sejenisnya.
28. Tempat ibadah adalah tempat yang digunakan untuk kegiatan keagamaan, seperti mesjid termasuk mushola, gereja termasuk kapel, pura, wihara, dan kelenteng;
29. Arena kegiatan anak-anak adalah tempat atau arena yang diperuntukkan untuk kegiatan anak-anak, seperti Tempat Penitipan Anak (TPA), tempat pengasuhan anak, arena bermain anak-anak, atau sejenisnya.
30. Tempat proses belajar mengajar adalah tempat proses belajar-mengajar atau pendidikan dan pelatihan termasuk perpustakaan, ruang praktik atau laboratorium, museum, dan sejenisnya.
31. Tempat pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan Pemerintah dan masyarakat, seperti rumah sakit, Puskesmas, praktik dokter, praktik bidan, toko obat atau apotek, pedagang farmasi, pabrik obat dan bahan obat, laboratorium, dan tempat kesehatan lainnya, antara lain pusat dan/atau balai pengobatan, rumah bersalin, Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA).

## BAB II TUJUAN DAN SASARAN Pasal 2

Tujuan penetapan kawasan dilarang merokok, adalah:

- a. menurunkan angka kesakitan dan/atau angka kematian dengan cara merubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat;
- b. meningkatkan produktivitas kerja yang optimal;
- c. mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih bebas dari asap rokok;
- d. menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula;
- e. mewujudkan generasi muda yang sehat.

### Pasal 3

Sasaran kawasan dilarang merokok adalah tempat umum, tempat kerja, tempat proses belajar mengajar, tempat pelayanan kesehatan, arena kegiatan anak-anak, tempat ibadah, dan angkutan umum.

## BAB III PIMPINAN DAN ATAU PENANGGUNG JAWAB

### Pasal 4

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat atau Kawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, wajib menetapkan Kawasan Dilarang Merokok.
2. Penetapan Kawasan Dilarang Merokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara teknis ditetapkan oleh pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat yang bersangkutan.
3. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), wajib memasang larangan merokok di tempat yang dinyatakan "Kawasan Dilarang Merokok".

### Pasal 5

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 harus memberi contoh dan teladan di tempat yang tanggung jawabnya di kawasan dilarang merokok.
2. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib memelihara dan meningkatkan kualitas udara yang sehat dan bersih bebas dari asap rokok.
3. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat menampilkan data dan informasi bahaya rokok kepada masyarakat di Kawasan Dilarang Merokok.

## BAB IV KAWASAN DILARANG MEROKOK Bagian Kesatu Tempat Umum

### Pasal 6

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat umum, wajib melarang kepada pengguna tempat umum dan/atau pengunjung untuk tidak merokok di tempat umum.
2. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib menegur dan/atau memperingatkan dan/atau mengambil tindakan kepada pengguna tempat umum dan/atau pengunjung apabila terbukti merokok di tempat umum.
3. Pengguna tempat dan/atau pengunjung dapat memberikan teguran atau melaporkan kepada pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat umum apabila ada yang merokok di tempat umum.

4. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat umum wajib mengambil tindakan atas laporan yang disampaikan oleh pengguna tempat dan/atau pengunjung sebagaimana dimaksud pada ayat (3).
5. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat umum, dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok sebagai Kawasan merokok.

Bagian Kedua  
Tempat Kerja  
Pasal 7

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat kerja, wajib melarang kepada staf dan/atau pegawainya untuk tidak merokok di tempat kerja.
2. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat kerja, wajib menegur dan/atau memperingatkan dan/atau mengambil tindakan apabila terbukti staf dan/atau pegawainya merokok di tempat kerja.
3. Staf dan/atau pegawai dapat memberikan teguran atau melaporkan kepada Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat kerja, apabila ada yang merokok di tempat Kerja,
4. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat kerja, wajib mengambil tindakan atas laporan yang disampaikan oleh staf dan/atau pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (3).
5. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat kerja, dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok sebagai Kawasan merokok.

Bagian Ketiga  
Tempat Proses Belajar Mengajar  
Pasal 8

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat proses belajar mengajar, wajib melarang kepada peserta didik, pendidik, dan tenaga kependidikan serta seluruh unsur sekolah lainnya untuk tidak merokok di tempat proses belajar mengajar.
2. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat proses belajar mengajar wajib menegur dan/atau memperingatkan dan/atau mengambil tindakan kepada peserta didik, pendidik dan tenaga kependidikan serta unsur sekolah lainnya apabila terbukti merokok di tempat proses belajar mengajar.
3. Peserta didik, pendidik dan tenaga kependidikan serta seluruh unsur sekolah lainnya dapat memberikan teguran atau melaporkan kepada pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat proses belajar mengajar apabila terbukti ada yang merokok di tempat proses belajar mengajar.
4. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat proses belajar mengajar, wajib mengambil tindakan atas laporan yang disampaikan oleh peserta didik, pendidik dan tenaga kependidikan serta seluruh unsur sekolah lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

Bagian Keempat  
Tempat Pelayanan Kesehatan  
Pasal 9

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat pelayanan kesehatan, wajib melarang kepada setiap pasien dan/atau pengunjung serta tenaga medis dan non medis untuk tidak merokok di tempat pelayanan kesehatan.
2. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat pelayanan kesehatan, wajib menegur dan/atau memperingatkan dan/atau mengambil tindakan, apabila terbukti pasien dan/atau pengunjung serta tenaga medis dan non medis merokok di tempat pelayanan kesehatan.
3. Pasien dan/atau pengunjung serta tenaga medis dan non medis dapat memberikan teguran atau melaporkan kepada pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat pelayanan kesehatan, apabila ada yang merokok di tempat pelayanan kesehatan.
4. Pimpinan atau penanggung jawab tempat pelayanan kesehatan, wajib mengambil tindakan atas laporan yang disampaikan oleh pasien dan/atau pengunjung serta tenaga medis dan non medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

Bagian Kelima  
Arena Kegiatan Anak-anak  
Pasal 10

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab arena kegiatan anak-anak, wajib melarang kepada pengguna dan/atau pengunjung untuk tidak merokok di arena kegiatan anak-anak.
2. Pimpinan dan/atau penanggung jawab arena kegiatan anak-anak wajib menegur dan/atau memperingatkan dan/atau mengampangi tindakan, apabila terbukti pengguna dan/atau pengunjung ada merokok di arena kegiatan anak-anak.
3. Pengguna dan/atau pengunjung arena kegiatan anak-anak, dapat memberikan teguran atau melaporkan kepada Pimpinan dan/atau penanggung jawab arena kegiatan anak-anak, apabila ada yang merokok di arena kegiatan anak-anak.
4. Pimpinan dan/atau penanggung jawab arena kegiatan anak-anak, wajib mengambil tindakan atas laporan yang disampaikan oleh pengguna dan/atau pengunjung sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

Bagian Keenam  
Tempat Ibadah  
Pasal 11

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat ibadah, wajib melarang kepada masyarakat atau jemaahnya untuk tidak merokok di tempat ibadah.
2. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat ibadah, wajib menegur dan/atau memperingatkan dan/atau mengambil tindakan apabila terdapat masyarakat atau jemaahnya merokok di tempat ibadah.

3. Masyarakat atau jemaah berkewajiban menegur atau melaporkan kepada pimpinan dan atau penanggung jawab tempat ibadah apabila ada yang merokok di tempat ibadah.
4. Pimpinan dan/atau penanggung tempat ibadah, wajib mengambil tindakan atas laporan yang disampaikan oleh masyarakat atau jemaahnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

**Bagian Ketujuh  
Angkutan Umum  
Pasal 12**

1. Pengemudi dan/atau kondektur wajib memelihara dan meningkatkan kualitas udara yang sehat dan bersih, bebas dari asap atau bau rokok di dalam kendaraannya.
2. Penandaan atau petunjuk berupa tulisan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, di tempat yang dinyatakan tidak boleh merokok adalah "KAWASAN DILARANG MEROKOK", sesuai dengan contoh sebagaimana tercantum dalam lampiran I Peraturan Gubernur ini.
3. Penandaan atau petunjuk berupa tulisan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, di tempat khusus untuk merokok berupa "KAWASAN MEROKOK", sesuai dengan contoh sebagaimana tercantum dalam lampiran II Peraturan Gubernur ini.
4. Penandaan atau petunjuk berupa gambar dan/atau simbol sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, memberikan pengertian Kawasan Dilarang Merokok atau Kawasan merokok, sesuai dengan contoh sebagaimana tercantum dalam lampiran III Peraturan Gubernur ini.

**Pasal 16**

Penandaan atau petunjuk sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15, meliputi:

- a. karakteristik dan latar belakang penandaan atau petunjuk terbuat dari bahan yang tidak silau serta karakteristik dari simbol harus kontras dengan latar belakangnya, dengan karakterterang, di atas gelap atau sebaliknya;
- b. tinggi atau besar karakter huruf sesuai dengan jarak pandang dari tempat penandaan atau petunjuk agar mudah terlihat dan dibaca.

**Pasal 17**

Penempatan penandaan atau petunjuk sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15, harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. penempatan yang sesuai dan tepat serta bebas pandangan tanpa penghalang;
- b. satu kesatuan sistem dengan lingkungan kawasan yang ditetapkan sebagai kawasan dilarang merokok;

- c. mendapat pencahayaan yang cukup termasuk penambahan lampu pada kondisi gelap atau pada malam hari;
- d. tidak mengganggu aktivitas lain atau mobilitas orang.

**BAB V**  
**TEMPAT KHUSUS/KAWASAN MEROKOK**  
**Pasal 18**

Tempat khusus atau Kawasan merokok harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. tempatnya terpisah secara fisik atau tidak bercampur dengan kawasan dilarang merokok;
- b. dilengkapi alat penghisap udara atau memiliki sistem sirkulasi udara;
- c. dilengkapi asbak atau tempat pembuangan puntung rokok.
- d. dapat dilengkapi dengan data dan informasi bahaya merokok bagi kesehatan.

**BAB VI**  
**PERAN SERTA MASYARAKAT**  
**Pasal 19**

- 1. Peran serta masyarakat dapat dilakukan oleh perorangan, kelompok, badan hukum atau badan usaha, dan lembaga atau organisasi yang diselenggarakan oleh masyarakat.
- 2. Peran serta masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:
  - a. melakukan pengawasan pelaksanaan Peraturan Gubernur ini.
  - b. memberikan bimbingan dan penyuluhan serta penyebarluasan data dan/atau informasi dampak rokok bagi kesehatan.

**Pasal 20**

- 1. Setiap warga masyarakat berkewajiban ikut serta memberikan bimbingan dan penyuluhan dampak rokok bagi kesehatan kepada keluarganya dan/atau lingkungannya.
- 2. Setiap warga masyarakat berkewajiban memelihara dan meningkatkan kualitas udara yang sehat dan bersih bebas dari asap rokok.

**BAB VII**  
**PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**  
**Bagian Kesatu**  
**Pembinaan**  
**Pasal 21**

Badan Pengelolaan Lingkungan Hidup Daerah, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan Dasar, Dinas Pendidikan Menengah dan Tinggi, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Dinas Pariwisata, Dinas Perhubungan, Dinas Bina Mental

Spiritual dan Kesejahteraan Sosial, Walikota/Bupati, merupakan perangkat Daerah yang berkewajiban melakukan pembinaan untuk:

- a. menyelenggarakan kawasan dilarang merokok di setiap tempat yang ditetapkan sebagai kawasan dilarang merokok.
- b. mengusahakan agar masyarakat terhindar dari penyakit akibat penggunaan rokok.

Pasal 22

1. Pembinaan pelaksanaan kawasan dilarang merokok dalam rangka pengembangan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.
2. Pembinaan pelaksanaan Kawasan dilarang merokok dilaksanakan Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 sesuai bidang tugasnya dan/atau wewenangnya di bawah koordinasi BPLHD.

Pasal 23

Pembinaan pelaksanaan rokok di kawasan dilarang merokok, berupa:

- a. bimbingan dan/atau penyuluhan;
- b. pemberdayaan masyarakat;
- c. menyiapkan petunjuk teknis.

Pasal 24

1. Pembinaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, dapat dilakukan oleh:
  - a. masing-masing perangkat Daerah dengan melaksanakan berbagai kegiatan pembinaan dalam rangka pembinaan pelaksanaan kawasan dilarang merokok;
  - b. bekerja sama dengan masyarakat dan/atau badan/atau lembaga atau organisasi kemasyarakatan;
  - c. Gubernur dapat memberikan penghargaan kepada orang atau badan yang telah berjasa dalam rangka memotivasi membantu pelaksanaan kawasan dilarang merokok.
2. Pemberian penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 25

Perangkat Daerah bersama-sama masyarakat dan/atau badan/atau lembaga dan/atau organisasi kemasyarakatan, melakukan pengawasan pelaksanaan kawasan dilarang merokok.

Pasal 26

1. Pengawasan yang dilakukan oleh Perangkat Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25, dilakukan oleh BPLHD, Dinas Kesehatan, Dinas Tramtib dan Limas, Dinas Pendidikan Dasar, Dinas Pendidikan

Menengah dan Tinggi, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Dinas Pariwisata, Dinas Perhubungan,

Dinas Bina Mental Spiritual dan Kesejahteraan Sosial, Walikota/Bupati, dan Perangkat Daerah lain sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

1. Hasil pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wajib dilaporkan oleh masing-masing instansi sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing kepada Gubernur melalui Asisten Kesejahteraan Masyarakat setiap 3 bulan sekali atau sesuai dengan kebutuhan.
2. Apabila dari hasil pengawasan terdapat atau diduga terjadi pelanggaran ketentuan sebagaimana diatur dalam Peraturan Daerah dan/atau Peraturan Gubernur ini, Penyidik Pegawai Negeri Sipil (PPNS) dapat mengambil tindakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**BAB VIII  
SANKSI  
Pasal 27**

1. Pimpinan dan/atau penanggung jawab tempat yang ditetapkan sebagai kawasan dilarang merokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, apabila terbukti membiarkan orang merokok di kawasan dilarang merokok, dapat dikenakan sanksi administrasi berupa:
  - a. peringatan tertulis;
  - b. penghentian sementara kegiatan atau usaha;
  - c. pencabutan izin.
2. Setiap orang yang terbukti merokok di kawasan dilarang merokok, dapat dikenakan sanksi sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara dan/atau sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**BAB IX  
KETENTUAN PENUTUP  
Pasal 28**

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 20 Juni 2005  
GUBERNUR PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA,

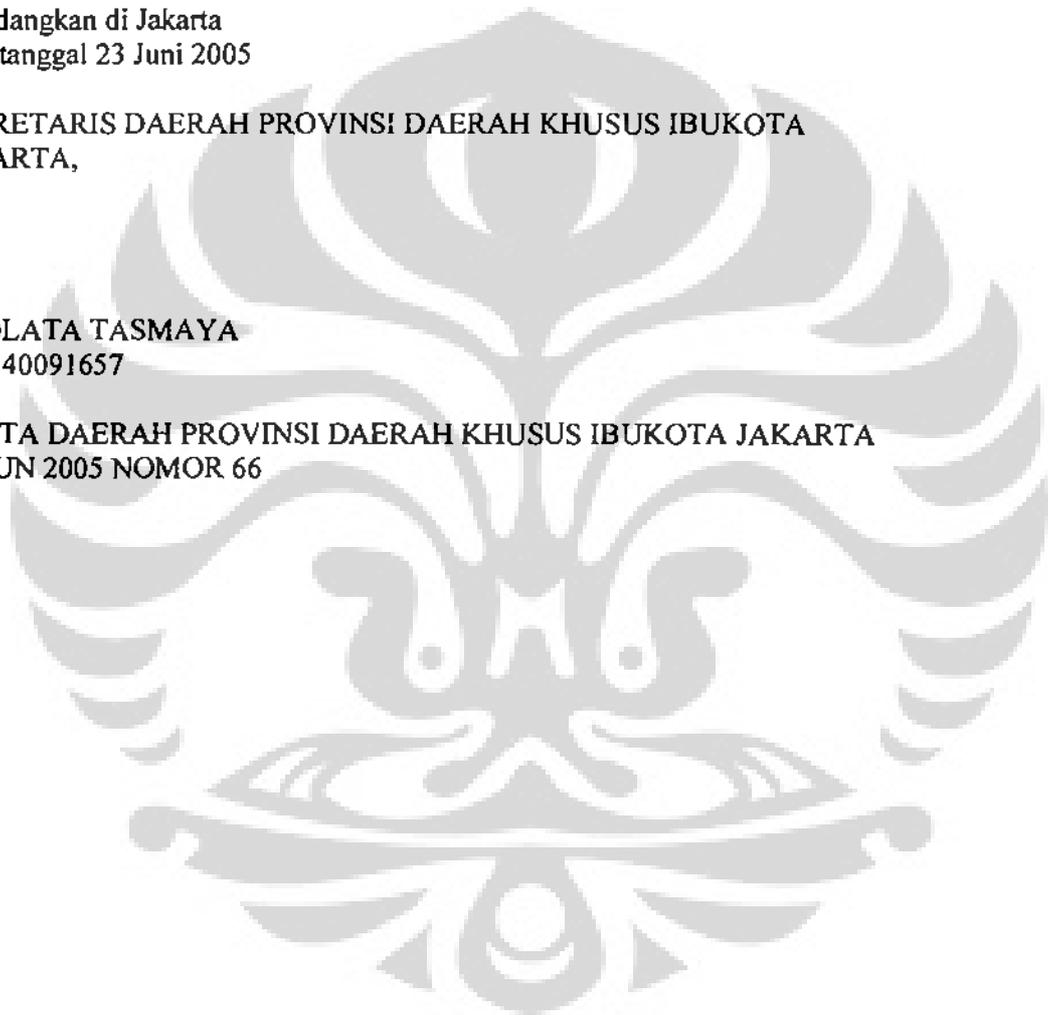
SUTIYOSO

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 23 Juni 2005

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA  
JAKARTA,

RITOLATA TASMAYA  
NIP 140091657

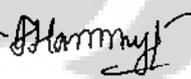
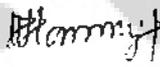
BERITA DAERAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA  
TAHUN 2005 NOMOR 66



## LEMBAR BIMBINGAN RISET

No.	Tanggal	BAB	Masukan Pembimbing	Tanda tangan pembimbing
1.	Selasa 1 Maret 11 PK 17	Bab I  Bab III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan <del>kalimat</del> <sup>tipik</sup></li> <li>- Lengkapi fenomena di RSUD.</li> <li>- Perjelas DO</li> </ul>	
2.	Kamis 17 Maret 11 PK 14	Bab I  Bab II  Bab III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perjelas kualifikasi penting nya penelitian secara sistematis sesuai variabel yg diteliti</li> <li>- Fenomena yg akan diteliti dilengkapi lagi</li> <li>- Masalah → ungkapkan eksplisit</li> <li>- Pernyataan masalah penelitian</li> <li>- Perbaiki tujuan &amp; manfaat.</li> <li>- Parikan stp paragraf ada timoran penulu yg didukung keputusasaan</li> <li>- Perbaiki kerangka penelitian</li> <li>- Perbaiki DO</li> </ul>	
3.	Jumat 25 Maret 11 PK 11	Bab I  Bab II Bab III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tambahkan fenomena di RS yg perilaku menolot</li> <li>- tambahkan faktor apapun</li> <li>- Perbaiki penulisan</li> <li>- Parikan manfaat &amp; DO</li> </ul>	
4.	Rabu 6 April 2011 PK 16	Bab I Bab II  Bab III Bab IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi bentuk pelanggaran di RSUD</li> <li>- tambahkan hrg khusus yg apapun</li> <li>- Perbaiki penulisan nama (hanya penuli &amp; th)</li> <li>- lengkapi konsep apapun? konsep perilaku (pilih, substitusi)</li> <li>- lengkapi cara ukur</li> <li>- Z sampul, kisi soal lengkap</li> <li>- Instrumen matching dg kisi</li> </ul>	

## LEMBAR BIMBINGAN RISET

No.	Tanggal	BAB	Masukan Pembimbing	Tanda tangan pembimbing
	27.4.2011	uji validitas & reliabilitas	Ok. Lanjutkan rumus instrumen dan kumpulkan data	
	20-05-2011	Bab I - III Bab IV  Bab V Bab VI	Selesaikan dg bahasa laporan Tambahkan hit uji validitas tabel sebelum & sesudah uji Lengkapi pelaksanaan etikanya ⊕ lampiran nya Korupsi ya dg bab IV Selesaikan dg hasil bab V	
	24.05.2011	Bab I - VII	Korupsi p & SPD Perbaiki skala ukur Korupsi p & pvalue, zpp Jelaskan nilai ekstrim (kes ikm) perbaiki ketidaktepatan & Rekomendasi	
	25.05.2011		ok. jilid,	