FAKTOR DETERMINAN TERHADAP KEPATUHAN PENERAPAN KEBIJAKAN KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK DI KECAMATAN BARAKA KABUPATEN ENREKANG TAHUN 2011

DETERMINANT FACTORS ON POLICY APPLICATION LOYALTY OF FREE-SMOKE AREA IN BARAKA DISTRICT OF ENREKANG REGENCY IN 2011

RAHMA SRI SUSANTI

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011

FAKTOR DETERMINAN TERHADAP KEPATUHAN PENERAPAN KEBIJAKAN KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK DI KECAMATAN BARAKA KABUPATEN ENREKANG TAHUN 2011

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

RAHMA SRI SUSANTI

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rahma Sri Susanti

Nomor Pokok : P1804209008

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2011

Yang menyatakan

Rahma Sri Susanti

TESIS

FAKTOR DETERMINAN TERHADAP KEPATUHAN PENERAPAN KEBIJAKAN KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK DI KECAMATAN BARAKA KABUPATEN ENREKANG TAHUN 2011

Disusun dan diajukan oleh :

RAHMA SRI SUSANTI
Nomor Pokok P1804209008

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada tanggal 16 Mei 2011
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui,
Komisi Penasihat

Dr. drg. H. A. Zulkifli Abdullah, MS	Prof.Dr.H.Ridwan A, SKM,M.Kes,M.Sc, PH
Ketua	Anggota

Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat	Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc	Prof. Dr. Ir. Mursalim

ABSTRAK

RAHMA SRI SUSANTI. *Faktor Determinan terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011* (dibimbing oleh **Zulkifli Abdullah** dan **Ridwan Amiruddin)**

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan pengetahuan, pendapatan, lingkungan sosial budaya, sikap, dan kebijakan perdes terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok.

Penelitian ini bersifat observasional dengan menggunakan desain cross sectional study. Sampel yang diambil sebanyak 281 orang melalui simple random sampling. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi. Data dianalisis dengan program SPSS, uji statistik dengan menggunakan chi square untuk uji bivariat, dan uji regresi logistik untuk uji multivariat dengan p < 5%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan p(0,038), pendapatan p(0,029), lingkungan sosial budaya p(0,000), sikap p(0,001), dan kebijakan perdes p(0,000) signifikan dengan kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok. Variabel yang paling berhubungan dengan kebijakan kawasan bebas asap rokok melalui uji multivariat adalah variabel kebijakan predes p(0,000) < (0,05)

Kata kunci : pengetahuan, pendapatan, lingkungan sosial budaya, sikap, kebijakan perdes

KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
PUSAT BAHASA

ABSTRACT

RAHMA SRI SUSANTI. *Determinant Factors on Policy Application Loyalty of Free-Smoke Area in Baraka District of Enrekang Regency in 2011* (supervised by Zulkifli Abdullah and Ridwan Amiruddin)

The aim of the research is to find out correlation between knowledge, income, social and cultural environment, attitude and policy of regional regulations and policy application loyalty of free-smoke area.

The research was an observational cross sectional study design. The sample consisted of 281 respondents selected by using simple random sampling technique. The data were processed by using SPSS program; statistics test used Chi Square for bivariate test and logistic regression test for multivariate test with p < 5 %.

The results reveal that knowledge p(0.038), income p(0.029), social cultural environment p(0.000), attitude p(0.001), and policy of regional regulation p(0.000) have a significant correlation to policy application loyalty of free-smoke area. The most significant variable to multivariate test is regional regulation policy variable which is p(0.000) < (0.05).

Key words : knowledge, income, social and cultural environment, attitude and policy of regional regulation

KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
PUSAT BAHASA

بسم الله الرحمن الرحيم

PRAKATA

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya, nikmat kesehatan dan kekuatan yang diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul "FAKTOR DETERMINAN TERHADAP PENERAPAN KEBIJAKAN KAWASAN BEBAS ASAP ROKOK DI KECAMATAN BARAKA KABUPATEN ENREKANG TAHUN 2011". Sebagai syarat dalam meyelesaikan studi di PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS HASANUDDIN

Salam dan Shalawat selalu tercurah untuk Rasulullah Muhammad SAW beserta keluarganya, para sahabat dan orang –orang yang senantiasa istigomah mengikuti jalannya hingga akhir zaman.

Perkenankan pula penulis dengan tulus menyampaikan rasa terima kasih yang dalam dan penghargaan yang sebesarnya kepada **Dr. Drg. H. A. Zulkifli Abdullah, MS** selaku ketua komisi penasehat dan bapak **Prof. DR. Ridwan Amiruddin, SKM,M.Kes,M.Sc.PH** selaku anggota penasehat penelitian , yang tak pernah lelah di sela-sela kesibukannya dan dengan penuh kesabaran memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan moril sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan pula kepada bapak penguji **Prof. Dr. dr. Rasdi Nawi**,**M.Sc** bapak **Dr. dr. Citrakesumasari,M.Kes** dan bapak **Dr. Darmawansyah, SE, MS** atas kesediannya menjadi penguji yang banyak memberikan arahan dan masukan berharga, falsafah-falsafah hidup kepada penulis sebagai mahasiswa.

Rasa terima kasih penulis sampaikan pula kepada:

1. Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. dr. Rasdi Nawi, M.Sc selaku Ketua Konsentrasi Epidemiologi Universitas Hasanuddin serta Bapak ibu dosen pengajar, pegawai di lingkup Pascasarjana Universitas Hasanuddin, khususnya konsentrasi epidemiologi, yang telah memberikan dan meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan epidemiologi kepada penulis.
3. Prof.Dr.dr.Idrus Paturusi, Sp.B, selaku rektor Universitas Hasanuddin, beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.
4. Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH selaku Dekan fakultas kesehatan masyarakat dan stafnya yang telah membantu penulis selama masa pendidikan.
5. Bapak Camat Baraka beserta stafnya yang telah banyak membantu peneliti dan memberi ijin untuk melakukan penelitian di daerahnya

6. Bapak Kepala Desa Bone-Bone dan Kepala Desa Kendenan beserta masyarakatnya yang senantiasa membantu peneliti pada saat melakukan penelitian
7. Seluruh staf pengajar program Study Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi Epidemiologi yang telah memberikan banyak ilmu selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Ayahanda Amiruddin, BA dan ibunda St. Hatijah serta Saudara-saudaraku tersayang Riskiawan Hairuddin, A.Md, SE, Fitri Dwi Kurniati, S.pd, Sri Dewi Anugrah Wati, S.pd , Muhammad Kurniawan Saputra yang telah memberikan doa, cinta, perhatian, kasih sayang, dorongan baik moril maupun materil, mendidik dan membesarkan penulis dengan penuh keikhlasan serta doa restunya yang selalu mengiringi penulis dalam setiap langkah.
9. Sjamsul Rasjid S.KM.,M.Kes dan seluruh rekan-rekan dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Timur (Nurhayati, SKM., M.Kes, Hermawati, SKM, M.Kes, Zuraedah, SKM., M.Kes, Idalailah, SKM, Marthniy, SKM., M.Kes, Rahmatsyah, SKM., M.Si, Yusrianto, SKM., M.Kes, Anto, SKM., M.Kes, Lisma Syarifuddin, SKM, Syafri, SKM, Fitra, SKM, Irfan, SKM, Musdalifa, SKM, Rahma, SKM, Sidar, SKM, Rosmini, SE, Melati, SE atas segala bantuan , Motivasi yang sangat besar kepada penulis

10. Rekan-rekan mahasiswa S2 Konsentrasi Epidemiologi Reguler terkhusus untuk Eka, S.KM, Diah, S.KM, Amma, S.KM, Shandra, S.KM, Irma, S.KM, Chaca, S.KM, Henny, S.KM, Urwa, S.KM, Hasna, S.KM, Nikma, S.KM, Mul, S.KM, Ical, S.KM). Atas bantuan yang tak terhingga.
11. Rekan-rekan seperjuangan epidemiologi reguler 2009, terima kasaih atas kebersamaannya, kekompakannya, bantuan serta motivasi yang diberikan yang tercipta mulai awal kuliah hingga akhir, memberi warna dalam hidup penulis yang akan dikenang selamanya.
12. Tante Dahlia, dan sepupuku rina, Fia, sastra, Amma, Idham, Wati, Kahar, Illank, Ila, dan Ayyu serta seluruh keluarga yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu atas segala doa dan perhatiannya kepada penulis.
13. Sahabat-sahabatku Puji Astuti Dwi Antini, S.KM, Fatimah, S.KM, Zulkarnain, S.KM, Asrim Arif terima kasih atas dukungan, bantuan dan motivasi yang diberikan selama ini kepada penulis.
14. Serta semua pihak yang telah banyak membantu penulis selama ini.

Akhirul Qalam bahwa tidak ada yang memiliki kesempurnaan, kecuali pemilik kesempurnaan itu sendiri. Penulis sangat menyadari bahwa apa yang penulis paparkan dalam tesis ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, namun demikian penulis berharap agar tesis ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang memerlukannya.

Akhirnya semoga segala bantuan, dukungan dan doa yang telah diberikan kepada penulis dibalas oleh-Nya dengan pahala yang berlimpah. Amin Ya Rabbal Alamin.

Makassar, April 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

PERNYATAAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN……. iii

PERNYATAAN KEASLIAAN…….. iv

PRAKATA..... v

ABSTRAK..... x

ABSTRAC..... xi

DAFTAR ISI xii

DAFTAR TABEL xiv

DAFTAR GAMBAR xv

DAFTAR LAMPIRAN xviii

DAFTAR ARTI LAMBANG & SINGKATAN..... xix

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 7
C. Tujuan Penelitian..... 7
D. Manfaat Penelitian..... 8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjuan Umum Tentang Rokok..... 10
B. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan..... 28
C. Tinjuan umum Tentang Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok
   1. Analisis Permasalahan.....… 36
   2. Siklus Kebijakan Publik Berbasis Evidens Epidemilogi. 39
   3. Dampak Tembakau & Potensi Petaka Kesehatan Masyarakat di Indonesia..... 42
D. Tinjuan Umum Tentang Kawasan Bebas Asap Rokok..... 47

E. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan..... 67
F. Tinjauan Umum Tentang Pendapatan..... 72
G. Tinjauan Umum Tentang Lingkungan Sosial Budaya..... 75
H. Tinjauan Umum Tentang Sikap..... 77
I. Tinjuan Umum Tentang Kebijakan Perdes..... 81
J. Kerangka Teori Penelitian..... 85
K. Kerangka Konsep Penelitian..... 86
L. Bagan Kerangka Konsep 90
M. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif..... 91
N. Hipotesis Penelitian..... 94

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian..... 95
B. Lokasi dan Waktu Penelitian..... 96
C. Populasi dan Sampel 96
D. Sumber dan Teknik Pengumpulan Data..... 97
E. Kontrol Kualitas..... 98
F. Pengolahan Data..... 104
G. Analisis Data 104
H. Penyajian Data..... 107

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Kecamatan Baraka..... 108
B. Hasil Penelitian..... .. 110
C. Pembahasan..... 128

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan..... 141
B. Saran..... 142

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel **Halaman**

Tabel 1 Sintesa Faktor Pengetahuan Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok..... 72

Tabel 2 Sintesa Faktor Pendapatan Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok..... 75

Tabel 3 Sintesa Faktor Lingkungan Sosial Budaya Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok..... 77

Tabel 4 Sintesa Faktor SikapTerhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok... 80

Tabel 5 Sintesa Faktor Kebijakan Perdes Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok..... 84

Tabel 6 Hasil Uji Validasi Instrumen Penelitian Terhadap 28 Sampel..... 102

Tabel 7 Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian pada 28 Sampel..... 103

Tabel 8 Distribusi Sampel Berdasarkan Kelompok Umur Di Kecamatan Baraka Tahun 2011..... 112

Tabel 9 Distribusi sampel Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011 113

Tabel 10 Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Pekerjaan Di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 114

Tabel 11 Distribusi Sampel Berdasarkan Kepatuhan Terhadap Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 115

Tabel 12 Distribusi Sampel Berdasarkan Pengetahuan Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 116

Tabel 13 Distribusi Sampel Berdasarkan Pendapatan Terhadap Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 116

Tabel 14 Distribusi Sampel Berdasarkan Sikap Terhadap Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 117

Tabel 15 Distribusi Sampel Berdasarkan Lingkungan Sosial & Budaya Terhadap Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 118

Tabel 16 Distribusi Sampel Berdasarkan Kebijakan Perdes Terhadap Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 118

Tabel 17 Hubungan Pengetahuan Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 119

Tabel 18 Hubungan Pendapatan Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 121

Tabel 19 Hubungan Lingkungan Sosial & Budaya Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas

Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 122

Tabel 20 Hubungan Sikap Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 123

Tabel 21 Hubungan Kebijakan Perdes Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 125

Tabel 22 Analisis Multivariat Terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011..... 126

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1	Kerangka Teori Penelitian	82
2	Kerangka Konsep Penelitian	87
3	Analisis Statistik	100

DAFTAR LAMPIRAN

1. Informed Concent
2. Kuesioner Penelitian
3. Master Tabel
4. Analisis SPSS
5. Hasil Analisis Uji Validitas
6. Surat Izin Penelitian
7. Rekomendasi penelitian dari BALITBANDA
8. Surat Izin Penelitian Dari Kesbang Linmas dan Pol.PP Kabupaten Enrekang
9. Surat Izin Penelitian dari Kecamatan Baraka
10. Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian
11. Peraturan Desa Bone-Bone tentang Kawasan Bebas Asap Rokok
12. Dokumentasi Penelitian

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang/Singkatan	Arti dan Keterangan
AIDS	: *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
AROL	:Asap Rokok Orang Lain
FCTC	: Framework Convention Tobacco Control
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IAKMI	: Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat
ILO	:International Labor Organization
KDM	: Kawasan Dilarang Merokok
KTR	: Kawasan Tanpa Rokok
MPOWER	: Upaya Pengendalian tembakau
SKT	:Sigaret kretek tangan
SKM	: Sigaret kretek mesin
RF	: Rokok Filter
RNF	: Rokok Non Filter
RUU	: Rancangan Undang-Undang
WHA	: World Health Assembly
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan, tembakau membunuh lebih dari lima juta orang pertahun, dan diproyeksikan akan membunuh 10 juta sampai 2020. Dari jumlah itu, 70% korban berasal dari Negara berkembang. Lembaga demografi UI mencatat, angka kematian akibat penyakit yang disebabkan oleh rokok tahun 2004 adalah 427.948 jiwa, berarti 1.172 jiwa per hari atau sekitar 22,5 % dari total kematian di Indonesia(M.N. Bustan, 2007)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan pada tahun 2020 penyakit yang berkaitan dengan tembakau/rokok akan menjadi masalah kesehatan utama terbesar dan menyebabkan 8,4 juta kematian setiap tahun. Diperkirakan, separuh kematian tersebut akan terjadi di Asia karena tingginya penggunaan tembakau di Asian (Pusat Komunikasi Publik, Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan RI, 2007)

Pengalaman berbagai negara memperlihatkan bahwa Undang-Undang kawasan tanpa rokok (UU KTR) yang diikuti dengan penegakan hukum yang memiliki penegakan hukum yang ketat, memiliki tingkat kepatuhan masyarakat yang cukup tinggi sebanyak 90 %. Kenyataan ini dibuktikan di beberapa negara antara lain : Irlandia (97%), New York (97

%), New Zealand (97%), Italia (98,2 %), Massaachusetts (96,3%) dan Scotlandia (95,9 %).(Abadi, 2009).

Tahun 1995 di Amerika Serikat , pemerintah kota membuat undang-undang Bebas Asap Rokok, tetapi masih membolehkan adanya ruang merokok di beberapa tempat. Kemudian UU bebas Asap Rokok tersebut diubah pada tanggal 30 September 2002, dan berlaku efektif pada 30 Maret 2003, dengan menerapkan KTR%. Pelaku Utama, Dinas Kesehatan Kota dan Mental menjadi inisiator yang mengarahkan penerapan KTR 100%, Jaringan koalisi masyarakat tentang KTR. Mereka membuat jaringan advokasi anti tembakau yang sangat luas, multi stakeholders Pola Penegakan Hukum, Dalam melaksanakan UU, semua pengelola tempat bisnis/kerja diharuskan mempunyai peraturan tertulis setempat tentang larangan merokok, memasang tanda larangan meroko, Dan larangan menyediakan asbak rokok. (Abadi, 2009).

WHO dalam buku panduannya strategi pengendalian bahaya tembakau MPOWER menjelaskan bahwa terdapat 1 kematian tiap 6 detik, 5,4 juta jiwa pada tahun 2005, 100 juta selama abad ke-20 jika dibiarkan 8 juta jiwa pada tahun 2030 dan 1 Milyar jiwa selama abad ke-21 . Untuk mengatasi epidemi tembakau, organisasi kesehatan sedunia (WHO) mengajak Negara anggotannya untuk menerapkan strategi MPOWER . Strategi MPOWER terdiri atas 6 upaya pengendalian tembakau yang meliputi : Monitor prevalensi penggunaan tembakau dan pencegahannya, perlindungan terhadap asap tembakau, optimalisasi dukungan untuk

berhenti merokok, waspadakan masyarakat akan bahaya tembakau, eliminasi iklan, promosi dan sponsor tembakau, serta raih kenaikan cukai tembakau (**Victor Subiakto Puja,2009)**

Dukungan masyarakat di daerah dimana peraturan kawasan tanpa rokok akan diberlakukan mutlak dibutuhkan. Pemahanan masyarakat akan bahaya asap rokok orang lain dan manfaat peraturan kawasan tanpa rokok yang memberikan perlindungan 100% serta pengertian atas hak untuk hidup sehat – akan menjamin kepatuhan yang didasari oleh kesadaran bukan keterpaksaan karena adanya sanksi peraturan. (TCSC-IAKMI, 2009).

Indonesia dalam beberapa tahun ke depan akan menjadi target utama kampanye Internasional pengendalian tembakau di kawasan Asia Tenggara. Alasannya, Indonesia merupakan satu-satunya negara di wilayah Asean yang belum meratifikasi Konvensi WHO tentang Pengendalian Rokok (Framework Convention on Tobacco Control/FCTC).

Penerapan kebijakan kawasan tanpa rokok mutlak diperlukan. Jika dilakukan secara simultan, kebijakan itu efektif mendukung pengendalian konsumsi tembakau. "100 % kawasan bebas rokok, tidak ada smoking area atau smoking room”. Hasil survei YLKI terhadap 1.000 responden di Jakarta yang terdiri dari 600 bukan perokok dan 400 perokok menunjukkan, sebanyak 87,8 % responden setuju dengan penerapan kawasan tanpa rokok. Bahkan 81 % responden perokok menyatakan setuju dengan kebutuhan kawasan tanpa rokok. Hampir seluruh

masyarakat Jakarta mendukung terwujudnya Jakarta 100 % bebas asap rokok . (hasil survei dukungan masyarakat terhadap Jakarta 100 % bebas asap rokok yang dilakukan terhadap 747 responden di 5 wilayah Provinsi DKI Jakarta. (Badan Pengelola Lingkungan Hidup Daerah (BPLHD) Provinsi DKI Jakarta, 2009).

Mewujudkan udara bersih tanpa asap rokok tentunya menjadi harapan semua orang. Bahkan, uji petik-teguran simpatik kawasan dilarang merokok (KDM) yang dilaksanakan 19-26 November mendapat apresiasi positif warga Jakarta. Untuk memancing para pengelola gedung dan pusat perbelanjaan di DKI Jakarta turut menegakkan Peraturan Daerah (Perda) Nomor 2 Tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara dan Peraturan Gubernur (pergub) Nomor 75 Tahun 2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok, Pemerintah Provinsi (Pemprov) DKI Jakarta bekerja sama dengan Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) dan Asosiasi Pengelola Pusat Belanja Indonesia (APPBI) meresmikan Mal Plaza Semanggi sebagai kawasan dilarang merokok. (Lenny, 2008)

Komitmen pemerintah daerah atas amanat pasal 115 dari Undang-Undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 tentang kewajiban pemda menerapkan kawasan bebas rokok terbilang masih sangat minim. Dari sekitar 400 kabupaten/kota yang ada baru sekitar 22 kabupaten/kota yang telah mengimplementasi kewajiban tersebut.

Penggunaan tembakau merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular. Untuk itu diperluakan komitmen para pemegang kebijakan di tingkat daerah untuk menerapkannya. Pengendalian masalah kesehatan akibat tembakau dan penyakit tidak menular harus dilakukan secara komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan dengan melibatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat. Meningkatnya tingkat kesejahteraan masyarakat di Indonesia juga telah menyebabkan transisi epidemiologi, yaitu berubahnya pola penyakit dan kematian yang semula didominasi oleh penyakit menular bergeser ke penyakit tidak menular. Proporsi angka kematian penyakit; tidak menular di Indonesia meningkat dari 41,7 ftersen pada 1995 menjadi 59,5 persen pada 2007. Stroke kini merupakan penyebab utama kematian pada semua umur, jumlahnya mencapai 15,4 persen.

WHO melaporkan, pada 2005 penyakit tidak menular merupakan penyebab utama dari 58 juta kematian di dunia, terdiri dari penyakit jantung dan pembuluh darah (30 persen), penyakit pernafasan kronik dan penyakit kronik lainnya (16 persen), kanker (13 persen), cedera (9 persen) dan diabetes melitus (2 persen).Penyakit tidak menular sebenarnya bisa dicegah dengan menghindari faktor risikonya, seperti mengonsumsi tembakau, pola makan yang tidak sehat dan seimbang (terutama kurang konsumsi sayur dan buah, sering makan makanan asin, tinggi lemak dan manis), kurang aktifitas fisik, kolesterol tinggi, gula darah tinggi, stres, dan konsumsi alkohol,

Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Tjandra Yoga Aditama bahwa sejak 2005, Ke-menkes dan instansi lain melakukan program lintas sektor memperkenalkan inisiatif "Program Kota Sehat", dengan tujuan membuat Kota Sehat melalui inisiatif lokal. Hampir 200 kota/kabupaten di Indonesia pernah dilatih untuk mendukung kebijakan ini. Salah satu indikator utama untuk menilai keberhasilan inisiatif "Kota Sehat" adalah lingkungan yang bebas asap rokok dan untuk penguatannya telah dituangkan ke dalam sebuah peraturan daerah.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 115 menyatakan Pemerintah Daerah wajib menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Sampai saat ini baru ada 22 kabupaten/kota yang sudah mulai melaksanakan kebijakan tersebut, walaupun program ini belum seragam di seluruh kabupaten/kota.(Merry Wahyu Ningsihm, 2010).

Pada tahun 2009 kawasan bebas asap rokok di Desa Bone-Bone Kabupaten Enrekang Provinsi Sulawesi Selatan lebih dipertegas dengan dikeluarkannya Perdes No. 01 tahun 2009 tentang kawasan bebas asap rokok. Dan merupakan satu-satunya Desa yang mengeluarkan Perdes kawasan bebas asap rokok di Indonesia yang sesuai dengan standar internsional yaitu 100 % kawasan bebas asap rokok dengan tidak menyediakan ruang untuk merokok.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang maka rumusan masalah penelitian adalah :

a. Apakah pengetahuan berhubungan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang?
b. Apakah pendapatan berhubungan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang?
c. Apakah lingkungan sosial budaya berhubungan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang?
d. Apakah sikap berhubungan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang?
e. Apakah kebijakan Perdes berhubungan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Tahun 2011.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang
b. Untuk mengetahui hubungan pendapatan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang.
c. Untuk mengetahui hubungan lingkungan sosial budaya terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang
d. Untuk mengetahui hubungan sikap terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di KecamataKn Baraka Kabupaten Enrekang
e. Untuk mengetahui hubungan kebijakan Perdes terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Institusi

   Hasil penelitian ini diharapkan sebagai sumber informasi dan dapat menjadi bahan masukan bagi instansi yang berwenang untuk digunakan sebagai dasar pertimbangan menentukan kebijakan dalam upaya menerapkan kawasan bebas asap rokok dalam mengurangi angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh rokok

2. Manfaat Ilmiah

   a. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu bahan bacaan bagi peneliti selanjutnya.

   b. Sebagai bahan berharga bagi peneliti dalam rangka menambah wawasan pengetahuan, serta pengembangan diri khususnya pada bidang penelitian.

3. Manfaat Praktis

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan dalam pengembangan dan pembelajaran diri untuk penanggulangan masalah-masalah kesehatan khususnya masalah rokok.

4. Manfaat Untuk Masyarakat

   Hasil penelitian ini dharapkan dapat menjadi bahan bacaan untuk menambah pengetahuan bagi masyarakat dalam meningkatkan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok dalam meningkatkan status kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Rokok

1. Pengertian Rokok/ Merokok

Rokok merupakan salah satu Zat Adiktif, yang bila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat. Berdasarkan PP No. 19 tahun 2003, diketahui bahwa rokok adalah hasil olahan tembakau yang dibungkus, termasuk cerutu ataupun bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum, Nicotiana Rustica*, dan spesies lainnya, atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. (Lisa Ellizabet Aula, 2010)

Rokok adalah silinder dari kertas berukuran panjang sekitar 70-120 mm (bervariasi tergantung negara) dengan diameter sekitar 10 mm yang berisi daun-daun tembakau yang telah dicacah. Rokok dibakar pada salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup melalui mulut pada ujung lainnya. Biasanya rokok dijual dalam bungkusan berbentuk kotak atau kemasan kertas yang dapat dimasukkan dengan mudah ke dalam kantong. Sejak beberapa tahun terakhir bungkusan-bungkusan tersebut juga disertai pesan kesehatan yang memperingatkan perokok terhadap bahaya kesehatan yang dapat ditimbulkan dari merokok. (Aula, 2010)

Horissons (1987), merokok adalah membakar tembakau yang kemudian dihisap asapnya, baik menggunakan rokok batangan maupun menggunakan pipa. Temperatur pada sebatang rokok yang ujung rokok yang terselip di antara bibir perokok. Asap rokok yang dihisap atau asap rokok yang dihirup melalui dua komponen : komponen yang lekas menguap dan berbentuk gas dan komponen yang bersama gas terkondenisasi menjadi pertikulat. Dengan asap rokok yang dihisap dapat berupa gas sejumlah 85 % dan sisanya berupa partikel. (Sitepoe 2000).

Menurut Sitepoe (2000), asap rokok yang dihisap melalui mulut disebut mainstream smoke, sedangkan asap rokok yang terbentuk pada ujung rokok yang terbakar serta asap rokok yang dihembuskan ke udara oleh si perokok disebut sidestream smoke. Kedua asap tersebut mengakibatkan seseorang menjadi perokok pasif.

Asap rokok yang dihisap mengandung berbagai jenis bahan kimia dengan berbagai jenis daya kerja terhadap tubuh, asap rokok mengandung 4000 jenis bahan kimia, beberapa bahan kimia yang terdapat di dalam rokok yang memberikan efek mengganggu kesehatan antara lain : nikotin, tar, gas, karbon monoksida dan berbagai logam berat lainnya. Oleh karenanya seseorang akan terganggu kesehatannya bila merokok terus menerus. (Sitepoe,2000).

2. Jenis-jenis rokok

a. Rokok berdasarkan bahan pembungkus

1) Kawung adalah rokok yang bahan pembungkusnya berupa daun aren.

2) Sigaret adalah rokok yang bahan pembungkusnya berupa kertas

3) Cerutu adalah rokok yang bahan pembungkusnya berupa daun tembakau.

b. Rokok berdasarkan bahan baku atau isi

1) Rokok putih yaitu rokok yang bahan baku atau isinya hanya daun tembakau yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.

2) Rokok kretek yaitu rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau dan cengkeh yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.

3) Rokok klembak yaitu rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau, cengkeh, dan menyan yang diberi saus untuk mandapatkan efek rasa dan aroma tertentu. (Aula, 2010)

c. Rokok berdasarkan bahan pembuatannya

1) Sigaret kretek tangan (SKT) adalah rokok yang proses pembuatannya dengan cara digiling atau dilinting dengan menggunakan tangan ataupun alat bantu sederhana.

2) Sigaret kretek mesin (SKM) adalah rokok yang prose pembuatannya menggunakan mesin. Caranya, material rokok dimasukkan ke dalam mesin pembuat rokok. keluaran yang dihasilkan mesin pembuat rokok berupa rokok batangan. Saat ini. (Aula, 2010)

d. Rokok berdasarkan penggunaan filter

1) Rokok Filter (RF) adalah rokok yang pada bagian pangkalnya terdapat gabus

2) Rokok Non Filter (RNF) adalah rokok yang pada bagian pangkalnya tidak terdapat gabus (Aula, 2010)

3. Zat-zat kimia yang terkandung dalam rokok

Roberts (1988), lebih dari 3.040 jenis bahan kimia yang dijumpai di dalam daun tembakau kering. Bahan-bahan kimia ini berasal dari pertumbuhan daun tembakau itu sendiri, yang bersumber dari tanah, udara dan bahan-bahan kimia yang digunakan dalam proses pembuatan tembakau maupun sewaktu penanaman tembakau. Diantara bahan kimia tersebut yang bersifat toksisa adalah nikotin,karsinogenik nitrosamine yang bersumber dari nitrit, amine, protein dan alkaloid di dalam daun tembakau, karsinogenik polisiklik, hidrokarbon aromatik bersumber sewaktu pemprosesan tembakau; elemen radio aktif yang diadobsi dari udara dan tanah, logam berat yang diperoleh dari tanah dan udara yang tercemar. Pada waktu rokok dibakar berarti semua zat kimia yang terkandung di dalam bahan baku

rokok dan bahan tambahan lainnya ikut terbakar maka akan terbentuk bahan kimia hasil pembakaran (Sitepoe, 2000).

Bahan kimia asap rokok dan pengaruhnya terhadap tubuh juga didalam tembakau yang tidak dibakar adalah sebagai berikut :

a. Nikotin

Nikotin bersifat toksis terhadap jaringan saraf, juga menyebabkan tekanan sistolik dan diastolik mengalami peningkatakan denyut jantung bertambah kontraksi otot jantung seperti dipaksa, pemakaian oksigen bertambah, aliran darah pada pembuluh darah koroner bertambah, dan vasokonstriksi pembuluh darah perifer. Nikotin meningkatkan kadar gula darah, kadar asam lemak bebas kolestrol LDL, dan meningkatkan agregasi sel pembekuan darah. Nikotin juga menyebabkan seseorang ketagihan rokok. (Sitepoe, 2000).

b. Tar

Sumber tar adalah tembakau, cengkeh, pembalut rokok dan bahan organik lainnya yang dibakar. Tar hanya dijumpai pada rokok yang dibakar. Eugenol kretek Indonesia selalu menyatakan Eugenol tidak termasuk tar. Didalam tar dijumpai karsinogenik: *polisiklinik hidrokarbon aromatis* yang memicu kanker paru. Selain itu juga dijumpai *Nitrosoamine* nikotin di dalam rokok yang berpotensi besar sebagai karsinogenik terhadap jaringan paru.

Bahan ini terdapat dalam tembakau, tetapi tidak dijumpai dalam cengkeh. (Sitepoe 2000)

c. Gas Karbon Monoksida (CO)

Gas yang bersifat toksis dan bertolak belakang dengan gas oksigen dalam transport haemoglobin. Dalam rokok terdapat 2-6 % gas CO pada saat merokok, sedangkan gas CO yang dihisap oleh perokok paling rendah pada saat merokok, sedangkan gas CO yang dihisap oleh perokok paling rendah 400 ppn (Part permilion) sudah dapat meningkatkan kadar karboksi-haemoglobin dalam darah sejumlah 2-16 %. Kadar normal karbondioksida - haemoglobin hanya 1 % pada bukan perokok. Apabila keadaan terus berjalan maka terjadi policitemia yang akan mempengaruhi

syaraf pusat. Kandungan kadar karbon monoksida di dalam rokok kretek lebih rendah dari pada kandungan karbon monoksida dalam rokok putih (Sitepoe, 2000).

d. Timah Hitam (Pb)

Timah hitam merupakan partikel asap rokok. Setiap satu batang rokok yang dihisap diperhitungkan mengandung 0,5 mikrogram timah hitam. Bila seseorang mengisap rokok lebih dari 20 batang perhari maka kadar Pb dalam tubuh mencapai 20 mikrogram sedangkan batas bahaya kadar Pb dalam tubuh adalah 20 mikrogram perhari (Sitepoe, 2000).

e. Eugenol

Eugenol hanya dijumpai di dalam rokok kretek dan tidak dijumpai pada rokok putih. Eugenol dapat ditemukan didalam cengkeh yang dapat memberikan bintik minyak pada rokok kretek sehingga memberikan pandangan yang kurang menyenangkan. Eugenol dapat dijumpai baik di dalam rokok yang sedang dihisap, di dalam asap rokok yang dihisap, maupun di dalam rokok kretek yang tidak dihisap. Eugenol atau minyak cengkeh adalah cairan yang tidak berwarna atau juga berwarna kekuning-kuningan dan tidak larut dalam air. Eugenol digunakan sebagai antiseptic, anastetik dan juga sebagai antipiretik belum diketahui efek karsinogeniknya.(Sitepoe, 2000).

f. Arsenik

Sejenis unsur kimia yang digunakan untuk membunuh serangga terdiri dari unsur-unsur berikut:

1. Nitrogen Oksida, yaitu unsur kimia yang dapat mengganggu saluran pernapasan, bahkan merangsang terjadinya kerusakan dan perubahan kulit tubuh.
2. Amonium Karbonat, yakni zat yang bisa membentuk plak kuning pada permukaan lidah, serta mengganggu kelenjar makanan dan perasa yang terdapat pada permukaan lidah. (Aula,2010)

g. Amonia

Amonia merupakan gas tidak berwarna yang terdiri dari nitrogen

dan hidrogen. Zat ini sangat tajam baunya. Amonia sangat mudah memasuki sel-sel tubuh. Saking kerasnya racun yang terdapat dalam zat ini, sehingga jika disuntikkan sedikit saja ke dalam tubuh bisa menyebabkan seseorang pingsan.

h. Formik Acid

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

i. Akrolein

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

j. Hydrogen cyanide

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

k. Nitrous Oksida

Nitrous oksida ialah sejenis gas tidak berwarna. Jika gas ini terisap maka dapat menimbulkan rasa sakit.

l. *Formaldehyde*

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

m. *Phenol*

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

n. *Acetol*

Hasil pemanasan *aldehyde* (sejenis zat tidak berwarna yang bebas bergerak) dan mudah menguap dengan alkohol.

o. *Hydrogen Sulfide*

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

p. *Pyridine*

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

q. *Methyl Chloride*

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

r. *Methanol*

Methanol ialah sejenis cairan ringan yang gampang menguap dan terbakar. Meminum atau mengisap methanol dapat mengakibatkan kebutaan, bahkan kematian. (Aula, 2010).

4. Tipe-Tipe perokok

a. Perokok Aktif *(Active Smoken*

Perokok aktif adalah seseorang yang benar-benar memiliki kebiasaan merokok. Merokok sudah menjadi bagian hidupnya, se-hingga rasanya tak enak bila sehari saja tidak merokok. Oleh karena itu, ia akan melakukan apapun demi mendapatkan rokok, kemudian merokok.

b. Perokok Pasif *(Passive Smoken)*

Perokok pasif ialah seseorang yang tidak memiliki kebiasaan merokok, namun terpaksa harus mengisap asap rokok yang dihembuskan oleh orang lain yang kebetulan ada di dekatnya. Dalam keseharian, mereka tidak berniat dan tidak memiliki kebiasaan merokok. Jika tidak merokok, ia tidak merasakan apa-apa dan tidak terganggu terganggu aktivitasnya.

Meskipun perokok pasif tidak merokok, tetapi perokok pasif

memiliki risiko yang sama dengan perokok aktif dalam hal terkena penyakit yang disebabkan oleh rokok. Berbagai studi menyebutkan bahwa perokok pasif mempunyai risiko yang sama dengan perokok aktif dalam hal-hal berikut:

1) Kemungkinan mengalami serangan kanker paru, kanker payudara, kanker ginjal, kanker pankreas, dan kanker otak karena memperoleh nikotin dari asap rokok.
2) Kemungkinan terkena penyakit jantung dan pembuluh darah (stroke)
3) Kemungkinan mengalami serangan asma bronkhiale.
4) Kemungkinan terkena gangguan kognitif dan dementia (mudah lupa).
5) Wanita hamil berkemungkinan melahirkan bayi prematur atau bayi lahir cukup bulan, tetapi berat badan kurang dari normal.
6) Mudah terkena serangan infeksi di hidung dan tenggorokan.
7) Anak-anak mudah terserang asma, meninggal pada usia muda, infeksi paru-paru, mudah mengalami alergi, dan gampang terkena TBC paru-paru.

5. Bahaya rokok bagi kesehatan

Kebiasaan merokok telah terbukti berhubungan dengan sedikitnya 25 jenis penyakit dari berbagai alat tubuh manusia, seperti kanker paru, Enfisema dan berbagai penyakit paru lainnya. Selain itu adalah kanker mulut, tenggorokan, pankreas, dan kandung kencing,

penyakit pembuluh darah, ulkus peptikum dan lain-lain. Satu-satunya penyakit yang menunjukkan asosiasi negatif dengan kebisaan merokok, yaitu kanker paru, bronchitis kronik dan emfisema, penyakit jantung iskemik dan penyakit kardiovaskuler lain, ulkus peptikum, kanker mulut, kanker tenggorokan, penyakit pembuluh darah otak dan gangguan janin dalam kandungan.

Doll dan Hill dua orang peneliti dari inggris membagi hubungan antara penyakit dan kebiasaan merokok. Sebagai berikut : penyakit yang disebabkan oleh merokok adalah kanker paru, kanker kerongkongan, kanker saluran nafas lainnya, bronchitis kronis, dan emfisema. Penyakit yang mungkin seluruhnya atau sebagaian disebabkan oleh merokok yaitu penyakit jantung iskemik, aneurisma atau pelebaran aorta, kerusakan miokard jantung, thrombosis pembuluh darah otak, arterosklerosis, tuberculosis, pneumoni, ulkus peptikum, hernia dan kanker kandung kemih (Aditama, 1997).

a. Kanker

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

kanker kandung kemih, kanker esofagus, leukemia mieloid akut, kanker ginjal dan ureter, serta kanker usus besar (kanker kolon).

b. Penyakit Paru-paru

Merokok dapat menyebabkan perubahan struktur dan fungsi saluran napas dan jaringan paru-paru. Pada saluran napas besar, sel mukosa membesar (*Hipertropi)* dan kelenjar mukus bertambah banyak *(Hiperplasia).* Pada saluran napas kecil, terjadi radang ringan dan penyempitan akibat bertambahnya sel dan penumpukan lendir. Pada jaringan paru-paru, terjadi peningkatan jumlah sel radang dan kerusakan alveoli.

c. Penyakit Jantung Koroner

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

d. Impotensi

Nikotin yang beredar melalui darah akan dibawa ke seluruh tubuh, termasuk organ reproduksi. Zat ini akan mengganggu proses spermatogenesis sehingga kualitas sperma menjadi buruk. Selain merusak kualitas sperma, rokok juga menjadi faktor risiko gangguan fungsi seksual, khususnya gangguan disfungsi ereksi.

e. Kanker Kulit, Mulut, Bibir, clan Kerongkongan

Tar yang terkandung dalam rokok dapat mengikis selaput lendir di mulut, bibir, dan kerongkongan. Ampas tar yang tertimbun akan mengubah sifat sel-sel normal menjadi sel ganas yang menyebabkan kanker. Selain itu, kanker mulut dan bibir juga dapat disebabkan oleh panas dari asap. Sedangkan untuk kanker kerongkongan didapatkan data bahwa pada perokok kemungkinan terjadinya kanker kerongkongan dan usus adalah 5-10 kali lebih banyak dari pada bukan perokok.

f. Merusak Otak dan Indra

Sama halnya dengan jantung, dampak rokok terhadap otak juga disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah otak yang di karenakan efek nikotin terhadap pembuluh darah dan suplai oksigen yang menurun terhadap organ, termasuk otak dan organ tubuh lainnya. Sehingga, sebetulnya nikotin ini dapat mengganggu seluruh sistem tubuh.

g. Mengancam Kehamilan

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

h. Penyakit Stroke

Penyumbatan pembuluh darah otak yang bersifat mendadak atau stroke sering kali di kaitkan dengan merokok. Risiko stroke dan kematian lebih tinggi pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok.

Dalam penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dan Inggris, diketahui bahwa kebiasaan merokok memperbesar kemungkinan timbulnya AIDS pada pengidap HIV Pada kelompok perokok, AIDS rata-rata timbul dalam 8,17 bulan, sedangkan pada kelompok bukan perokok muncul setelah 14,5 bulan.

Penurunan kekebalan tubuh pada perokok menjadi pencetus lebih mudahnya terkena AIDS, sehingga berhenti merokok penting sekali dalam langkah pertahanan melawan AIDS.

i. Merontokkan Rambut

Merokok dapat menurunkan sistem kekebalan sehingga perokok lebih mudah terserang penyakit, seperti lupus erimatosis yang bisa menyebabkan kerontokan rambut, ulserasi/bisul, sariawan di mulut, serta ruam di wajah, kepala, dan tangan.

j. Katarak

Perokok mempunyai risiko 50% lebih tinggi terkena katarak (buramnya lensa mata yang menghalangi masuknya cahaya), bahkan menyebabkan kebutaan. Semburan zat kimia beracun dari asap rokok mengiritasi mata atau menghambat aliran oksigen dalam darah ke otak.

k. Keriput

Asap rokok membakar protein dan vitamin A yang memelihara elastisitas kulit, menurunkan kelancaran aliran darah. Kulit perokok terutama di sekitar bibir dan mata, menjadi kering kasar, dan bergaris-garis.

l. Merusak Pendengaran

Rokok menyebabkan plak pada pembuluh darah sehingga mengganggu aliran oksigen dalam darah yang menuju telinga dalam. Perokok dapat kehilangan kemampuan pendengaran lebih dini, serta lebih mudah terkena infeksi telinga tengah yang diikuti komplikasi, seperti meningitis dan kelumpuhan otot wajah.

m. Merusak Gigi

Zat-zat kimia beracun dan asap rokok menimbulk an plak yang aktif berkontribusi merusak gigi. Perokok 1,5 kali lebih mudah kehilangan gigi.

n. Emfisema

Pecahnya kantong pernapasan bisa mengurangi kapasitas paru-paru dalam menghirup oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida. Pada kondisi ekstrem, penderita emfisema memerlukan operasi trakheostomi (pemasangan pipa terbuka pada trakea untuk membantu masuknya udara ke dalam pam-pam) agar tetap bernapas.

o. **Osteoporosis**

Karbon monoksida (zat kimia utama yang keluar dari knalpot kendaraan bermotor dan asap rokok) mempunyai daya ikat lebih besar terhadap sel darah merah ketimbang oksigen, serta mengurangi daya angkut oksigen darah pada perokok sebanyak 15 %. Akibatnya, densitas tulang para perokok pun menurun sehingga mudah retak dan membutuhkan waktu 80% lebih lama untuk sembuh. Perokok juga lebih mungkin menderita sakit tulang belakang.

p. **Tukak Lambung**

Merokok dapat menurunkan pertahanan tubuh terhadap bakteri penyebab tukak lambung sekaligus merusak kemampuan lambung menetralisir asam sehabis makan. Tukak perokok lebih susah diobati dan lebih mudah kambuh.

q. **Kanker Rahim dan Keguguran**

Merokok bisa meningkatkan risiko kanker leher rahim (serviks) dan kanker rahim, serta merusak kesuburan wanita dan

menyebabkan komplikasi kehamilan. Merokok selama kehamilan mempertinggi risiko berat badan bayi rendah, yang menyebabkan si kecil rentan mengalami berbagai gangguan kesehatan. Keguguran didapati dua sampai tiga kali lebih sering pada perokok

r. **Kelainan Sperma**

Berbagai racun rokok dapat merusak DNA dan mengubah bentuk sperma, yang akhirnya menyebabkan keguguran atau kelahiran cacat. Merokok juga bisa mengurangi kesuburan pria, serta mengurangi aliran darah ke zakar, yang menyebabkan impotensi.

s. **Penyakit Burger**

Penyakit itu juga disebut *thromboangitis obliterans* (suatu peradangan pembuluh nadi dan pembuluh balik, serta saraf pada kaki), yang secara keseluruhan mengurangi aliran darah.]ika tidak ditangani, penyakit burger dapat menyebabkan gangrene (pem-busukan) jaringan tubuh, yang hanya dapat dihentikan penyebarannya dengan amputasi.

t. Memperlambat Pertumbuhan Anak

Berdasarkan fakta-fakta ilmiah sejak tahun 1986, Amerika Serikat menyimpulkan bahwa asap rokok yang dihasilkan secara langsung dari pembakaran rokok maupun hembusan perokok dapat memperlambat pertumbuhan dan fungsi paru-paru pada masa

kanak-kanak, serta meningkatkan risiko Penyakit saluran pernapasan

Soerojo,anggota Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) membenarkan bahaya merokok pada usia dini. Paparan asap rokok orang lain *(aro)* mem perburuk asma yang sudah ada sebelumnya dan menyebabkan gejala asma kasus baru pada anak-anak dan orang dewasa. Bahkan, hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh California Environmental Protection Agency mengenai konsekuensi kesehatan asap rokok menemukan bahwa asap rokok dapat mengakibatkan penyakit telinga bagian tengah, yaitu penyakit yang biasa diderita pada masa kanak-kanak. Apabila tidak diobati maka akan menyebabkan tuli.

B. Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan

1. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya (Kaplan dkk, 1997). Menurut Sacket dalam Niven (2000) kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.(Syakira, 2009)

Menurut Niven,2002 Kepatuhan adalah sikap atau ketaatan. Kepatuhan di mulai mula-mula individu mematuhi anjuran petugas kesehatan tanpa relaan untuk melakukan tindakan (Syakira , 2002).

Definisi kepatuhan dalam penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok adalah ketaatan masyarakat atau individu untuk melaksanakan aturan dalam pelaksanaan kawasan tanpa asap rokok. Kepatuhan menurut Sackett pada pasien sebagai “Sejauh mana perilaku individu sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan”(Afnita, 2004).

Taylor (1991) seperti yang dikutip Bart (1994) mengatakan ketidakpatuhan sebagai suatu masalah medis yang berat. Derajat ketidakpatuhan bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut kuratif atau preventif, jangka panjang atau jangka pendek. Sackeet dan Snow (1976) menemukan bahwa kepatuhan terhadap sepuluh hari jadwal pengobatan sejumlah 70-80% dengan tujuan pengobatan adalah mengobati, dan 60-70% dengan tujuan pengobatannya adalah pencegahan. Kegagalan untuk mengikuti program pengobatan jangka panjang, yang bukan dalam kondisi akut, dimana derajat ketidakpatuhannya rata-rata 50% dan derajat tersebut bertambah buruk sesuai waktu (Niven, 2002).

Menurut Dinicola dan Dimatteo (1984) yang dikutip Niven (2002) cara meningkatkan kepatuhan diantaranya melalui perilaku sehat dan pengontrolan perilaku dengan faktor kognitif, dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu dan uang merupakan faktor yang penting dalam

kepatuhan dalam program-program medis, dan dukungan dari profesional kesehatan.

2. **Faktor- faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan**

a. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Pengetahuan pada dasarnya terdiri dari sejumlah fakta dan teori yang memungkinkan seseorang dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Pengetahuan tersebut diperolah baik dari pengalaman langsung maupun melalui pengalaman orang lain.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Bart (1994) dapat dikatakan bahwa perilaku yang dilakukan atas dasar pengetahuan akan lebih bertahan dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Jadi pengetahuan sangat dibutuhkan agar masyarakat dapat mengetahui mengapa mereka harus melakukan suatu tindakan sehingga perilaku masyarakat dapat lebih mudah untuk diubah kearah yang lebih baik.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara yang menanyakan sesuatu yang ingin diukur tentang pengetahuan dari subjek penelitian (Notoatmodjo, 2003).

Untuk mengukur pengetahuan ibu hamil tentang zat besi maka perlu diketahui pengertiannya tentang kehamilan, manfaat dari sumber zat besi, akibat kekurangan zat besi, suplementasi zat besi serta cara mengkonsumsinya

b. Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek Notoatmodjo (2003). Dengan perkataan lain dapat dikatakan bahwa sikap adalah tanggapan atau persepsi seseorang terhadap apa yang diketahuinya. Jadi sikap tidak dapat langsung dilihat secara nyata, tetapi hanya dapat ditafsirkan sebagai perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan. *Allport* (1954), seperti yang dikutip dari Notoatmodjo (2003), menjelaskan bahwa sikap terdiri atas 3 komponen pokok yaitu:

1) *Kepercayaan (keyakinan)*, ide dan konsep terhadap suatu objek
2) *Kehidupan emosional atau eveluasi emosional* terhadap suatu objek
3) *Kecenderungan* untuk bertindak (*trend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

Decision theory (Janis, 1985, dikutip dari Bart, 1994), mengganggap bahwa seorang pasien yang menggambil keputusan. Hal ini juga tercermin dalam *conflict theory* dari Janis dan Mann (1997) yang dikutip dari Bart (1994), bahwa pasien yang harus memutuskan apakah mereka akan melakukan suatu tindakan medis dan oleh petugas kesehatan memberi tahu mengenai prosedur, risiko dan efektifitas obat agar mereka bisa mengambil keputusan yang tepat

c. Tindakan

Tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap menjadi suatu perbuatan nyata. Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka (Notoatmodjo, 2003).

Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek *(practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh karena itu disebut juga *over behavior.*

Empat tingkatan tindakan adalah:

1) Persepsi (Perception)

Mengenal dan memiliki berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang diambil.

2) Respon Terpimpin (Guided Response)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar.

3) *Mekanisme (Mechanism)*

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu merupakan kebiasaan.

4) *Adaptasi (Adaptation)*

Adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian menurut Niven (2002) antara lain :

   a. Pemahaman tentang intruksi , tidak seorangpun dapat mematuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang diberikan kepadanya

   b. Kualitas Interaksi Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

   c. Isolasi sosial dan keluarga. Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta juga dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

   d. Keyakinan, sikap dan kepribadian. Becker et al (1979) dalam Niven (2002) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan

4. Variabel Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan

   Beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Suddart dan Brunner (2002) adalah:

   a. Variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosial ekonomi dan pendidikan.
   b. Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
   c. Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.
   d. Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya financial dan lainnya yang termasuk dalam mengikuti regimen hal tersebut diatas juga ditemukan oleh Bart Smet dalam psikologi kesehatan.

5. Strategi Untuk Meningkatkan Kepatuhan

   Menurut Smet (1994) berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan adalah :

   a. Dukungan profesional kesehatan

      Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang

baik diberikan oleh profesional kesehatan baik dokter/ perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

b. Dukungan sosial

Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

c. Perilaku sehat

Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan. Untuk perokok dan bukan perokok diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk berhenti merokok dan menghindari rokok agar tidak menimbulkan penyakit Modifikasi gaya hidup sangat diperlukan dalam hal ini upaya dalam penerepan kebijakan kawasan bebas asap rokok.

d. Pemberian informasi

Pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya. Dalam masalah penerapan kawasan bebas asap rokok dalam pemberian informasi dari berbagai pihak utamanya dari pemerintah dan petugas kesehatan atau keluarga sendiri untuk lebih mematuhi aturan yang telah ditetapkan.

C. Tinjuan Umum tentang Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok

1. Analisis Permasalahan

a. Laporan Mengenai Dampak Konsumsi Tembakau di Dunia

Kematian akibat tembakau diseluruh dunia amat mengejutkan. WHO dalam buku panduannya strategi pengendalian bahaya tembakau MPOWER menjelaskan bahwa terdapat 1 kematian tiap 6 detik, 5,4 juta jiwa pada tahun 2005, 100 juta selama abad ke-20 jika dibiarkan 8 juta jiwa pada tahun 2030 dan 1 Milyar jiwa selama abad ke-21 . Untuk mengatasi epidemi tembakau, organisasi kesehatan sedunia (WHO) mengajak Negara anggotannya untuk menerapkan strategi MPOWER .

Strategi MPOWER terdiri atas 6 upaya pengendalian tembakau yang meliputi :

1) Monitor prevalensi penggunaan tembakau dan pencegahannya,
2) Perlindungan terhadap asap tembakau.
3) Optimalisasi dukungan untuk berhenti merokok
4) Waspadakan masyarakat akan bahaya tembakau
5) Eliminasi iklan, Promosi dan sponsor tembakau,
6) Raih kenaikan cukai tembakau

b. Upaya Pengendalian Bahaya Tembakau di Indonesia

Indonesia sampai saat ini merupakan satu-satunya negara di asia fasifik yang belum menandatangani Framework Convention Tobacco Control (FCTC) sebuah traktat internasional yang

didalamnya terdapat upaya pengendalian bahaya tembakau. Walaupun pemerintah Indonesia berperan aktif dalam forum internasional inter Govermental Negotiating Body di Geneva namun Indonesia mengingkari komitmennya dengan tidak meratifikasi FCTC .

Pengendalian bahaya tembakau memiliki prioritas rendah dalam agenda kesehatan masyarakat Indonesia . Indonesia telah menyiapkan dua RUU pada tahun 2003 yaitu RUU Aksesi FCTC yang disusun oleh departemen kesehatan dan RUU " Pengendalian Dampak Produk tembakau bagi Kesehatan" memalui hak inisiatif anggota dewan yang disiapkan atas prakarsa IFPPD (Forum Parlemen Untuk Kependudukan dan Pembangunan) bekerjasama dengan tim penyusun undang-undang DPR-RI . Dari hasil pemantauan aktivitas industri rokok di Indonesia periode Januari – Oktober 2007 yang dilakukan oleh Komisi Nasional Perlindungan Anak.

Industri rokok menggunakan semua jenis iklan langsung untuk mengiklankan produknya dengan memanfaatkan beragam media baik luar ruang maupun media cetak dan elektronik . Semua PP yang pernah ada membolehkan iklan di media cetak maupun media luar ruangan, sementara PP 19/2003 mengizinkan penayangan iklan rokok di media elektronik dari jam 21.30-05.00 WIB . Batasan ini terbukti tidak efektif dalam membatasi periklanan

rokok di Indonesia, justru hanya membuat iklan rokok semakin kreatif. PP 19/2003 melarang orang merokok di tempat umum, tempat kerja, sarana pendidikan, sarana kesehatan, tempat ibadah, tempat bermain anak dan kendaraan umum . Daerah yang telah mengeluarkan peraturan kawasan tanpa rokok adalah pemerintah daerah kota Bogor, kota Cirebon dan kota Palembang

Gubernur DKI Jakarta mengeluarkan Perda No.2 Tahun 2005 tentang pengendalian pencemaran udara dan menyelipkan satu pasal yaitu pasal 13 yang mengatur kawasan tanpa rokok Namun demikian, masih dibutuhkan waktu cukup panjang dan kesungguhan pemerintah untuk mengawasi pelaksanaan terhadap kepatuhannya.

FCTC mensyaratkan peringatan kesehatan menempati 30-50% dari permukaan lebar bungkus rokok, pesan tunggal dan berganti-ganti, dapat berbentuk gambar . Sedangkan, PP 19/2003 menyebutkan bahwa setiap bungkus rokok harus mencantumkan peringatan kesehatan tunggal dan tidak berganti-ganti yang bunyinya”Merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin”; dan setiap iklan rokok harus mengalokasikan minimal 15 % dari luasnya untuk peringatan kesehatan yang sama.

Konsep penurunan kadar tar dan nikotin telah dimasukkan dalam dokumen roadmap industri rokok periode 2015-2020 dalam

rangka kepedulian terhadap aspek kesehatan, setelah produksi rokok ditargetkan naik dan 220 milyar tahun 2005 menjadi 260 milyar tahun 2015. PP 19/2003 tidak melarang pesan yang menyesatkan seperti “mild” dan “light” akan tetapi selangkah lebih maju dari PP-PP sebelumnya yang menetapkan batas kadar dan nikotin yang diterima. Kadar tar dan nikotin rendah tidak menjamin berkurangnya bahaya tembakau karena rokok adalah adiktif.

2. Siklus Kebijakan Publik Berbasis Evidens Epidemilogi

a. Epidemiologi dan Kebijakan Kesehatan

Epidemiologi merupakan salah satu bagian dari ilmu kesehatan masyarakat. Di ranah pemahaman, epidemiologi merupakan disiplin ilmu(Klainbaum, et al, 1982; Friedman, 1994)(19). Atau metode ilmiah (Kelsey, et al, 1996; Timreck 1994) Epidemiologi adalah ilmu empiris yang menangkap fenomena status dan proses kejadian penyakit/masalah kesehatan di dalam populasi manusia (Friss & Seller, 2003). Di dalam epidemiologi komponen pemahaman bermula dari pengamatan populasi dan berakhir pada penarikan kesimpulan tentang etiologi, proses kejadian dan riwayat alami berbagai masalah kesehatan masyarakat.(**Puja,2011)**

Komponen aksi bermula dari penggunan evidens epidemiologi dalam proses pembuatan kebijakan dan berakhir pada evaluasi dampak kebijakan pada kesehatan masyarakat(Klainbaum, et al, 1982) . Sebagai Ilmu empiris, epidemiologi melakukan

konfirmasi kebenaran teori berdasarkan fakta-fakta yang dapat ditangkap secara indrawi Di ranah terapan, epidemiologi mempunyai kaidah axiologis atau kegunaan. (**Puja,2011)**

Berbagai fenomena kesehatan populasi yang ditangkap secara sistematis, rasional dan objektif tertentu, dijadikan landasan konsepsional bagi upaya pencegahan dan pengendalian (Gersman, 2003). Selama lebih dari satu abad, epidemiologi telah memperlihatkan komitmen dan kontribusi yang besar terhadap upaya pencegahan dan pengendalian berbagai masalah kesehatan yang dihadapi umat manusia (Gordis, 1996) Di ranah nilai, perhatian utama epidemiologi yang tertuju pada kesehatan umat manusia mengepresikan kaidah norma yang universal (Greenwood, 1935 dikutip dari Gordis, 1996).

Pembuat kebijakan memerlukan informasi tentang apa yang sedang terjadi, apa yang akan terjadi pada waktu yang akan datang jika intervensi tidak dilakukan, dan seperti apa yang akan terjadi bila intervensi dilaksanakan. Ini meliputi informasi terhadap determinan dan kecenderungan dalam kesehatan, dan implikasi perubahannya. Penyusunan informasi dalam hal ini membutuhkan kontribusi dari berbagai disiplin ilmu sosial, misalnya demografi, geografi dan ekonomi, juga biologi, ilmu medik, khususnya epidemiologi (Amiruddin, 2011).

Kontribusi Epidemiologi terhadap kebijakan kesehatan

Pada analisis ini diusahakan untuk menggambarkan bagaimana epidemiologi dapat berkontribusi untuk proses kebijakan dan kemudian menjadi "*Evidence-based policy Making"* (Muir Grahy, 1997). Banyak faktot yang mempengaruhi kebijakan, dan bisa menjadi sulit ditemukan misalnya kebijakan dipengaruhi oleh hasil penelitian.

Holland dan Wainwright (1979) memberi contoh kasus dimana epidemiologi mempengaruhi kebijakan kesehatan. contoh lain sistim karantina untuk mencegah penularan penyakit. Ahli epidemiologi sebaiknya mengenal sistim kebijakan dan model "place" di adaptasi kedalam model kebijakan tersebut. Tidak ada gunanya membuat rencana yang besar jika sistem tidak mengakomodasi terhadap orang yang keliru. Apa kontribusi sebenarnya dari epidemiologi? Empat hal utama yang menjadi fokus, yaitu : fokus populasi, kesehatan dan pencegahan, pelayanan kesehatan dan informasi kesehatan (Amiruddin, 2011)

b. Epidemiologi dan Siklus Kebijakan Publik

1. Assessment of Population Health

Ahli epidemiologi dapat berkontribusi terhadap konseptual dan pengukuran kesehatan, menggunakan keahliannya dalam mengolah data kesehatan populasi. Lebih khusus lagi, mereka

dapat menilai kebutuhan kesehatan dan risiko-risikony, menentukan dampak masalah kesehatan terhadap masyarakat, dan menilai inequalitas dalam kesehatan. Hampir semua riset epidemilogi terkait dengan determinan penyebab sehat masalah dan masalah kesehatan

2. Assessement of potential interventions

   Ahli epidemilogi dapat mengevaluasi dan menyusun fakta berdasarkan efikasi intervensi yang potensial dan menilai efektifitasnya.

3. Policy choices

   Ahli epidemiologi dapat memberi saran terhadap pencegahan penyakit, model dampak dari variasi intervensi terhadap kesehatan populasi secara keseluruhan, dan memberikan dasar tujuan dalam memilih prioritas di antara banyak pilihan.

4. Policy Implementation

   Ahli epidemiologi dalam berkontribusi dalam menyusun tujuan dan objektive yang berarti, menyediakan dasar-dasar rasional untuk alokasi resource, dan memberi saran terhadap data yang dibutuhkan untuk mendukung evaluasi kebijakan.

5. Policy Evaluation

   Ahli epidemiologi dapat membantu mengembangkan desain riset yang valid dan reliable, dan dapat melaksanakan surveilans masalah kesehatan dan pelayanan kesehatan, mendeteksi

kejadian yang tidak biasa dan mengevaluasi variasi wilayah dalam pelayanan kesehatan (Amiruddin, 2011)

Kebijakan adalah seperangkat panduan yang diperlukan untuk mengambil keputusan (Spassof, 1999) Kebijakan berperan mengintegrasikan, memfokuskan dan mengefektifkan upaya organisasi untuk mencapai sasaran yang telah ditentukan. Berbagai model siklus kebijakan tersedia dalam jenis dan jumlah langkah yang bervariasi.

Walt mengajukan empat langkah kebijakan yang terdiri dari:

1. Identifikasi masalah dan pemahaman isu,
2. Perumusan
3. Implementasi
4. Evaluasi kebijakan (Walt, 1944:45) .

Selain didasarkan pada nilai, ideologi dan tekanan politik, rumusan kebijakan kesehatan juga didasarkan pada evidens. (**Puja,2011),** Secara ideal, reformasi data dasar mengandung makna bahwa seluruh tahapan siklus pembuatan kebijakan dilakukan berbasis evidens, kebijakan akan melenceng dari yang semestinya akibat definisi masalah yang kabur; batas kebijakan yang tidak jelas dan upaya intervensi alternative yang tidak lengkap (Spasoff, 2003)

Kebijakan) adalah seperangkat panduan pengambilan keputusan. Walt (1994.42-3) membedakan antara *systemic (macro) policy*, yang ditentukan dari karaktersitik dasar sebuah populasi, dan

sectoral (micro) policy, yang berfokus pada level keputusan yang lebih rendah. Penyediaan kebijakan merupakan kerangka kerja yang diusulkan yang dapat di uji dan diukur kemajuannya.

Kebijakan yang dibutuhkan dari sebuah organisasi harus konsistent dengan kebijakan yang lain, atau mempunyai tujuan yang sama. Tanpa hal itu kegitan organisasi akan menjadi tidak terfokus, terpecah-pecah dan organisasi menjadi tidak efektif. Semua kebijakan sebuah organisasi meskipun tidak tertulis. Idealnya kebijakan itu berisi definisi yang jelas terhadap masalah yang akan diselesaikan , pernyataan tujuan (pendekatan dan kegiatannya) terhadap tujuan tujuan yang akan dicapai (Pal, 1992).

Pembuatan kebijakan termasuk penerapannya, dan kebijakan biasanya tidak dapat dipertimbangkan untuk bertahan sampai benar benar nyata telah dilaksanakan (Amiruddin, 2008).

Kebijakan publik merujuk pada kebijakan kebijakan pemerintah. Perpustakaan Nasional USA Medical Science Heading mendefinisikan kebijakan publik sebagai ”*a course or method of action selected, usually by government, from among altenatives to guide and determine present and future decisions*”. (MeSH). Tetapi kebijakan bias juga buykan dalam bentuk tindakan, seperti “ a course of action or inaction chosen by public authorities to address a given problem or interrelated set of problems” (Pal, 1992). Karena tindakan dan bukan tindakan adalah “pilihan” pengambil kebijakan

harus terlibat secara sadar dalam mengambil keputusan (Amiruddin, 2008)

3. Dampak dari Tembakau (rokok) dan Potensi Petaka Kesehatan Masyarakat di Indonesia

a. Dampak Konsumsi Tembakau Terhadap Kesehatan Masyarakat

Berbagai data dan fakta menjelaskan bahwa dampak dari tembakau khususnya rokok sangat merugikan bagi kesehatan tubuh manusia, karena dapat menimbulkan penyakit seperti kanker paru, jantung dan berbagai penyakit berbahaya lainnya. Seperti perkiraan global, penyebab kematian di Indonesia yang terkait konsumsi tembakau adalah penyakit jantung, stroke, kanker, penyakit pernapasan khususnya chronic obstructive pulmonary (penyakit paru obstruktif kronik) .

Ketergantungan terhadap rokok disinyalir disebabkan oleh zat adiksi (nikotin) yang terkandung pada asap yang keluar saat rokok saat dibakar atau dikonsumsi. Menghisap asap tembakau mengantarkan nikotin dalam jumlah yang besar kedalam otak secara cepat Bukti-bukti dari penelitian yang dilakukan selama 10 tahun terakhir menunjukan bahwa lebih dari 50 persen perokok meninggal akibat kecanduan. Rokok diperkirakan menyebabkan kematian 427.948 orang/tahun pada tahun 2001 atau sekitar 1.172 orang/hari. Separuh kematian akibat rokok berada pada usia produktif

b. Dampak Tembakau Terhadap Ekonomi Masyarakat dan Negara

Abdilah Ahsan dalam bukunya ekonomi tembakau di Indonesia menjelaskan bahwa ada hubungan antara kesehatan dan produktivitas ekonomi, hal tersebut berdasarkan teori yang menyatakan bahwa kesehatan merupakan bentuk modal sumberdaya manusia . Bloom dan Canning menjelaskan empat cara kesehatan mempengaruhi kesejahteraan ekonomi .

Individu yang sehat secara fisik maupun kognitif, yang berdampak pada kemampuan bekerja dengan jam kerja yang lebih panjang, lebih sedikitnya hari-hari absen dari pekerjaan karena sakit, dan produktivitas yang tinggi baik ditempat kerja maupun sekolah. Kedua, individu yang sehat memiliki umur harapan hidup yang lebih lama. Hal ini memberi insentif bagi investasi dibidang kesehatan, pendidikan, dan bentuk modal manusia lainnya. Ketiga, usia hidup yang panjang mengarah pada tingkat tabungan pensiun yang semakin membesar selama masa kerja. Investor asing akan tertarik pada perekonomian yang memiliki tenaga yang sehat. Keempat, penduduk yang lebih sehat berdampak pada penurunan jumlah anak yang diinginkan karena mortalitas rendah. Perubahan dari tingkat mortalitas dan fertilitas yang tinggi ketingkat yang rendah mengakibatkan meningkatnya proporsi penduduk usia kerja-sebagai faktor penentu pertumbuhan ekonomi..

Proporsi pengeluaran untuk membeli produk tembakau dari rumah tangga dengan perokok adalah 11, 5 persen ; angka ini lebih besar dibandingkan untuk belanja ikan, daging, telur, susu (11 persen); 2,3 persen untuk pembiayaan kesehatan, dan 3,2 persen untuk biaya pendidikan." (Ahsan, 2008) Biaya akibat konsumsi tembakau tahun 2001 diperkirakan sebesar Rp. 127,7 triliun meliputi biaya langsung yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk membeli rokok dan biaya pengobatan dan biaya tidak langsung akibat hilangnya produktivitas karena kematian, sakit dan kecacatan.

Jumlah ini adalah 7 kali lipat penerimaan cukai tahun yang sama yang besarnya Rp 16,5 Triliun. Pada tahun 2005, jumlah kematian dari 3 kelompok penyakit utama:kanker, penyakit jantung pembuluh darah dan penyakit pernapasan kronik obstruktif diperkirakan sebesar 400.000 orang dan menyebabkan kerugian total sebanyak Rp. 167 Triliun yang berasal dari biaya langsung dan tidak langsung 5 kali lipat pendapatan pemerintah dan cukai tembakau tahun yang sama sebesar Rp. 37 triliun

D. Tinjauan Umum Tentang Kawasan Bebas Asap Rokok

1. Peraturan tentang Rokok

Untuk melindungi generasi muda Indonesia di masa sekarang dan mendatang dari bahaya rokok, pemerintah sedang mempersiapkan Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang

Pengesahan FCTC *(Framework Convention on Tobacco Control).* Tujuan FCTC adalah melindungi generasi sekarang dan mendatang terhadap kerusakan kesehatan, konsekuensi sosial, lingkungan, dan ekonomi karena konsumsi tembakau dan paparan asap tembakau. FCTC telah disepakati secara aklamasi dalam Sidang Majelis Kesehatan Dunia *(World Health Assembly-WHA)* pada bulan Mei 2003. FCTC dinyatakan efektif apabila telah ada minimal 40 negara yang meratifikasinya. (Lisa Ellizabet Aula, 2010)

FCTC adalah konvensi atau *treaty,* yaitu bentuk hukum internasional dalam mengendalikan masalah tembakau/rokok yang mempunyai kekuatan mengikat secara hukum bagi negara-negara yang merati-fikasinya. Kelima langkah yang harus dilalui sampai FCTC menjadi perangkat hukum internasional adalah sebagai berikut:

a. Adopsi oleh Majelis Kesehatan Dunia *(World Health Assembl.r-WHA)* pada bulan Mei 2003.
b. Penandatanganan FCTC, yang dimulai pada 16 Juni 2003 sampai 29 Juni 2004. Pada akhir Februari 2004, 95 negara, termasuk *European Community,* telah menandatangani FCTe.
c. Setelah batas akhir penandatanganan, negara yang belum menandatangani FCTC masih bisa mengikat diri pada perjanjian tersebut melalui prosedur *accession/aksesi* atau pengesahan tanpa harus didahului dengan penandatanganan. Negara yang melakukan aksesi/pengesahan harus segera melaksanakannya.

d. Protokol merupakan pengaturan kewajiban khusus untuk melaksanakan tujuan konvensi.
e. Sembilan puluh hari setelah FCTC diratifikasi oleh sedikitnya empat puluh negara, maka ia menjadi hukum internasional.

Dengan mengaksesi/pengesahan FCTC, kelak Indonesia terikat pada perjanjian internasional dan diberikan tenggang waktu lima tahun setelah konvensi berlaku bagi negara bersangkutan agar negara tersebut melakukan upaya legislatif, eksekutif, administratif, atau upaya lainnya yang efektif. Hingga kini, Indonesia merupakan satu-satunya negara di Asia Pasifik yang belum menandatangani *Framework Convention TObacco Control* (FCTC), sebuah traktat internasional yang di dalamnya terdapat upaya pengendalian bahaya tembakau. Walaupun Pemerintah Indonesia berperan aktif dalam Forum Internasional Governmental Negotiating Body di Geneva, namun Indonesia mengingkari komitmennya dengan tidak meratifikasi FCTC Pengendalian bahaya tembakau memiliki prioritas rendah dalam agenda kesehatan masyarakat Indonesia.

Pada dasarnya, aturan yang sudah ada di Indonesia adalah sebagai berikut:

a. PP No. 81 Tahun 1999 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan, yakni peraturan perundang-undangan untuk membantu pelaksanaan upaya pengendalian tembakau. Pasal di dalamnya mengatur iklan rokok, peringatan kesehatan, pembatasan kadar tar

dan nikotin, penyampaian kepada masyarakat tentang isi produk tembakau, sanksi dan hukuman, pengaturan otoritas, serta peran masyarakat terhadap kawasan bebas asap rokok.

b. PP No. 38 Tahun 2000 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan merupakan revisi dari PP No. 81 Tahun 1999, yang berkaitan dengan iklan rokok dan memperpanjang batas waktu bagi industri rokok untuk mengikuti peraturan baru ini menjadi 5-7 tahun setelah dinyatakan berlaku, yang tergantung jenis industrinya.

c. PP No. 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan merupakan Peraturan Pemerintah pengganti PP No. 81 Tahun 1999 dan PP No. 38 Tahun 2000, yang mencakup aspek yang berkaitan dengan ukuran dan jenis peringatan kesehatan, pembatasan waktu bagi iklan rokok di media elektronik, serta pengujian kadar tar dan nikotin

Adapun Peraturan Pemerintah tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan memiliki beberapa tujuan antara lain :

a. Melindungi kesehatan dari bahaya akibat merokok.
b. Membudayakan hidup sehat
c. Menekan perokok pemula.
d. Melindungi kesehatan perokok pasif.

Selain itu, ada juga peraturan terkait larangan merokok, yakni Perda No. 75·Tahun 2005. Perda tersebut merupakan

larangan merokok di wilayah DKI Jakarta. Sebenarnya, hal itu tidak hanya ada di Jakarta, karena di berbagai daerah lainnya pun memiliki peraturan yang sama. Hanya saja, publikasinya belum terdengar secara luas.

Meskipun tingkatannya adalah provinsi, Perda No. 75 tahun 2005 cukup banyak dikenal oleh publik. Dalam Perda ini juga dijelaskan mengenai pengendalian asap rokok dalam kawasan dilarang merokok. Kawasan dilarang merokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk merokok. Berdasarkan Perda No. 75 Tahun 2005, ada tujuh tempat yang dilarang merokok.

2. Kawasan bebas asap rokok

Pemerintah membuat peraturan yang melindungi masyrakat terutama anak-anak dari paparan Asap Rokok Orang Lain (AROL) yang mematikan, karena mengandung 4000 bahan kimia berbahaya yang 69 diantaranya menyebabkan kanker, penyakit jantung, sindorma kematian mendadak pada bayi (SIDS) dan penyakit paru dengan menerapkan kawasan tanpa rokok. Dalam Undang-Undang kesehatan No.36 tahun 2009 pasal 115 menyatakan bahwa yang termasuk kawasan bebas asap rokok antara lain fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum serta tempat lain yang ditetapkan. (Tobacco Control Support Center IAKMI, 2009)

Beberapa pemerintah daerah telah mengeluarkan kebijakan kawasan bebas asap rokok seperti

a) DKI Jakarta

   PERDA No. 2 tahun 2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara untuk udara luar ruangan PERGUB No. 75 tahun 2005 tentang kawasan Dilarang merokok

b) Kota Bogor

   PERDA No. 8 tahun 2006 tentang Ketertiban Umum (pasal 14-16 yang mengatur tertib KTR)

c) Kota Cirebon

   Surat Keputusan Walikota No. 27 A/2006 tentang Perlindungan Masyarakat bukan perokok di Kota Cirebon

d) Kota Surabaya

   PERDA No.5 tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok PERWALI Surabaya No. 25 tahun 2009 tentang pelaksanaan Perda Kota Surabaya.

e) Kota Palembang

   PERDA No. 7 tahun 2009 tentang kawasan tanpa rokok

f) Kota Padang Panjang

   PERDA No.8 tahun 2009 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Tertib Rokok PERWALI No.10 tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Padang Panjang No. 8 Tahun 2009.

a. Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia

Sejak tahun 1999, melalui PP 19/2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan, Indoneia telah memiliki peraturan untuk melarang orang merokok di tempat-tempat yang ditetapkan. Peraturan Pemerintah tersebut, memasukkan peraturan kawasan tanpa rokok pada bagian enam pasal 22-25. Pasal 25 memberikan kewenangan kepada pemerintah daerah untuk mewujudkan kawasan tanpa rokok. Namun peraturan tersebut belum menerapkan 100 % kawasan bebas asap rokok karena masih dibolehkan membuat ruangan khusus untuk merokok dengan ventilasi udara di tempat umum dan tempat kerja. Dengan adanya ruang untuk merokok kebijakan kawasan tanpa rokok nyaris tanpa resistensi. Pada kenyataannya, ruang merokok dan ventilasi udara kecuali mahal, kedua hal tersebut secara ilmiah terbukti tidak efektif untuk melindungi perokok pasif, di samping rawan manipulasi dengan dalih hak asasi bagi perokok.

Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, juga mencantumkan peraturan kawasan tanpa rokok pada bagian ketujuh belas, pengamanan zat adiktif, pasal 115. Menindaklanjuti pasal 25 PP 19/2003, beberapa pemerintah daerah telah mengelaurkan kebijakan kawasan tanpa rokok.

1. DKI Jakarta

DKI Jakarta tidak mempunyai peraturan daerah kawasan tanpa rokok secara ekslusif. Perturan kawasan dilarang merokok hanya tercantum dalam Peraturan Daerah (PERDA) No. 2 Tahun 2005 tentang pengendalian pencemaran udara untuk udara luar ruangan. Yang ada hanya peraturan Gubernur (PerGub) nomor 75 Tahun 2005 tentang Kawasan dilarang merokok. DKI Jakarta belum menerapkan kawasan 100 % kawasan tanpa rokok karena dalam peraturan tersebut masih menyediakan ruangan untuk meroko.

2. Kota Bogor

   Kota Bogor belum menerbitkan peraturan kawasan Tanpa Rokok secara eksklusif. Pengaturan tertib kawasan tanpa rokok tertuang dalam Peraturan Daerah No 8 tahun 2006 tentang ketertiban umum, pasal 14-16. Kota Bogor juga belum menerapkan 100% Kawasan Tanpa Rokok karena masih mencantumkan ruang untuk merokok. Kota Bogor merencanakan akan menyusun Perda Kawasan Tanpa Rokok secara Ekslusif.

3. Kota Cirebon

   Peraturan kawasan tanpa rokok di Kota Cirebon berbentuk surat keputusan Walikota No 27A/2006 tentang perlindungan terhadap masyrakat bukan perokok di Kota Cirebon. Kota Cirebon merupakan kota pertama yang menerapkan 100 %

kawasan tanpa rokok yaitu tidak menyediakan ruang untuk merokok. Sayangnya peraturan tersebut belum berbentuk Peraturan Daerah sehingga tidak ada sanksi dan tidak mengikat masyarakat.

4. Kota Surabaya

   Kota Surabaya merupakan kota pertama yang mempunyai Peraturan Daerah Kawasan Tanpa Rokok secara ekskusif, yaitu Peraturan Daerah Kota Surabaya No.5 tahun 2008 tentang Kawasan Tanpa Rokok dan kawasan terbatas merokok. Perda ini membagi 2 kawasan yaitu Kawasan Tanpa Rokok yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok dan Kawasan Terbatas Merokok yang menyediakan ruangan khusus untuk merokok. Untuk melaksanakan Perda No 5 tahun 2008, Kota Surabaya juga telah membuat peraturan Walikota Surabaya No 25 Tahun 2009 tentang pelaksanaan Perda Kota Surabaya No 5 tahun 2008 tentang kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok. Kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok yang tercantum dalam Perda 5/ 2009 dirinci dan dipertegas pada perwali tersebut.

5. Kota Palembang

   Kota Palembang merupakan kota pertama di Indonesia yang memilih Perda kawasan tanpa rokok secara ekslusif dan menerapkan 100% kawasan tanpa rokok yaitu tanpa

menyediakan ruang merokok. Peraturan Daerah No.07/2009 Tentang kawasan tanpa rokok kota Palembang merupakan satu-satunya Perda Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia yang sesuai dengan standar internsional yaitu 100 % Kawasan Tanpa Rokok dengan tidak menyediakan ruang untuk merokok.

6. Kota Padang Panjang

   Kota Padang Panjang memiliki Peraturan Daerah Kota Padang Panjang No 8 tahun 2009 tentang kawasan tanpa rokok dan kawasan tertib rokok.Peraturan Daerah ini dirinci dan dipertegas dengan Peraturan Walikota Padang Panjang No.10 tahun 2009 tentang Petunjuk pelaksanaan Peraturan Daerah Kota Padang Panjang No. 8 tahun 2009 tentang kawasan tanpa asap rokok dan kawasan tertib rokok. (Tobacco Control Support Center IAKMI, 2009)

7. Kabupaten Enrekang Provinsi Sulawesi Selatan

   Kabupaten Enrekang tepatnya di Desa Bone-Bone merupakan Desa pertama di Kabupaten Enrekang yang memiliki Peraturan Desa Kawasan bebas asap rokok yang awalnya hanya kesepakatan lisan antar sesama warga desa. Yang digagas oleh kepala desa dan disampaikan kepada tokoh masyarakat yang lain serta pemuka adat desa kesepakatan lisan itu sangat ampuh dan sangat dihargai tokoh adat, pemuka masyarakat, serta warga umum. Aturan bebas rokok itu di

jalankan sejak tahun 2000. Pada tahun 2009 kawasan bebas asap rokok itu lebih dipertegas dengan dikeluarkannya Perdes No. 01 tahun 2009 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok. Desa Bone-Bone merupakan satu-satunya Desa yang mengeluarkan Perdes kawasan bebas asap rokok di Indonesia yang sesuai dengan standar internsional yaitu 100 % kawasan bebas asap rokok dengan tidak menyediakan ruang untuk merokok.

b. Perlunya Kawasan Tanpa Rokok

Tidak ada batas aman terhadap asap rokok orang lain sehingga sangat penting untuk menerapkan 100 % Kawasan Tanpa Asap Rokok untuk dapat menyelamatkan kehidupan. Menurut estimasi International Labor Organization (ILO) tahun 2005 tidak kurang dari 200.000 pekerja yang mati setiap tahun karena paparan asap rokok orang lain di tempat kerja. Kematian karena paparan asap rokok orang lain merupakan 1 dari 7 penyebab kematian akibat kerja. 100 % kawasan yang bebas dari asap rokok merupakan satu-satunya cara efektif dan murah untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok orang lain. Menurut WHO *Cost Effectiveness* akan naik apabila kawasan tanpa asap rokok akan dilaksanakan secara komprehensif dengan strategi pengendalian tembakau lainnya. (Tobacco Control Support Center IAKMI, 2009)

c. Mitos dan fakta tentang kebijakan kawasan bebas asap rokok

Mitos yang berkembang di masyarakat yang justru merugikan masyarakat sendiri, dan terus dihembus-hembuskan oleh industri tembakau untuk menghalangi perlindungan kesehatan masyarakat. Beberapa mitos yang sering dipergunakan adalah sebagai berikut :

1) Asap rokok orang lain tidak membahayakan kesehatan Industri rokok sering melawan bukti ilmiah, yang menganggap asap rokok orang lain sekedar gangguan, bukan masalah kesehatan. Faktanya penelitian ilmiah sudah sangat jelas bahwa asap rokok orang lain mematikan. Bukti ilmiah sudah terakumulasi selama lebih dari 40 tahun
2) Tidak diperlukan Undang-Undang (PERDA). Kebijakan yang bersifat sukarela sudah cukup. Industri tembakau menyukai konsep kebijakan yang bersifat kesukarelaan tanpa sanksi hukum dari pada undang-undang (PERDA) karena hal tersebut bisa menjadi alasan tidak perlu tindakan hukum bagi pelanggaran. Skema pilihan bebas yang mengakomodir keinginan perokok dan bukan perokok dengan mempertahankan “Smoking are” dan “non smoking area” dalam ruang yang sama adalah konsep yang diinginkan industri rokok.
3) Sistem ventilasi akan mengatasi masalah asap rokok orang lain.

Ruang merokok maupun sistem ventilasi tidak memberikan perlindungan dari pajanan asap rokok orang lain. Studi di Amerika menunjukkan tidak ada perbedaan tingkat asap tembakau di udara dan jumlah nikotin yang diserap pekerja di ruang merokok dan tanpa asap rokok karena ruang merokok tetap akan mengkontaminasi ruang tanpa asap rokok. Sangat mustahil bahwa ruangan merokok tidak akan dimasuki petugas kebersihan ataupun petugas keamanan, dan ini akan menempatkan mereka pada risiko.

4) Undang-Undang (PERDA) kawasan tanpa rokok melanggar hak asasi. Perokok harus di isinkan mengisap produk legal dan perusahaan harus bisa menentukan akan menerapkan kawasan tanpa rokok atau tidak

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 ayat 1 menyatakan bahwa setiap orang memiliki hak asasi untuk hidup sehat dan lingkungan sehat. Paparan asap rokok orang lain melanggar hak asasi manusia. Hak bukan perokok untuk mengisap udara bersih melebihi hak perokok untuk mencemari udara yang akan dihisap orang lain. Kebijakan kawasan tanpa rokok bukan tentang apakah orang merokok tetapi dimana orang merokok. Mereka meninggalkan risiko kesehatan bagi orang lain yang mengisap asap rokoknya.

5) Undang-Undang (PERDA) lingkungan bebas asap rokok tidak populer. Masyarakat pada umumnya tidak menginginkannya tetapi yang terjadi sebaliknya. Kebijakan ini sangat populer di banyak negara dan semakin banyak orang yang menyadari mereka berhak dilindungi dari paparan asap rokok orang lain. Kepatuhan masyarakat terhadap kebijakan ini adalah tertinggi ditempat dimana kesadaran akan bahaya kesehatan adalah tinggi.
6) Undang-undang (PERDA) yang melarang orang merokok pada waktu santai tidak bisa diterapkan. Bukti di negara-negara di dunia menunjukkan bahwa perokok maupun pelaku bisnis patuh pada Undang-undang (PERDA) kawasan tanpa rokok. Tingkat kepatuhan rata-rata 90 %.
7) Kebijakan kawasan tanpa rokok tidak tepat untuk negeri ini. Pengalaman didunia menunjukkan bahwa Undang-undang (PERDA) kawasan tanpa rokok cukup berhasil diterapkan baik di negeri besar atau kecil, perkotaan atau pedesaan, negara kaya ataupun miskin. Kebijakan kawasan tanpa rokok semakin populer di banyak negara, karena semakin banyak orang menyadari haknya untuk menghirup udara bersih dan sehat.

8) Apabila orang tidak dibolehkan merokok di tempat umum, mereka akan lebih banyak merokok di rumah masing-masing dan risiko paparan pada anak-anak akan lebih besar.

   Undang-undang kawasan tanpa rokok mendorong orang dewasa untuk berhenti merokok. Dengan demikian anak-anak yang terpapar asap rokok dirumahpun berkurang . Undang-undang ini membuat perokok meneruskan kebiasaannya di rumah dan membuat rumahnya bebas asap rokok secara sukarela. Di New Zealand dilaporkan bahwa paparan asap rokok orang lain di rumah tangga berkurang 50 %. 3 tahun setelah undang-undang kawasan tanpa rokok diberlakukan.

9) Undang-undang (PERDA) kawasan tanpa rokok diterapkan, industri jasa dan industri pariwisata akan merugi. Penelitian independen berulang kali membuktikan tidak adanya efek ekonomi yang negatif dari Undang-undang kawasan tanpa rokok pada industri jasa dan turisme. Studi yang dilakukan di Kanada, Italia, Norwegia dan beberapa kota seperti El paso dan New York memperlihatkan bila dilihat secara rata-rata, bisnis tetap seperti biasa bahkan ada yang meningkat setelah diberlakukan pelarangan merokok

10) Peraturan kawasan tanpa rokok tidak penting karena akan meningkatkan masalah sosial termasuk kekerasan dan keributan di jalanan. Tidak ada bukti yang menunjukkan hal

tersebut. Seandainyapun ada, maka hal ini relatif kecil dibandingkan dengan dampak risiko kesehatan yang diakibatkan asap rokok orang lain. Hal ini diatasi secara terpisah dengan peraturan yang sesuai.

d. Kebijakan untuk Perlindungan terhadap Asap Rokok Orang Lain.

Penerapan kawasan tanpa rokok di tempat-tempat umum mencegah bukan perokok dari paparan asap tembakau lingkungan. PP 19/2003 pasal 22 menyatakan bahwa Tempat Umum, sarana kesehatan,tempat kerja, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, dan angkutan umum dinyatakan sebagai kawasan tanpa rokok.

Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 pasal 115 dinyatakan bahwa kawasan tanpa rokok antara lain :

1) Fasilitas pelayanan kesehatan
2) Tempat proses belajar mengajar
3) Tempat anak bermain
4) Tempat ibadah
5) Angkutan umum
6) Tempat kerja
7) Tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan

Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 menyatakan sebanyak 34,2 % orang dewasa adalah perokok aktif, artinya lebih dari dua

pertiga penduduk secara potensial terpapar asap rokok orang lain. Data tahun 2001 dari sumber yang sama mencatat 70 % anak-anak usia 0-14 tahun adalah perokok pasif di rumah mereka. Merokok seakan telah menjadi norma sosial. Paparan asap rokok di tempat umum dan di depan orang lain ditoleransi oleh masyarakat. GYTS 2006 menemukan 81 % pelajar usia 13-15 tahun terpapar dengan asap rokok orang lain di tempat umum dan 64 % terpapar di dalam rumah.

Larangan merokok di tempat kerja memberikan dampak kesehatan bagi perokok maupun bukan perokok. Larangan ini akan:

1. Mengurangi paparan bukan perokok dari asap rokok orang lain
2. Mengurangi konsumsi rokok di antara para perokok.

Penelitian dengan jelas menyimpulkan bahwa 100 % kawasan tanpa rokok di tempat kerja memberikan keuntungan ekonomi. Hal ini mencegah tuntutan hukum bukan perokok/ perokok pasif serta mengurangi biaya-biaya lainnya, termasuk diantaranya biaya untuk kebersihan, pemeliharaan peralatan dan fasilitas, di samping risiko kebakaran, absensi pekerja dan kerusakan harta benda. Terlebih lagi para pekerja akan mengkonsumsi rokok lebih sedikit, lebih mungkin untuk berhenti merokok, dan lebih mendorong untuk berhenti merokok dan

memungkinkan mereka untuk lebih cepat dari pada pekerja di tempat kerja dengan kabijakan yang lemah.

Beberapa tempat umum memisahkan perokok dan bukan perokok, tetapi hal ini tidak melindungi bukan perokok dari dari efek karsinogen yang ditimbulkan dari orang yang merokok di ruangan yang sama. Bahkan teknologi ventilasi yang paling moderen sekalipun tidak dapat menghilangkan racun bahaya yang terkandung dalam asap rokok orang lain.

e. Prinsip kebijakan kawasan bebas asap rokok

1. 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 itu bertentangan dengan bukti ilmiah. Pendekatan lain untuk peraturan 100% lingkungan tanpa asap rokok termasuk penggunaan ventilasi, saringan udara dan pembuatan ruangan merokok (dengan ventilasi terpisah ataupun tidak) yang terbukti tidak efektif. Bukti ilmiah menyimpulkan bahwa pendekatan teknik kontruksi tidak mampu melindungi paparan asap tembakau.
2. Semua orang harus terlindungi dari paparan asap rokok. Semua tempat kerja tertutup dan tempat umum harus bebas sepenuhnya dari asap rokok.

3. Peraturan harus dalam bentuk legilasi yang mengikat secara hukum. Kebijakan sukarela yang tidak memiliki sanksi hukum terbukti tidak efektif untuk memberikan perlindungan yang memadai. Agar efektif, UU/PERDA harus sederhana, jelas dan dapat dilaksanakan secara hukum.
4. Perencanaan yang baik dan sumber daya yang cukup adalah esensial untuk keberhasilan pelaksanaan dan penegakan hukum.
5. 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.
6. Pelaksanaan 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).
7. Perlindungan terhadap paparan asap rokok perlu senantiasa diperkuat dan dikembangkan bilamana perlu dengan

amandemen, perbaikan penegakan hukum atau kebijakan lain menampung perkembangan bukti ilmiah dan pengalaman berdasarkan studi kasus.

f. Rekomendasi Kebijakan yang Efektif

Kebijakan kawasan bebas asap rokok yang efektif adalah yang dapat dilaksanakan dan dipatuhi. Agar kebijakan kawasan bebas asap rokok dapat dilaksnakan dan dipatuhi, perlu dipahami prinsip-prinsip dasar kawasan bebas asap rokok.

Prinsip dasar kawasan bebas asap rokok antara lain :

1. Asap rokok orang lain mematikan
2. Tidak ada batas aman bagi paparan asap rokok orang lain
3. Setiap warga Negara wajib dilindungi secara hokum dari paparan asap rokok orang lain.
4. Setiap pekerja berhak atas lingkungan tempat kerja yang bebas dari asap rokok orang lain.
5. Hanya lingkungan bebas asap rokok 100 % yang dapat member perlindungan penuh bagi masyarakat,
6. Pembuatan ruang merokok dengan ventilasi/filtrasi udara tidak efektif.

E. Tinjuan umum tentang pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu pengindaran sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oelh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003)

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungnnya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tenatng suatu objek mengandung suatu dua aspek yaitu aspek positif dan objek yang diketahui maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu.(A Wawan,dkk, 2010)

Menurut teori WHO yang dikutip Notoatmodjo (2007), salah satu bentuk pengetahuan objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri. Pengetahuan atau kognitif

merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (ovent behavior). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada pengetahuan yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu : (Notoadmodjo, 2003)

1. Tahu (Know)
2. Memahami (Comprehention)
3. Aplikasi (Application)
4. Analisis (Analysis)
5. Sintesis (synthesis)
6. Evaluasi (Evaluation)

Pada tingkat pengetahuan, tahu (know) adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah, di sini subjek mengetahui apa itu rokok dan rokok telah dikenal atau dipelajari sebelumnya. Subjek akan dapat menyebutkan, menguraikan ataupun mendefinisikan secara benar apa yang dimaksud dengan rokok, misalnya: seseorang mengetahui apa itu rokok, jenis-jenis rokok yang ada dijual, ataupun menjelaskan rokok itu dari sudut pandangnya. Memahami (comprehension) merupakan tingkat yang lebih tinggi dari tahu, disini subjek memiliki kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan rokok secara benar

Aplikasi (application), disini subjek mampu menggunakan pengetahuannya akan rokok dalam kondisi atau situasi yang

sesungguhnya, misalnya: seseorang yang telah mengerti akan bahaya asap rokok, dia akan keluar dari ruangan yang penuh dengan asap rokok tersebut guna menjaga kesehatannya. Pada tingkat analisis (analysis), subjek memiliki kemampuan untuk menjabarkan rokok lebih spesifik.

Pada tahap ini subjek mulai menganalisis efek-efek dari asap rokok terhadap kesehatan maupun keuntungan dan kerugian dari asap rokok. Sedangkan pada tingkat sintesis (synthesis), subjek mulai menghubungkan efek-efek dari asap rokok, kandungan didalam rokok dengan timbulnya penyakit, misalnya: kanker, penyakit jantung maupun PPOK. Akhirnya pada tingkat evaluasi (evaluation), subjek membuat keputusan berdasarkan tahapan pengetahuan terhadap rokok, dimana subjek akan menanggapi rokok secara positif maupun negatif.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

1. **Cara memperoleh pengetahuan**

   Cara memperoleh pengetahuan yang dikutip dari Notoadmodjo, 2003:11 adalah sebgai berikut :

   a. Cara Kuno untuk memperoleh pengetahuan

      1) Cara coba salah (Trial and Error)

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya perdaban. Cara coba salah dilakukan dengan emnggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah apabila kemungkianan itu tidak berhasil makadicoba, kemungkianan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan

2) Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pimpinan-pimpinan masyarakat baik formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintah dan berbagai prinsip orang lain yang menerima mempunyai yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

b. Cara moderen dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metodologi penelitian ilmiah atau lebih popular atau disebut metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626), kemudian

dikembangkan oleh Deobold Van daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

2. Proses Perilaku Tahu

Menurut Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar. Sedangkan sebelum mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni:

a. Awareness (kesadaran) di mana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek)
b. Interest (merasa tertarik) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus
c. Evaluation (menimbang-nimbang) individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
d. Trial, dimana individu mulai mencoba perilaku baru
e. Adaption, dan sikapnya terhadap stimulus.

Tabel 1 Sintesa Faktor Pengetahuan dengan Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok

No	Nama peneliti	Judul penelitian	Karakteristik			
			Subjek	Instrument	Metode/ Desain	Hasil
1	Ishaq Pawennari	Hubungan usia dan perilaku merokok dengan di berlakukannya daerah bebas asap rokok RSU Dr. Soetomo Surabaya	Pasien yang memeriksakan dirinya di rumah sakit RSU Dr. Soetomo Surabaya	Kuesioner	Case Control Study	Pengetahuan (p=0,013, OR = 5, 143)
2.	Komang Agus Sumarayasa	Hubungan tingkat pengetahuan, sikap, dengan kawasan bebas asap rokok di UPN Veteran JakartaTahun 2008	Sampel sebanyak 385 orang	Kuesioner dan wawancara	Cross Sectional study	Pengetahuan dengan kawasan bebas asap rokok p= 0,001 OR = 10,286

Sumber : Diolah Dari Berbagai Sumber

F. Tinjuaan umum tentang pendapatan

Proporsi pengeluaran untuk membeli produk tembakau dari rumah tangga dengan perokok adalah 11, 5 % ; angka ini lebih besar dibandingkan untuk belanja ikan, daging, telur, susu (11 %); 2,3 persen untuk pembiayaan kesehatan, dan 3,2 % untuk biaya pendidikan." (Abdilah Ahsan, 2008) Biaya akibat konsumsi tembakau tahun 2001 diperkirakan sebesar Rp. 127,7 triliun meliputi biaya langsung yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk membeli rokok dan biaya pengobatan dan biaya tidak langsung akibat hilangnya produktivitas karena kematian, sakit dan kecacatan.

Dampak ekonomi merupakan konsep untung rugi jangka panjang jika seseorang, sekelompok orang atau suatu Negara mengerjakan sesuatu. Konsep ini memang belum banyak dipahami banyak orang hanya melihat akibat suatu perbuatan dalam jangka pendek. Konsep kerugian ekonomi menghitung akibat suatu tindakan atau tidak berbuat sesuatu untuk jangka panjang, baik untuk tingkat perorangan maupun untuk masyarakat atau Negara.

Kaitan konsumsi produk-produk tembakua, kerugian ekonomis dihitung dari belanja mubazir, yaitu belanja rokok misalnya yang tidak memberi manfaat untuk tubuh, kecuali ilusi atau kenikmatan semu. Sebaliknya, merokok justru menjadikan tubuh berisiko terserang berbagai penyakit yang kemudian kita harus mengeluarkan biaya berobat. Uang yang dihabiskan untuk biaya berobat merupakan kerugian ekonomis merokok yang langsung yangdiakibatkan oleh perbuatan merokok atau mengkonsumsi produk tembakau. (Tobacco Control Suport Centre IAKMI Pesat Penelitian dan Pengembangan Ekologi dan status kesehatan, 2009)

Kerugian biasa lebih banyak lagi, karena ketika kita sakit, kita tidak bias bekerja. Maka penghasilan kita yang seharusnya kita dapat, jika kita bekerja, menjadi hilang. Hal ini disebut kerugian ekonomi merokok yang tidak langsung. Tidak sedikit orang yang ceroboh, mubazir dan tidak paham terus mengkonsumsi produk tembakau. Ia kemudian mati muda, maka hal ini juga menimbulkan kerugain ekonomi bagi anggota keluarganya.

Seseorang mati pada usia 40 tahun, karena serangan jantung atau penyakit yang terkait dengan banyaknya konsumsi rokok, padahal seharusnya ia bias pension pada usia 60 tahun, maka anggota keluarganya menderita kerugian ekonomis. Orang lain menanggung beban akibat pembelian dan konsumsi rokok oleh perokok. Disamping dampak fisik dan ekonomi pada bukan perokok (perokok pasif), dampak ekonomi yang harus ditanggung oleh keluarga perokok adalah biaya rutin yang harus dikeluarkan untuk memenuhi kebutuhan adiksinya dan biaya sakit akibat rokok. Pada keluarga miskin, beban ekonomi ini dilakukan dengan mengalihkan pengeluaran makanan, pendidikan dan kesehatan untuk membeli rokok. Beban tidak langsung bagi keluarga miskin adalah hilangnya produktifitas pencari nafkah utama karena sakit atau kematian dini yang berdampak pada turunnya pendapatan keluarga. (Tobacco Control Suport Centre IAKMI Pesat Penelitian dan Pengembangan Ekologi dan status kesehatan, 2009)

Tabel 2 Sintesa Faktor pendapatan terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok

No	Nama peneliti	Judul penelitian	Karakteristik			
			Subjek	Instrument	Metode/ Desain	Hasil
1	Hugh R, Watera, PhD, Steven S. Foldes, PH.D, Nina L. Alesci, MPH, Jonathan Samet, MD	The Economic impact of exposure to secondhand smoke in Minnesota	Penduduk yang diperkiran berisiko dalam hal ini sakit yang diakibatkan karena rokok	Kuesioner, wawancara	Cross Sectional Study	Hasil analisis statistik diketahui terdapat hubungan yang bermakna dimana P= 0,001, r= 0,414
2	*BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:24,Canada Ban Al-Sahab, Masarat Saqib,, Gabriel Hauser, Hala Tamim*	Prevalensi merokok selama kehamilan dan faktor risiko dari rokok terhadap kehamilan	Survei Pengalaman wanita berusia ≥ 15 tahun yang telah Kelahiran tunggal hidup selama 2005/06 di provinsi-provinsi Kanada dan wilayah. Hasilnya pernah merokok selama kehamilan	Kuesioner, wawancara telepon dan aplikasi Komputer	survey dimana survey yang digunakan yaitu MES	CI: 6,5-7,4; SD = 5.7).analisis regresi menunjukkan bahwa ibu yang merokok selama kehamilan lebih mungkin untuk menjadi rendah status sosio-ekonominya

Sumber : Diolah dari berbagai sumber

G. Tinjuan Umum tentang Lingkungan Sosial Budaya

Sosiol Budaya setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. Hal ini dapat kita lihat dari perilaku tiap-tiap etnis di Indonesia yang berbeda-beda, karena memang masing-masing etnis mempunyai budaya yang khas. Teori Fishbein (1993) dalam Glanz K dkk (2002), mengemukakan tentang alasan mengapa seseorang berperilaku menunjukkan bahwa perilaku seseorang terbentuk dari faktor

adanya minat terhadap perilaku tersebut. Minat ini dibentuk oleh sikap terhadap perilaku dan norma subjektif.

Sikap terhadap perilaku dipengaruhi oleh kepercayaan dari perilaku dan evaluasi dari hasil perilaku, sedangkan norma subjektif dipengaruhi oleh kepercayaan normatif dan motivasi untuk mengikuti perilaku tersebut. Seseorang percaya kebiasaan merokok akan memberikan rasa kenikmatan dan kenyamanan serta merasa menjadi lebih hebat. Norma atau nilai subjektif serta sikap dalam diri seseorang atau orang di sekitarnya seperti orang tua yang merokok, saudara serumah yang merokok, teman yang merokok serta iklan rokok dapat mempengaruhi minat seseorang untuk berperilaku.

Tabel 3 Sintesa Faktor lingkungan Sosial Budaya terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok

No	Nama peneliti	Judul penelitian	Karakteristik			
			Subjek	Instrument	Metode/ Desain	Hasil
	Nurhidayati Fawzani, Atik Triratnawati, Jurusan Antropologi, ***Fakultas Ilmu Budaya, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Makara,Kesehatan, vol. 9, no. 1, Juni 2005: 15-22***	Terapi Berhenti Merokok dalam penerapan kawasan bebas asap rokok	studi kasus 3perokok berat dilakukan pada tahun 2004 di Yogyakarta. Kriteria informan meliputi umur di atas40tahun, kawin,sudahberhenti merokok, termasuk perokok berat dengan lama merokok di atas 10 tahun dan menghabiskan lebih dari 20 batang per hari	Observasi,Wawancara dengan alat perekaman	Deskriptif	Modal utama sukses berhenti merokok adalah niat dan tekad yang kuat dari perokok itu sendiri.Alasan untuk berhenti merokok adalah faktor kesehatan, organisas,keagamaan, dan keluarga. Faktor kesehatan berkaitan dengan sakit yang diderita oleh informan,seperti hipertensi, demam tinggi, batuk-batuk, dan dada terasa nyeri.

Sumber : Diolah dari berbagai sumber

H. Tinjaun umum tentang sikap

Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, objek atau isue. (Petty, cocopria, 1986 dalam Azwar S.,2000:6)

Sikap adalah predisposisi Untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, sehingga sikap bukan hanya kondisi internal psikologis yang murni dari individu, tetapi sikap lebih merupakan proses kesadaran yang sifatnya individual artinya proses ini terjadi secara

subjektif dan unik pada diri setiap individu. Kemungkinan ini dapat terjadi oleh adanya perbedaan individual yang berasal yang berasal dari nilai-nilai dan norma yang ingin dipertahankan :dan dikelola oleh individu (Coser, dalam A.wawan dan Dewi.M, 2010:27)

Komponen pokok sikap menurut Alloprt (1954), sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok, (Notoadmojo, 2007) yaitu

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek. Artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian terkandung di dalamnya faktor emosi), orang tersebut terhadap objek
3. Kecenderungan untuk bertindak (tend to behave), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang-ancang untuk bertindak atau berprilaku terbuka (tindakan).

   Struktur sikap terdiri atas 3 komponen yang saling menunjang (Azwar, 2000), yaitu :

   1. Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganan atau (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversional.

2. Komponen efektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin adalah mengubah s ikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.
3. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Dan berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak/ bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Dan berkaitan dengan objek yang dihadapinya adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang adalah dicerminkan dalam bentuk tensi perilaku.

Tingkatan sikap, sikap mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, Notoadmojo, 2007 dalam A.wawan dan Dewi M, 2010 : 33)

1. Menerima (*recieving*)

   Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek)
2. Menanggapi (*responding*)

   Memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi
3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

4. Bertanggung jawab *(responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemohkan atau adanya risiko lain.

Tabel 4 Sintesa Faktor Sikap terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok

No	Nama peneliti	Judul penelitian	Karakteristik			
			Subjek	Instrument	Metode/ Desain	Hasil
1	Jeff Loren	Ganbaran pengetahuan dan sikap mahasiswa fakultas kedokteran Universitas Sumatra Utara terhadap penerapan kampus bebas asap rokok tahun 2009	Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara stambuk 2006,2007, 2008 sebanyak 306 orang	Angket dan wawancara	Cross Sectional Study	Sikap terhadap kampus bebas asap rokok kategori baik sebanyak 89,9 % kategori sedang sebanyak 75,8%, kategori kurang sebanyak 89,9 %.
2	Riny Sumarna	Pengetahuan sikap dan perilaku kawasan bebas asap rokok pada mahasiswa ekstensi angkatan 2007 di FISIP UI tahun 2009	Mahasiswa ekstensi angkatan 2007 di FISIP UI yang merokok sebanyak 50 orang	Angket(Kuesioner) dan wawancara	Cross sectional Study	Hasil uji statistik diperoleh nilai p=1,000 tidak ada perbedaan proporsi antara perilaku merokok dengan sikap positif pada mahasiswa

Sumber : Diolah dari Berbagai Sumber

H. Tinjuan umum tentang kebijakan Perdes

Melindungi generasi muda Indonesia di masa sekarang dan mendatang dari bahaya rokok, pemerintah sedang mempersiapkan Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Pengesahan FCTC *(Framework Convention on Tobacco Control).* Tujuan FCTC adalah melindungi generasi sekarang dan mendatang terhadap kerusakan kesehatan, konsekuensi sosial, lingkungan, dan ekonomi karena konsumsi tembakau clan paparan asap tembakau. FCTC telah disepakati secara aklamasi dalam Sidang Majelis Kesehatan Dunia *(World Health Assembly-WHA)* pada bulan Mei 2003. FeTC dinyatakan efektif apabila telah ada minimal 40 negara yang meratifikasinya.(Lisa Ellizabet Aula, 2010)

Hingga kini, Indonesia merupakan satu-satunya negara di Asia Pasifik yang belum menandatangani *Framework Convention TObacco Control* (FCTC), sebuah traktat internasional yang di dalamnya terdapat upaya pengendalian bahaya tembakau. Walaupun pemerintah Indonesia berperan - aktif dalam forum internasional Governmental Negotiating Body di Geneva, namun Indonesia mengingkari komitmennya dengan tidak meratifikasi FCTE. Pengendalian bahaya tembakau memiliki prioritas rendah dalam agenda kesehatan masyarakat Indonesia. Lisa Ellizabet Aula, 2010)

Peraturan Pemerintah tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan memiliki beberapa tujuan. *Pertama,* melindungi kesehatan dari bahaya akibat merokok. *Kedua,* membudayakan hidup sehat. *Ketiga,* menekan perokok pemula. *Keempat,* melindungi kesehatan perokok pasif. Selain itu, ada juga peraruran terkait larangan merokok, yakni Perda No. 75·Tahun 2005. Perda terse but merupakan larangan merokok di wilayah DKI Jakarta. Sebenarnya, hal iru tidak hanya ada di Jakarta, karena di berbagai daerah lainnya pun memiliki peraturan yang sama. Hanya saja, publikasinya belum terdengar secara luas. Lisa Ellizabet Aula, 2010)

Perda No. 75 tahun 2005 cukup banyak dikenal oleh publik. Dalam Perda ini juga dijelaskan mengenai pengendalian asap rokok dalam kawasan dilarang merokok. Kawasan dilarang merokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk merokok. Berdasarkan Perda No. 75 Tahun 2005, ada tujuh tempat yang dilarang merokok yaitu tempat umum, tempat kerja, angkutan umum, tempat ibadah, arena kegiatan anak-anak, tempat proses belajar mengajar dan tempat pelayanan kesehatan.(Lisa Ellizabet Aula, 2010)

Pemerintah daerah telah mengeluarkan kebijakan kawasan tanpa asap rokok antara lain :

1. DKI Jakarta
2. Kota Bogor

3. Kota Cirebon
4. Kota Surabaya
5. Kota Palembang
6. Kota Padang Panjang

Selain beberapa kota diatas terdapat suatu Desa di Sulawesi Selatan tepatnya di Kabupaten Enrekang yang telah menerapakan kawasan bebas asap rokok yaitu Desa Bone-bone dan yang paling membuat desa itu menjadi perhatian adalah semua warga Desa di sana sepakat untuk tidak mengisap rokok. Larangan merokok tersebut tidak diatur secara tertulis. Tidak ada pula peraturan desa atau perdes. Semua hanya kesepakatan lisan antar sesama warga desa. Meski begitu, kesepakatan lisan itu sangat ampuh dan sangat dihargai tokoh adat, pemuka masyarakat, serta warga umum.

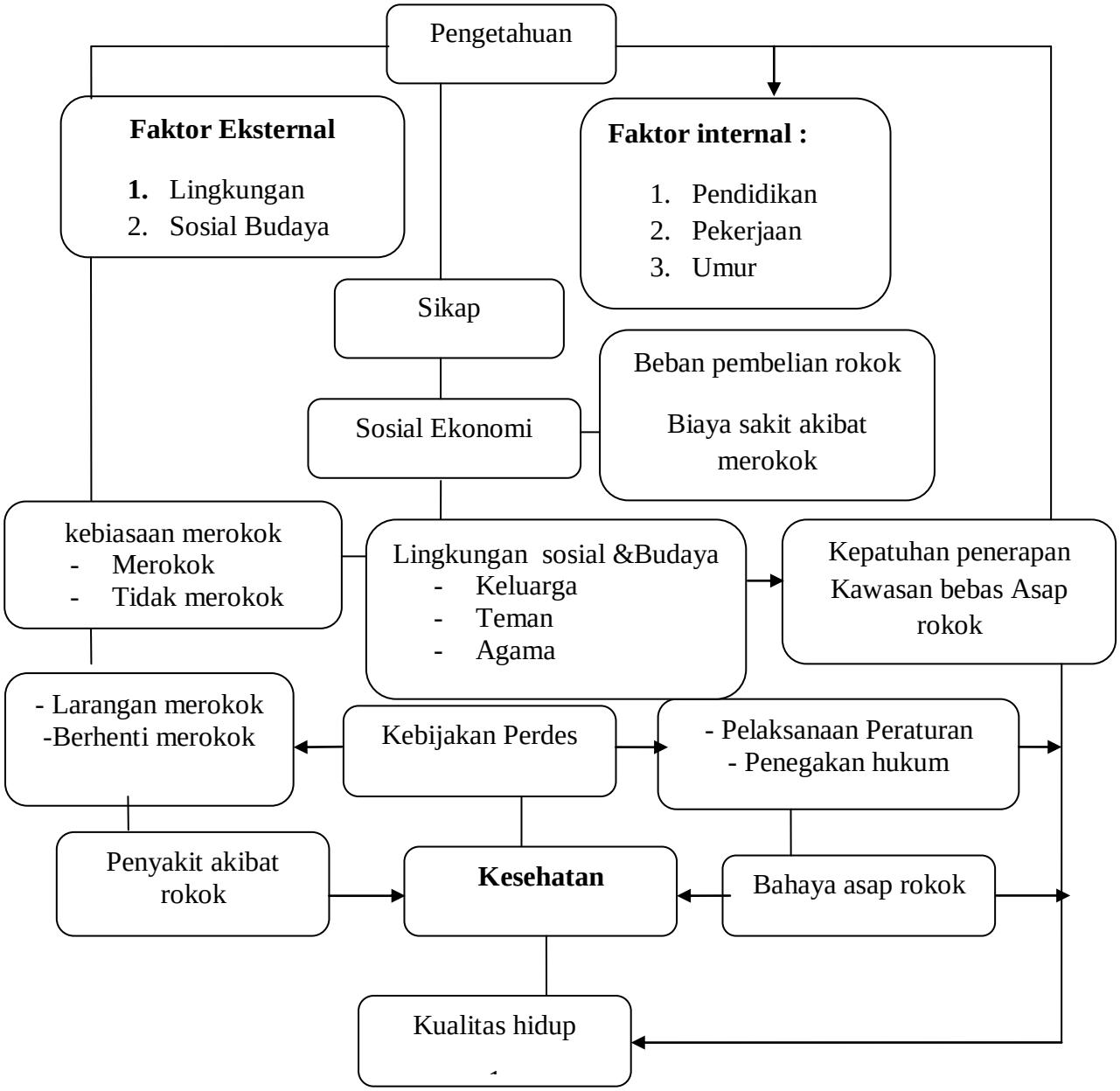
Aturan bebas rokok di jalankan sejak tahun 2000. Sejak 2001 seluruh warga Desa Bone-bone menerapkan kesepakatan bebas asap rokok tersebut. Bahkan, tamu pun dikenai aturan itu. Tamu yang ingin merokok diharuskan keluar Desa dan kembali setelah menghabiskan rokoknya. Pada tahun 2009 beberapa tokoh masyarakat, agama dan tokoh pemuda mengadakan pertemuan untuk membahas materi peraturan Desa Bone-Bone nomor 01 tahun 2009 tentang kawasan bebas asap rokok dan sampai sekarang telah diberlakukan Perdes tersebut.

Tabel 5 Sintesa Faktor kebijakan Perdes terhadap Kepatuhan Penerapan Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok

No	Nama peneliti	Judul penelitian	Karakteristik			
			Subjek	Instrument	Metode/ Desain	Hasil
1	Apriwal	Efektifitas kebijakan kawasan bebas asap rokok di RSUD Sulthan Thaha Saipuddin Kabupaten Tebo Provinsi Jambi Tahun 2009	Petugas RSUD Sulthan Thaha Saipuddin Kabupaten Tebo	Kuesioner dan poster	Quasi Eksperimen t Study dengan rancangaan randomized control group pre test dan post test	Pengaruh ada nya SK direktur area merokok lebih kuat dibandingkan dengan media poster, hasil statistik (37, 90) dengan p= 0,000
2	Anhari Achadi	Regulasi pengendalian masalah rokok di Indonesia	Pemerintah dalam menggalakkan peraturan mengenai pengendalian masalah penggunaan tembakau		Deskriptif	Pengendalian masalah penggunaan tembakau / merokok di Indonesia berupa peraturan pemerintah, Peraturan daerah, Peraturan Gubernur, serta instruksi eksekutif lainnya. Peraturan pemerintah No.19 tahun 2003

Sumber : Diolah dari Berbagai Sumber

I. Bagan Kerangka Teori



Sumber : Diolah dari Berbagai Sumber

Gambar 3. Bagan Kerangka Teori

J. Kerangka Konsep

a. Dasar pemikiran variabel yang diteliti

Rokok merupakan salah satu Zat adiktif, yang bila digunakan dapat mengakibatkan bahaya kesehatan bagi individu dan masyarakat. Berdasarkan PP No. 19 tahun 2003, diketahui bahwa rokok adalah hasil olahan tembakau yang dibungkus, termasuk cerutu ataupun bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum, Nicotiana Rustica*, dan spesies lainnya, atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. (Lisa Ellizabet Aula, 2010)

Pemerintah membuat peraturan yang melindungi masyrakat terutama anak-anak dari paparan asap rokok orang lain (AROL) yang mematikan, karena mengandung 4000 bahan kimia berbahaya yang 69 diantaranya menyebabkan kanker, penyakit jantung, sindorma kematian mendadak pada bayi (SIDS) dan penyakit paru dengan menerapkan kawasan tanpa rokok. Dalam undang-undang kesehatan No.36 tahun 2009 pasal 115 menyatakan bahwa yang termasuk kawasan bebas asap rokok antara lain fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum serta tempat lain yang ditetapkan. (Tobacco Control Support Center IAKMI, 2009)

1. Pengetahuan

Pada tingkat pengetahuan, tahu (know) adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah, disini subjek mengetahui apa itu rokok dan rokok telah dikenal atau dipelajari sebelumnya. Subjek akan dapat menyebutkan, menguraikan ataupun mendefinisikan secara benar apa yang dimaksud dengan rokok, misalnya: seseorang mengetahui apa itu rokok, jenis-jenis rokok yang ada dijual, ataupun menjelaskan rokok itu dari sudut pandangnya.

Memahami (comprehension) merupakan tingkat yang lebih tinggi dari tahu, disini subjek memiliki kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan rokok secara benar. Aplikasi (application), disini subjek mampu menggunakan pengetahuannya akan rokok dalam kondisi atau situasi yang sesungguhnya, misalnya: seseorang yang telah mengerti akan bahaya asap rokok, dia akan keluar dari ruangan yang penuh dengan asap rokok tersebut guna menjaga kesehatannya. Pada tingkat analisis (analysis), subjek memiliki kemampuan untuk menjabarkan rokok lebih spesifik.

2. Pendapatan

Sosial ekonomi yang rendah, dalam hal ini pendapatan keluarga serta faktor perilaku serta perorangan maupun kelompok masyarakat hubungannnya dengan merokok dikaitkan dengan kemampuan ekonomi. Dampak ekonomi merupakan konsep untung

rugi jangka panjang jika seseorang, sekelompok orang atau suatu Negara mengerjakan sesuatu. Konsep ini memang belum banyak dipahami banyak orang hanya melihat akibat suatu perbuatan dalam jangka pendek. Konsep kerugian ekonomi menghitung akibat suatu tindakan atau tidak berbuat sesuatu untuk jangka panjang, baik untuk tingkat perorangan maupun untuk masyarakat atau Negara.

Kaitan konsumsi produk-produk tembakua, kerugian ekonomis dihitung dari belanja mubazir, yaitu belanja rokok misalnya yang tidak memberi manfaat untuk tubuh, kecuali ilusi atau kenikmatan semu. Sebaliknya, merokok justru menjadikan tubuh berisiko terserang berbagai penyakit yang kemudian kita harus mengeluarkan biaya berobat. Uang yang dihabiskan untuk biaya berobat merupakan kerugian ekonomis merokok yang langsung yangdiakibatkan oleh perbuatan merokok atau mengkonsumsi produk tembakau. (Tobacco Control Suport Centre IAKMI Pesat Penelitian dan Pengembangan Ekologi dan status kesehatan, 2009)

3. Lingkungan sosial budaya

Sosial budaya setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. Hal ini dapat kita lihat dari perilaku tiap-tiap etnis di Indonesia yang berbeda-beda, karena memang masing-masing etnis mempunyai budaya yang khas. Teori

Fishbein (1993) dalam Glanz K dkk (2002), mengemukakan tentang alasan mengapa seseorang berperilaku menunjukkan bahwa perilaku seseorang terbentuk dari faktor adanya minat terhadap perilaku tersebut. Minat ini dibentuk oleh sikap terhadap perilaku dan norma subjektif. Lingkungan Sosial budaya dalam hal ini yaitu keluarga, teman, keyakinan/kepercayaan) yang memungkinkan dapat mempengaruhi responden untuk berhenti merokok atau tidak merokok

4. Sikap

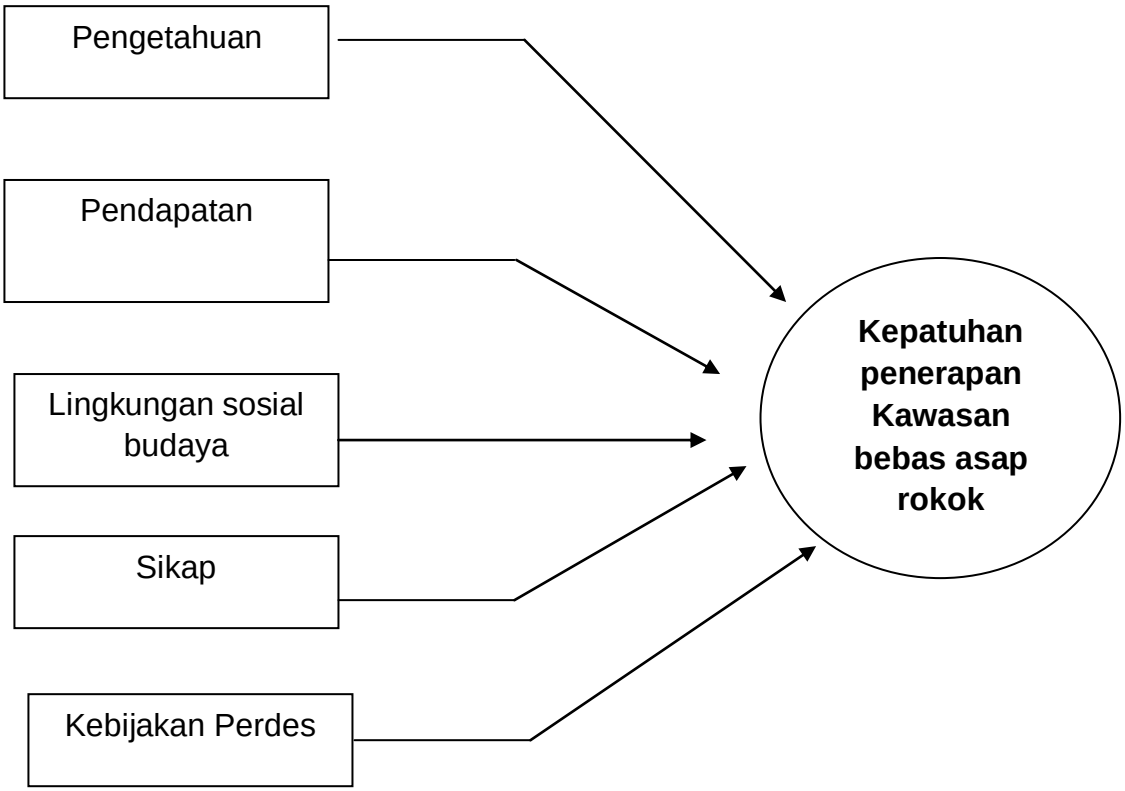
Sikap adalah predisposisi Untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, sehingga sikap bukan hanya kondisi internal psikologis yang murni dari individu, tetapi sikap lebih merupakan proses kesadaran yang sifatnya individual artinya proses ini terjadi secara subjektif dan unik pada diri setiap individu. Kemungkinan ini dapat terjadi oleh adanya perbedaan individual yang berasal yang berasal dari nilai-nilai dan norma yang ingin dipertahankan dan dikelola oleh individu (Coser, dalam A.wawan dan Dewi.M, 2010:27)

5. Kebijakan Perdes

Melindungi generasi muda Indonesia di masa sekarang dan mendatang dari bahaya rokok, pemerintah sedang mempersiapkan Rancangan Undang-Undang (RUU) tentang Pengesahan FCTC *(Framework Convention on Tobacco Control).*

Meskipun tingkatannya adalah provinsi, Perda No. 75 tahun 2005 cukup banyak dikenal oleh publik. Dalam Perda ini juga dijelaskan mengenai pengendalian asap rokok dalam kawasan dilarang merokok. Kawasan dilarang merokok adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk merokok

I. Bagan Kerangka konsep



Keterangan : : Variabel independen

: Variabel dependen

Gambar 2. Bagan kerangka konsep

K. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

a. Kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok

Defenisi Operasional

Kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok dalam penelitian ini adalah ketaatan masyarakat atau individu untuk melaksanakan aturan dalam pelaksanaan kawasan tanpa asap rokok agar terbebas dari paparan asap rokok bagi perokok dan bukan perokok.

Kriteria Objektif

Patuh : Jika masyarakat menaati atau mematuhi aturan tentang kawasan bebas asap rokok yang sesuai isi perdes tahun 2009

Tidak Patuh :Jika masyarakat tidak menaati atau mematuhi aturan tentang kawasan bebas asap rokok yang sesuai isi perdes tahun 2009

b. Pengetahuan

Defenisi Operasional

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah apa yang diketahui responden tentang rokok atau masalah kawasan bebas asap rokok

Kriteria Objektif

Cukup : Bila jawaban responden ≥ 50 % dari total nilai jawaban seluruh pertanyaan

Kurang : Bila jawaban responden < 50 % dari total jawaban seluruh pertanyaan

c. Pendapatan

Defenisi Operasional :

Pendapatan dalam penelitian ini adalah jumlah inkam seluruh anggota keluarga setiap bulannya dengan berdasar pada Upah Minimum daerah (UMD) kabupaten Enrekang tahun 2010 sebanyak Rp 1.200.000

Kriteria objektif

Cukup : Jika pendapatan inkam seluruh anggota keluarga ≥ Rp 1.200.000 dalam setiap bulan

Kurang : jika pendapatan inkam seluruh anggota keluarga setiap bulan sebanyak Rp < 1.200.000 dalam setiap bulan.

d. Lingkungan sosial budaya

Defenisi Operasional:

Lingkungan sosial budaya dalam penelitian ini adalah situasi lingkungan sosial dan budaya (keluarga, teman, keyakinan/kepercayaan) yang memungkinkan dapat mempengaruhi responden untuk menaati aturan kebijakan kawsan bebas asap rokok untuk berhenti merokok atau tidak merokok

Kriteria Objektif :

Ada Pengaruh Lingkungan : jika responden terpengaruh oleh keluarga , teman serta faktor keyakinan untuk tidak merokok atau berhenti merokok

Tidak ada pengaruh lingkungan : jika tidak terpengaruh oleh keluarga , teman serta faktor keyakinan untuk tidak merokok atau berhenti merokok

e. Sikap

Defenisi Operasional :

Sikap dalam penelitian ini adalah tanggapan atau pendapat responden tentang penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok dan perilaku merokok

Kriteria Objektif :

Baik : Bila jawaban responden ≥ 50 % dari total nilai jawaban seluruh pertanyaan

Kurang Baik : Bila jawaban responden < 50 % dari total jawaban seluruh pertanyaan

f. Kebijakan Perdes

Defenisi Operasional

Kebijakan Perdes dalam penelitian ini adalah aturan mengenai kawasan bebas asap rokok yang dikeluarkan oleh pemerintah setempat

Kriteria Objektif

Ada Kebijakan : jika di daerah tersebut telah dibentuk Perdes kawasan bebas asap rokok.

Tidak Ada Kebijakan: Jika di daerah tersebut tidak dibentuk Perdes kawasan bebas asap rokok

L. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara pengetahuan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang
2. Ada hubungan antara pendapatan terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang
3. Ada hubungan antara lingkungan sosial budaya terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang
4. Ada hubungan antara sikap terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang
5. Ada hubungan antara Kebijakan Perdes terhadap kepatuhan penerapan kebijakan kawasan bebas asap rokok di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang