

**TESIS**

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM MENYEDIAKAN  
SARANA MEMATIKAN ROKOK DI WILAYAH  
PESISIR PANTAI KABUPATEN LUWU UTARA**

*COMMUNITY EMPOWERMENT IN PROVIDING A MEANS OF  
PUTTING OUT CIGARETTES IN THE COASTAL AREA OF  
NORTH LUWU REGENCY*



**YUYUN S**

**K012181036**

**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM MENYEDIAKAN  
SARANA MEMATIKAN ROKOK DI WILAYAH  
PESISIR PANTAI KABUPATEN LUWU UTARA**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**YUYUN S**

**Kepada**

**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**

## TESIS

### PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM MENYEDIAKAN SARANA MEMATIKAN ROKOK DI WILAYAH PESISIR PANTAI KABUPATEN LUWU UTARA

Disusun dan diajukan oleh :

**YUYUN S**

Nomor Pokok K012181036

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada tanggal 26 November 2020  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasihat,

  
**Dr. Surlah, SKM, M.Kes**  
Ketua

  
**Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM, M.Si**  
Anggota

Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat  
  
**Dr. Masni, Apt., MSPH**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : YUYUN S  
NIM : K012181036  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa tesis ini adalah hasil pemikiran dan hasil karya orang lain serta dapat dibuktikan baik sebagian atau keseluruhan, saya bersedia menerima sanksi atas perubahan tersebut.

Makassar, 26 November 2020

Yang Menyatakan,

A green postage stamp with the text "METERAI TEMPEL" at the top, a Garuda emblem, and the number "6000" in large digits. Below the number, it says "ENAM RIBURUPIAH". A handwritten signature is written over the stamp, and the name "YUYUN S" is printed below it.

YUYUN S

## PRAKATA



Puji syukur kehadiran Allah ﷻ yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan **Tesis dengan judul** adalah “**Pemberdayaan Masyarakat dalam Menyediakan Sarana Mematikan Rokok di Wilayah Pesisir Pantai Kabupaten Luwu Utara**” yang disusun guna memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan syarat dalam memperoleh gelar magister kesehatan masyarakat (M.K.M) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Promosi Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Dalam penulisan tesis ini terdapat berbagai macam hambatan dan tantangan, namun semuanya dapat teratasi dengan penuh kesabaran dan keikhlasan serta bantuan, bimbingan, kritikan dan saran dari berbagai pihak. Penulis juga menyadari bahwa tesis ini jauh dari kata sempurna, sehingga penulis sangat mengharapkan kritikan dan saran yang membangun demi kesempurnaan tulisan ini.

Selanjutnya penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada berbagi pihak yang turut membantu dan penyelesaian penelitian ini. Terimakasih kepada kedua orangtua penulis **Baharuddin Alle** dan **Deti Sari**, terimakasih pula kepada suami penulis **Kadri S, S.Kom** atas cinta, kasih sayang, dukungan, motivasi dan doa'anya yang menghantarkan penulis hingga sampai ke tahap ini.

Ucapan terima kasih dari lubuk hati yang dalam penulis haturkan kepada Ibu **Dr. Suriah, SKM, M.Kes** sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Ibu **Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM, M.Si** sebagai Anggota Komisi Penasihat yang senantiasa memberikan arahan, dorongan dan bimbingan selama proses penyusunan tesis ini. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang terhormat atas masukan, saran dan koreksinya dalam pembuatan tesis ini yakni, Bapak **Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS**, Bapak **Prof. dr. Hasanuddin Ishak, M.Sc., Ph.D.** dan Ibu **Dr. Masni, Apt., MSPH**. Semoga apa yang diberikan akan dibalas oleh yang maha kuasa dengan limpahan rahmat dan karuniaNya.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula pada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat

berharga selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

5. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan terkhusus kepada Pak Rahman, staff jurusan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Bu Venny dan Bu Ati atas segala bantuannya dalam pengurusan administrasi penulis.
6. Kantor Dinas Kesehatan Luwu Utara, Kantor Kecamatan Malangke, Puskesmas Malangke, Kepala Desa Tolada dan Kepala Desa Tokke serta jajarannya, masyarakat di Desa Tolada dan Desa Tokke Kecamatan Malangke Kabupaten Luwu Utara yang telah bekerja sama membantu dalam proses intervensi dan pengumpulan data selama saya melakukan penelitian.
7. Teman-teman Pascasarjana FKM Unhas 2018 Steffi, Marhama, Esti, Oda, Au, Andri, Icad, Rafli, Fia, Rani, Arit, Aira, Erni, Anti, Ummu, Ardi, Gusti, Ica, Indi, Heriati, Mia, Noni, Ayu, Naan, Rahma, Neli, dr. Fadlya, Ngurah, Kamri, Ode, Irawan, Fadli, Rere atas segala saran, kritik, doa dan dukungannya selama ini.

Semoga pihak yang membantu dalam penulisan Tugas Akhir mendapatkan pahala oleh Allah ﷻ. Semoga Tugas Akhir ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkenan membacanya dan mempelajarinya.

Makassar, November 2020

Penulis

## ABSTRAK

**YUYUN S.** *Pemberdayaan Masyarakat dalam Menyediakan Sarana Mematikan Rokok di Wilayah Pesisir Pantai Kabupaten Luwu Utara.* (dibimbing oleh **Suriah** dan **Apik Indarty Moedjiono**).

Merokok merupakan salah satu penyebab terbesar kematian di dunia. Asap rokok berkontribusi atas lebih dari 7 juta kematian per tahun. Penelitian ini bertujuan untuk menilai pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok.

Desain penelitian yang digunakan adalah *quasy-eksperimental* pada 40 responden yang dipilih secara *purposive sampling*. Responden berasal dari Desa Tolada sebagai kelompok intervensi dan Desa Tokke sebagai kelompok kontrol. Untuk melihat pengaruh pemberdayaan masyarakat, data dianalisis dengan menggunakan *independent t-test*, *mann-whitney*, *paired t-test* dan *wilcoxon*.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan signifikan kesadaran ( $p= 0.000$ ), dan kemauan ( $p= 0.014$ ) pada kelompok intervensi berdasarkan uji *paired t-test*. Hasil uji *wilcoxon* menunjukkan perbedaan signifikan kesadaran ( $p= 0.000$ ), dan uji *paired t-test* kemauan ( $p= 0.006$ ) *pre-post test* pada kelompok kontrol. Hasil uji *indepent t-test* menunjukkan adanya perbedaan signifikan kesadaran antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p= 0.026$ ). Hasil uji *independent-test* menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan kemauan antara kelompok intervensi dan kontrol ( $p= 0.471$ ). Hasil uji *mann-whitney* menunjukkan perbedaan signifikan kemampuan menyediakan sarana mematikan rokok antara kelompok intervensi dan kontrol ( $p= 0.000$ ). Dengan demikian, terdapat pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok. Disarankan kepada petugas kesehatan untuk melanjutkan kegiatan pemberdayaan masyarakat tentang pentingnya sarana mematikan rokok dalam upaya menciptakan rumah bebas asap rokok.

**Kata Kunci:** Kesadaran, Kemauan, Kemampuan, Pemberdayaan Masyarakat, Sarana Mematikan Rokok



## ABSTRACT

**YUYUN S.** *Community Empowerment in Providing A Means Of Putting Out Cigarettes in The Coastal Area of North Luwu Regency.* (Supervised by **Suriah dan Apik Indarty Moedjiono**).

Smoking is one of the biggest causes of death in the world. Secondhand smoke contributes to more than 7 million deaths per year. This study aims to assess the effect of community empowerment on the community's ability to provide a means of putting out cigarettes.

The research design used was quasy-experimental on 40 respondents who were selected by purposive sampling. Respondents came Tolada Village as the intervention group and Tokke Village as the control group. To see the effect of community empowerment, data were analyzed using the independent t-test, mann-whitney, paired t-test and wilcoxon.

The results showed that there was a significant difference in awareness ( $p = 0.000$ ) and willingness ( $p = 0.014$ ) in the intervention group based on the paired t-test. Wilcoxon test results showed a significant difference in awareness ( $p = 0.000$ ), and willingness paired t-test ( $p = 0.006$ ) pre-post test in the control group. The results of the independent t-test showed a significant difference in awareness between the intervention group and the control group ( $p = 0.026$ ). The results of the independent-test showed no significant difference in willingness between the intervention and control groups ( $p = 0.471$ ). The results of the mann-whitney showed a significant difference in the ability to provide a means of extinguishing cigarettes between the intervention and control groups ( $p = 0.000$ ). Thus, there are community empowerment influencers on the community's ability to provide a means of putting out cigarettes. It is recommended for health workers to continue community empowerment activities regarding the importance of means of extinguishing cigarettes in an effort to create smoke-free homes.

**Keywords:** Awareness, Willingness, Ability, Community Empowerment, A Means Of Putting Out Cigarettes



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGAJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	iv
PRAKATA .....	ii
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian .....	9
D. Kegunaan Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	11
A. Tinjauan Umum Pemberdayaan Masyarakat.....	11
B. Tinjauan Umum Tentang Rokok .....	22
C. Tinjauan Umum Tentang Sarana Mematikan Rokok .....	30
D. Tinjauan Umum Tentang Kesadaran .....	35
E. Tinjauan Umum Tentang Kemauan .....	37
F. Pengertian Kemampuan .....	40

G. Landasan Teori.....	43
H. Kerangka Teori .....	47
I. Kerangka Konsep .....	48
J. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	49
K. Hipotesis Penelitian .....	53
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
A. Rancangan Penelitian.....	56
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	60
C. Populasi dan Teknik Sampel .....	61
D. Alur Penelitian.....	63
E. Instrumen Pengumpulan Data .....	64
F. Pengolahan dan Analisis Data.....	66
G. Kontrol Kualitas.....	68
H. Uji Coba Instrumen Penelitian.....	69
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>70</b>
A. Hasil penelitian .....	70
B. Pembahasan.....	84
C. Keterbatasan Penelitian.....	96
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>97</b>
A. Kesimpulan .....	97
B. Saran .....	98
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>99</b>
<b>Lampiran-lampiran.....</b>	<b>113</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Sintesa Penelitian Tentang Pemberdayaan Masyarakat...	16
Tabel 2.2 Tabel sintesa Sarana Mematikan Rokok.....	30
Tabel 2.3 Sintesa Kesadaran.....	31
Tabel 2.4 Sintesa Kemauan.....	34
Tabel 2.5 Sintesa Kemampuan.....	38
Tabel 3.1.Deskripsi Intervensi.....	53
Tabel 4.1 Distribusi Responden berdasarkan Karakteristik Umum Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	13
9	
Tabel 4.2 Gambaran Kesadaran Masyarakat terhadap Sarana Mematikan Rokok.....	14
1	
Tabel 4.3 Gambaran Kemauan Masyarakat terhadap Sarana Mematikan Rokok.....	14
2	
Tabel 4.4 Gambaran Kemampuan Masyarakat dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok.....	14
2	
Tabel 4.5Gambaran Hubungan Kesadaran dan Kemauan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok.....	14
3	
Tabel 4.6Gambaran Hubungan Kesadaran dan Kemampuan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok.....	14
4	

Tabel 4.7	Gambaran Hubungan Kemauan dan Kemampuan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok.....	14
	4	
Tabel 4.8	Uji Normalitas Data Skor Kesadaran, Kemauan dan Kemampuan Sebelum dan Setelah Pemberdayaan Masyarakat.....	14
	5	
Tabel 4.9	Uji Homogenitas pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum Pemberdayaan.....	14
	7	
Tabel 4.10	Perbedaan Kesadaran pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan.....	14
	8	
Tabel 4.11	Perbedaan Kemauan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan.....	15
	0	
Tabel 4.12	Perbedaan Kemampuan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan.....	15
	1	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Sumber : Modifikasi Skema teori Jim Ife (1983) dengan skema teori Lee J. Carry (1976) .....	48
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	49

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Lembar Penjelasan Responden
2. Lembar Persetujuan Responden
3. Lembar Kuisisioner
4. Lembar Observasi
5. Hasil Uji Validitas dan Reabilitas
6. Hasil Uji SPSS
7. Lembar Persetujuan Etik
8. Surat Keterangan Selesai Penelitian
9. Dokumentasi Penelitian
10. Biodata Peneliti

## DAFTAR SINGKATAN

<b>Lambang/singkatan</b>	<b>Arti dan Keterangan</b>
Depkes	: Departemen Kesehatan
DSM	: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder
FCTC	: Framework Convention on Tobacco Control
FGD	: Focus Group Discussion
ICD	: International Clasification of Disorder
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan Akut
KBBI	: Kamus Besar Bahasa Indonesia
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PJK	: Penyakit Jantung Koroner
PTM	: Penyakit Tidak Menular
Risikesdas	: Riset Kesehatan Dasar
UBM	: Upaya Berhenti Merokok
WHO	: World Health Organization

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Merokok merupakan salah satu penyebab terbesar kematian di dunia yang dapat dicegah, *department of health and human services* tahun 2018 menyatakan bahwa asap rokok berkontribusi atas lebih dari 7 juta kematian per tahun. Jika pola merokok di seluruh dunia tidak berubah, maka diperkirakan pada tahun 2030 lebih dari 8 juta orang akan meninggal setiap tahun karena penyakit terkait dengan penggunaan tembakau.

Prevalensi jumlah perokok di Indonesia masih sangat tinggi bahkan cenderung semakin meningkat setiap tahunnya. *The tobacco atlas (Global Adult Tobacco Survey, 2015)* menunjukkan bahwa 66% pria di Indonesia adalah perokok, kondisi ini tentunya akan berpotensi meningkatkan angka perokok pasif di dalam rumah. Hal ini didukung oleh hasil penelitian (*Crone et al., 2010*) di Belanda menunjukkan bahwa 19% dari semua anak sampai usia empat tahun terpapar asap rokok di dalam rumah. Azhari (2011) menyebutkan perokok pasif di dalam rumah terbukti sebagai faktor risiko hipertensi pada wanita usia 40-70 tahun. Selain itu, paparan asap rokok pada perokok pasif meningkatkan risiko kanker paru-paru (*Taylor, Najafi, & Dobson, 2007*).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (*Riskesdas*) oleh Kementerian Kesehatan (2018) menunjukkan bahwa prevalensi merokok pada anak yang berusia 10 hingga 18 tahun mencapai 9,1%. Jumlah itu mengalami trend

kenaikan pada kelompok usia yang sama sebesar 7,9% (Riset Kesehatan Dasar, 2018). Kondisi ini tentunya akan berpotensi meningkatkan angka kesakitan dan kematian. Menurut hasil publikasi studi Kosen (2012) menunjukkan 2,75 kematian terjadi di Indonesia terkait dengan rokok. Dengan kata lain, terdapat 190.260 kematian yang terjadi di Indonesia disebabkan oleh penyakit yang terkait dengan rokok.

Provinsi Sulawesi Selatan menduduki posisi ke 29 tertinggi dengan prevalensi 23,6% penduduk yang merokok setiap harinya dan angka ini setiap tahunnya cenderung meningkat (Kemenkes, 2018). Paparan terhadap asap rokok merupakan salah satu penyebab penyakit tidak menular di Indonesia yang tentunya akan menjadi beban tersendiri bagi masalah kesehatan di Indonesia. Asap rokok mengandung lebih dari 2500 konstituen kimia, yang sekitar 250 diketahui beracun atau karsinogenik. Menurut Noriani (2015) paparan asap rokok di dalam rumah secara bermakna meningkatkan risiko kelahiran bayi prematur di Kota Denpasar. Paparan asap rokok pada anak-anak merupakan masalah pediatrik utama dan dikaitkan dengan peningkatan risiko sindrom kematian bayi mendadak, infeksi pernapasan akut, masalah telinga dan memburuknya gejala asma di Amerika (Jakatanon *et al.*, 2000).

Hasil penelitian Patonah menunjukkan ada hubungan antara perilaku merokok keluarga dalam rumah dengan kejadian bronchopneumonia pada balita di ruang Nusa Indah RSUD kelas B Dr. R. Sosodoro Djatikoesomo Kabupaten Bojonegoro (Patonah, 2013).

Sementara penelitian yang dilakukan oleh Cheragi, *et al* (2009) menunjukkan bahwa paparan asap rokok (perokok pasif) berkontribusi secara signifikan terhadap morbiditas dan mortalitas pada anak-anak di Belanda dan prevalensi penyakit jantung koroner.

Hasil penelitian Herawati, dkk (2019) prevalensi paparan asap rokok di dalam rumah di Indonesia secara nasional mencapai 80%. Prevalensi tertinggi terjadi di Provinsi Gorontalo 90% dan terendah di Provinsi DKI Jakarta 65%. Lebih dari 20 provinsi memiliki prevalensi di atas angka nasional. Prevalensi paparan asap rokok dalam rumah di wilayah pedesaan secara nasional lebih tinggi dibandingkan wilayah perkotaan, yaitu 83% berbanding 76%. Kebiasaan merokok di dalam rumah ini berdampak pada munculnya perokok pasif di rumah. Kebiasaan keluarga yang merokok di dalam rumah dapat berdampak negatif bagi anggota keluarga khususnya balita.

Ernawati (2019) melalui hasil penelitiannya menyebutkan paparan asap rokok terhadap orang tua adalah faktor risiko utama untuk terjadinya kanker paru pada perempuan. Selain itu Terdapat hubungan bermakna antara faktor risiko asap rokok asap dengan kejadian karsinoma nasofaring (Chani, 2017). Hasil penelitian Milo (2015) menunjukkan adanya hubungan antara kebiasaan merokok di dalam rumah dengan kejadian infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) pada anak umur 1-5 tahun di Puskesmas Sario Kota Manado.

Hasil penelitian Lubis menyebutkan bahwa kebiasaan merokok di dalam rumah sangat berpengaruh terhadap kesehatan pernapasan, terutama balita yang menjadi perokok pasif. Perokok pasif akan menghirup asap rokok yang dapat menyebabkan kanker paru dan penyakit lainnya. Seorang perokok akan sulit untuk menghentikan kebiasaan merokok di setiap tempat, termasuk di dalam rumah. Seringnya keluarga merokok di dalam rumah akan meningkatkan jumlah racun dari asap rokok di dalam rumah (Lubis & Ferusgel, 2019).

Hasil penelitian Duhita (2019) menunjukkan bahwa paparan asap rokok saat anak pada periode embrio dapat mengakibatkan terjadinya abortus spontan, pada periode fetus mengakibatkan persalinan prematur dan berat badan bayi rendah, pada periode bayi meningkatnya risiko asma dan keterlambatan perkembangan mental. Selain itu paparan asap rokok yang berat serta kurang konsumsi sayur dan buah berhubungan dengan kejadian penyakit jantung koroner (PJK) pada perempuan usia produktif (Anggraini & Hidajah, 2018).

Anak-anak sebagai perokok pasif tidak dapat membuat keputusan sendiri dalam mengambil sikap terhadap perokok di sekitar mereka. Cara yang terbaik adalah memberikan lingkungan bebas asap rokok bagi anak dengan peran orang tua menjauhkan anak dari asap rokok atau menanamkan inisiatif anak untuk menjauhi asap rokok (Indrajati, Istiarti, & Kusumawati, 2017). Oleh karena itu, dibutuhkan adanya proses

pemberdayaan masyarakat agar warga menjadi berdaya dalam melindungi dirinya dan atau anggota keluarganya dari paparan asap rokok.

Pemberdayaan pada dasarnya berasal dari kata “daya” yaitu kekuatan atau kemampuan. Pemberdayaan dapat dimaknai sebagai suatu proses menuju berdaya, atau bisa disebut sebagai proses untuk memperoleh daya atau kekuatan atau kemampuan dan proses pemberian daya atau kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada pihak yang kurang atau belum berdaya (Notoatmodjo, 2017).

Tujuan yang ingin dicapai dari pemberdayaan masyarakat adalah untuk membentuk individu dan masyarakat menjadi mandiri. Untuk mencapai tujuan tersebut, dilakukan proses pemberdayaan yang memiliki tiga tahap yaitu tahap penyadaran, tahap ini adanya seseorang yang akan diberdayakan dan diberi “pencerahan” dalam bentuk pemberian penyadaran. Selanjutnya adalah tahap pengkapasitasan yang sering disebut dengan “*capacity building*” atau memampukan. Seseorang yang diberikan daya atau kuasa, harus mampu terlebih dahulu. Setelah itu adanya tahap pendayaan yaitu pemberian daya itu sendiri atau *empowerment*. Tahap ini seseorang diberikan daya, kekuatan atau peluang. Pemberian ini sesuai dengan kualitas kecakapan yang telah dimiliki oleh seseorang tersebut (Freire, 1972). Hal ini sesuai dengan Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2007 tentang pemberdayaan masyarakat dalam rangka penggerakan prakarsa dan partisipasi masyarakat serta swadaya gotong royong dalam pembangunan di desa dan kelurahan.

Hasil penelitian Goleccha menyatakan bahwa metode intervensi pemberdayaan masyarakat sangat efektif dari pada metode pencegahan merokok lainnya dalam membawa perubahan domain sosial dan berkelanjutan. Ada perubahan yang signifikan yaitu prevalensi merokok lebih rendah, kurangnya konsumsi rokok perkapita atau penurunan jumlah perokok (Golechha, 2016). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh karimiankankolaki, *et al* (2019) mengatakan bahwa intervensi dengan meningkatkan kesadaran dan penerimaan tentang bahaya perokok pasif pada kehamilan dan masa kanak-kanak dapat meningkatkan kemauan pria untuk berhenti merokok.

Hasil penelitian Sadono menunjukkan bahwa Kampung Bulaksari RT 7 RW 6 berhasil menjadi kampung bebas asap rokok dalam rumah, masyarakatnya telah menyadari bahaya merokok yang bisa menimbulkan macam penyakit seperti kanker, paru, stroke, penyakit paru obstruktif kronik dan impotensi, serta mengetahui upaya yang bisa dilakukan untuk berhenti merokok seperti mengikuti sosialisasi dengan mengundang narasumber dari dinas kesehatan dan puskesmas setempat serta menghadiri penyuluhan secara rutin. Selanjutnya warga juga melakukan kampanye tanpa asap rokok di berbagai acara, sering diingatkan tentang bahaya merokok jika tiba-tiba ada salah satu masyarakat yang memiliki rencana untuk mencobanya dan mengonsumsinya lagi dan juga mengganti konsumsi rokok dengan makanan ringan. Hal ini merupakan salah satu bentuk pencegahan yang lebih efektif agar masyarakat tidak mengulangi lagi untuk

mengonsumsi rokok. Selain itu, masyarakat juga memahami upaya berhenti merokok mulai dari melakukan kegiatan yang positif dengan berbagai kelompok yang juga memberikan energi positif dan masyarakat dapat mengetahui dan juga mengenali tempat-tempat dan kriteria apa saja yang sesuai dengan penetapan adanya KTR (Sadono & Fatah, Proses Pemberdayaan Warga Kampung Tanpa Asap Rokok di Kampung Bulaksari RT 7, 2018). Pemberdayaan telah terbukti dapat diterapkan, relevan, sederhana dan alat yang digunakan lebih murah untuk mengevaluasi kegiatan (Kasmel & Tanggaard, 2011)

Berdasarkan hasil SMD (Survei Mawas Diri) yang dilaksanakan oleh Puskesmas Malangke Kabupaten Luwu Utara Tahun 2020 diperoleh hasil perilaku merokok di dalam rumah yaitu 2606 orang. Hal ini menunjukkan bahwa paparan asap rokok dalam rumah masih cukup tinggi sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit terkait asap rokok mengingat jumlah ibu hamil sebanyak 442 orang dan lansia sebanyak 1685 orang. Padahal menurut Aula (2010) rumah seharusnya menjadi tempat yang nyaman bagi keluarga untuk beristirahat, namun karena adanya asap rokok yang ditimbulkan oleh salah satu anggota keluarga terutama para suami, anggota keluarga yang lain merasa terganggu. Selain itu, faktor terbesar dari kebiasaan mengonsumsi rokok adalah faktor sosial dan faktor lingkungan.

Pemberdayaan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum memasuki rumah telah dilakukan warga Kampung Tambak

Arum RW 2 Tambak Rejo yang memiliki kesadaran dalam menjaga perilaku hidup bersih dan sehat dengan menjaga rumah dari paparan asap rokok. Gerakan mematikan rokok sebelum masuk rumah berlaku bagi penghuni rumah dan tamu. Sebelum memasuki rumah, anggota keluarga atau tamu yang merokok wajib mematikan rokok dan membuangnya pada wadah yang telah disiapkan dan membuangnya di tempat tersebut. Gerakan tersebut diharapkan dapat meminimalisir kejadian sakit khususnya pada anak akibat terpapar asap rokok (Sugiharto, 2019). Oleh karena itu, pemberdayaan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok khususnya di wilayah pesisir pantai Kecamatan Malangke Kabupaten Luwu Utara untuk meminimalisir perokok pasif dalam rumah perlu dilakukan.

## **B. Rumusan Masalah**

Di Kabupaten Luwu Utara perilaku merokok sudah merupakan hal yang sering kita jumpai dalam keseharian masyarakat, baik itu di rumah-rumah, tempat-tempat umum, bahkan lingkungan sekolah. Hal ini tentunya menjadi sesuatu yang sangat disayangkan karena menunjukkan masih rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dimana bahaya asap rokok ini pada dasarnya bukan saja berdampak bagi kesehatan para perokok itu sendiri tetapi juga berdampak bagi orang yang tidak merokok namun berada disekitar para perokok sehingga meningkatkan risiko mereka terserang berbagai macam penyakit yang sama dengan para perokok.

Maka dipandang perlu untuk dilakukan intervensi pemberdayaan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok di wilayah pesisir pantai Kecamatan Malangke Kabupaten Luwu Utara.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk menilai pengaruh pemberdayaan masyarakat terhadap kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Menilai kesadaran dan kemauan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi
- b. Menilai kesadaran dan kemauan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol
- c. Menilai perbedaan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

### **D. Kegunaan Penelitian**

#### 1. Manfaat praktis

Dapat memberikan informasi dan atau masukan kepada instansi terkait mengenai pendekatan yang dapat digunakan dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan agar mereka mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri

khususnya tentang bahaya asap rokok terhadap diri perokok itu sendiri terlebih lagi bagi orang- orang disekitar (perokok pasif).

2. Manfaat bagi ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat dan para peneliti berikutnya terkait dengan evaluasi pemberdayaan masyarakat sekaligus pencegahan perilaku merokok di dalam rumah.

3. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan pengalaman berharga bagi peneliti dalam rangka memperluas pengetahuan dan mengasah kemampuan analisis terhadap masalah kesehatan yang ada di masyarakat serta dapat menjadi acuan bagi peneliti dalam upaya pemberdayaan masyarakat dalam mengurangi dampak buruk dari asap rokok terutama bagi para perokok pasif.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum Pemberdayaan Masyarakat

##### 1. Konsep Pemberdayaan Masyarakat

*Empowerment* atau yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia berarti pemberdayaan merupakan sebuah konsep yang lahir sebagai bagian dari perkembangan alam pikiran masyarakat dan kebudayaan barat terutama Eropa. Untuk memahami konsep *empowerment* secara tepat dan jernih memerlukan upaya pemahaman latar belakang kontekstual yang melahirkannya. Secara konseptual, pemberdayaan atau pemerkuasaan (*empowerment*) berasal dari kata power (kekuasaan atau keberdayaan). Ide utama pemberdayaan bersentuhan dengan kemampuan untuk membuat orang lain melakukan apa yang kita inginkan, terlepas dari keinginan dan minat mereka (Suharto E., 2005).

Pemberdayaan menurut Suhendra (2006) adalah “suatu kegiatan yang berkesinambungan dinamis secara sinergis mendorong keterlibatan semua potensi yang ada secara evolutif dengan keterlibatan semua potensi”. Selanjutnya pemberdayaan menurut Jim Ife (dalam Sulaeman, 2016) adalah “meningkatkan kekuasaan atas mereka yang 16 kurang beruntung (*empowerment aims to increase the power of disadvantage*)”.

Menurut Azis (2005) pemberdayaan adalah sebuah konsep yang fokusnya adalah kekuasaan. pemberdayaan secara substansial merupakan proses memutus (*breakdown*) dari hubungan antara subjek dan objek. Proses ini mementingkan pengakuan subjek akan kemampuan atau daya yang dimiliki objek. Secara garis besar proses ini melihat pentingnya mengalirkan daya dari subjek ke objek. Hasil akhir dari pemberdayaan adalah beralihnya fungsi individu yang semula objek menjadi subjek (yang baru), sehingga relasi sosial yang nantinya hanya akan dicirikan dengan relasi sosial antar subyek dengan subyek lain.

Menurut Sumaryadi (2005), pemberdayaan masyarakat adalah “upaya mempersiapkan masyarakat seiring dengan langkah memperkuat kelembagaan masyarakat agar mereka mampu mewujudkan kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan dalam suasana keadilan sosial yang berkelanjutan”.

Menurut Widjaja (2003), pemberdayaan masyarakat adalah upaya meningkatkan kemampuan dan potensi yang dimiliki masyarakat sehingga masyarakat dapat mewujudkan jati diri harkat dan martabatnya secara maksimal untuk bertahan dan mengembangkan diri secara mandiri baik di bidang ekonomi, sosial, agama dan budaya.

Abu Huraerah (2008), mengatakan bahwa pemberdayaan masyarakat adalah sebuah proses dalam bingkai usaha

memperkuat apa yang lazim disebut *community self-reliance* atau kemandirian. Dalam proses ini masyarakat didampingi untuk membuat analisis masalah yang dihadapi, dibantu untuk menemukan alternatif solusi masalah tersebut, serta diperlihatkan strategi memanfaatkan berbagai kemampuan yang dimiliki.

Pemberdayaan masyarakat definisi yang lainnya adalah sebagai upaya untuk memberi daya atau kekuatan keberdayaan masyarakat adalah unsur-unsur yang memungkinkan masyarakat mampu bertahan (*survive*) dan dalam pengertian yang dinamis. mampu mengembangkan diri untuk mencapai tujuannya. Oleh karena itu memberdayakan masyarakat merupakan upaya untuk terus menerus meningkatkan harkat dan martabat lapisan masyarakat bawah yang tidak mampu melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan. dengan kata lain, memberdayakan masyarakat adalah meningkatkan kemampuan dan meningkatkan kemandirian masyarakat (Alamsyah, 2011).

## 2. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan sasaran utama promosi kesehatan. Masyarakat sebagai sasaran primer (*primary target*) promosi kesehatan harus diberdayakan agar mereka mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Masyarakat yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri terdiri dari individu-individu

dan kelompok-kelompok atau komunitas-komunitas yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoadmodjo, 2014).

Dari hasil penelitian yang dilakukan Irwan (2016) tentang kawasan bebas asap rokok di Desa Bone-bone Kab. Enrekang, bahwa melakukan pemberdayaan masyarakat untuk suatu perubahan perilaku orang banyak bukanlah hal yang mudah, berbagai tantangan harus di lalui. Dengan usaha dan kerja keras, tentunya dengan kesabaran akan membawa perubahan yang baik dalam kehidupan. Penelitian yang dilakukan oleh (Sadono & Fatah, 2018) juga menjelaskan proses pemberdayaan yang telah dilakukan oleh masyarakat melalui tiga tahap yaitu tahap penyadaran, tahap pengkapasitasan dan tahap pendayaan. Hasil dari proses pemberdayaan ini adalah masyarakat telah menyadari bahaya merokok dan mengetahui upaya yang bisa dilakukan untuk berhenti merokok.

Dalam mewujudkan perubahan sosial dalam kehidupan masyarakat, pemimpin menggunakan beberapa strategi. Pertama, mencari kelemahan rokok pada bidang ekonomi, pendidikan kesehatan, dan agama. Kelemahan tersebut dijadikan senjata ampuh untuk melawan masyarakat yang melakukan penolakan terhadap gagasan yang telah direncanakan oleh pemimpin atau *agent of change*. Kedua, pemimpin kemudian mencari dukungan

dengan mengumpulkan para tokoh masyarakat dan agama dan mengemukakan gagasannya. Ketiga, setelah mendapat dukungan dari tokoh masyarakat, barulah pemimpin mengumumkan gagasannya di depan masyarakat berupa larangan menjual rokok, larangan mengkonsumsi rokok di tempat umum, larangan merokok di dalam rumah larangan mengkonsumsi rokok. Keempat, melakukan sosialisasi kemudian membuat kesepakatan dengan masyarakat dan membuat peraturan (Perdes larangan merokok) untuk mempertahankan perilaku masyarakat yang anti rokok (Irwan 2016).

### 3. Proses pemberdayaan masyarakat

Proses pemberdayaan terdiri dari dua hal penting yaitu menekankan pada proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuatan, kekuasaan atau kemampuan kepada masyarakat agar individu lebih berdaya. Selanjutnya, menekankan pada proses menstimulasi, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apayang menjadi pilihan hidupnya melalui proses dialog.

Tahapan dari pemberdayaan masyarakat menurut Muslim, A (2012) dapat dilihat sebagai berikut:

- a. Tahap penyadaran dan pembentukan perilaku. Pembentukan kesadaran diperlukan untuk menuju perilaku sadar dan peduli sehingga merasa membutuhkan peningkatan kapasitas diri.

Dalam tahapan ini pihak yang menjadi sasaran pemberdayaan harus disadarkan mengenai perlu adanya perubahan untuk merubah keadaan agar dapat sejahtera. Sentuhan penyadaran akan lebih membuka keinginan dan kesadaran akan tentang kondisinya saat itu, dan demikian akan dapat merangsang kesadaran akan perlunya memperbaiki kondisi untuk menciptakan masa depan yang lebih baik. Sehingga dengan adanya penyadaran ini dapat menggugah pihak yang menjadi sasaran pemberdayaan dalam merubah perilaku.

- b. Tahap transformasi pengetahuan dan kecakapan keterampilan. Hal ini memerlukan adanya pembelajaran mengenai berbagai pengetahuan, dan kecakapan ketrampilan untuk mendukung kegiatan pemberdayaan yang dilaksanakan. Dengan adanya pengetahuan, dan kecakapan ketrampilan maka sasaran dari pemberdayaan akan memiliki pengetahuan, kemampuan, dan ketrampilan yang menjadi nilai tambahan dari potensi yang dimiliki. Sehingga pada nantinya pemberdayaan dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang diharapkan.
- c. Tahap peningkatan kemampuan intelektual dan kecakapan keterampilan. Dalam tahapan peningkatan kemampuan intelektual dan keterampilan ini sasaran pemberdayaan diarahkan untuk lebih mengembangkan kemampuan yang

dimiliki, meningkatkan kemampuan dan kecakapan keterampilan yang pada nantinya akan mengarahkan pada kemandirian.

#### 4. Peranan Fasilitator dalam Pemberdayaan Masyarakat

Rogers dan Shoemaker (1971) menyebutkan bahwa peranan yang perlu dilakukan oleh fasilitator dalam mempromosikan unsur inovasi kelompok masyarakat yang menjadi sasaran kegiatan pemberdayaan masyarakat yaitu:

##### a. Menumbuhkan kebutuhan untuk mengalami perubahan

Fasilitator harus mampu berperan sebagai katalisator bagi masyarakat. Untuk itu mereka sebaiknya bisa merumuskan suatu solusi yang baru dalam mengatasi berbagai persoalan yang dihadapi masyarakat dengan cara membangun suatu keyakinan dalam diri masyarakat agar dapat memecahkan dan menyelesaikan persoalan yang mereka hadapi. Hal ini penting mengingat salah satu ciri khas yang biasanya dimiliki kaum masyarakat yakni rendahnya motivasi untuk berubah, sikap pasrah terhadap keadaan yang ada serta tidak adanya perencanaan yang baik yang mereka miliki.

##### b. Mampu mendiagnosis permasalahan yang ada

Fasilitator diharapkan mampu membaca situasi termasuk masalah yang dihadapi dan dialami masyarakat dengan melihat persoalan itu dari perspektif masyarakat. Untuk memahami yang sifatnya problematis ini, maka fasilitator dalam hal ini tenaga kesehatan dituntut untuk memiliki sikap empati yang tinggi.

c. Menciptakan hubungan yang baik untuk perubahan

Salah satu faktor suksesnya peran fasilitator dalam melaksanakan tugasnya amat dipengaruhi oleh terciptanya hubungan yang akrab, harmonis dan kerjasama yang baik antara masyarakat dan fasilitatornya. Hanya saja, guna memelihara dan melanggengkan hubungan baik ini sudah barang tentu didukung pada munculnya kesan yang baik dimata masyarakat. Misalnya saja fasilitator dinilai jujur, punya rasa empati yang kuat serta dapat dipercaya.

d. Memiliki perencanaan untuk menciptakan perubahan

Ini dimaksudkan agar seorang fasilitator mampu memainkan perannya secara optimal dan tidak hanya sebatas menumbuhkan minat serta perhatian masyarakat terhadap unsur inovasi yang diperkenalkan pada mereka tapi yang jauh lebih penting dari itu adalah terjadinya perubahan terhadap perilaku setelah mereka mengadopsi unsur inovasi.

e. Senantiasa berusaha mencegah terjadinya perdebatan dan tetap menjaga keberlangsungan pemberdayaan

Fasilitator dalam proses pemberdayaan masyarakat yaitu tetap memberi informasi yang sifatnya mendukung kegiatan pembaharuan dan perubahan bagi masyarakat dan dengan demikian mereka yang diposisikan sebagai penerima manfaat ini selalu merasa aman dan tenang dalam mengadopsi unsur inovasi.

f. Membangun motivasi agar masyarakat mau berubah

Salah satu peran lain yang harus dilakukan oleh fasilitator adalah menggunakan strategi sedemikian rupa dengan tujuan untuk membangkitkan minat dan perhatian kelompok sasaran pemberdayaan dengan tetap mengutamakan prinsip yang berorientasi pada kebutuhan.

g. Mencapai hubungan maksimal

Fasilitator sebaiknya berusaha untuk menjadikan masyarakat nantinya berperan pula sebagai fasilitator setidaknya untuk dirinya sendiri sehingga mereka mampu memilih unsur inovasi mana saja yang dinilai cocok bagi kebutuhannya. Kalaupun sekiranya tujuan ini sudah tercapai maka terbuka kemungkinan fasilitator itu untuk sementara memutuskan hubungannya dengan masyarakat dan mereka dapat berkomunikasi kembali apabila ada unsur inovasi lain yang ingin diperkenalkan.

Selain peran fasilitator, proses pemberdayaan masyarakat tidak terlepas dari peran pemimpin dan tokoh masyarakat. Hal ini diungkapkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Abadi (2010) bahwa peran tokoh masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat adalah sebagai penggerak, pengendali dan penasehat masyarakat, serta sebagai jembatan antara pemerintah dengan masyarakat, melalui penyebaran informasi dan pemberian otonomi kepada warga, pemberian otonomi tokoh masyarakat diwujudkan dengan komunikasi yang terbuka antara tokoh masyarakat

dengan warga untuk menyampaikan saran, ide, maupun kritik yang sifatnya membangun. Selain itu, tokoh masyarakat juga dapat menjadi pelopor pengembangan kawasan bebas rokok dan motivator dalam pelaksanaan penyuluhan dalam rangka mencegah dampak paparan asap rokok (Prayitno, 2010).

Beberapa kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dapat dilakukan yaitu: pertama, menumbuhkan rasa kepemilikan dengan mendengarkan suara dan aspirasi masyarakat dalam membuat perencanaan. Kedua, mengembangkan sumber daya yang berkelanjutan melalui penyusunan mekanisme pembiayaan yang dapat menjamin terlaksananya tindakan yang terkoordinasi dalam pencapaian tujuan yang ditetapkan masyarakat sesuai jadwal yang ditetapkan. Ketiga, membangun dan menerapkan prinsip atas dasar fakta/bukti (Sulaeman, 2016).

Tabel 2.1 Sintesa Penelitian Tentang Pemberdayaan Masyarakat

No	Nama	Judul	Metode	Hasil	Sumber
1	Delfi Novella Sadono	Analisis proses pemberdayaan pada perokok di Kampung Bulaksari RT 7	Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif tipe studi kasus	Proses pemberdayaan yang telah dilakukan oleh masyarakat melalui tiga tahap yaitu tahap penyadaran, tahap ini masyarakat mengadakan sosialisasi dengan mengundang narasumber dari puskesmas tentang bahaya merokok dan manfaat berhenti merokok. Selanjutnya, tahap pengkapisitan yaitu upaya berhenti merokok dan upaya tidak merokok dikawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok. Selanjutnya tahap pendayaan	journal.unair.ac.id 2018

				yaitu terwujudnya Kampung Tanpa Asap Rokok dilingkungan Kampung Bulaksari RT 7 itu sendiri.	
2	Anu Kasmel dan Pernille Tanggar Andersen	Measurement of community in three empowerment of community programs in rapla (estonia)	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan eksperimen	Penggunaan model ekspansi pemberdayaan telah terbukti dapat diterapkan, relevan, sederhana dan alat yang digunakan lebih murah untuk mengevaluasi pemberdayaan masyarakat. Studi ini menunjukkan peningkatan yang cukup besar pada komunitas kelompok kerja yang di prakarsai oleh anggota masyarakat. peningkatan terjadi pada kelompok kerja, yang memiliki dukungan politik dan keuangan di tingkat nasional. program ini diprakarsai dan dilaksanakan oleh anggota masyarakat setempat, dan pengembangan terus menerus masih terjadi, meskipun lambat.	<a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/8/3/799/pdf">https://www.mdpi.com/1660-4601/8/3/799/pdf</a> 2011
3	Endang Sutisna Sulaeman, Ravik Karsidi, Bhisma Murti, Drajat Tri Kartono, Waryana, dan Rifai Hartanto	Model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, studi program desa siaga	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei dan studi kasus	Hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah kesehatan dan kemampuan masyarakat dalam memecahkan Masalah kesehatan. model pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan meliputi kemampuan mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan. faktor-faktor internal dan eksternal komunitas pada level anggota masyarakat, institusi masyarakat, kepemimpinan masyarakat, dan akses informasi kesehatan memiliki peran penting dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan	

## B. Tinjauan Umum Tentang Rokok

### 1. Pengertian Rokok

Rokok adalah silinder dari kertas berukuran panjang antara 70 hingga 120 mm (bervariasi tergantung negara). Diameter sekitar 10 mm yang berisi daun–daun tembakau yang telah dicacah. Rokok dibakar pada salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dihirup lewat mulut pada ujung yang lain (Hernowo, 2007).

Merokok adalah kegiatan mengeluarkan asap dengan membakar tembakau secara langsung melalui mulut dan dengan menggunakan pipa. Menurut sebagian orang, merokok sebagai wujud kemandirian dan kebanggaan (Hernowo, 2007).

Menurut Permenkes. no 28 tahun 2013 dikatakan bahwa rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap dan atau dihirup termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan.

Asap rokok setidaknya mengandung 4000 zat kimia berbahaya dan beracun yang dapat menimbulkan berbagai macam penyakit bagi orang yang menghirupnya. Kandungan zat kimia beracun dan berbahaya dalam asap rokok yang paling sering kita dengar antara lain:

a. Nikotin

Merupakan salah satu zat yang sering digunakan dalam peptisida dan merupakan unsur adiktif dalam rokok.

b. Tar

Adalah partikel yang dihasilkan dari pembakaran tembakau yang merupakan zat berbahaya yang dapat menyebabkan penyakit kanker dan perubahan warna gigi menjadi kuning pada perokok.

c. Amonia

Senyawa ini umum kita jumpai dalam produk- produk pembersih dan pupuk, zat ini menjadi pemicu kerusakan paru paru dan bahkan kematian.

d. Arsenik

Zat beracun ini umumnya digunakan sebagai bahan baku pembuatan racun tikus dan berbagai jenis peptisida.

e. Karbonmonoksida

Zat ini dapat mengurangi transportasi oksigen ke sel- sel tubuh, serta meningkatkan pertumbuhan plak aterosklerotik dalam pembuluh darah.

f. Metanol

Metanol adalah sejenis cairan beracun yang mudah mencair dan terbakar, cairan ini bila terhirup atau tertelan akan dapat menyebabkan kebutaan sampai kematian.

Selain zat- zat kimia beracun dan berbahaya yang telah disebutkan diatas masih banyak lagi zat- zat kimia lainnya yang terkandung dalam asap rokok, sehingga sangat sulit untuk mengetahui komponen mana yang paling banyak meningkatkan risiko masalah kesehatan. Dampak negatif dari perilaku merokok bukan saja dapat mengakibatkan masalah kesehatan seperti risiko menderita berbagai macam penyakit namun juga berdampak secara sosial ekonomi bagi masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

## **2. Perokok Aktif**

Perokok aktif adalah seseorang yang dengan sengaja menghisap asap dari hasil pembakaran tembakau lintingan atau gulungan tembakau yang dibungkus biasanya dengan kertas, baik secara langsung ataupun melalui pipa. Temperatur sebatang rokok yang tengah dibakar adalah 90 derajat celcius untuk ujung rokok yang dibakar, dan 30 derajat celcius untuk ujung rokok yang terselip di antara bibir perokok (Istiqomah, 2003).

Rokok yang dibakar akan mengeluarkan asap dan asap tersebut kemudian dihisap oleh para perokok aktif melalui ujung rokok yang tidak terbakar, asap tersebut biasa disebut sebagai asap utama (*mainstream*), sementara asap rokok yang dihasilkan dari rokok yang terbakar disebut sebagai asap *sidestream*. Merokok pada dasarnya meracuni diri sendiri, karena asap rokok yang mengandung zat kimia beracun dan berbahaya telah dengan

sengaja dan dalam keadaan sadar dimasukkan ke dalam tubuh para perokok (Istiqomah, 2003).

Asap rokok *sidestream* inilah yang dihirup oleh para perokok pasif dan ditambah lagi dengan asap yang dikeluarkan oleh para perokok aktif baik melalui mulut maupun melalui hidung. Asap rokok *mainstream* dan *sidestream* sama bahayanya, yang berarti risiko penyakit akibat asap rokok antara perokok aktif dan perokok pasif adalah sama (Istiqomah, 2003).

Saat ini perilaku merokok sudah dianggap sebagai salah satu penyakit, yaitu penyakit kecanduan terhadap zat tertentu. Perilaku merokok juga sudah masuk dalam Daftar *Internasional Classification of Disorder 10* (ICD) serta *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder* (DSM). Badan Kesehatan Dunia menyebutkan bahwa dalam 15 tahun terakhir penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia telah menggeser penyakit menular sebagai penyebab utama kematian (Iro, 2018). Sugiharti, dkk (2015) menyebutkan bahwa individu dengan pendidikan setara sekolah dasar (SD) mempunyai kecendrungan merokok lebih besar dibanding individu dengan jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

Data dari Kemenkes (2016) menunjukkan bahwa dua dari tiga orang laki- laki usia diatas 15 tahun adalah perokok, padahal semakin muda seseorang mulai merokok maka akan semakin sulit

orang tersebut untuk lepas dari ketergantungannya dengan nikotin yang terkandung dalam rokok.

Penyakit kecanduan merokok ini pada hakekatnya telah menjadi tantangan para praktisi di bidang kesehatan utamanya para promotor kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan pada dasarnya merupakan bidang pelayanan kesehatan yang mendorong individu dan masyarakat untuk dapat mengontrol perilaku dan meningkatkan kesadarannya akan pentingnya menjaga dan meningkatkan status kesehatannya (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Perilaku merokok di dalam rumah tanpa disadari sudah menjadi kebiasaan dari para perokok, padahal asap dari rokok yang mereka hisap tidak akan hilang begitu saja dari dalam rumah karena sebagian akan mengendap atau menempel pada benda- benda dan perabotan yang ada di dalam rumah, hal ini tentunya sangat berbahaya karena endapan asap rokok tersebut tetap mengandung zat- zat kimia beracun dan berbahaya yang sangat mungkin terhirup oleh anggota keluarga yang lain di dalam rumah (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Sumber asap rokok di dalam ruangan lebih membahayakan dari pada asap rokok yang ada di luar ruangan karena orang- orang sebagian besar menghabiskan waktunya di dalam ruangan. Berapa besar asap rokok yang dihirup di setiap tempat tentu bervariasi tergantung jumlah perokok, jenis rokok yang dihisap, ukuran

ruangan dan jenis ventilasi yang ada di ruangan tersebut, maka sulit untuk menentukan akibatnya secara terpisah-pisah (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Bahaya merokok menurut Departemen Kesehatan RI tahun (Depkes, 2008) bagi perokok aktif:

- 1) Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung.
- 2) Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami *stroke*.
- 3) Meningkatkan risiko mengalami serangan jantung dua kali lebih besar pada mereka yang mengalami tekanan darah tinggi atau kadar kolesterol tinggi.
- 4) Meningkatkan risiko sepuluh kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung bagi wanita pengguna pil-KB.
- 5) Meningkatkan risiko lima kali lebih besar menderita kerusakan jaringan anggota tubuh yang rentan.

### **3. Perokok Pasif**

Perokok pasif ialah seseorang yang tidak memiliki kebiasaan merokok, namun terpaksa harus menghisap asap rokok yang dihembuskan oleh orang lain yang kebetulan ada didekatnya. Dalam keseharian, ia tak berniat dan tak memiliki kebiasaan merokok. Jika tak merokok, ia tak merasakan apa-apa dan tak mengganggu aktifitasnya. 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 demensia (mudah lupa).
- 5) Wanita hamil berkemungkinan melahirkan bayi lahir premature atau bayi lahir cukup bulan, tetapi berat badan kurang dari normal.
- 6) Mudah terkena serangan infeksi dihidung dan tenggorokan. Anak-anak mudah terserang asma, meninggal pada usia muda, infeksi paru-paru, mudah mengalami alergi, dan gampang terkena TBC paru-paru.

Perokok pasif mempunyai risiko yang sama dengan perokok aktif karena perokok pasif juga menghirup kandungan karsinogen (zat yang memudahkan timbulnya kanker yang ada dalam asap rokok) dan empat ribu partikel lain yang ada di dalam asap rokok, sebagaimana yang dihirup perokok aktif. Maka, sebaiknya kita

meninggalkan perokok aktif agar tidak merokok disembarang tempat.

Badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan tingkat kematian perokok pasif mencapai 600.000 jiwa per tahun termasuk anak-anak atau sekitar 1 % dari angka kematian di dunia. WHO menyebutkan sekitar 40% anak-anak di dunia terpapar asap rokok dan lebih dari 30% orang dewasa menjadi perokok pasif. Kekhawatiran terbesar dalam kasus ini adalah dampak asap rokok terhadap perempuan dan anak-anak yang ada di dalam rumah yang tidak memiliki perilaku merokok namun menjadi perokok pasif akibat kebiasaan merokok anggota keluarga yang lain yang memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah (WHO, 2013).

Dalam upaya melindungi perokok pasif, muncullah *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*, yang bertujuan untuk melindungi generasi masa kini dan masa mendatang dari dampak konsumsi tembakau dan paparan asap rokok terhadap kesehatan, sosial, lingkungan dan ekonomi. FCTC merupakan perjanjian internasional yang di dalamnya terdapat beberapa strategi untuk melakukan pengendalian tembakau. Penandatanganan konvensi *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* dilakukan pertama kali oleh 168 negara dalam rentang waktu mulai 16 Juni 2003 sampai 29 Juni 2004. Hingga Juli 2013, tercatat 177

negara telah meratifikasi serta mengaksesi FCTC dan 9 negara lainnya sudah menandatangani FCTC (WHO, 2013)

Bahaya merokok bagi perokok pasif menurut Depkes (2008) yaitu kerusakan paru-paru. kadar nikotin, karbon monoksida, serta zat-zat lain yang lebih tinggi dalam darah mereka akan memperparah penyakit yang sedang diderita, dan kemungkinan mendapat serangan jantung yang lebih tinggi bagi mereka yang berpenyakit jantung. Anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, dan radang tenggorokan serta penyakit paru-paru lebih tinggi. Wanita hamil yang merokok berisiko mendapatkan bayi mereka lahir lurus, cacat, dan kematian. jika suami perokok, maka asap rokok yang dihirup oleh istrinya akan mempengaruhi bayi dalam kandungan.

### **C. Tinjauan Umum Tentang Sarana Mematikan Rokok**

#### **1. Pengertian Sarana dan Prasarana**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud atau tujuan. Sedangkan prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, proyek). Untuk lebih memudahkan membedakan keduanya. Sarana lebih ditujukan untuk benda-benda yang bergerak seperti komputer dan mesin-mesin, sedangkan

prasarana lebih ditujukan untuk benda-benda yang tidak bergerak seperti gedung.

Menurut Ketentuan Umum Permendiknas (Peraturan Menteri Pendidikan Nasional) No. 24 tahun 2007. Sarana adalah perlengkapan pembelajaran yang dapat dipindah-pindah, sedangkan prasarana adalah fasilitas dasar untuk menjalankan fungsi sekolah/madrasah. Sarana pendidikan antara lain gedung, ruang kelas, meja, kursi serta alat-alat media pembelajaran. Sedangkan yang termasuk prasarana antara lain seperti halaman, taman, lapangan, jalan menuju sekolah dan lain-lain.

## 2. Konsep Sarana Mematikan Rokok

Sarana mematikan rokok atau asbak adalah sebuah wadah yang digunakan sebagai tempat pembuangan abu rokok dan puntung rokok. Terbuat dari berbagai macam bahan seperti kayu, keramik, atau kaca, juga dibuat dengan berbagai bentuk dan ukuran (Wikipedia).

Hasil penelitian Vardavas menunjukkan keberadaan asbak atau sejenis asbak di dalam ruangan merupakan penentu kuat paparan asap rokok dalam ruangan, yang menunjukkan bahwa penegakan komprehensif harus mencakup pemindahan asbak dan benda terkait lainnya yang memberi isyarat untuk merokok di dalam

suatu ruangan, dengan demikian dapat membantu mengendalikan penggunaan tembakau di Yunani (Vardavas *et al.*, 2013).

Berbagai upaya yang dilakukan untuk menurunkan jumlah perokok pasif didunia, Pada 21 Mei 2019 lalu, Singapura meresmikan ruang perokok yang diklaim sangat aman. Kabin-kabin ini berisi kipas sentrifugal mengisap asap rokok melalui sistem filtrasi. Sistem ini terdiri dari tiga filter, sebuah filter untuk menyaring debu, filter *hepa* yang menyaring partikel-partikel kecil, dan filter karbon yang menghilangkan bau serta kimia berbahaya. Setelah itu, udara yang sudah disaring tadi dikeluarkan, tanpa masyarakat perlu khawatir pada efek buruk nikotin serta tar. Sebagian udara yang sudah disaring akan masuk ruangan agar kabinnya tidak penuh asap rokok. Kabin tersebut tidak berisi tempat duduk, tetapi memiliki dua jendela dan bisa memuat sepuluh orang serta terdapat kamera di dalam dan luar kabin (Liotta, 2019).

Di Jepang sejak juli 2018, undang-undang larangan merokok semakin. Walau baru diberlakukan secara bertahap, saat ini larangan merokok di Jepang sudah diberlakukan, terutama di gedung-gedung sekolah, rumah sakit dan kantor pemerintah. Merokok juga masih diperkenankan di restoran-restoran atau bar-bar yang sudah berdiri yang memiliki ruang layanan konsumen tidak lebih dari seratus meter persegi. Restoran-restoran baru dan yang berukuran lebih besar harus memiliki sarana dan prasarana sendiri

yang dikhususkan untuk perokok. Selain itu, tidak diperbolehkan merokok sambil berjalan, karena sudah disediakan beberapa area khusus merokok. Namun jika tetap ingin merokok perlu mempersiapkan benda yaitu *portable ashtray* alias asbak portable. Bentuknya seperti kantung yang dilapisi oleh lembaran mirip aluminium foil. Hal ini karena tidak diperbolehkan membuang abu dan puntung rokok sembarangan (Dyama, 2018).

Sementara di Indonesia salah satu inovasi yang dilakukan untuk menurunkan angka perokok pasif dalam rumah tangga di Desa Ajjalireng yaitu dengan pojok merokok rumah tangga yang di tempatkan di area dekat posyandu, hingga bulan november 2012 di Desa Ajjalireng telah terdapat sebanyak 23 buah pojok merokok rumah tangga. Satu pojok merokok diperuntukkan kepada sekitar 10 rumah tangga yang ada disekitarnya, sementara sarana yang ada berupa kursi, meja, payung besar dan asbak untuk mematikan rokok (Dinas Kesehatan Kab Bone, 2014).

Hal serupa dilakukan Masyarakat di Kelurahan Pandang, yang kemudian menjadi kawasan bebas asap rokok, lalu membuat pojok rokok di ujung gang tersebut yang di sedikan beberapa asbak. Para pria yang ingin merokok akan berpindah ke pojok rokok. Pojok rokok tersebut juga di fungsikan sebagai pos ronda (Syam, 2016).

Di Kampung Tambak Arum Kelurahan Tambak Rejo juga melakukan gerakan mematikan rokok sebelum masuk rumah,

karena kesadaran dalam menjaga perilaku hidup bersih dan sehat dengan mensterilkan rumah dari paparan asap rokok. Di depan rumah warga tergantung kaleng bekas yang digunakan sebagai wadah (sarana) mematikan rokok sekaligus menampung puntung rokok, kemudian membasuh tangan sebelum masuk kedalam rumah. Sarana mematikan rokok tersebut terbuat dari kaleng bekas tempat rokok (Sugiharto, 2019).

Dari beberapa penjelasan diatas sarana mematikan rokok yaitu alat atau wadah yang digunakan untuk mematikan rokok dan tempat menampung puntung rokok baik berupa kaleng bekas, bambu maupun bahan lainnya yang tidak mudah terbakar, letaknya berada di luar rumah agar anggota keluarga lainnya tidak terpapar asap rokok.

Penelitian yang dilakukan oleh Trisnowati bahwa setelah dilakukan pemberdayaan, 52% responden melaporkan telah memiliki cecekan (asbak) di pintu depan rumah mereka. Selain itu penelitian lain yang dilakukan oleh wahyudi (2020) menunjukkan bahwa ada hubungan kuat antara pendidikan kesehatan dengan media asbak terhadap persepsi merokok di dalam rumah tangga dengan *p value*  $0.004 > 0,05$ .

Tabel 2.2 Tabel sintesa Sarana Mematikan Rokok

No	Nama	Judul	Metode	Hasil	Sumber
1	Heni Trisnowati	Smoke-free home	Menggunakan	Hasil penelitian setelah intervensi	<a href="https://doi.org/1">https://doi.org/1</a>

	<i>et al</i>	initiative in Bantul, Indonesia: Development and preliminary evaluation	metode intervensi observasi dikombinasikan dengan survei cross-sectional	menunjukkan 52% responden melaporkan telah memiliki cecekan (sarana mematikan rokok) di pintu depan rumah mereka sebagai salah satu bentuk implementasi rumah bebas asap rokok.	0.1833 2/tpc/11 3357 2019
--	--------------	---	--	---	------------------------------------

#### D. Tinjauan Umum Tentang Kesadaran

Penyadaran secara bahasa berasal dari kata "sadar" yang berarti merasa, tahu, dan ingat (kepada keadaan yang sebenarnya) atau keadaan ingat (tahu) akan dirinya (Poerwadarminta, 1976). Dalam kamus istilah karya tulis ilmiah kata "sadar" diartikan dengan menyadari, insyaf, sadar, dan sadar diri. Dijelaskan bahwa sadar memiliki tiga makna yaitu:

1. Pertama, memahami atau mengetahui pada suatu tingkat pengamatan atau pemikiran yang terkendali.
2. Kedua, mampu atau ditandai oleh pemikiran, kemampuan, rancangan atau persepsi.
3. Ketiga, berbuat atau bertindak dengan pemahaman kritis.

Pola penyadaran juga mengacu pada teori Paulo Freire disebut dengan Pendidikan Hadap Masalah. Konsep penyadaran yang mengarahkan manusia pada kesadaran akan realitas dunia dan realitas dirinya. Karena, penyadaran merupakan inti proses, yang mana kesempatan untuk aktif bertindak dan berfikir sebagai pelaku dengan refleksi total. Prinsip ini bertindak untuk mengubah kenyataan yang menindas dan pada sisi lainnya secara terus menerus menumbuhkan

kesadaran akan realitas dan hasrat untuk mengubah kenyataan yang menindas tersebut (Dalam Sulaiman, 2016). Kesadaran merupakan pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat (Notoadmodjo, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh (Passey, Longman, Robinson, Wiggers, & Jones, 2016) menunjukkan salah satu faktor yang mempengaruhi kesadaran berhenti merokok di dalam rumah adalah persepsi risiko dari merokok. perubahan signifikan pada perilaku merokok di rumah dipicu oleh kehadiran fisik bayi di rumah daripada selama kehamilan. Masyarakat mengungkapkan bahwa mereka dengan kuat dan tegas mendukung prinsip bahwa bayi yang baru lahir tidak boleh terpapar asap rokok.

Tabel 2.3 Sintesa Kesadaran

No	Nama	Judul	Metode	Hasil	Sumber
1	Lula Nadia	Peran kesadaran kesehatan dan kontrol diri terhadap perilaku merokok pada mahasiswa	Metode yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan analisis regresi linier berganda	Hasil penelitian yaitu tingkat kesadaran ayah di perkotaan terhadap bahaya merokok yang dapat berakibat pada kematian bayi dan balita lebih besar daripada tingkat kesadaran seorang ayah di pedesaan. Hal ini dapat terekpresi dalam perilaku perokok dengan tidak merokok di dalam rumah. Disadari bahwa dengan merokok di dalam rumah dapat membahayakan perokok pasif dan juga	Journal.uny.ac.id 2016

				mengganggu kenyamanan anggota keluarga yang berada di dalam rumah.	
2	Ng DH, Roxburgh ST, Sanjay S, Au Eong KG	Awareness of smoking risks and attitudes towards graphic health warning labels on cigarette packs: a cross-cultural study of two populations in Singapore and Scotland.	Penelitian ini menggunakan metode desain cross-sectional	Pemberian label peringatan mengenai bahaya merokok meningkatkan kesadaran masyarakat untuk tidak merokok	Eye (Lond) 2010
3.	Maha veer Golechha	Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation: A Comprehensive Review of Effectiveness and the Way Forward	Desain sistematis review mengenai intervensi untuk perokok	Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi dengan menggunakan media massa dan pendekatan inovatif ke masyarakat dapat meningkatkan kesadaran individu untuk menciptakan perubahan perilaku	Int J Prev Med. 2016

### E. Tinjauan Umum Tentang Kemauan

Kemauan atau kehendak merupakan dasar untuk mempelajari beberapa hal yang berhubungan dengan pengetahuan dan lainnya.

Kemauan juga merupakan salah satu faktor yang mendorong seseorang untuk mengerjakan suatu hal dalam kehidupan nyata. Kemauan merupakan tenaga penggerak yang berasal dari dalam diri. Dorongan dapat juga dikatakan sebagai kehendak yang terarah pada tujuan-tujuan tertentu (Murdoko, 2006). Kemauan juga dapat dikatakan sebagai kemampuan untuk membuat pilihan-pilihan bebas, memutuskan, melatih mengendalikan diri, serta bertindak. Kemauan membuat seseorang mau menerima peraturan hukum dan kewajiban (Hall & Lindzey, 1993)

Kemauan datang dari diri dalam manusia yang yang diarahkan oleh pikiran dan perasaan diri mereka sendiri. Kemauan adalah kekuasaan untuk memimpin diri sendiri sehingga seseorang tersebut mampu memutuskan suatu hal. Contoh persoalan yang lebih mementingkan atau mendahulukan kemauan misalnya kita baru menyadari pentingnya organ jantung ketika kita divonis dokter terkena penyakit jantung. Sebelumnya mungkin yang menjadi fokus pemeliharaan kita adalah organ-organ yang secara konkret dapat dilihat oleh orang lain. Dari contoh di atas terlihat bahwa orang tersebut salah satunya lebih mementingkan kemauan sehingga kurang memperhatikan hal yang lebih penting (Murdoko,2006). Kemauan atau kehendak merupakan dasar kemauan dan kehendak ialah sebagai bentuk lanjutan dari kesadaran dan pemahaman terhadap objek, dalam hal ini kesehatan (Notoadmodjo, 2010)

Tabel 2.4 Sintesa Kemauan

No	Nama	Judul	Metode	Hasil	Sumber
----	------	-------	--------	-------	--------

1	Naima Khoirun Nisa	Efektivitas Pesan dengan Fear Appeals pada Iklan Layanan Masyarakat "Berhenti Menikmati Rokok Sebelum Rokok Menikmati" Terhadap Kemauan Berhenti Merokok dilihat dari Tingkat Keterlibatan Perokok dengan Isu Kampanye (Studi Eksperimen Pada Perokok Remaja di Jawa Barat)	Penelitian ini menggunakan rancangan Penelitian eksperimental dengan menggunakan pengambilan sampel secara kluster	Hasil penelitian menunjukkan ILM dengan pesan <i>fear appeals</i> lebih efektif dibandingkan <i>humor appeals</i> dalam menciptakan kemauan berhenti merokok, perokok dengan keterlibatan tinggi memiliki kemauan berhenti merokok yang tinggi dibandingkan perokok dengan keterlibatan rendah, ada interaksi antara daya tarik ( <i>appeals</i> ) dalam pesan ILM dan tingkat keterlibatan perokok terhadap kemauan berhenti merokok pada perokok remaja di Jawa Barat	ocs.unism.ac.id 2015
2	Michelle R vanDellen et al	Willingness to provide support for a quit attempt: A study of partners of smokers	Metode penelitian survei analitik	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemauan berhenti merokok berhubungan dengan dukungan pasangan yang peduli terhadap kesehatan dan tergantung pada perilaku perokok itu sendiri.	Journal Inc Health Psychol 2015
3	Sulastris, Deddy Herman, dan	Berhenti merokok pada pelajar perokok	Metode penelitian deskriptif dengan desain	Penelitian ini dapat disimpulkan sebagian besar pelajar perokok berkeinginan untuk berhenti merokok.	Jurnal Kesehatan Masyarakat

	Eryati Darwin	berdasarkan Global Youth Tobacco Survey di SMK Negeri Kota Padang	penelitian potong lintang		akat Andalas 2018
4.	Tanya R. Schlam and Timothy B. Baker	Interventions for tobacco smoking	Review efektivitas pemberian intervensi terhadap perokok yang tidak ingin berhenti merokok menggunakan 4 tahapan motivasi	Setelah melalui tahapan: motivasi, penghentian, pemeliharaan, pemulihan, penelitian ini menunjukkan 10-30% perokok mau berhenti merokok.	Annu Rev Clin Psychol . 2013

## F. Pengertian Kemampuan

Kemampuan di dalam kamus bahasa Indonesia, kemampuan berasal dari kata “mampu” yang berarti kuasa (bisa, sanggup, melakukan sesuatu, dapat, mempunyai harta berlebihan). Kemampuan adalah suatu kesanggupan dalam melakukan sesuatu. Seseorang dikatakan mampu apabila ia tidak melakukan sesuatu yang harus ia lakukan.

Menurut Chaplin, *ability* (kemampuan, kecakapan, ketangkasan, bakat, kesanggupan) merupakan tenaga (daya kekuatan) untuk melakukan suatu perbuatan. Sedangkan menurut Robbins, kemampuan bisa merupakan kesanggupan bawaan sejak lahir, atau merupakan hasil latihan atau praktek.

Adapun menurut Akhmat Sudrajat, *ability* adalah menghubungkan kemampuan dengan kata kecakapan. Setiap individu memiliki kecakapan yang berbeda-beda dalam melakukan suatu tindakan. Kecakapan ini mempengaruhi potensi yang ada dalam diri individu tersebut. Proses pembelajaran yang mengharuskan siswa mengoptimalkan segala kecakapan yang dimiliki.

Dari pengertian-pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa kemampuan adalah kecakapan atau potensi menguasai suatu keahlian yang merupakan bawaan sejak lahir atau merupakan hasil latihan atau praktek dan digunakan untuk mengerjakan sesuatu yang diwujudkan melalui tindakannya. Timbulnya kemampuan masyarakat di bidang kesehatan baik secara individu maupun kelompok, telah mewujudkan kemauan atau niat kesehatan mereka dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat (Notoatmodjo, 2010).

Tabel 2.5 Sintesa Kemampuan

No	Nama	Judul	Metode	Hasil	Sumber
1	Cucu Arum sari	Konseling individual dengan teknik modeling simbolis terhadap peningkatan kemampuan kontrol diri	Metode penelitian eksperimen kuasi dengan desain single subject dengan desain A-B.	Hasil penelitian yaitu konseling individu dengan teknik modeling simbolis secara umum efektif untuk mengembangkan kontrol diri siswa kelas XI Vijaya Kusuma. Konseling individu dengan teknik modeling simbolis efektif mengembangkan kontrol diri tiga siswa subjek penelitian pada semua aspek kontrol diri yaitu perasaan dan tingkah laku, disiplin, emosi dan nafsu.	Jurnal Konseling Gusjiganng 2016
2.	Martin - Lujan, F., Li Piñol-Moreso, J., Martin - Vergara, N. <i>et al</i>	Effectiveness of a structured motivational intervention including smoking cessation advice and spirometry information in the primary care setting: the ESPITAP study	Desain Uji Klinis Acak Multicenter	Kelompok mendapatkan informasi mengenai saran untuk berhenti merokok dan kunjungan dokter selama 20 menit untuk berkonsultasi. Kemampuan untuk berhenti merokok lebih tinggi terjadi pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol	BMC Public Health 2011

## **G. Landasan Teori**

Ada banyak teori tentang pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan ataupun teori perubahan perilaku, namun teori yang relevan dalam penelitian ini adalah teori proses pemberdayaan yang dikemukakan oleh Jim Ife dan Lee J. Carry.

### **1. Jim Ife (1983)**

Jim menguraikan proses pemberdayaan masyarakat meliputi tiga tahapan yaitu penyadaran, pengkapasitasan, dan pendayaan.

- a. Pertama, tahap penyadaran dan pembentukan perilaku. Perlu membentuk kesadaran menuju perilaku sadar dan peduli sehingga merasa membutuhkan peningkatan kapasitas diri. Dalam tahapan ini pihak yang menjadi sasaran pemberdayaan harus disadarkan mengenai perlu adanya perubahan untuk merubah keadaan agar dapat sejahtera. Sentuhan penyadaran akan lebih membuka keinginan dan kesadaran akan tentang kondisinya saat itu, dan demikian akan dapat merangsang kesadaran akan perlunya memperbaiki kondisi untuk menciptakan masa depan yang lebih baik. Sehingga dengan adanya penyadaran ini dapat mengunggah pihak yang menjadi sasaran pemberdayaan dalam merubah perilaku.

Kesadaran adalah keadaan sadar terhadap keberadaan dan lingkungan disekitarnya. Kesadaran memerlukan pengetahuan dan

keterampilan masyarakat. Tingkat kesadaran masyarakat tiap daerah berbeda tergantung pada lingkungan setempat dan tingkat pemberdayaan yang ada. Masyarakat perlu menyadari adanya kebutuhan untuk menawarkan solusi perubahan sosial, dan pengembangan masyarakat. Penyadaran masalah akan membantu dalam mengatasi masalah yang ada. Hal ini tentu membutuhkan komitmen dari penyedia layanan kesehatan untuk memberikan edukasi kepada masyarakat.

- b. Kedua, tahap transformasi pengetahuan dan kecakapan ketrampilan, dalam hal ini perlu adanya pembelajaran mengenai berbagai pengetahuan, dan kecakapan ketrampilan untuk mendukung kegiatan pemberdayaan yang dilaksanakan. Dengan adanya pengetahuan, dan kecakapan ketrampilan maka sasaran dari pemberdayaan akan memiliki pengetahuan, kemampuan, dan ketrampilan yang menjadi nilai tambahan dari potensi yang dimiliki. Sehingga pada nantinya pemberdayaan dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang diharapkan.
- c. Ketiga, tahap peningkatan kemampuan intelektual dan kecakapan keterampilan. Dalam tahapan peningkatan kemampuan intelektual dan ketrampilan ini sasaran pemberdayaan diarahkan untuk lebih mengembangkan kemampuan yang dimiliki, meningkatkan kemampuan dan kecakapan ketrampilan yang pada nantinya akan mengarahkan pada kemandirian.

Kemampuan disertai dengan gagasan tentang apa yang seharusnya dilakukan masyarakat. Tanpa beberapa gagasan, maka kemampuan individu tidak ada artinya karena setiap komunitas memiliki kemampuan yang berbeda. Pengembangan masyarakat akan selalu berusaha dulu untuk menemukan kebijaksanaan, pengetahuan dan keterampilan di masyarakat. Pengetahuan lokal akan dikontekstualisasikan sedemikian rupa sehingga kemampuan masyarakat dapat bekerja dengan efektif.

## **2. Lee J Carry (1976)**

Lee J. Carry mendefinisikan pemberdayaan masyarakat sebagai pengorganisir orang dari dalam masyarakat lokal terhadap berbagai kondisi yang mempengaruhi secara negatif atau mengancam kehidupan mereka. Berdasarkan pada jenis tantangan dan kesulitan yang berbeda dan spesifik pada masyarakat tertentu menurut adanya arah kegiatan yang berbeda, oleh sebab itu proses pengembangan masyarakat perlu memperhatikan karakteristik dan perkembangan masyarakat lokal. Lebih lanjut Carry menyatakan bahwa dalam (rural atau *less development context*), proses pengembangan masyarakat cenderung untuk membantu menumbuhkan industrialisasi dan modernisasi. Proses tersebut bisa merupakan cara untuk membantu mengatasi akibat dari industrialisasi dan modernisasi.

Pengembangan masyarakat dapat di pandang dari dua sudut yaitu dalam arti luas berarti perubahan sosial berencana, di mana sasaran

pengembangan masyarakat adalah perbaikan dan peningkatan bidang ekonomi, teknologi bahkan politik dan sosial. Sedangkan dalam arti sempit, berarti perubahan sosial berencana di lokalitas tertentu. Seperti kampung, desa, kota kecil atau kota besar.

Pengertian dalam arti sempit ini dikaitkan dengan berbagai proyek atau program yang langsung berhubungan dengan upaya pemenuhan kebutuhan dan pengurusan kepentingan lokalitas atau masyarakat setempat, dan sepanjang mampu dilakukan oleh masyarakat itu sendiri. Istilah pengembangan masyarakat dalam arti sempit dianggap lebih humanistik karena lebih menitik beratkan kepada kemampuan dan prakarsa dari komunitas. Bantuan dan intervensi dari luar sekedar sebagai stimulan yang memacu tumbuh dan berkembangnya kemampuan dari dalam komunitas itu sendiri. Dengan perkataan lain dan bantuan intervensi dari luar harus didudukkan sebagai bagian dari proses membina kemampuan masyarakat (*enabling process*).

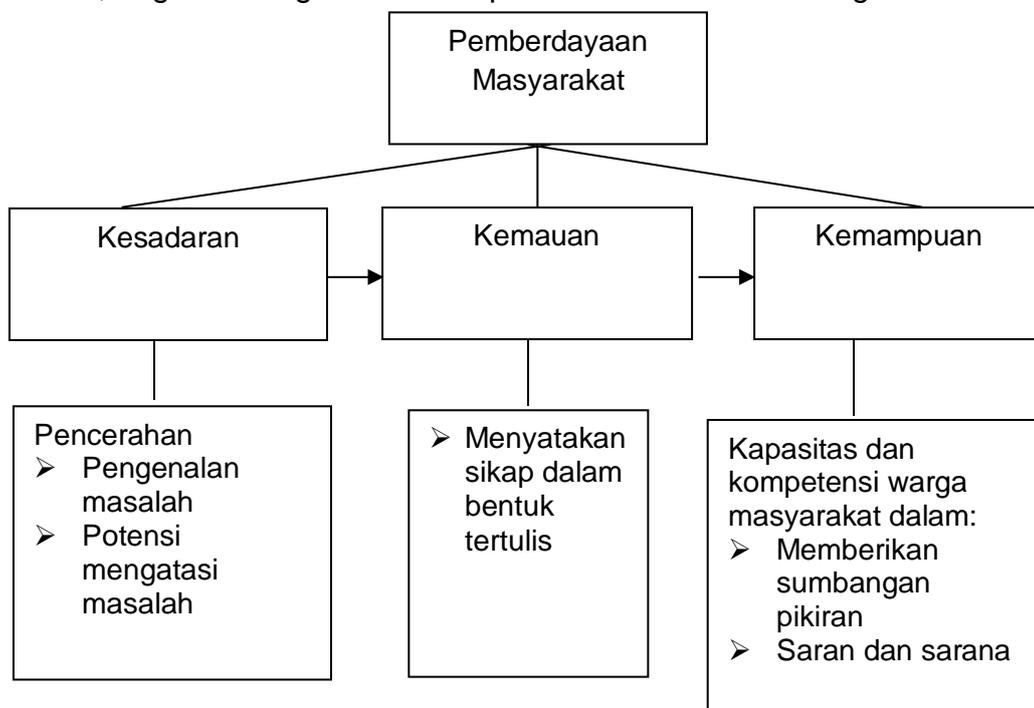
Selanjutnya Carry mengatakan bahwa pemberdayaan masyarakat dapat tumbuh jika terpenuhi tiga kondisi sebagai berikut:

- a. Merdeka untuk berpartisipasi, yaitu adanya kondisi yang memungkinkan warga masyarakat untuk mengikuti proses pemberdayaan.
- b. Adanya kemauan atau kesedian merupakan kecenderungan untuk melakukan suatu tindakan.

- c. Mampu yaitu adanya kapasitas dan kompetensi warga masyarakat, sehingga mampu untuk memberikan sumbangan pemikiran, saran dan sarana untuk mewujudkan tujuan bersama.

## H. Kerangka Teori

Berdasarkan landasan teori maka dengan memodifikasi dasar teori diatas, bagan kerangka teori dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

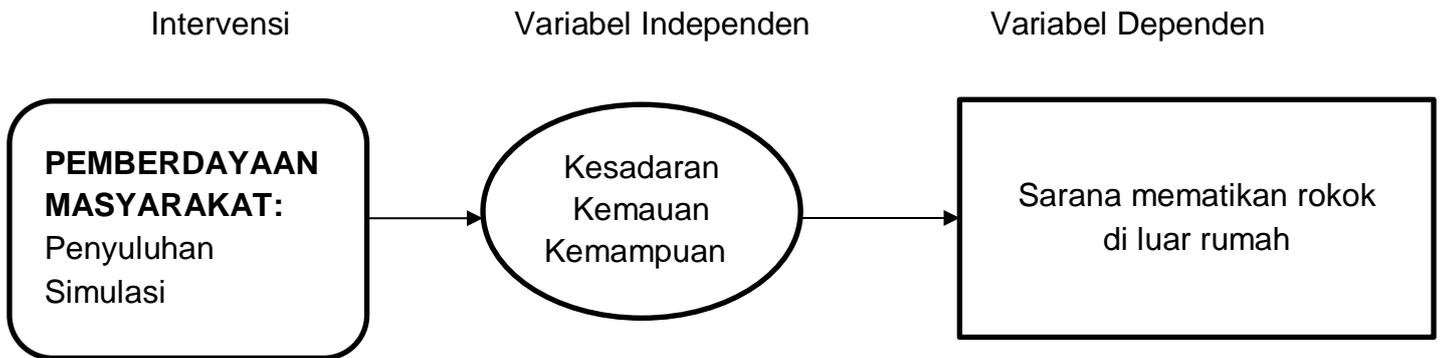


Gambar 2.1 Kerangka Teori Sumber : Modifikasi Skema teori Jim Ife (1983) dengan skema teori Lee J. Carry (1976)

## I. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian dapat dilihat pada gambar dibawah

ini:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

## **J. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif**

Definisi operasional ialah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik serta dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan, atau penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga memudahkan pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Nasir, Muhith, & Ideputri, 2011). Berikut ini definisi operasional dari variabel yang diteliti dalam penelitian, yaitu:

### **1. Sarana Mematikan Rokok**

Sarana mematikan rokok adalah wadah atau tempat mematikan rokok yang sedang terbakar berupa kaleng atau bambu yang letaknya berada di luar rumah dan atau diluar teras. Sebagai bentuk implementasi dalam proses pemberdayaan masyarakat.

### **2. Kesadaran**

Kesadaran yaitu kondisi dimana individu memahami pentingnya menyediakan sarana mematikan rokok karena mengetahui bahaya merokok bagi diri sendiri dan anggota keluarga yang tidak merokok. Untuk meningkatkan kesadaran diperlukan pengetahuan mengenai bahaya merokok. Contohnya, menekankan bahwa salah satu bahaya merokok adalah kesehatan anak dan pasangan yang berada di dekat saya akan terganggu. Hal ini adalah salah satu upaya untuk meningkatkan kesadaran dengan memberikan ancaman atau informasi yang tidak diinginkan oleh individu.

Kesadaran pada penelitian ini ialah hasil “sadar” responden mengenai bahaya perilaku merokok dalam rumah meliputi faktor risiko, komplikasi, dan upaya pengendalian.

Kesadaran responden diukur menggunakan kuesioner berdasarkan skala likert dengan 10 item pertanyaan.

Pernyataan positif:

- a. Sangat setuju= 4
- b. Setuju = 3
- c. Tidak setuju = 2
- d. Sangat tidak setuju= 1

Pernyataan negatif:

- a. Sangat setuju= 1
- b. Setuju= 2
- c. Tidak setuju= 3
- d. Sangat tidak setuju= 4

Hasil pengukuran:

Skor tertinggi:  $10 \times 4 = 40$

Skor terendah:  $10 \times 1 = 10$

Range:  $40 - 10 = 30$

Interval:  $\text{Range}/\text{kategori} = 30/2 = 15$

Median:  $40/2 = 20$

Kriteria Objektif:

Baik : Jika skor total jawaban responden  $> 30$

Cukup : Jika skor total jawaban responden antara 20-30

Kurang : Jika skor total jawaban responden < 20

### 3. Kemauan

Kemauan dalam penelitian ini adalah kondisi dimana individu bersedia untuk berhenti merokok di dalam rumah dan menyediakan sarana mematikan rokok di luar rumah. Kemauan responden diukur menggunakan kuesioner berdasarkan skala likert dengan 8 item pertanyaan.

Pernyataan positif:

- a. Sangat setuju= 4
- b. Setuju = 3
- c. Tidak setuju = 2
- d. Sangat tidak setuju= 1

Pernyataan negatif:

- a. Sangat setuju= 1
- b. Setuju= 2
- c. Tidak setuju= 3
- d. Sangat tidak setuju= 4

Hasil pengukuran:

Skor tertinggi:  $8 \times 4 = 32$

Skor terendah:  $8 \times 1 = 8$

Range:  $32 - 8 = 22$

Interval:  $\text{Range/kategori} = 22/2 = 11$

Median:  $32/2 = 16$

Kriteria Objektif:

Baik : Jika skor total jawaban responden  $> 22$

Cukup : Jika skor total jawaban antara 16-22

Kurang : Jika skor total jawaban responden  $< 16$

#### 4. Kemampuan

Kemampuan yaitu mewujudkan kemauan atau niat kesehatan masyarakat dalam bentuk tindakan atau perilaku sehat dengan menyediakan sarana mematikan rokok baik secara individu maupun kelompok.

Kemampuan ada penelitian ini menyediakan sarana mematikan rokok. Pengukuran menggunakan lembar observasi, terdiri dari 3 jenis observasi yaitu (1) mampu menyediakan bahan dan alat, (2) mampu merangkai bahan (3) mampu menyelesaikan sarana mematikan rokok dengan waktu yang diberikan.

Hasil pengukuran:

Skor tertinggi:  $3 \times 1 = 3$

Skor Terendah:  $0 \times 1 = 1$

Kriteria Objektif:

Baik : Jika skor total jawaban responden 3 (Responden menyelesaikan 3 tahapan yaitu menyediakan alat dan bahan, merangkai bahan dan menyelesaikan tepat waktu)

Cukup : Jika skor total jawaban responden  $\geq 2$  (Responden hanya menyelesaikan 2 tahapan yaitu menyediakan alat dan bahan dan merangkai bahan)

Kurang : Jika skor total jawaban responden  $\leq 1$  (Responden hanya mampu menyediakan alat dan bahan atau tidak menyediakan alat dan bahan sama sekali)

#### 5. Intervensi Pemberdayaan Masyarakat

Intervensi pemberdayaan masyarakat merupakan upaya meningkatkan kemampuan dan potensi masyarakat melalui:

- a. Penyuluhan dilakukan sebanyak dua sesi dengan durasi 30-60 menit setiap sesinya. Materi pertama yaitu tentang bahaya asap rokok bagi perokok pasif dan cara pencegahannya. Materi kedua yaitu tentang pentingnya menyediakan sarana mematikan rokok dalam upaya bebas asap rokok di dalam rumah.
- b. Simulasi membuat sarana mematikan rokok dengan menggunakan bahan lokal yang tersedia di lokasi penelitian.

### **K. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis adalah suatu pernyataan yang merupakan jawaban sementara peneliti terhadap pertanyaan penelitian. Hipotesis ini yang akan dibuktikan oleh peneliti melalui penelitian (Dahlan, 2016).

#### 1. Hipotesis Nol ( $H_0$ )

- a. Tidak ada perbedaan kesadaran masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberdayaan masyarakat.
- b. Tidak ada perbedaan kemauan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberdayaan masyarakat.
- c. Tidak ada perbedaan kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberdayaan masyarakat.
- d. Tidak ada perbedaan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok antara kelompok kontrol dan intervensi

## 2. Hipotesis Alternatif (Ha)

- a. Ada perbedaan kesadaran masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberdayaan masyarakat.
- b. Ada perbedaan kemauan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberdayaan masyarakat.
- c. Ada perbedaan kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pemberdayaan masyarakat.

- d. Ada perbedaan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok antara kelompok kontrol dan intervensi

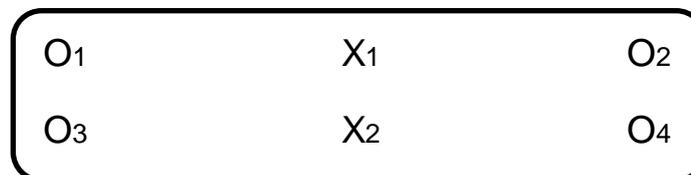
### BAB III

## METODE PENELITIAN

### A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimen. Rancangan ini berupa pengukuran yang berulang baik sebelum maupun setelah intervensi. Rancangan *pretest-posttest with control group design* digunakan untuk melihat pengaruh perlakuan melalui perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (Indrawan & Yaniawati, 2014).

Bentuk rancangannya sebagai berikut:



Keterangan:

- O<sub>1</sub> : Pretes terkait kesadaran, dan kemauan responden sebelum dilakukan penyuluhan dan simulasi pada kelompok intervensi.
- O<sub>2</sub> : Posttest terkait kesadaran, kemauan, dan kemampuan responden setelah dilakukan penyuluhan dan simulasi pada kelompok intervensi.
- O<sub>3</sub> : Pretes terkait kesadaran dan kemauan responden sebelum dilakukan penyuluhan pada kelompok kontrol
- O<sub>4</sub> : Posttest terkait kesadaran, kemauan, dan kemampuan responden setelah dilakukan penyuluhan pada kelompok kontrol

X1 : Intervensi berupa dua sesi penyuluhan tentang bahaya

asap rokok bagi perokok pasif dan cara pencegahannya materi kedua yaitu tentang pentingnya menyediakan sarana mematikan rokok dalam upaya bebas asap rokok di dalam rumah. Kemudian dilanjutkan simulasi membuat sarana mematikan rokok dengan menggunakan bahan lokal yang tersedia di lokasi penelitian.

X2 : Intervensi pada X2 berupa dua sesi penyuluhan tentang bahaya asap rokok bagi perokok pasif dan cara pencegahannya materi kedua yaitu tentang pentingnya menyediakan sarana mematikan rokok dalam upaya bebas asap rokok di dalam rumah.

Kuesioner sama yang diujikan kepada dua kelompok responden sebanyak dua kali. Selang waktu yang ideal untuk melaksanakan pretest dan posttest adalah 15-30 hari. Tujuannya adalah menghindarkan subjek yang masih mengingat jawaban pada saat *pre test*. Makin pendek jarak waktu antara uji awal dan uji akhir, makin besar terjadinya pengaruh faktor retensi. Hal ini mengaju pada panduan desain kuasi eksperimental yang ditulis oleh shadis, *et al* (2002).

Tabel 3.1. Deskripsi Intervensi

No	Jenis Intervensi	Materi	Metode	Media	Durasi	Frekuensi	Narasumber/ Fasilitator
1.	Penyuluhan	Bahaya asap rokok bagi perokok pasif dan cara pencegahannya	Ceramah	LCD, sound sistem, laptop	30-60 menit	1 kali	Peneliti Promosi Kesehatan Puskesmas Malangke
2.	Penyuluhan	Pentingnya menyediakan sarana mematikan rokok dalam upaya bebas asap rokok di dalam rumah	Ceramah	LCD, sound sistem, laptop	30-60 menit	1 kali	Peneliti Promosi Kesehatan Puskesmas Malangke
3.	Simulasi membuat sarana mematikan rokok	Cara membuat sarana mematikan rokok dari bahan lokal dan diskusi mengenai bentuk sarana mematikan rokok yang diinginkan masyarakat	Demonstrasi	Sound sistem, Alat, dan bahan sarana mematikan rokok	40-60 menit	1 kali	Tim pembuat sarana sarana mematikan rokok

## B. Lokasi dan Waktu Penelitian

### 1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Tokke dan Desa Tolada yaitu wilayah pesisir pantai dan merupakan dua dari 14 desa yang ada di Kecamatan Malangke Kabupaten Luwu Utara Sulawesi Selatan. Penelitian dilakukan pada bulan September hingga Oktober 2020. Adapun alasan dalam pemilihan lokasi penelitian ini adalah karena masih banyak keluarga dengan perilaku merokok dalam rumah pada wilayah tersebut.

Pemilihan kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan metode *simple random sampling*. Hal ini dikarenakan kedua kelompok memiliki karakteristik yang sama. Berdasarkan metode tersebut Desa Tolada dijadikan kelompok intervensi dan Desa Tokke dijadikan kelompok kontrol.

### 2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan september sampai dengan oktober tahun 2020. Untuk rincian pelaksanaan penelitian sebagai berikut:

- a. Tahap awal penelitian dengan melakukan administrasi persuratan, etik penelitian, penjajakan lokasi, pengumpulan data awal, dan penentuan waktu intervensi.
- b. Menandatangani *informed consent*.
- c. Mengadakan pre test pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- d. Melakukan penyuluhan pada kelompok intervensi dan kontrol.

- e. Melakukan simulasi pada kelompok intervensi.
- f. Mengadakan post test pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- g. Kemudian dilanjutkan dengan pengolahan data dan penyusunan laporan.

### **C. Populasi dan Teknik Sampel**

#### **1. Populasi Penelitian**

Populasi adalah sumber data dalam penelitian tertentu yang memiliki jumlah banyak dan luas (Darmawan, 2014). Populasi target dalam penelitian ini adalah semua orang yang memiliki anggota keluarga dengan perilaku merokok dalam rumah dengan rincian perokok di Desa Tokke 181 orang, sedangkan di Desa Tolada yaitu 360 orang, sehingga total populasi yaitu 541 orang.

#### **2. Sampel Penelitian**

##### **a. Teknik penentuan sampel**

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2016). Dalam menentukan sampel tersebut peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu dengan memilih sampel diantara populasi dengan melakukan skrining terhadap populasi sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

##### Kriteria inklusi

- 1) Kepala keluarga (mewakili) yang memiliki anggota keluarga dengan perilaku merokok dalam rumah.

- 2) Ada anggota keluarga yang merupakan kelompok rentan (anak, ibu hamil atau lansia).
- 3) Dewasa (diatas 18 tahun).
- 4) Dapat membaca dan menulis.
- 5) Bersedia diteliti dan mengikuti prosedur sampai selesai.

Sedangkan kriteria eksklusi

- 1) Tidak bersedia menjadi responden.
- 2) Mengundurkan diri pada saat penelitian berlangsung.

b. Besar sampel

Penentuan besar sampel untuk penelitian ini menggunakan rumus yang dikemukakan oleh Sopiuddin Dahlan (2016):

$$n1 = n2 = \left( \frac{[Z_{\alpha} + Z_{\beta}]s}{\bar{x}_1 - \bar{x}_2} \right)^2 = \left( \frac{[1.96 + 1.036]2.8}{2.62} \right)^2 = 17,58 = 18$$

Keterangan:

n1 = besar sampel (kelompok intervensi)

n2 = besar sampel (kelompok kontrol)

Z $\alpha$  = deviat baku alfa

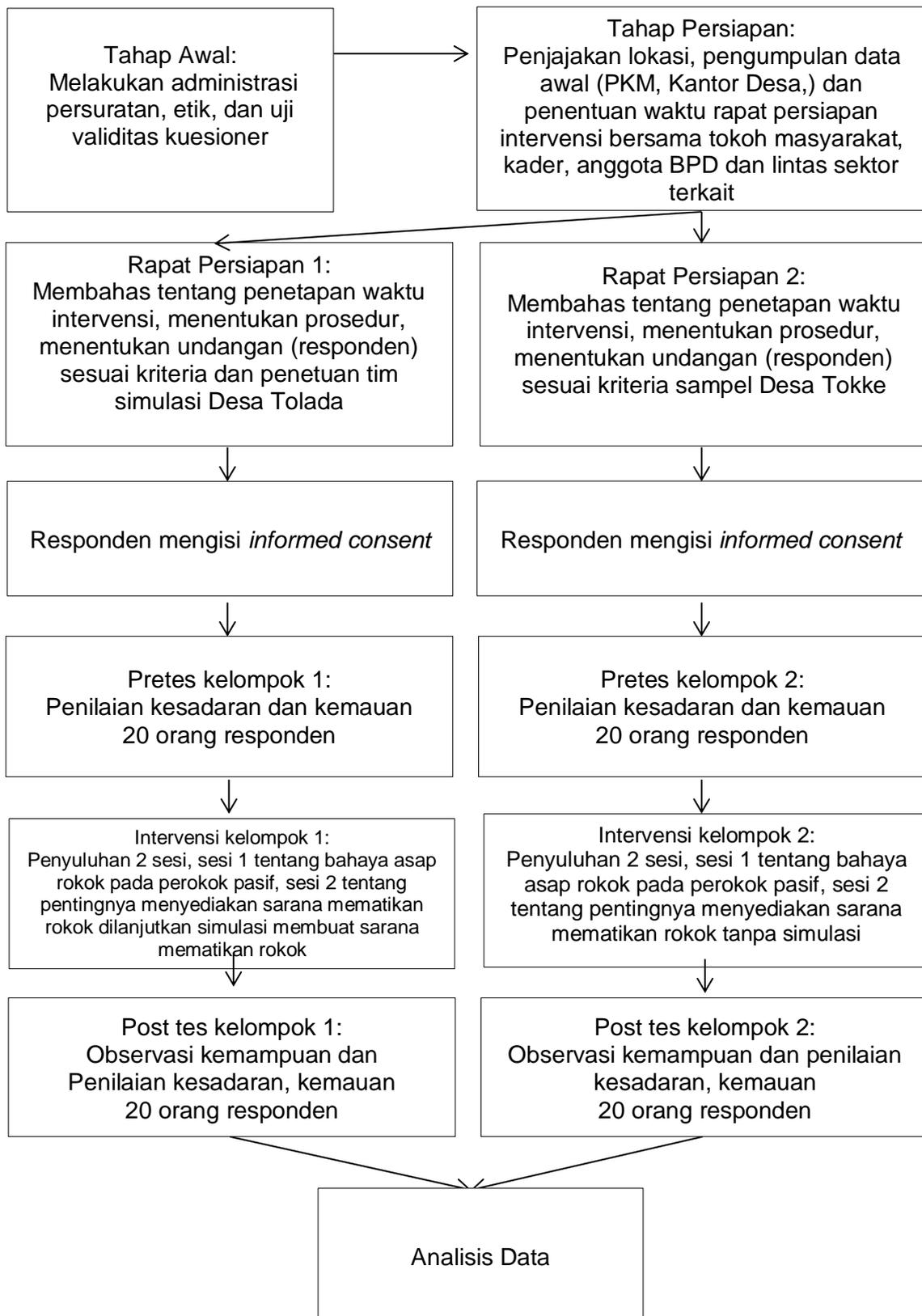
Z $\beta$  = deviat baku beta

S = simpang baku gabungan

$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$  = beda minimal dianggap signifikan

Namun untuk menjaga kemungkinan berkurangnya sampel yang *drop out* maka peneliti melakukan koreksi dengan menambah jumlah sampel sebesar sepuluh persen sehingga menjadi 40 sampel. Dengan demikian diperoleh besar sampel sebanyak 20 orang responden setiap kelompok.

## D. Alur Penelitian



## E. Instrumen Pengumpulan Data

### A. Data Primer

Data primer diperoleh dari masyarakat yang terpilih sebagai sampel dengan daftar pertanyaan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan tujuan penelitian dan diisi sendiri oleh responden. Sedangkan alat dan instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner penelitian. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan untuk mengukur tingkat kesadaran dan kemauan, dan kemudian lembar observasi untuk mengukur kemampuan dalam menyediakan sarana mematikan rokok. Kuesioner tersebut berupa *pretest* dan *post test* yang kontennya sama. Kuesioner bersumber dari Siska Adinda Prabowo Putri tentang motivasi untuk berhenti merokok pada mahasiswa perokok berat dari *self efficacy* dan pengetahuan bahaya rokok.

Sebelum dilaksanakan penelitian dilakukan dengan dilakukan uji coba kuesioner terhadap beberapa responden (25% dari jumlah sampel) Uji coba ini dilakukan terhadap responden diluar wilayah penelitian, dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah-masalah khususnya mengidentifikasi daftar pertanyaan yang sulit dijawab atau membingungkan serta mengidentifikasi lamanya waktu yang dibutuhkan selama proses pretes dan postes. Berdasarkan hasil uji coba kuesioner, selanjutnya dilakukan uji validitas dan realibilitas guna melihat kemampuan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini.

a. Validitas Instrumen

Uji validitas digunakan untuk melihat ketepatan alat ukur terhadap konsep yang diukur, sehingga betul-betul mengukur apa yang seharusnya diukur. Uji validitas dapat dilakukan dengan menggunakan uji product moment person dan dinyatakan valid, jika korelasi tiap butir nilai positif dan nilai  $r_{xy} > r$  tabel. Apabila semua  $r$  hasil  $> r$  tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa seluruh pertanyaan dapat dikatakan valid.

b. Reliabilitas Instrumen

Dalam penelitian ini digunakan koefisien internal untuk mengetahui reliabilitas alat ukur dengan menggunakan metode perhitungan koefisien reliabilitas metode Cronbach Alpha dengan bantuan SPSS. Setiap pertanyaan dinyatakan reliabel jika koefisien reliabilitasnya lebih dari atau sama dengan 0,7 yang berarti bahwa secara keseluruhan alat ukur memiliki konsistensi internal yang dapat diandalkan (Riyanto, 2009). Suatu instrumen dinyatakan reliabilitas atau dapat diandalkan apabila nilai  $r$  reliabilitas instrumen ( $r$  hitung) sama atau lebih besar dari 0,65, tetapi apabila nilai  $r$  hitung lebih kecil dari 0,65 maka instrumen tersebut dinyatakan tidak reliabel (Susila & Suyanto, 2014).

B. Data Sekunder

Data sekunder terkait yang diperoleh dari Puskesmas Malangke dan Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Utara.

## **F. Pengolahan dan Analisis Data**

### **1. Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan secara elektronik dengan menggunakan bantuan program SPSS (Statistik Packages for Sosial Science) dengan urutan sebagai berikut:

#### **a. Editing (penyuntingan data)**

Melakukan pemeriksaan pada setiap kuesioner yang diisi oleh responden untuk memastikan bahwa tidak ada kesalahan dalam pengisian kuesioner.

#### **b. Coding (pengkodean data)**

- 1) Pembuatan daftar variabel
- 2) Pembuatan daftar coding
- 3) Pemindahan isi list variabel ke dalam daftar coding
- 4) Pembuatan program entri atau tabulasi data sesuai dengan daftar variable

#### **c. Entry (pemasukan data)**

Memastikan data yang diperoleh melalui kuesioner yang diisi oleh responden kedalam program komputer. Data diinput ke dalam lembar kerja program SPSS sesuai dengan variabel

#### **d. Cleaning (pembersihan data)**

Memeriksa kembali data yang ada dalam program komputer untuk memastikan bahwa tidak ada kesalahan dalam entry data. Dilakukan pembersihan terhadap kesalahan yang mungkin terjadi ketika proses penginputan data kemudian data missing

dibersihkan dengan cara input data kembali sesuai data yang benar.

## 2. Analisis Data

### a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dengan persentase tunggal untuk menentukan karakteristik umur, pendidikan, pekerjaan, dan jenis kelamin, status kawin dan adanya lansia atau anak di rumah.

### b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen dan dependen. Untuk melihat tingkat kemaknaan atau sering disebut dengan nilai  $\alpha$  hasil perhitungan statistik di bidang kesehatan masyarakat, digunakan nilai  $\alpha$  sebesar 5%. Hipotesis ditolak apabila nilai  $p < \alpha$  dan diterima jika nilai  $p \geq \alpha$  (Stang, 2014).

Rancangan penelitian ini menggunakan quasi eksperimen untuk melihat perbedaan kesadaran, kemauan, dan kemampuan sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) dilakukan intervensi penyuluhan metode ceramah dan simulasi membuat sarana mematikan rokok. Terdiri dari dua kelompok data atau disebut juga dua sampel berpasangan, berasal dari subjek yang sama namun mengalami pengukuran atau perlakuan sebanyak dua kali (Stang, 2014). Sebelum dilakukan uji statistik, dilakukan identifikasi terhadap skala variabel dependen (kesadaran,

kemauan). Pada penelitian ini skala yang digunakan adalah skala rasio.

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui perbedaan kesadaran di dalam kelompok intervensi adalah *paired t-test*. Sementara untuk perbedaan kesadaran di dalam kelompok kontrol digunakan uji *wilcoxon*. Sementara uji statistik untuk mengetahui perbedaan kesadaran sebelum perlakuan dan kemampuan adalah *mann-whitney test*. Selanjutnya untuk mengetahui perbedaan kesadaran setelah perlakuan, kemauan antar kelompok sebelum dan sesudah perlakuan adalah *independent t-test*.

#### c. Penyajian Data

Data yang telah dianalisis disajikan dalam bentuk tabel dan disertai narasi untuk membahas hasil penelitian.

### **G. Kontrol Kualitas**

Kontrol kualitas dimaksudkan untuk mencapai hasil yang konsisten (*reliable*) dan sah (*valid*). Melakukan pengawasan terhadap semua aspek dalam pelaksanaan proses penelitian, sehingga hasil yang didapatkan mendekati sebenarnya dan memperoleh teori yang baik sebagai bahan kajian ilmiah.

#### 1. Sampling Error (Kesalahan $\alpha = \alpha$ )

Pengontrolan jumlah besar sampel bertujuan untuk memberi keterwakilan jumlah sampel dari populasi. Besar sampel dihitung menggunakan rumus besar sampel minimal.

## 2. Kesalahan Sistematis (Kesalahan beta = $\beta$ )

Peneliti melakukan *pretest* dan *posttest* sebanyak dua kali dengan pertimbangan bahwa data yang diperoleh akurat dan objektif.

### **H. Uji Coba Instrumen Penelitian**

Uji coba instrumen perlu dilakukan agar instrumen yang akan digunakan dalam mengukur variabel memiliki validitas dan reabilitas sesuai dengan ketentuan. Instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut telah melalui uji reabilitas.

Untuk melaksanakan uji coba instrumen dalam penelitian ini dilakukan pada masyarakat di Desa Kalotok Kec. Sabbang, Luwu Utara yang merokok sebanyak 10 orang. Dengan uji validitas dan realibilitas maka didapatkan kuesioner penelitian valid jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel (0,497) dan reliabel jika sama atau lebih besar dari 0,65. Variabel Kesadaran memiliki nilai Cronbach Alpha 0,839 dan Variabel Kemauan memiliki nilai Cronbach Alpha 0,885. Dengan demikian kuesioner dinyatakan valid dan reliabel.

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil penelitian

#### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di dua desa yang terdapat di Wilayah Pesisir Kecamatan Malangke, Kabupaten Luwu Utara selama  $\pm$  1 bulan yaitu bulan September sampai dengan Oktober 2020. Desa yang dijadikan lokasi penelitian adalah Desa Tokke sebagai desa kontrol dan Desa Tolada sebagai desa intervensi. Adapun gambaran umum lokasi penelitian adalah sebagai berikut:

##### a. Desa Tokke



Desa Tokke berada dalam wilayah pemerintahan Kecamatan Malangke, Daerah Tingkat II Kabupaten Luwu Utara yang merupakan salah satu desa yang berada di Wilayah Pesisir Teluk Bone yang berjarak 42 Km dari Ibukota Kabupaten Luwu Utara dan berjarak 38 Km dari Ibukota Kecamatan Malangke. Jumlah penduduk di desa ini adalah 2.666 orang dan 568 KK.

Letak geografi Desa Tokke, terletak diantara:

Sebelah Utara : Desa Malangke

Sebelah selatan : Desa Teluk Bone

Sebelah Barat : Desa Pince Pute dan Desa Pattimang

Sebelah Timur : Desa Benteng

Berdasarkan cerita para tokoh masyarakat dan para orang tua, bahwa pada awalnya Tokke itu merupakan salah satu perkampungan yang terletak dekat pesisir pantai yang banyak ditumbuhi pohon tokke-tokke yang sejenis pohon bakau, sehingga masyarakat waktu itu memberi nama kampung tokke.

b. Desa Tolada



Desa Tolada merupakan salah satu desa di dataran rendah, Kabupaten Luwu Utara. Wilayahnya diapit dua sungai, Sungai Baliase dan Sungai Masamba. Desa Tolada memiliki luas wilayah 1.945 hektare. Jumlah populasi di desa ini yaitu 3831 orang dengan 1193 KK.

Letak geografi Desa Tolada, terletak diantara:

Sebelah Utara : Desa Sumber Wangi

Sebelah selatan : Desa Takalalla, Malangke, Giri Kusuma

Sebelah Barat : Desa Salekoe

Sebelah Timur : Desa Tingkara, Pettalandung

Desa ini berjarak sekitar 25 km dari ibu kota kabupaten. Pada awalnya Desa Tolada merupakan bagian dari Desa Malangke. Namun, pada tahun 1992 Tolada resmi menjadi salah satu desa di Kecamatan Malangke.

## 2. Analisis Univariat

Pada penelitian ini dilakukan analisis univariat pada karakteristik umum responden maupun variabel penelitian yang bertujuan untuk

mengetahui sebaran frekuensi responden berdasarkan karakteristik responden dan variabel-variabel yang di teliti.

a. Karakteristik Umum Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status kawin, dan keberadaan ibu hamil, anak atau lansia di rumah. Distribusi karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 4.1:

Tabel 4.1 Distribusi Responden berdasarkan Karakteristik Umum Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	n	%	n	%
<b>Umur</b>				
< 21 tahun	1	5%	0	0%
21-30 tahun	5	25%	5	25%
31-40 tahun	6	30%	7	35%
41-50 tahun	6	30%	4	20%
>50 tahun	2	10%	4	20%
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	20	100%	20	100%
Perempuan	0	0%	0	0%
<b>Pendidikan</b>				
SD	8	40%	3	15%
SMP, SMA	8	40%	16	80%
D3, S1	4	20%	1	5%
<b>Pekerjaan</b>				
Petani, Nelayan	11	55%	12	60%
Wiraswasta	1	5%	4	20%
Karyawan Swasta	2	10%	3	15%
Lainnya	6	30%	1	5%
<b>Status Kawin</b>				
Belum Kawin	5	25%	0	0%
Kawin	14	70%	18	90%
Cerai	1	5%	2	10%
<b>Keberadaan ibu hamil, anak atau lansia di rumah</b>				
Ada	20	100%	20	100%
Tidak Ada	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	20	100%	20	100%

Sumber: Data Primer, 2020

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa jumlah responden untuk masing-masing kelompok intervensi dan kontrol adalah 20 orang. Semua responden pada kelompok intervensi dan kontrol berjenis kelamin laki-laki. Selain itu, semua responden tinggal di rumah bersama kelompok rentan mendapatkan penyakit dari asap rokok yaitu ibu hamil, anak-anak atau lansia.

Jumlah responden pada kelompok intervensi berdasarkan umur yang paling banyak adalah 41-50 tahun dan 31-40 tahun yaitu masing-masing 6 orang (30%) dan yang paling sedikit responden yang umurnya < 21 tahun yaitu 1 orang (5%). Selain itu adalah responden 21-30 tahun sebanyak 5 orang (25%) dan responden >50 tahun sebanyak 2 orang (10%).

Responden berdasarkan umur pada kelompok kontrol yang paling banyak adalah 31-40 tahun (35%). Selanjutnya untuk 21-30 tahun sebanyak 5 orang (25%), 41-50 tahun dan >50 tahun masing-masing 4 orang (20%). Pada kelompok kontrol tidak ada responden yang <21 tahun.

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi, tingkat pendidikan yang paling banyak berada di SD dan SMP/SMA yaitu masing-masing sebanyak 8 orang (40%) dan paling sedikit pada tingkat D3/S1 yaitu 4 orang (20%). Sedangkan untuk kelompok kontrol paling banyak pada tingkat pendidikan SMP/SMA yaitu 16 orang (80%) dan paling sedikit pada tingkat D3/S1 yaitu 1 orang (5%).

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi, pekerjaan yang paling banyak adalah Petani/Nelayan yaitu 11 orang (55%) dan yang paling sedikit adalah wiraswasta yaitu 1 orang (5%). Pekerjaan yang paling banyak di kelompok kontrol juga adalah petani/nelayan yaitu 12 orang (60%) dan paling sedikit pada pekerjaan lainnya yaitu 1 orang (5%).

Karakteristik responden berdasarkan status kawin pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi yang paling banyak adalah responden yang sudah kawin yaitu 14 orang (70%). Hal ini juga sama dengan kelompok kontrol, responden yang kawin sebanyak 18 orang (90%).

b. Gambaran Kesadaran, Kemauan dan Kemampuan Responden terkait Sarana Mematikan Rokok

1. Kesadaran

Pada penelitian ini kesadaran dibagi menjadi dua kategori yaitu kategori baik (jika memiliki skor penilaian >30), kategori cukup (jika memiliki skor antara 20-30) dan kategori kurang (jika memiliki skor penilaian <20).

Tabel 4.2 Gambaran Kesadaran Masyarakat terhadap Sarana Mematikan Rokok

Kelompok	Kategori	Pre		Post	
		n	%	n	%
Intervensi	Baik	6	30%	10	50%
	Cukup	14	70%	10	50%
	Total	20	100%	20	100%
Kontrol	Baik	3	15%	3	15%
	Cukup	17	85%	17	85%
	Total	20	100%	20	100%

Sumber: Data primer, 2020

Tabel 4.2 menunjukkan jumlah responden yang mengalami peningkatan tingkat kesadaran pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi. Responden yang memiliki tingkat kesadaran yang baik sebelum intervensi berjumlah 6 orang (30%) meningkat menjadi 10 orang (50%). Sedangkan untuk kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan jumlah yaitu 3 orang (15%).

## 2. Kemauan

Pada penelitian ini Kemauan dibagi menjadi dua kategori yaitu kategori baik (jika memiliki skor penilaian >22), kategori cukup (jika memiliki skor penilaian 16-22) dan kategori kurang (jika memiliki skor penilaian <16).

Tabel 4.3 Gambaran Kemauan Masyarakat terhadap Sarana Mematikan Rokok

Kelompok	Kategori	Pre		Post	
		n	%	n	%
Intervensi	Baik	10	50%	15	75%
	Cukup	10	50%	5	15%
	Total	20	100%	20	100%
Kontrol	Baik	10	50%	13	65%
	Cukup	10	50%	7	35%
	Total	20	100%	20	100%

Sumber: Data primer, 2020

Tabel 4.3 menunjukkan jumlah responden yang mengalami peningkatan tingkat kemauan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi. Responden yang memiliki tingkat kesadaran yang baik sebelum intervensi berjumlah 10 orang (50%) meningkat menjadi 15 orang (75%). Hal ini juga terjadi pada kelompok kontrol, sebelum intervensi jumlah responden

yang memiliki tingkat kemauan yang baik berjumlah 10 (50%) orang meningkat menjadi 13 orang (65%).

### 3. Kemampuan

Pada penelitian ini kemampuan dibagi menjadi tiga kategori yaitu kategori baik (jika memiliki skor penilaian 3), kategori cukup (jika memiliki skor penilaian 2) dan kategori kurang (jika memiliki skor penilaian 1).

Tabel 4.4 Gambaran Kemampuan Masyarakat dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok

Kemampuan	Intervensi		Kontrol	
	n	%	n	%
Baik	20	100%	6	30%
Cukup	0	0	0	0
Kurang	0	0	14	70%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Sumber: Data primer, 2020

Tabel 4.4 menunjukkan jumlah responden berdasarkan kemampuan dalam menyediakan sarana mematikan rokok. Pada kelompok intervensi semua responden memiliki kemampuan yang baik dalam menyediakan sarana mematikan rokok yaitu 20 orang. Sementara pada kelompok kontrol hanya 3 orang yang mampu menyediakan sarana mematikan rokok dan 20 orang berada dalam kategori kurang (hanya mampu menyediakan alat & bahan/tidak menyediakan apapun).

### 4. Gambaran Hubungan Kesadaran dan Kemauan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok

Hubungan variabel kesadaran dan kemauan dapat menunjukkan: 1) jumlah responden yang memiliki kesadaran dan

kemauan, 2) responden yang memiliki kesadaran tetapi tidak memiliki kemauan, 3) responden yang tidak memiliki kesadaran tetapi memiliki kemauan, 4) responden yang tidak memiliki kesadaran dan tidak memiliki kemauan

Tabel 4.5 Gambaran Hubungan Kesadaran dan Kemauan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok

Kemauan		Kemampuan				Total	
		Baik		Kurang		n	%
		n	%	n	%		
Intervensi	Baik	8	40%	2	10%	10	50%
	Cukup	7	35%	3	15%	10	50%
Kontrol	Baik	3	15%	0	0%	3	15%
	Cukup	10	50%	7	35%	17	85%

Sumber: Data Primer, 2020

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi, jumlah responden yang memiliki kesadaran yang baik adalah 10 orang (50%), namun yang memiliki kemauan yang baik hanya 8 orang (40%). Selanjutnya, responden yang memiliki kesadaran yang cukup 10 orang (50%) dan yang memiliki kemauan yang baik adalah 7 orang (35%).

Pada kelompok kontrol, responden yang memiliki kesadaran yang baik adalah 3 orang (15%) dan ketiga responden tersebut memiliki kemauan yang baik. Selanjutnya, responden yang memiliki kesadaran cukup adalah 17 orang (85%) dan 10 orang (50%) diantaranya memiliki kemauan yang baik.

#### 5. Gambaran Hubungan Kesadaran dan Kemampuan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok

Hubungan variabel kesadaran dan kemampuan dapat menunjukkan: 1) jumlah responden yang memiliki kesadaran dan memiliki kemampuan, 2) responden yang memiliki kesadaran

tetapi tidak dengan kemampuan, 3) responden yang tidak memiliki kesadaran tetapi memiliki kemampuan, 4) responden yang tidak memiliki kesadaran dan tidak memiliki kemampuan

Tabel 4.6 Gambaran Hubungan Kesadaran dan Kemampuan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok

Kesadaran		Kemampuan				Total	
		Baik		Kurang		N	%
		n	%	n	%		
Intervensi	Baik	10	50%	0	0%	10	50%
	Cukup	10	50%	0	0%	10	50%
Kontrol	Baik	0	0%	3	15%	3	15%
	Cukup	6	30%	11	55%	17	85%

Sumber: Data Primer, 2020

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi, jumlah responden yang memiliki kesadaran yang baik adalah 10 orang (95%) dan semua responden yang memiliki kesadaran juga memiliki kemampuan yang baik untuk menyediakan sarana mematikan rokok. Bahkan, pada kelompok intervensi, 10 orang (50%) responden yang memiliki kesadaran cukup juga mampu menyediakan sarana mematikan rokok.

Pada kelompok kontrol, responden yang memiliki kesadaran yang baik adalah 3 orang (95%), namun responden tersebut tidak mampu menyediakan sarana mematikan rokok. Selanjutnya, responden yang memiliki kesadaran cukup adalah 17 orang (85%) dan 6 orang (30%) diantaranya adalah orang yang memiliki kemampuan yang baik.

#### 6. Gambaran Hubungan Kemauan dan Kemampuan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok

Hubungan variabel kemauan dan kemampuan dapat menunjukkan: 1) jumlah responden yang memiliki kemauan dan

memiliki kemampuan, 2) responden yang memiliki kemauan tetapi tidak dengan kemampuan, 3) responden yang tidak memiliki kemauan tetapi memiliki kemampuan, 4) responden yang tidak memiliki kemauan dan tidak memiliki kemampuan

Tabel 4.7 Gambaran Hubungan Kemauan dan Kemampuan dalam menyediakan Sarana Mematikan Rokok

Kemauan		Kemampuan				Total	
		Baik		Kurang		N	%
		n	%	n	%		
Intervensi	Baik	15	75%	0	0%	15	75%
	Cukup	5	25%	0	0%	5	25%
Kontrol	Baik	6	30%	7	35%	13	65%
	Cukup	0	0%	7	35%	7	35%

Sumber: Data Primer, 2020

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi, jumlah responden yang memiliki kemauan yang baik adalah 15 orang (75%) dan semua responden yang memiliki kemauan juga memiliki kemampuan yang baik untuk menyediakan sarana mematikan rokok. Bahkan, pada kelompok intervensi, 5 orang (25%) responden yang memiliki kemauan cukup juga mampu menyediakan sarana mematikan rokok.

Pada kelompok kontrol, responden yang memiliki kemauan yang baik adalah 13 orang (65%), namun yang memiliki kemampuan yang baik hanya 6 orang (30%) dari total orang yang bersedia menyediakan sarana mematikan rokok. Selanjutnya, responden yang memiliki kemauan cukup adalah 7 orang (35%) yang juga merupakan responden yang memiliki kemampuan kurang.

## 7. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui uji statistik yang akan digunakan dalam analisis bivariat. Adapun uji normalitas dilakukan dengan menggunakan uji *Saphiro Wilk* karena uji ini lebih tepat jika digunakan untuk melakukan uji normalitas pada sampel yang kurang dari 50. Data dinyatakan terdistribusi normal bila  $p\text{-value} > \alpha (0,05)$ , dan tidak berdistribusi normal apabila sebaliknya.

Tabel 4.8 Uji Normalitas Data Skor Kesadaran, Kemauan dan Kemampuan Sebelum dan Setelah Pemberdayaan Masyarakat

Variabel		Uji Normalitas	
		Intervensi	Kontrol
Kesadaran	Pre	0.475*	0.022**
	Post	0.234*	0.067*
Kemauan	Pre	0.923*	0.459*
	Post	0.215*	0.388*
Kemampuan	post	0.000**	0.000**

Sumber: Data Primer, 2020

\*Terdistribusi Normal

\*\*Tidak Terdistribusi Normal

Tabel 4.8 menunjukkan hasil uji normalitas tiap variabel yang akan diteliti. Data dikatakan terdistribusi normal apabila  $p\text{-value} > 0.05$ .  $P\text{-value}$  pada variabel kesadaran pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi masing-masing adalah 0.475 dan 0.234 yang menunjukkan data berdistribusi normal. Sementara untuk kelompok kontrol masing-masing adalah 0.022 dan 0.067 yang menunjukkan data tidak berdistribusi normal.

$P\text{-value}$  untuk variabel kemauan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi masing-masing adalah 0.923 dan 0.215 yang menunjukkan data terdistribusi normal.

Kelompok kontrol juga memiliki data yang terdistribusi normal dengan nilai *p-value* sebelum dan setelah perlakuan masing-masing adalah 0.459 dan 0.388. Sedangkan untuk nilai *p-value* pada variabel kemampuan kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah 0.000 sehingga data tidak terdistribusi normal karena memiliki nilai *p-value* < 0.05.

#### 8. Uji Homogenitas Variabel

Tabel 4.9 Uji Homogenitas pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum Pemberdayaan

Variabel	Mean±SD Intervensi	Mean±SD Kontrol	<i>P value</i>
Kesadaran	22.90±2.713	23.05±3.332	0.477*
Kemauan	28.20±3.955	25.40±5.009	0.355*
Umur	37.65±11.080	39.00±13.255	0.493*
Pendidikan	1.80±0.768	1.90±0.447	0.009**
Pekerjaan	2.15±1.387	1.65±0.933	0.189*
Status Kawin	0.80±0.523	1.10±0.308	0.120*

Sumber: Data Primer, 2020

\*Homogen

\*\*Tidak Homogen

Pengujian homogenitas varian bertujuan untuk melihat apakah variabel-variabel yang ada mempunyai varian yang homogen atau tidak. Uji homogenitas dilakukan untuk memperoleh asumsi bahwa peneliti berangkat dari kondisi yang sama. Dengan demikian, kita mengetahui bahwa kelompok intervensi dan kontrol mempunyai keadaan dan kemampuan pemahaman materi yang sama (Sugiyono, 2016).

Tabel 4.9 menunjukkan hasil uji homogenitas karakteristik responden. Data dikatakan homogenitas apabila *p-value* > 0.05. *P-value* pada masing-masing variabel menunjukkan *p-value* > 0.05 kecuali tingkat pendidikan. Tingkat kesadaran menunjukkan

$p$ -value = 0.477,  $p$ -value kemauan = 0.355,  $p$ -value umur = 0.493,  $p$ -value pekerjaan = 0.189,  $p$ -value status kawin = 0.120. Sementara untuk  $p$ -value tingkat pendidikan adalah  $0.009 < 0.05$ . Hal ini menunjukkan bahwa responden memiliki karakteristik yang homogen antara kelompok intervensi dan kontrol.

### 3. Analisis Bivariat

Pada tahap ini dilakukan analisis bivariat antara variabel independen dan variabel dependen. Analisis antara variabel independen dan variabel idependen untuk mengetahui apakah ada pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

#### a) Kesadaran

Tabel 4.10 Perbedaan Kesadaran pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan

Kelompok	Pre Test Mean±SD	Post Post Mean±SD	P value
Intervensi	28.20 ± 3.95	30.45 ± 3.45	0.000*
Kontrol	25.40 ± 5.0	27.85 ± 3.63	0.000**
<b>P value</b>	0.056***	0.026****	

Sumber: Data primer, 2020

\*Paired T-Test

\*\*Wilcoxon

\*\*\*Mann-Whitney

\*\*\*\*Independent T-Test

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji *paired t-test* kesadaran pada masyarakat mengenai penyediaan sarana mematikan rokok pada kelompok intervensi, ditemukan hasil bahwa ada perbedaan signifikan antara kesadaran sebelum dan setelah intervensi (nilai mean 28.20 menjadi 30.45) dengan nilai  $p$ -value=0,000 ( $p < 0,05$ ). Pada kelompok kontrol yang dilakukan uji

*wilcoxon* ditemukan hasil yang sama, terjadi peningkatan rata-rata kesadaran (25.40 menjadi 27.85) dengan nilai  $p\text{-value}=0.000$  ( $p<0.05$ ).

Berdasarkan uji *mann-whitney* antar kelompok, ditemukan bahwa sebelum perlakuan tidak terdapat perbedaan pada kedua kelompok, dimana nilai  $p\text{-value pre-test}$  adalah 0.056 dan uji *independent t-test* nilai  $p\text{-value post-test}$  adalah 0.026 ( $p < 0.05$ ).

b) Kemauan

Tabel 4.11 Perbedaan Kemauan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Pemberdayaan

Kelompok	Pre Test Mean±SD	Post Post Mean±SD	P value
Intervensi	22.90 ± 2.71	24.60 ± 2.74	0.014*
Kontrol	23.05 ± 3.33	24.15 ± 3.01	0.006*
<b>P value</b>	0.327**	0.471**	

Sumber: Data primer, 2020

\*Paired T-Test

\*\*Independent T-Test

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil uji *paired t-test* kemauan pada masyarakat mengenai penyediaan sarana mematikan asap rokok pada kelompok intervensi, ditemukan hasil bahwa ada perbedaan signifikan antara kemauan sebelum dan setelah intervensi dilihat dari nilai rata-rata (22.90 menjadi 24.60) dan nilai  $p\text{-value}=0,000$  ( $p<0,01$ ). Pada kelompok kontrol juga ditemukan perbedaan yang signifikan dilihat dari peningkatan nilai rata-rata kemauan (23.05 menjadi 24.15) dan nilai  $p\text{-value}=0.006$  ( $p<0.05$ ).

Berdasarkan uji *independent t-test* antar kelompok, ditemukan bahwa sebelum dan setelah perlakuan tidak ada perbedaan

signifikan jika melihat nilai *p-value* sebelum dan setelah intervensi yaitu 0.327 dan 0.471 ( $p < 0.05$ )

c) Kemampuan

Tabel 4.12 Perbedaan Kemampuan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sesudah Pemberdayaan

<b>Kelompok</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b><i>p-value</i></b>
Intervensi	3.00	0.000	
Kontrol	1.05	1.356	0.000*

Sumber: Data primer, 2020

\*Mann-Whitney

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan berdasarkan hasil uji *mann-whitney* antara kemampuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal ini ditunjukkan oleh nilai *p-value* yaitu  $0.000 < 0.05$ . Selain itu, rata-rata nilai kemampuan pada kelompok intervensi juga lebih tinggi yaitu 3.00 dibandingkan dengan nilai pada kelompok kontrol yaitu 1.05.

## B. Pembahasan

Pembahasan dalam hasil penelitian ini akan memberikan deskripsi lebih lanjut mengenai hasil-hasil analisis data yang telah dikemukakan sebelumnya. Berdasarkan pengujian hipotesis didapatkan kesimpulan analisis yakni ada perbedaan kesadaran, kemauan dan kemampuan terhadap sarana mematikan rokok antar kelompok yang ditunjukkan dengan meningkatnya nilai rata-rata dari kesadaran, kemauan dan kemampuan.

Penelitian yang dilakukan menggunakan desain *Quasy-eksperimental* dengan *pre-test post-test control group design* pada 40 responden yang berasal dari dua desa, yakni Desa Tolada sebagai kelompok intervensi dan Desa Tokke sebagai kelompok kontrol. Penelitian ini dilaksanakan selama

1 bulan yakni September – Oktober 2020. Pelaksanaan penelitian dimulai dengan pengisian kuesioner (*pre test*) untuk mengukur sejauh mana kesadaran dan kemauan masyarakat mengenai penyediaan sarana mematikan rokok, selanjutnya dilakukan intervensi. Kemudian dilakukan pengukuran kemampuan dengan menggunakan lembar observasi dan jarak antara pelaksanaan intervensi dan *post test* adalah 15 hari.

1. Perbedaan kesadaran dan kemauan sebelum dan setelah intervensi dalam kelompok

a. Kesadaran

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kesadaran masyarakat pada kelompok intervensi dengan nilai signifikansi yang lebih kecil dari *significant alpha 5%* ( $p\text{-value} = 0.000$ ). Adapun pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan yang signifikan ( $p\text{-value} = 0.000$ ). Hal ini menunjukkan pada kedua kelompok terjadi peningkatan kesadaran setelah diberikan penyuluhan mengenai dampak rokok terhadap kesehatan.

Kesadaran merupakan pengetahuan, dan pemahaman akan kesehatan bagi individu, kelompok atau masyarakat (Notoadmodjo, 2010). Pengetahuan masyarakat mengenai bahaya merokok terhadap kesehatan dapat meningkatkan kesadaran dalam upaya berhenti merokok di dalam rumah. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Nadia, L (2016) bahwa tingkat kesadaran perilaku tidak merokok di dalam rumah berhubungan dengan pengetahuan bahwa merokok dapat berakibat pada kematian bayi dan

membahayakan perokok pasif serta mengganggu kenyamanan anggota keluarga yang berada di dalam rumah.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Darojah (2014) juga menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat memiliki pengaruh terhadap keinginannya untuk berhenti merokok. Masyarakat yang memiliki kesadaran mengenai bahaya merokok terhadap kesehatan memiliki keinginan lebih tinggi untuk berhenti merokok dibandingkan masyarakat yang tidak menyadari bahaya kesehatan karena rokok.

Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Alexander, Wulandari, & Kartina, 2020) bahwa ada hubungan antara kesadaran bahaya merokok dengan keinginan berhenti merokok. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Muhammad & Haryanta, 2019) bahwa kesadaran kesehatan dan kontrol diri tidak berpengaruh terhadap perilaku merokok.

Penelitian yang dilakukan oleh (Fathelrahman, Omar, Awang, Cummings, Borland, & Samin, 2010) menunjukkan bahwa peningkatan kesadaran akan risiko merokok dengan pesan bergambar menghasilkan peningkatan minat untuk berhenti merokok. Namun, penelitian yang dilakukan oleh (Tarigan & Yulianti, 2019) menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat tentang bahaya merokok di tempat-tempat umum masih sangat rendah. Masyarakat yang berada di tempat-tempat umum bukan perokok juga terkena dampaknya dengan menghirup asap rokok.

Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ma AJ, *et al* (2016) menunjukkan bahwa tingkat kesadaran bahaya tembakau dan perokok pasif masih rendah. Untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan baik di lingkungan rumah, sekolah, maupun lingkungan masyarakat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan kegiatan penyuluhan dan bimbingan untuk memberikan pemahaman dan meningkatkan kesadaran tentang bahaya rokok (Sandhi, 2019).

Beberapa negara telah mampu menurunkan angka kesakitan dan kematian terkait rokok dan tembakau melalui penerapan inisiatif promosi kesehatan dan kebijakan yang efektif untuk memerangi penggunaan tembakau. Dengan semakin banyaknya bukti kerusakan tembakau bagi kesehatan, banyak kebijakan pengendalian telah diterapkan sebagai tindakan promosi kesehatan. Metode tersebut antara lain pajak merokok, kampanye iklan massal di media, program pendidikan sebaya, mobilisasi komunitas, wawancara motivasi, peringatan kesehatan pada produk tembakau, pembatasan pemasaran, dan larangan merokok di tempat umum (Golechha, 2016).

#### b. Kemauan

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kemauan masyarakat pada kelompok intervensi dengan nilai signifikansi yang lebih kecil dari *significant alpha 5%* (*p-value* =

0.014). Adapun pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan yang signifikan ( $p\text{-value} = 0.006$ ). Hal ini menunjukkan pada kedua kelompok terjadi peningkatan kesadaran setelah diberikan penyuluhan mengenai dampak rokok terhadap kesehatan.

Kemauan merupakan tenaga penggerak yang berasal dari dalam diri. Kemauan dapat juga dikatakan sebagai kehendak yang terarah pada tujuan-tujuan tertentu (Murdoko, 2006). Setelah melalui tahapan: motivasi, penghentian, pemeliharaan, pemulihan, penelitian ini menunjukkan 10-30% perokok mau berhenti merokok.

Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa saat ini perokok dengan kecanduan nikotin rendah dan berusia di bawah 45 tahun lebih cenderung memiliki kemauan untuk berhenti merokok (Lim, Health, He, & et al, 2019). Ada beberapa kemungkinan alasan untuk ini. Salah satunya adalah perokok tua lebih cenderung memiliki kondisi kesehatan terkait merokok. Oleh karena itu, mereka cenderung melakukan lebih banyak kunjungan ke fasilitas perawatan kesehatan dan lebih mungkin menerima saran untuk berhenti merokok oleh petugas kesehatan (Jampaklay, Borland, Yong, Sirirassamee, Fotuhi, & Fong, 2015).

Namun demikian, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Westmaas, Wild, & Ferrence (2002) bahwa kesempatan untuk mengubah perilaku merokok kepala keluarga masih ada karena kepedulian terhadap kesehatan anak/keluarga. Peran istri di dalam memberikan dorongan untuk perubahan perilaku negatif suami

terkait kesehatan lebih besar dibandingkan dengan peran suami dalam hal perubahan perilaku istri.

2. Perbedaan Kesadaran, kemauan dan kemampuan sebelum dan setelah intervensi antar kelompok

a. Kesadaran

Analisis kesadaran awal antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *man-whitney*. Hasil uji menunjukkan *p-value* = 0.056 yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan pengetahuan awal antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Namun, setelah diberikan intervensi terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan *p-value* = 0.026. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh penyuluhan terhadap kesadaran masyarakat tentang sarana mematikan rokok.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara perilaku merokok terhadap kejadian pneumonia balita (Alnur, Ismail, & Padmawati, 2017). Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa keluarga yang anggota keluarganya merokok di dalam rumah memiliki resiko 3,429 kali lebih besar untuk kejadian ISPA dibandingkan keluarga yang tidak merokok (Syahputra, Sabrian, & Utomo, 2014). Maka dari itu perlu peningkatan kesadaran keluarga agar tidak merokok di dekat anak.

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Sandhi (2019) bahwa sebagian besar perokok belum memahami tentang bahaya merokok bagi perokok pasif sehingga kesadaran

untuk merokok di tempat yang jauh dari jangkauan anak balita belum ada. Penelitian yang dilakukan oleh (Anggraheny & Novitasari, 2019) bahwa penyuluhan bahaya merokok dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai bahaya merokok.

Penelitian yang dilakukan oleh Milcarz, *et al* (2018) menyatakan bahwa perokok yang menyadari empat konsekuensi kesehatan dari merokok menunjukkan niat untuk berhenti merokok lebih sering jika dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki pengetahuan tentang semua efek berbahaya yang dianalisis dari penggunaan tembakau (19,7% vs 13,1%;  $p < 0,05$ ). Olehnya itu diperlukan peningkatan pengetahuan tentang bahaya rokok baik terkait dengan perokok aktif maupun pasif di lingkungan masyarakat.

Penelitian yang dilakukan oleh (Usman, 2018) menunjukkan bahwa intervensi promosi kesehatan melalui program konseling (perorangan, kelompok dan massa), pemberian leaflet, pemasangan poster di dalam Rumah Sakit, dan pemasangan tanda dilarang merokok terbukti efektif meningkatkan pengetahuan, sikap positif dan dapat mengurangi perilaku merokok. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Putra & Hasan, 2018) juga menunjukkan pentingnya promosi kesehatan dalam mengendalikan perokok dan kesadaran mengenai bahaya rokok.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Goleccha (2016) bahwa intervensi dengan menggunakan media massa dan pendekatan inovatif ke masyarakat dapat meningkatkan kesadaran individu untuk menciptakan perubahan perilaku. Selain

itu, upaya yang telah dilakukan oleh masyarakat harus didasari dengan kesadaran diri sendiri dan mampu berpikir ke depan untuk kesehatan dan kesejahteraan keluarga (Wrihatnolo & Dwidjowijoto, 2007).

b. Kemauan

Analisis kesadaran antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *independent t-test*. Hasil uji menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan sebelum dilakukan intervensi ( $p\text{-value} = 0.327$ ) dan setelah intervensi ( $p\text{-value} = 0.471$ ). Namun jika dilihat dari nilai rata-rata, kelompok intervensi memiliki nilai rata-rata yang lebih tinggi yaitu 24.60 sedangkan nilai rata-rata kelompok intervensi adalah 24.15. Hal ini menunjukkan bahwa kedua kelompok tidak memiliki perbedaan kemauan secara statistik, namun berbeda secara matematika.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Ardelia, 2018) bahwa tiap individu memiliki faktor-faktor tertentu yang berpengaruh terhadap kemauan untuk berhenti merokok. Kemauan tersebut bukan hanya dipengaruhi oleh penyuluhan yang didapatkan tetapi terdapat faktor lain seperti tekanan dari luar, dorongan yang didapatkan dari pasangan atau orangtua.

Hasil penelitian Dellen, M *et al* (2015) menunjukkan bahwa kemauan berhenti merokok berhubungan dengan dukungan pasangan yang peduli terhadap kesehatan dan tergantung pada perilaku perokok itu sendiri. Selain itu, motivasi seseorang untuk berhenti merokok juga dipengaruhi oleh beberapa faktor intrinsik

seperti: usia, pendidikan, persepsi dan pengalaman, serta faktor ekstrinsik meliputi lingkungan dan pengaruh orang lain, fasilitas, dan kondisi ekonomi (Lestari, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Fadilah, dkk (2017) menunjukkan bahwa ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam masyarakat untuk meningkatkan kemauan berhenti merokok. Salah satu yang dapat dilakukan adalah pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan psikologis, faktor sosial, budaya dan eksistensial fisik kliennya dengan memanfaatkan pengetahuan dan kepercayaan dalam memberikan motivasi dalam perubahan perilaku merokok.

Pemrosesan informasi dalam pengambilan keputusan merupakan penggabungan pengetahuan lama dengan pengetahuan baru (Ardelia, 2018). Sehingga tingkat pendidikan harus diperhatikan dalam pemberian informasi mengenai bahaya merokok ke responden. Hal ini dikarenakan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin besar kemampuan memahami informasi kesehatan yang baru didapatkan (Putra & Putra, 2016)

Pemberian informasi harus disesuaikan dengan beberapa faktor yaitu materi pelatihan yang perlu disesuaikan lagi terkait tingkat pendidikan subyek, dan kurangnya pendalaman terhadap dinamika kehidupan komunitas nelayan. Upaya peningkatan intensi merokok ayah diluar rumah dapat dilakukan dengan penelitian dengan intervensi menggunakan metode berbasis emosional yang dilakukan secara berkala sekaligus cara petugas kesehatan untuk dapat memonitor masyarakat demi peningkatan status kesehatan di

wilayahnya dan juga dilakukan advokasi kepada pemerintah daerah untuk menerbitkan peraturan larangan merokok di dalam rumah (Ibnu, Nasir, & Saleh, 2018).

c. Kemampuan

Hasil uji statistik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan  $p\text{-value} = 0.000$ . Hal ini menunjukkan adanya perbedaan kemampuan secara signifikan sebelum dan setelah intervensi diantara kedua kelompok.

Kemampuan adalah kecakapan atau potensi menguasai suatu keahlian yang merupakan bawaan sejak lahir atau merupakan hasil latihan atau praktek dan digunakan untuk mengerjakan sesuatu yang diwujudkan melalui tindakannya. Setiap individu memiliki kecakapan yang berbeda-beda dalam melakukan suatu tindakan. Peningkatan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan individu atau orang lain dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan secara mandiri atau bersama-sama (Kriswanto, Yogyakarta).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Fitarina, Metri, Aliyanto, & Pranajaya, 2020) pelaksanaan kegiatan upaya berhenti merokok dengan tahapan kegiatan berupa penyuluhan, diskusi kelompok FGD dan membangun komitmen dengan masyarakat, membentuk kelompok UBM, dan tindak lanjut. Hal ini akan menghasilkan komitmen yang didapatkan dari kelompok perokok dan non perokok adalah tidak menyediakan asbak rokok di rumah, memasang stiker kawasan dilarang merokok di setiap rumah, tidak

menyediakan rokok pada acara-acara yasinan dan acara pertemuan-pertemuan lainnya, tidak merokok dalam rumah, berhenti merokok dimulai dari diri sendiri, dukungan keluarga untuk berhenti merokok.

Penelitian yang dilakukan oleh (Sadono & Fatah, 2018) juga menjelaskan proses pemberdayaan yang telah dilakukan oleh masyarakat melalui tiga tahap yaitu tahap penyadaran, tahap ini masyarakat mengadakan sosialisasi dengan mengundang narasumber dari puskesmas tentang bahaya merokok dan manfaat berhenti merokok. Selanjutnya, tahap pengkapasitasan yaitu upaya berhenti merokok dan upaya tidak merokok di kawasan tanpa rokok dan kawasan terbatas merokok. Selanjutnya tahap pendayaan yaitu terwujudnya Kampung Tanpa Asap Rokok di lingkungan Kampung Bulaksari RT 7 itu sendiri. Hasil dari proses pemberdayaan ini adalah masyarakat telah menyadari bahaya merokok dan mengetahui upaya yang bisa dilakukan untuk berhenti merokok.

Penelitian ini memberikan pendidikan kesehatan dengan metode pemberdayaan pembuatan asbak. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh wahyudi (2020) bahwa ada hubungan kuat antara pendidikan kesehatan dengan media asbak terhadap persepsi merokok di dalam rumah tangga dengan *p value*  $0.004 > 0,05$ . Hal ini juga didukung oleh Naima (2015) menunjukkan bahwa masyarakat perlu dilibatkan dalam sebuah proses pemberdayaan untuk meningkatkan kemampuan dalam upaya berhenti merokok.

Penelitian lain juga menunjukkan bahwa larangan merokok di rumah berhubungan signifikan dengan keberhasilan seseorang untuk berhenti merokok dibandingkan tidak ada larangan merokok di rumah (Ramadhan, 2017). Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Pizacani, *et al* (2004) di Oregon Amerika yang menunjukkan bahwa larangan merokok di rumah meningkatkan penghentian kebiasaan merokok. Larangan merokok di seluruh rumah meningkatkan kemungkinan untuk berhenti merokok sebesar 2 kali dibandingkan dengan larangan merokok di sebagian rumah atau tidak ada larangan merokok sama sekali.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Edwin & Besral (2017) bahwa penerapan larangan merokok di rumah dan memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang merokok berhenti merokok adalah faktor penting keberhasilan berhenti merokok. Hal ini juga didukung oleh penelitian selanjutnya oleh Edwin & Besral (2018) bahwa faktor eksternal yang berperan dalam perilaku tersebut penghentian merokok adalah larangan merokok di rumah, larangan merokok di tempat kerja, iklan rokok tidak terpapar (televisi, koran/majalah, tembok masyarakat, spanduk), paparan media tentang bahaya rokok (koran/majalah), dan frekuensi kunjungan ke tempat-tempat yang menerapkan kawasan bebas rokok.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Adapun keterbatasan yang ada dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Keterpaparan informasi antar responden dalam kelompok yang sama sulit untuk dihindari pada saat *pre-test* dan *post-test*. Hal ini dikarenakan responden dikumpulkan di satu tempat yang sama, yakni aula kantor Desa Tolada untuk kelompok intervensi dan aula Kantor Desa Tokke untuk kelompok kontrol sehingga memungkinkan terjadinya kerjasama antar responden.
2. Penelitian ini tidak menilai peran kepala desa dan tokoh masyarakat terhadap pelaksanaan intervensi.
3. Beberapa peserta hadir pada saat kegiatan telah berlangsung sehingga intervensi yang diberikan kurang maksimal dan saat observasi bahan yang disiapkan sudah tidak dapat dirangkai karena keterbatasan waktu.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang pemberdayaan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok di wilayah pesisir pantai Kabupaten Luwu Utara dapat disimpulkan bahwa:

1. Ada perbedaan yang signifikan kesadaran masyarakat dan kemauan masyarakat mengenai sarana mematikan rokok pada kelompok intervensi.
2. Ada perbedaan yang signifikan kesadaran masyarakat dan kemauan masyarakat mengenai sarana mematikan rokok pada kelompok kontrol.
3. Perbedaan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah sebagai berikut:
  - a. Ada perbedaan yang signifikan kesadaran masyarakat mengenai sarana mematikan rokok pada kelompok intervensi dan kontrol.
  - b. Tidak ada perbedaan yang signifikan kemauan masyarakat mengenai sarana mematikan rokok pada kelompok intervensi dan kontrol.

- c. Ada perbedaan yang signifikan kemampuan masyarakat mengenai sarana mematikan rokok pada kelompok intervensi dan kontrol.

## **B. Saran**

1. Untuk masyarakat, diharapkan untuk aktif dalam mengikuti penyuluhan dan program pemberdayaan untuk meningkatkan pengetahuan terkait bahaya asap rokok bagi perokok pasif dan pentingnya menyediakan sarana mematikan rokok di luar rumah.
2. Untuk petugas kesehatan, diharapkan untuk melanjutkan kegiatan pemberdayaan masyarakat terkait pentingnya menyediakan sarana mematikan rokok dalam upaya menciptakan rumah bebas asap rokok.
3. Untuk pemerintah desa, diharapkan untuk mendukung program pemberdayaan masyarakat dalam bentuk peraturan desa dan melanjutkan serta mengevaluasi pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan.
4. Untuk penelitian selanjutnya, disarankan untuk meneliti bagaimana peran kepala desa dan tokoh masyarakat dalam proses pemberdayaan masyarakat

## DAFTAR PUSTAKA

- AJ, M., Z, D., H, L., & et al. (2016). Current smoking status and awareness of tobacco hazard in adults in Beijing 2014. *Zhonghua liu Xing Bing xue za zhi = Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, 37(9), 1233-1237.
- Alamsyah, D. (2011). *Pemberdayaan Gizi, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Alexander, Wulandari, Y., & Kartina, I. (2020). *Hubungan Kesadaran terhadap Bahaya Merokok dengan Keinginan untuk Berhenti Merokok di Dukuh Tarikulon Desa Sumber Simo Boyolali*. Surakarta: Tesis: Universitas Kusuma Husada.
- Alnur, R. D., Ismail, D., & Padmawati, R. S. (2017). Kebiasaan Merokok Keluarga Serumah dengan Kejadian Pneumonia pada Balita di Kabupaten Bantul Tahun 2015. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 33(3), 119-124.
- Anggraheny, H. D., & Novitasari, A. (2019). Upaya Mengatasi Perilaku Merokok dengan Penyuluhan Bahaya Merokok di Kelurahan Rejosari Semarang. *Prosiding Seminar Hasil Unimus*. 2, pp. 143-147. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Anggraini, D. D., & Hidajah, A. C. (2018). Hubungan antara Paparan Asap Rokok dan Pola Makan dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner pada Perempuan Usia Produktif. *Amerta Nutr*, 10-16.
- Ardelia, A. (2018). Pencarian dan Pemrosesan Informasi dalam Pengambilan Keputusan untuk Berhenti Merokok. *Interaksi Online*, 6(4), 526-536.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arumsari, C. (2016). Konseling individual dengan teknik modeling simbolis terhadap peningkatan kemampuan kontrol diri. *Jurnal Konseling GUSJIGANG*, 2(1), 1-11.

- Ashari, A. (2011). Perokok Pasif Sebagai Faktor Risiko Hipertensi Pada Wanita Usia 40 - 70 Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Tlogosari Kulon Kota Semarang. *Repository Undip*, 1.
- Aziz, M. A., & Suhartini, R. (2005). *Dakwah Pemberdayaan Masyarakat: Paradigma Aksi Metodologi*. Yogyakarta: LkiS Pelangi Aksara.
- Calvin S. Hall, G. L. (1993). *Teori Psikodinamik (klinis)*. Jakarta: Penerbit: Kanisius.80 .
- Carry, L. J. (1976). *Community Development as A Process*. Columbia: University of Missouri.
- Chani, F. Y. (2017). The Relation Between Risk Factors And Incidence Of Nasofaringeal Carcinoma in dr. H. Abdul Moeloek Hospital Province Lampung Period 2015-2017. 1-2.
- Chaplin. (1997). *Pengertian Kemampuan*. Retrieved 12 3, 2019, from (<http://digilip.petra.ac.id>)
- Cheragi, Maria, & Selvi, S. (2009). Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Respiratory Health in Children. *European Journal of Pediatrics*, 168(8), 897-905.
- Crone, M. R., Nagelhout, G. E., Burg, I. v., & HiraSing, R. A. (2010). Passive Smoking in Young Children in The Netherlands Sharply Decrease Since 1996. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 154(A1658), 1-6.
- Dahlan, M. S. (2016). *Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Darmawan, D. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung: PT. Remaja.
- Darojah, S. (2014). *Faktor Determinan Penghambat Berhenti Merokok pada Kepala Keluarga di Kecamatan Jatiyoso Kabupaten Karanganyar*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Dellen, M. R., Boyd, S. M., Ranby, K. W., MacKillop, J., & Lipkus, I. M. (2015). Willingness to Provide Support for a Quit Attempt: A Study of Partners of Smokers. *J Health Psychol*, 21(9), 1840-9.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Konsumsi Tembakau dan Prevalensi Merokok di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Kab Bone. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Bone*. Bone: Dinas Kesehatan Kab Bone.
- Duhita, F., & Rahmawati, N. I. (2019). Dampak Kesehatan Anak Pada Periode Embrio, Janin, Bayi dan Usia Sekolah dengan Ayah Perokok. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 12-20.
- Dyama. (2018). *Asbak Portable, Benda Yang Wajib Dibawa Perokok Saat Berwisata Ke Jepang*. Retrieved December 1, 2019, from <https://japanesestation.com/>: <https://japanesestation.com/lifestyle/life-relationship/asbak-portable-benda-yang-wajib-dibawa-perokok-saat-berwisata-ke-jepang#:~:text=Yup%2C%20portable%20ashtray%20alias%20asbak,diperbolehkan%20membuang%20abu%20rokok%20sembarangan.>
- Edwin, V. A., & Besral. (2017). Habit of Smoking Family Members at Home to Successfull Smoking in Indonesia. *ICGH Conference Proceedings* (pp. 74-83). KnE Life Sciences.
- Edwin, V. A., & Besral. (2018). Association of External Factors with Successfull Smoking Cessation among Indonesian Adult . *The 2nd International Meeting of Public Health* (pp. 27-36). KnE Life Sciences.
- Ernawati, Y., Ermayanti, S., Herman, D., & Russilawati. (2019). Faktor Risiko Kanker Paru pada Perempuan yang Dirawat di Bagian Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang dan RSUD Solok: Penelitian Case Control. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(2), 1-7.

- Fadilah, M., Afriandi, I., & Rinawan, F. R. (2017). Kebiasaan Merokok dan Pemahaman Dampak Merokok terhadap Kesehatan pada Perokok Pemula. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 4(3), 106-116.
- Fathelrahman, A., Omar, M., Awang, R., Cummings, K., Borland, R., & Samin, A. (2010). Impact of the New Malaysian Cigarette Pack Warnings on Smokers' Awareness of Health Risks and Interest in Quitting Smoking. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2010, 7, 4089-4099.
- Firzawati. (2015). *Faktor Upaya Berhenti Merokok pada Perokok Aktif Umur 15 Tahun*. Jakarta: Disertasi : FKM UI.
- Fitarina, L. S., Metri, D., Aliyanto, W., & Pranajaya. (2020). Pendampingan Masyarakat Dalam Upaya Berhenti Merokok (UBM) di Desa Sindang Sari dan Rejo Sari Kecamatan Kotabumi Tengah Lampung Utara. *Jurnal Pengabdian Kesehatan Beguai Jejama*, 1(1).
- Fitra Duhita, N. I. (2019). Dampak Kesehatan Anak Pada Periode Embrio, Janin, Bayi dan Usia Sekolah dengan Ayah Perokok. *Jurnal Kesehatan Vokasional*.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of The Oppressed*. New York: Penguin Books.
- Global Adult Tobacco Survey . (2015). *The Gats Atlass*. UK: CDC Foundation.
- Golechha, M. (2016). Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation: A Comprehensive Review of Effectiveness and the Way Forward. *International Journal of Preventive Medicine*, 7(7).
- Hall, C., & Lindzey, G. (1993). *Psikologi Kepribadian I Teori-teori Psikodinamik (Klinis)*. Yogyakarta: Kanisius.
- Haryanto, T., S, N. K., & Zulpahiyana. (2016). *Hubungan Persepsi Perokok Aktif tentang Perokok Pasif dengan Motivasi Berhenti Merokok di Dusun Brajan Kasihan Bantul Yogyakarta*. Yogyakarta: Skripsi: Universitas Alma Ata Yogyakarta.

- Heni Trisnowati, D. K. (2019). Smoke-Free Home Initiative in Bantul, Indonesia: Development and Preliminary Evaluation. *Tobacco Prevention and Cessation*.
- Herawati, P., Wahyudi, K., & Afriandi, I. (2019). Determinan Paparan Asap Rokok di Dalam Rumah: Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 47(4), 245-252.
- Hernowo. (2007). *Panduan Untuk Perokok*. Jakarta: EGC.
- Huraerah, A. (2008). *Pengorganisasian dan Pengembangan Masyarakat*. Bandung: Humaniora.
- Ibnu, I. F., Nasir, S., & Saleh, U. (2018). Pengaruh Komunikasi Asertif sebagai Dukungan Sosial Ibu terhadap Intensi Merokok Ayah di Dalam Rumah. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 1(1), 14-21.
- Ife, J., & Tesoriero, F. (2008). *Community Development: Alternatif Pengembangan Masyarakat di Era Globalisasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Indrajati, T. B., Istiarti, T., & Kusumawati, A. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Ibu Dalam Mencegah Paparan Asap Rokok pada Balita Perokok Pasif. *JKM e-Journal*, 5(5), 1123-1132.
- Indrawan, R., & Yaniawati, P. (2014). *Metodologi Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif, dan Campuran*. Bandung: Refika Aditama.
- Iro. (2018). *Perilaku Merokok dan Tantangan Promosi Kesehatan*. Retrieved December 10, 2019, from [https://fk.ugm.ac.id/perilaku-merokok-dan-tantangan-promosi-kesehatan/#:~:text=Badan%20kesehatan%20dunia%20\(WHO%2C%202016,PTM%2C%20seperti%20halnya%20penyakit%20jantung](https://fk.ugm.ac.id/perilaku-merokok-dan-tantangan-promosi-kesehatan/#:~:text=Badan%20kesehatan%20dunia%20(WHO%2C%202016,PTM%2C%20seperti%20halnya%20penyakit%20jantung).
- Irwan. (2011). Studi Tentang Perubahan Perilaku Merokok Masyarakat Bone-Bone Kec Baraka Kab Enrekang. *Skripsi*.

- Istiqomah, U. (2003). *Upaya Menuju Generasi Tanpa Merokok Pendekatan Analisis Untuk Menanggulangi Dan Mengantisipasi Remaja Merokok*. Surakarta: Setia Aji.
- Jampaklay, A., Borland, R., Yong, H.-H., Sirirassamee, B., Fotuhi, O., & Fong, G. (2015). Predictors of Successful Quitting among Thai Adult Smokers: Evidence from ITC-SEA (Thailand) Survey. *International journal of environmental research and public health*, 12(10), 12095–12109.
- Jatakanon , A., Uasuf , C., Maziak W, W., Chung , K., & Lim, S. (2000). Neutrophilic Inflammation in Severe Persistent Asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, 160, 1532-9.
- Karimiankakolaki, Z., Mahmoodabad, S. S., Kazemi, A., & Fallahzadeh, H. (2019). Designing an educational intervention on second-hand smoke in smoker men on the exposure of pregnant wives: a protocol for a randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 16(11), 1-5.
- Kasmel, A., & Andersen, P. T. (2011). Measuremet of Community in Three Empowerment of Community Programs in Rapla. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(3), 799–817.
- Kasmel, A., & Tanggaard, P. (2011). Evaluation of Changes in Individual Community-Related Empowerment in Community Health Promotion Interventions in Estonia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 799-817.
- KBBI. (2019). *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*. Retrieved December 3, 2019, from <https://kbbi.kemdikbud.go.id/>
- Kementerian Dalam Negeri RI. (2007). *Peraturan Menteri Nomor 7 Tahun 2007 Perubahan Ketiga Perubahan Peraturan Pemerintah No 12 Tahun 2001 Tentang Impor dan/atau Penyerahan Barang Kena Pajak Tertentu Yang Bersifat Strategi yang Dibebaskan dari Pengenaan Pajak Pertambahan Nilai*. Jakarta: Kemendagri RI.

- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Infodatin Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (Jakarta). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2013 tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau*. 2013: Pusat Promosi Kesehatan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Budaya RI. (2007). *Peraturan Menteri Pendidikan Nasional RI No. 24 Tahun 2007 tentang Standar Sarana dan Prasarana Untuk SD/MI, SMP/MTs, SMA/MA*. Jakarta: Kemendikbud RI.
- Kosen, S. (2012). Isu Terkini Mengenai Rokok: Lindungi Generasi Muda dan Selamatkan Masa Depan Bangsa. *E-Learning Program for the Youths HIV AIDS Prevention*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Kriswanto, E. S. (Yogyakarta). *Konsep, Proses, dan Aplikasi dalam Pendidikan Kesehatan*. 2012: FIK UNY.
- Kumbayono. (2011). Analisis Faktor Penghambat Motivasi Berhenti Merokok berdasarkan Health Belief Model pada Mahasiswa Fakultas Teknik Universitas Brawijaya Malang. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 6(1), 1-8.
- Lestari, T. (2005). *Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Lilik Sugiharti, N. M. (2015). Konsumsi Rokok Berdasarkan Karakteristik Individu di Indonesia. *JEKT*.

- Lim, K. H., Health, D. P., He, P. P., & et al. (2019). Prevalence and Factors Associated With Attempts to Quit and Smoking Cessation in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(75), 22S-31S.
- Liotta, E. (2019). *Singapura Sediakan Kabin Merokok, Mampu Daur Ulang Asapnya Jadi Bebas Racun*. Retrieved December 2, 2019, from <https://www.vice.com//>:  
[https://www.vice.com/id\\_id/article/ywyb9v/singapura-sediakan-kabin-merokok-mampu-daur-ulang-asapnya-jadi-bebas-racun](https://www.vice.com/id_id/article/ywyb9v/singapura-sediakan-kabin-merokok-mampu-daur-ulang-asapnya-jadi-bebas-racun)
- Lubis, I. P., & Ferusgel, A. (2019). Hubungan Kondisi Fisik Rumah dan Keberadaan Perokok dalam Rumah dengan Kejadian ISPA pada Balita di Desa Silo Bonto Kecamatan Silau Laut Kabupaten Asahan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 166-173.
- Martin-Lujan, F., Piñol-Moreso, J. L., Martin-Vergara, N., Basora-Gallisa, J., Pascual-Palacios, I., Sagarra-Alamo, R., et al. (2011). Effectiveness of A Structured Motivation Intervention Including Smoking Cessation Advice and Spirometry Information in The Primary Care. *BMC Public Health*, 11(859), 1-9.
- Milcarz, M., Polanska, K., Bak-Romaniszyn, L., & Kaleta, D. (2018). Tobacco Health Risk Awareness among Socially Disadvantaged People-A Crucial Tool for Smoking Cessation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2244.
- Milo, S., Ismanto, A., & Kallo, V. (2015). Hubungan Kebiasaan Merokok di Dalam Rumah dengan Kejadian ISPA pada Anak Umur 1-5 Tahun di Puskesmas Sario Kota Manado. *Ejournal Keperawatan*, 3(2), 1-7.
- Mubarak, Z. (2010). Evaluasi Pemberdayaan Masyarakat Ditinjau dari Proses Pengembangan Kapasitas pada Kegiatan Pnpm Mandiri Perkotaan di Desa Sastrodirjan Kabupaten Pekalongan. *Undip*.
- Muhammad, Z., & Haryanta. (2019). *Peran Kesadaran Kesehatan dan Kontrol Diri Terhadap Perilaku Merokok Pada Mahasiswa*. Yogyakarta: Skripsi: Repository UGM.

- Murdoko, W. H. (2006). *Personal Quaiity Managemen*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Muslim, A. (2012). *Dasar-dasar Pengembangan Masyarakat*. Yogyakarta: Samudra Biru.
- N.K. Noriani1, I. A. (2015). Paparan Asap Rokok dalam Rumah Terhadap Risiko Peningkatan Kelahiran Bayi Prematur di Kota Denpasar . *Public Health and Preventive Medicine Archive* .
- Nadia, L. (2016). *Peran Kesadaran Kesehatan dan Kontrol Diri Terhadap Perilaku Merokok pada Mahasiswa*. Retrieved November 22, 2019, from Journal.uny.ac.id
- Naima, K. N. (2015). *Efektivitas Pesan dengan Fear Appeals pada Iklan Layanan Masyarakat "Berhenti Menikmati Rokok Sebelum Rokok Menikmatimu" Terhadap Kemauan Berhenti Merokok dilihat dari Tingkat Keterlibatan Perokok dengan Isu Kampanye*. Malang: Dokumen Tesis .
- Nasir, A., Muhith, A., & Ideputri. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Mulia Medika.
- Noriani, N., Putra, A. E., & Mangku, K. (2015). Paparan Asap Rokok dalam Rumah Terhadap Risiko Peningkatan Kelahiran Bayi Prematur di Kota Denpasar. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 3(1), 68-73.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan* . Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2017). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Passey, M., Longman, J., Robinson, J., Wiggers, J., & Jones, L. (2016). Smoke-free homes: what are the barriers, motivators and enablers?

A qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*, 6, 1-16.

Patonah, S. (2013). Hubungan Perilaku Merokok Keluarga di Dalam Rumah Dengan Kejadian Bronchopneumonia pada Balita di Ruang Nusa Indah RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 4(1).

Pipit Herawati, I. A. (2012). Determinan Paparan Asap Rokok di Dalam Rumah: Analisis Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 . *Buletin Penelitian Kesehatan*, 1-251.

Pizacani, B., Martin, D., Stark, M., Koepsell, T., Thompson, B., & Dhier, P. (2004). A Prospective Study of Household Smoking Bans and Subsequent Cessation Related Behavior: The Role of Stage of Change. *Tobacco Control*, 13, 23-8.

Poerwadarminta, W. (1976). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: PN Balai Pustaka.

Poerwandarminta, W. (1976). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*, hal. 846. Jakarta: PN Balai Pustaka.

Putra, A., & Hasan, I. (2018). Peranan Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Perokok Aktif. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa FISIP Unsyiah*, 3(1), 914-926.

Putra, I. G., & Putra, I. W. (2016). Hubungan Karakteristik dan Tingkat Pengetahuan mengenai Bahaya Merokok terhadap Perilaku Merokok pada Laki-Laki Di Provinsi Bali. *BIMKMI*, 4(1), 22-30.

Putri, S. A. (2015). *Motivasi untuk Berhenti Merokok pada Mahasiswa Perokok Berat ditinjau dari Self Efficacy dan Pengetahuan Bahaya Rokok: Dokumen Tesis*. Semarang: Universitas Katolik Soegijapranata.

Ramadhan, K. (2017). Hubungan Larangan Merokok di Rumah dengan Keberhasilan Berhenti Merokok. *Jurnal Profesi Medika*, 11(1), 26-31.

- Riyanto, A. (2009). *Pengolahan dan analisis data kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riyanto, A. (2009). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Robbins, D. S. (2000). *HUMAN Resources Management Concept and Practices* . Jakarta: PT Preenhalindo.
- Rogers, & Shoemaker. (1971). *Innovation of Communication*. New York: The Free Press.
- Sadono, D. N., & Fatah, M. Z. (2018). Proses Pemberdayaan Warga Kampung Tanpa Asap Rokok di Kampung Bulaksari RT 7. *Jurnal Promkes*, 6(1), 35-45.
- Sadono, D. N., & Fatah, M. Z. (2018). Proses Pemberdayaan Warga Kampung Tanpa Asap Rokok di Kampung Bulaksari RT 7. *Jurnal Promkes*, 6(1), 35-45.
- Salma Milo, A. Y. (2015). Hubungan Kebiasaan Merokok Di Dalam Rumah Dengan Kejadian Ispa Pada Anak Umur 1-5 Tahun Di Puskesmas Sario Kota Manado . *ejournal Keperawatan*.
- Sandhi, S. I. (2019). Studi Fenomenologi: Kesadaran diri (Self Awareness) Perokok Aktif yang Mmepunyai Anak Balita dalam Perilaku Merokok di Tempat Umum di Kelurahan Pegulon, Kabupaten Kendal. *Jurnal Kebidanan*, 6(2), 237-243.
- Schlam, T. R., & Baker, T. B. (2013). Interventions for Tobacco Smoking. *Annu Rev Clin Psychol*, 9, 675–702.
- Shadish, Cook, & Campbell. (2002). *Quasi-Experimental Design for Generalized Causal Inference*. New York: Houghton Mifflin.
- Stang. (2014). *Cara Peraktis Penentuan Uji Statistik dalam Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.

- Sudrajat, A. (2008). *Pengertian Pendekatan, Strategi, Metode, Teknik dan Model Pembelajaran*. Bandung: Sinar Baru Algensindo.
- Sugiharti, L., Sukartini, N. M., & Handriana, T. (2015). Konsumsi Rokok Berdasarkan Karakteristik Individu di Indonesia. *JEKT*, 8(1), 34-45.
- Sugiharto, S. (2019, October 10). Retrieved December 4, 2019, from Sambang Kampung Tambak Arum Surabaya, Sterilkan Rumah dari Asap Rokok: <https://surabaya.tribunnews.com/2019/10/10/sambang-kampung-tambak-arum-surabaya-sterilkan-rumah-dari-asap-rokok>
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian*. Bandung: Administrasi Alfabeta.
- Suharto, E. (Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat). 2005. Bandung: Refika Aditama.
- Suhendra, K. (2006). *Peranan Birokrasi dalam Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung: STKSPRESS.
- Sulaeman, E. S. (2016). *Pembelajaran Model dan Teori Perilaku Kesehatan Konsep dan Aplikasi*. Surakarta: UNS Press.
- Sulastri, Herman, D., & Darwin, E. (2018). Berhenti Merokok pada Pelajar Perokok Berdasarkan Global Youth Tobacco Survey di SMK Negeri Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2), 205-208.
- Sumaryadi. (2005). *Perencanaan Pembangunan Daerah Otonom dan Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: Citra Utama.
- Susila, & Suyanto. (2014). *Metode Penelitian Epidemiologi Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Syahputra, H., Sabrian, F., & Utomo, W. (2014). Perbandingan Kejadian Ispa Balita pada Keluarga yang Merokok di Dalam Rumah dengan Keluarga yang Tidak Merokok. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 2(1), 7-14.

- Syam, F. (2016). *Jadi Kawasan Bebas Rokok, Lorong di Kelurahan Pandang Ini Sediakan Pojok Rokok*. Retrieved December 3, 2019, from <https://makassar.tribunnews.com/2016/11/17/jadi-kawasan-bebas-rokok-lorong-di-kelurahan-pandang-ini-sediakan-pojok-rokok>
- Tarigan, I. U., & Yulianti, A. (2019). Gambaran Kesadaran Masyarakat terhadap Kawasan Tanpa Rokok di Indonesia. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(2), 123-130.
- Taylor, R., Najafi, F., & Dobson, A. (2007). Meta-Analysis of Studies of Passive Smoking and Lung Cancer: Effects of Study Type and Continen. *Int J Epidemiol*, 36(5), 59-1048.
- Trisnowati, H., Kusuma, D., Ahsan, A., Kurniasih, D. E., & Padmawati, R. S. (2019). Smoke-free Home Initiative in Bantul, Indonesia: Development and Preliminary Evaluation. *Tobacco Prevention & Cessation*, 5(40), 1-5.
- Usman, S. (2018). Pengaruh Promosi Kesehatan terhadap Perubahan Perilaku Merokok Karyawan (Studi Kasus Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh). *Majalah Kesehatan Masyarakat Aceh*, 1(1), 1-12.
- Vardavas, C., Agaku, I., Patelarou, E., Anagnostopoulos, N., Nakou, C., Damba, V., et al. (2013). Ashtray and Signage as Determinan of a Smoke Free Legaslation's Success. *Plos One*, 8(9).
- Wahyudi, D. T. (2020). Pendidikan Kesehatan dengan Media Asbak terhadap Persepsi Pencegahan Merokok di Dalam Rumah Tangga. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 9(1), 52-58.
- Westmaas, J. L., Wild, T. C., & Ferrence, R. (2002). Effects of Gender in Social Control of Smoking Cessation. *Health Psychology*, 21(4), 368–376.
- Widjaja. (2003). *Otonomi Desa Merupakan Otonomi Yang Asli, Bulat dan Utuh*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

- Williams, R., Herzog, T., & Simmons, V. (2011). Risk Perception and Motivation to Quit Smoking: A Partial Test of The Health Action Process Approach. *Addict Behav*, 36(7), 789-791.
- World Health Organization. (2013). *Second-hand smoke*. Retrieved December 5, 2019, from [https://www.who.int/gho/phe/secondhand\\_smoke/en/](https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/)
- Wrihatnolo, R., & Dwidjowijoto, R. (2007). *Manajemen Pemberdayaan, Sebuah Pengantar dan Panduan Untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Yati Ernawati, S. E. (2019). Faktor Risiko Kanker Paru pada Perempuan yang Dirawat di Bagian Paru RSUP Dr. M. Djamil Padang dan RSUD Solok: Penelitian Case Control . *jurnal fk unanda*.

**Lampiran-lampiran**  
Lampiran 1. Lembar Penjelasan Responden

**Assalamu'alaikum Warahmatullahi wabarakatuh**

Mohon maaf saya menyita waktu Bapak/Ibu beberapa menit. Saya **Yuyun S**, Mahasiswa Program Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Konsentrasi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku bermaksud untuk meminta partisipasi kepada Bapak/Ibu terkait dengan penelitian tesis saya dengan judul “**Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menyediakan Sarana Mematikan Rokok di Wilayah Pesisir Pantai Kabupaten Luwu Utara**”

Tujuan penelitian ini adalah Mengelaborasi kemampuan masyarakat dalam menyediakan sarana mematikan rokok melalui strategi pemberdayaan Penelitian ini bersifat sukarela. Saya selaku peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan informasi yang akan diberikan oleh Bapak/Ibu jika bersedia menjadi responden, sehingga saya sangat berharap Bapak/Ibu menjawab pernyataan dengan jujur tanpa keraguan. Penelitian ini berlangsung dua hari, yaitu pretes dan penyuluhan (dengan simulasi/tanpa simulasi) pada hari pertama kemudian satu bulan kedepan dilakukan posttes.

Bila selama penelitian ini berlangsung atau saat intervensi responden ingin mengundurkan diri karena sesuatu hal (misalnya: sakit atau ada keperluan lain yang mendesak) maka responden dapat mengungkapkan langsung kepada peneliti. Hal-hal yang tidak jelas dapat menghubungi saya (**Yuyun S/085384488484**).

Makassar, 9 Maret 2020

Peneliti

Yuyun S, SKM

## Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden

### FORMULIR PERSETUJUAN INFORMAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :  
Tanggal lahir/umur :  
Alamat :  
No. Hp :

Setelah mendengar/membaca dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai apa yang dilakukan pada penelitian dengan judul **“Pemberdayaan Masyarakat dalam Menyediakan Sarana Mematikan Rokok di Wilayah Pesisir Pantai Kabupaten Luwu Utara”**, maka saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Saya mengerti bahwa pada penelitian ini akan dilaksanakan selama dua hari dan akan ada beberapa pertanyaan-pertanyaan yang harus saya jawab, dan sebagai responden maka saya akan menjawab pertanyaan yang diajukan dengan jujur.

Saya menjadi responden bukan karena adanya paksaan dari pihak lain, tetapi karena keinginan saya sendiri dan tidak ada biaya yang akan ditanggungkan kepada saya sesuai dengan penjelasan yang sudah dijelaskan oleh peneliti.

Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data yang diperoleh dari saya sebagai informan akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua informasi dari saya yang dihasilkan pada penelitian ini dapat dipublikasikan dalam bentuk lisan maupun tulisan dengan tidak mencantumkan nama. Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari, kami akan menyelesaikannya secara kekeluargaan.

Malangke,      September 2020

(\_\_\_\_\_)

#### Penanggung Jawab Penelitian:

Nama : Yuyun S  
Alamat : Desa Salulemo, Kec. Baebunta Selatan Kab. Luwu Utara  
Tlp/HP : 0853 8448 8484  
Email : yuyunsande@gmail.com

Lampiran 3. Kuisisioner

**KUESIONER PENELITIAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM  
MENYEDIAKAN SARANA MEMATIKAN ROKOK DI WILAYAH PESISIR  
KABUPATEN LUWU UTARA TAHUN 2020**

Isilah jawaban pada lembar yang telah disediakan.

**A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Kode Responden :.....(diisi oleh peneliti)

Umur :.....Tahun

Jenis Kelamin :  Laki-Laki  
 Perempuan

Pendidikan :  SD  
 SMP-SMA  
 Diploma-S1

Pekerjaan :  Petani/Nelayan  Wiraswasta  
 IRT  
 PNS/TNI/POLRI  Karyawan

Swasta

Lainnya

Status kawin :  Belum kawin  Kawin  Cerai

Ada anak-anak, ibu hamil atau lansia yang tinggal di rumah?

Ya  Tidak

## B. PERTANYAAN KESADARAN

NO	PERNYATAAN			
	SS	S	TS	STS
	Saya ingin berhenti merokok di dalam rumah karena			
1	Saya khawatir keluarga saya akan menderita penyakit serius bila saya tidak berhenti merokok didalam rumah			
2	Pasangan saya/anak-anak/orang terdekat merasa baik-baik saja jika saya merokok			
3	Merokok adalah kebiasaan dalam keluarga kami jika sedang berkumpul			
4	Seseorang telah memberikan ancaman ( <i>ultimatum</i> ) agar saya berhenti merokok di dalam rumah			
5	Adanya dukungan dari keluarga / teman untuk merokok diluar rumah			
6	Orang-orang terdekat saya, mengizinkan saya merokok di dekat mereka			
7	Saya merasakan kesehatan saya dan keluarga saya terganggu			
8	Adanya tekanan dari orang lain			
9	Saya merasa asbak harus selalu tersedia di dalam rumah			
10	Kesehatan orang lain tidak dipengaruhi oleh rokok yang saya konsumsi			

Keterangan:

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

### C. PERTANYAAN KEMAUAN

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Saya yakin mampu merokok di luar rumah dalam waktu $\pm$ 1 bulan ke depan				
2	Saya yakin dengan merokok dimana saja merupakan cara terbaik untuk menjaga kesehatan saya				
3	Saya belum merencanakan program untuk berhenti merokok di luar rumah				
4	Adanya peraturan pemerintah tentang larangan merokok di area bebas membuat saya yakin untuk merokok di luar rumah				
5	Saya memiliki niat yang kuat untuk menjaga kesehatan anggota keluarga saya				
6	Saya akan membuat sarana mematikan rokok di luar rumah				
7	Saya ragu dapat melarang tamu merokok di dalam rumah				
8	Saya yakin akan mematuhi penggunaan sarana mematikan rokok sebelum masuk rumah				

Keterangan:

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

Lampiran 4. Lembar Observasi  
Penilaian Kemampuan Menyediakan Sarana Mematikan Rokok

No.	Kode Responden	Kemampuan		
		Menyediakan Alat dan Bahan	Merangkai Bahan	Menyelesaikan Tepat Waktu
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

## Lampiran 5. Materi Penyuluhan

### BAHAYA ASAP ROKOK PADA PEROKOK PASIF



Perokok pasif juga memiliki potensi terkena kanker seperti perokok aktif. Dalam jangka Panjang Paparan asap rokok merupakan faktor risiko penyakit kanker paru. Selain kanker paru, bahaya asap rokok bagi perokok pasif juga membuatnya rentan mengalami berbagai macam kanker, seperti:

- Kanker laring
- Kanker tenggorokan
- Kanker otak
- Kanker kandung kemih
- Kanker lambung
- Kanker payudara dsb

### BAHAYA ASAP ROKOK PADA PEROKOK PASIF

Selain kanker, perokok pasif juga sama beresikonya untuk terkena penyakit jantung seperti perokok aktif. Meski tidak pernah merokok sebelumnya, perokok pasif bisa mengalami peningkatan risiko penyakit jantung hingga sekitar 25-30 persen. Hal ini tentu saja jika dibandingkan dengan mereka yang tidak pernah terkena paparan asap rokok.

### BAHAYA ASAP ROKOK PADA PEROKOK PASIF



Paparan asap rokok pada anak merupakan masalah pediatrik utama dan dikaitkan dengan peningkatan risiko sindrom kematian bayi mendadak.

Paparan asap rokok saat anak pada periode embrio dapat mengakibatkan terjadinya abortus spontan (keguguran)

pada periode fetus mengakibatkan persalinan prematur dan berat badan bayi rendah (BBLR)

pada periode bayi meningkatnya risiko asma dan keterlambatan perkembangan mental

### Cara Mencegah Paparan Asap Rokok Tingkat Rumah Tangga



### BAHAYA ASAP ROKOK PADA PEROKOK PASIF

Banyak orang yang berpendapat bahwa menjadi perokok pasif aman-aman saja. Padahal asap rokok bagi perokok pasif sangat berbahaya. Oleh karenanya, anggapan ini salah besar. Meskipun tidak merokok, berada di lingkungan yang penuh asap rokok masih dapat menimbulkan efek negatif pada tubuh Anda yang sama seperti perokok itu sendiri.



CREDITS: This presentation template was created by Slidesgo, including icons by Flaticon, and infographics & images by Freepik.



### MENCEGAH PAPAN ASAP ROKOK TINGKAT RUMAH TANGGA

- Jangan biarkan anggota keluarga merokok di dalam rumah, beri tahu mereka untuk berhenti merokok atau setidaknya merokok di luar rumah
- Berikan tanda bebas asap rokok di depan pintu rumah dengan sopan sehingga para tamu akan menghargai dengan tidak merokok di rumah.
- Sediakan sarana mematikan rokok di luar rumah agar tamu atau anggota keluarga mematikan rokok mereka sebelum masuk kedalam rumah

- Beritahu babysitter untuk **menjauhkan anak dari asap rokok**
- Ajarkan anak bagaimana cara memberitahu orang lain untuk berhenti merokok di dekat mereka.
- Mengganti pakaian dan mencuci tangan/mandi sebelum menggendong bayi/anak
- **Singkirkan semua asbak** di dalam rumah
- Jika tamu meminta izin untuk merokok, katakan padanya untuk merokok di luar rumah.

Secara langsung, bahaya asap rokok yang langsung bisa dirasakan oleh perokok pasif yaitu iritasi mata dan hidung, sakit kepala, sakit tenggorokan, dan batuk.

Kemudian, terkait dengan pandemi Covid saat ini, hasil penelitian Vardavas 2020 di China menyebutkan bahwa **asap rokok ternyata menimbulkan gejala lebih parah** bagi perokok aktif maupun pasif. Dampak jangka pendek asap rokok dapat **menurunkan sel-sel imun dan sel-sel pertahanan pada saluran napas** sehingga saluran napasnya rentan terkena iritasi dan mudah dimasuki kuman sehingga mudah terinfeksi dan menimbulkan gejala seperti ISPA dan batuk berkepanjangan (FK/11).

Thanks!



CREDITS: This presentation template was created by Slidesgo, including icons by Flaticon, and infographics & images by Freepik.



## PENTINGNYA MENYEDIAKAN SARANA MEMATIKAN ROKOK DALAM UPAYA BEBAS ASAP ROKOK DI DALAM RUMAH

YUYUN S  
K012181036



Seseorang dapat terpapar residu rokok dengan menghirupnya, menelan (melalui makanan atau memasukkan jari yang terpapar ke dalam mulut seperti yang dilakukan bayi), dan penyerapan melalui kulit.

Beberapa zat beracun yang ditemukan menempel di permukaan adalah nikotin, sianida, arsenik, butana, radioactive polonium-210, dan timah hitam. Selain itu THS yang menempel di permukaan benda atau terdapat di suatu ruangan dapat bercampur dengan bahan kimia lain di area tersebut.

## MENGAPA PENTING ?

Banyak orang berpikir bahwa merokok di dalam ruangan kosong tidak akan membahayakan



Para ilmuwan di US Department of Energy Lawrence Berkeley National Laboratory (Berkeley Lab), menemukan bahaya asap rokok dan bagaimana asap itu "membekas" cukup lama di dalam ruangan meskipun rokok sudah dimatikan.

Para ilmuwan menemukan, 50 senyawa organik volatil (VOC) dan partikel udara dari asap rokok masih memiliki dampak kesehatan serius *selama 18 jam setelah rokok dipadamkan*.

3. Banyak perokok tahu asap rokok berbahaya sehingga mereka tidak merokok dekat anak-anak. Tetapi jika, misalnya, mereka berhenti merokok pada pukul dua subuh dan anak-anak pulang sekolah pukul empat sore, bahaya senyawa bekas asap rokok yang masih menempel di ruangan sebesar 60 persen.

## MENGAPA PENTING MENYEDIAKAN SARANA MEMATIKAN ROKOK DI LUAR RUMAH?

- Tamu atau anggota keluarga dapat mematikan rokok mereka sebelum masuk ke dalam rumah.
- Abu dan puntung rokok tidak berserakan dimana-mana.
- tercipta suasana rumah yang ramah lingkungan khususnya bagi anak dan wanita hamil.
- Mengurangi resiko sakit akibat asap rokok pada perokok pasif dsb.



## Sarana Mematikan Rokok

### Jenis wadah

1. Terbuat dari bahan tahan panas atau tidak mudah terbakar dan tidak tajam
2. Mudah di dapatkan di sekitar lingkungan
3. Dapat menampung puntung rokok
4. Dapat di bersihkan atau di ganti

### Letak

1. Berada diluar rumah atau diluar teras.
2. Tidak di jangkau oleh bayi atau anak kecil
3. Mudah terlihat

Lampiran 6. Hasil Uji Validitas dan Reabilitas

**Kesadaran**

Correlations																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	VAR00014	VAR00015	VAR00016
1	Pearson Correlation	1	-0.090	0.248	0.598	0.203	.815**	0.342	-0.083	.815**	0.404	.692*	0.519	0.000	0.544	0.553	.765**
	Sig. (2-tailed)		0.805	0.489	0.068	0.573	0.004	0.333	0.820	0.004	0.247	0.027	0.124	1.000	0.104	0.097	0.010
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
2	Pearson Correlation	-0.090	1	0.441	-0.193	-0.405	-0.244	-0.387	-.762*	0.132	0.326	-0.022	0.204	0.361	0.000	-0.523	-0.093
	Sig. (2-tailed)	0.805		0.202	0.593	0.246	0.496	0.270	0.010	0.717	0.357	0.951	0.573	0.305	1.000	0.121	0.799
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
3	Pearson Correlation	0.248	0.441	1	-0.356	-0.091	0.156	-0.459	-.852**	0.156	0.181	-0.248	0.100	.667*	-0.304	-0.318	-0.124
	Sig. (2-tailed)	0.489	0.202		0.312	0.803	0.667	0.182	0.002	0.667	0.617	0.490	0.784	0.035	0.393	0.371	0.734
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
4	Pearson Correlation	0.598	-0.193	-0.356	1	0.194	0.292	.674*	0.238	0.501	0.290	.695*	0.452	-0.200	0.610	.822**	.747*

	Sig. (2-tailed)	0.068	0.593	0.312		0.591	0.413	0.032	0.509	0.140	0.417	0.026	0.190	0.579	0.061	0.004	0.013
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
5	Pearson Correlation	0.203	-0.405	-0.091	0.194	1	0.270	.772**	0.414	0.412	0.444	-0.034	0.353	-0.364	0.000	0.414	0.495
	Sig. (2-tailed)	0.573	0.246	0.803	0.591		0.451	0.009	0.234	0.237	0.199	0.926	0.317	0.302	1.000	0.234	0.146
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
6	Pearson Correlation	.815**	-0.244	0.156	0.292	0.270	1	0.287	0.156	.756*	0.423	0.493	0.482	-0.156	0.428	0.281	.641*
	Sig. (2-tailed)	0.004	0.496	0.667	0.413	0.451		0.422	0.667	0.011	0.223	0.148	0.159	0.667	0.218	0.431	0.046
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
7	Pearson Correlation	0.342	-0.387	-0.459	.674*	.772**	0.287	1	0.561	0.466	0.498	0.469	0.525	-0.401	0.524	.754*	.798**
	Sig. (2-tailed)	0.333	0.270	0.182	0.032	0.009	0.422		0.092	0.175	0.143	0.172	0.119	0.250	0.120	0.012	0.006
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8	Pearson Correlation	-0.083	-.762*	-.852**	0.238	0.414	0.156	0.561	1	-0.017	-0.181	0.165	-0.122	-.722*	0.203	0.389	0.193
	Sig. (2-tailed)	0.820	0.010	0.002	0.509	0.234	0.667	0.092		0.962	0.617	0.649	0.738	0.018	0.574	0.267	0.593
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	Pearson Correlation	.815**	0.132	0.156	0.501	0.412	.756*	0.466	-0.017	1	0.593	0.493	.637*	-0.156	0.428	0.281	.775**

	Sig. (2-tailed)	0.004	0.717	0.667	0.140	0.237	0.011	0.175	0.962		0.071	0.148	0.048	0.667	0.218	0.431	0.009
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
10	Pearson Correlation	0.404	0.326	0.181	0.290	0.444	0.423	0.498	-0.181	0.593	1	0.302	.917**	0.000	0.396	0.172	.711*
	Sig. (2-tailed)	0.247	0.357	0.617	0.417	0.199	0.223	0.143	0.617	0.071		0.396	0.000	1.000	0.257	0.634	0.021
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	Pearson Correlation	.692*	-0.022	-0.248	.695*	-0.034	0.493	0.469	0.165	0.493	0.302	1	0.407	-0.139	.932**	.669*	.770**
	Sig. (2-tailed)	0.027	0.951	0.490	0.026	0.926	0.148	0.172	0.649	0.148	0.396		0.244	0.701	0.000	0.034	0.009
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
12	Pearson Correlation	0.519	0.204	0.100	0.452	0.353	0.482	0.525	-0.122	.637*	.917**	0.407	1	0.149	0.545	0.285	.791**
	Sig. (2-tailed)	0.124	0.573	0.784	0.190	0.317	0.159	0.119	0.738	0.048	0.000	0.244		0.681	0.103	0.425	0.006
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
13	Pearson Correlation	0.000	0.361	.667*	-0.200	-0.364	-0.156	-0.401	-.722*	-0.156	0.000	-0.139	0.149	1	0.000	-0.212	-0.150
	Sig. (2-tailed)	1.000	0.305	0.035	0.579	0.302	0.667	0.250	0.018	0.667	1.000	0.701	0.681		1.000	0.557	0.680
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
14	Pearson Correlation	0.544	0.000	-0.304	0.610	0.000	0.428	0.524	0.203	0.428	0.396	.932**	0.545	0.000	1	0.581	.781**

	Sig. (2-tailed)	0.104	1.000	0.393	0.061	1.000	0.218	0.120	0.574	0.218	0.257	0.000	0.103	1.000		0.078	0.008
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
15	Pearson Correlation	0.553	-0.523	-0.318	.822**	0.414	0.281	.754*	0.389	0.281	0.172	.669*	0.285	-0.212	0.581	1	.704*
	Sig. (2-tailed)	0.097	0.121	0.371	0.004	0.234	0.431	0.012	0.267	0.431	0.634	0.034	0.425	0.557	0.078		0.023
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
16	Pearson Correlation	.765**	-0.093	-0.124	.747*	0.495	.641*	.798**	0.193	.775**	.711*	.770**	.791**	-0.150	.781**	.704*	1
	Sig. (2-tailed)	0.010	0.799	0.734	0.013	0.146	0.046	0.006	0.593	0.009	0.021	0.009	0.006	0.680	0.008	0.023	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).																	
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).																	

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0.839	15

### Kemauan

Correlations												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pearson Correlation	1	.792**	- 0.299	- 0.128	.778**	.802**	.742*	.727*	.894**	.880**	.895**
	Sig. (2-tailed)		0.006	0.402	0.724	0.008	0.005	0.014	0.017	0.000	0.001	0.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
2	Pearson Correlation	.792**	1	- 0.201	- 0.192	.851**	.729*	.943**	0.504	.689*	.922**	.879**
	Sig. (2-tailed)	0.006		0.577	0.596	0.002	0.017	0.000	0.137	0.028	0.000	0.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
3	Pearson Correlation	- 0.299	- 0.201	1	.879**	- 0.210	0.080	- 0.285	- 0.190	- 0.334	- 0.114	0.019
	Sig. (2-tailed)	0.402	0.577		0.001	0.560	0.827	0.425	0.599	0.346	0.754	0.959
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
4	Pearson Correlation	- 0.128	- 0.192	.879**	1	- 0.156	0.240	- 0.312	- 0.105	- 0.143	- 0.079	0.107
	Sig. (2-tailed)	0.724	0.596	0.001		0.666	0.505	0.380	0.773	0.693	0.828	0.769
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

5	Pearson Correlation	.778**	.851**	- 0.210	- 0.156	1	.831**	.860**	.697*	.745*	.851**	.901**
	Sig. (2-tailed)	0.008	0.002	0.560	0.666		0.003	0.001	0.025	0.013	0.002	0.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
6	Pearson Correlation	.802**	.729*	0.080	0.240	.831**	1	.680*	0.535	.747*	.847**	.917**
	Sig. (2-tailed)	0.005	0.017	0.827	0.505	0.003		0.031	0.111	0.013	0.002	0.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
7	Pearson Correlation	.742*	.943**	- 0.285	- 0.312	.860**	.680*	1	0.453	.711*	.849**	.822**
	Sig. (2-tailed)	0.014	0.000	0.425	0.380	0.001	0.031		0.189	0.021	0.002	0.003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
8	Pearson Correlation	.727*	0.504	- 0.190	- 0.105	.697*	0.535	0.453	1	0.508	.664*	.703*
	Sig. (2-tailed)	0.017	0.137	0.599	0.773	0.025	0.111	0.189		0.134	0.036	0.023
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
9	Pearson Correlation	.894**	.689*	- 0.334	- 0.143	.745*	.747*	.711*	0.508	1	.689*	.787**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.028	0.346	0.693	0.013	0.013	0.021	0.134		0.028	0.007
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

10	Pearson Correlation	.880**	.922**	-0.114	-0.079	.851**	.847**	.849**	.664*	.689*	1	.944**
	Sig. (2-tailed)	0.001	0.000	0.754	0.828	0.002	0.002	0.002	0.036	0.028		0.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	Pearson Correlation	.895**	.879**	0.019	0.107	.901**	.917**	.822**	.703*	.787**	.944**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.001	0.959	0.769	0.000	0.000	0.003	0.023	0.007	0.000	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).												
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).												

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0.885	10

## Lampiran 7. Hasil Uji SPSS

### 1. Analisis Univariat

#### Distribusi Frekuensi Kelompok Intervensi

		Umur			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	< 21 tahun	1	5.0	5.0	5.0
	21-30 tahun	5	25.0	25.0	30.0
	31-40 tahun	6	30.0	30.0	60.0
	41-50 tahun	6	30.0	30.0	90.0
	> 50 tahun	2	10.0	10.0	100.0
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

		JK			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Laki-laki	20	100.0	100.0	100.0

		Pendidikan			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	SD	8	40.0	40.0	40.0
	SMP, SMA	8	40.0	40.0	80.0
	D3, S1	4	20.0	20.0	100.0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

		Pekerjaan			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Petani, Nelayan	11	55.0	55.0	55.0
	Wiraswasta	1	5.0	5.0	60.0
	Karyawan Swasta	2	10.0	10.0	70.0
	Lainnya	6	30.0	30.0	100.0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

		Status Kawin			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Belum Kawin	5	25.0	25.0	25.0
	Kawin	14	70.0	70.0	95.0
	Cerai	1	5.0	5.0	100.0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

		Keberadaan Lansia			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Ada	20	100.0	100.0	100.0

		Kategori Kesadaran-pre			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Baik	6	30.0	30.0	30.0
	Cukup	14	70.0	70.0	100.0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

		Kategori Kemauan-pre			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Baik	10	50.0	50.0	50.0
	Cukup	10	50.0	50.0	100.0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

		Post Kategori Kesadaran			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Baik	10	50.0	50.0	50.0
	Cukup	10	50.0	50.0	100.0
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**Post Kategori Kemauan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	15	75.0	75.0	75.0
	Cukup	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Kategori Kemampuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	20	100.0	100.0	100.0

**Distribusi frekuensi Kelompok Kontrol****Umur**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-30 tahun	5	25.0	25.0	25.0
	31-40 tahun	7	35.0	35.0	60.0
	41-50 tahun	4	20.0	20.0	80.0
	> 50 tahun	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**JK**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	20	100.0	100.0	100.0

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	3	15.0	15.0	15.0
	SMP, SMA	16	80.0	80.0	95.0
	D3, S1	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petani, Nelayan	12	60.0	60.0	60.0
	Wiraswasta	4	20.0	20.0	80.0
	Karyawan Swasta	3	15.0	15.0	95.0
	Lainnya	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Status Kawin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	18	90.0	90.0	90.0
	Cerai	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Keberadaan Lansia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	20	100.0	100.0	100.0

**Kategori Kesadaran-Pre**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	3	15.0	15.0	15.0
	Cukup	17	85.0	85.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Kategori Kemauan-Pre**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	10	50.0	50.0	50.0
	Cukup	10	50.0	50.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Post Kategori Kesadaran**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	3	15.0	15.0	15.0
	Cukup	17	85.0	85.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Post Kategori Kemauan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	13	65.0	65.0	65.0
	Cukup	7	35.0	35.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

**Kontrol Kemampuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	14	70.0	70.0	70.0
	Baik	6	30.0	30.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

2. Uji Normalitas

**Uji NormalitasKelompok Intervensi  
Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre_Kesadaran	0.119	20	.200 <sup>*</sup>	0.956	20	0.475
Pre_Kemauan	0.130	20	.200 <sup>*</sup>	0.979	20	0.923
Post_Kesadaran	0.141	20	.200 <sup>*</sup>	0.939	20	0.234
Post_Kemauan	0.187	20	0.066	0.937	20	0.215

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

## Uji Normalitas Kelompok Kontrol

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre_Kesadaran	0.159	20	0.197	0.885	20	0.022
Pre_Kemauan	0.124	20	.200*	0.956	20	0.459
Post_Kesadaran	0.134	20	.200*	0.911	20	0.067
Post_Kemauan	0.149	20	.200*	0.951	20	0.388

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

## Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Intervensi_Kemampuan		20			20	
Kontrol_Kemampuan	0.331	20	0.000	0.687	20	0.000

a. Lilliefors Significance Correction

### 3. Analisis Bivariat

#### a. Paired t-test

Uji statistik untuk mengetahui perbedaan tingkat kesadaran dan kemauan *pre-post* pada kelompok intervensi, serta untuk mengetahui perbedaan tingkat kemauan *pre-post* pada kelompok kontrol (Tujuan 1 & 2)

#### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pre Intervensi Kesadaran	28.20	20	3.955	.884
	Post Intervensi Kesadaran	30.45	20	3.456	.773
Pair 2	Pre Intervensi Kemauan	22.90	20	2.713	.607
	Post Intervensi Kemauan	24.60	20	2.741	.613
Pair 3	Pre Kontrol Kemauan	23.05	20	3.332	.745
	Post Kontrol Kemauan	24.15	20	3.014	.674

### Paired Samples Test

		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
					Mean	Lower			
Pair 1	Pre Intervensi Kesadaran - Post Intervensi Kesadaran	-2.250	1.713	.383	-3.052	-1.448	-5.874	19	.000
Pair 2	Pre Intervensi Kemauan - Post Intervensi Kemauan	-1.700	2.812	.629	-3.016	-.384	-2.704	19	.014
Pair 3	Pre Kontrol Kemauan - Post Kontrol Kemauan	-1.100	1.586	.355	-1.842	-.358	-3.101	19	.006

#### b. Wilcoxon

Uji statistik untuk mengetahui perbedaan tingkat kesadaran *pre-post* pada kelompok kontrol (Tujuan 2)

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre Kontrol Kesadaran	20	25.40	5.009	20	36
Post Kontrol Kesadaran	20	27.85	3.631	23	36

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Post Kontrol Kesadaran - Pre Kontrol Kesadaran
Z	-3.639 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. *Independent t-test*

Uji statistik untuk mengetahui perbedaan kesadaran (*post-test*), kemauan (*pre-test* dan *post-test*) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Tujuan 3)

Group Statistics					
	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Post_Kesadaran	Intervensi	20	30.45	3.456	.773
	Kontrol	20	27.85	3.631	.812
Pre_Kemauan	Intervensi	20	22.90	2.713	.607
	Kontrol	20	23.05	3.332	.745
Post_Kemauan	Intervensi	20	24.6000	2.74149	.61302
	Kontrol	20	24.1500	3.01357	.67385

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Post_Kesadaran	Equal variances assumed	.191	.664	2.319	38	.026	2.600	1.121	.331	4.869
	Equal variances not assumed			2.319	37.907	.026	2.600	1.121	.331	4.869
Pre_Kemauan	Equal variances assumed	.985	.327	-.156	38	.877	-.150	.961	-2.095	1.795
	Equal variances not assumed			-.156	36.498	.877	-.150	.961	-2.098	1.798
Post_Kemauan	Equal variances assumed	.531	.471	.494	38	.624	.45000	.91097	-1.39416	2.29416
	Equal variances not assumed			.494	37.665	.624	.45000	.91097	-1.39470	2.29470

d. *Mann-Whitney Test*

Uji statistik untuk mengetahui perbedaan kesadaran (*pre-test*) dan kemampuan antara kelompok kontrol dan intervensi (Tujuan 3)

**KESADARAN**

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre_Kesadaran	40	26.80	4.675	20	36
Grup	40	1.50	.506	1	2

**KESADARAN**

Pre_Kesadaran	
Mann-Whitney U	129.000
Wilcoxon W	339.000
Z	-1.931
Asymp. Sig. (2-tailed)	.054
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.056 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Grup

b. Not corrected for ties.

**KEMAMPUAN**

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Kemampuan	40	2.02	1.368	0	3
Grup	40	1.50	.506	1	2

**Test Statistics<sup>a</sup>**

Kemampuan	
Mann-Whitney U	60.000
Wilcoxon W	270.000
Z	-4.512
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Grup

b. Not corrected for ties.

e. Uji kemauan dan hubungan

Uji statistik untuk mengetahui responden yang memiliki kesadaran kemauan dan kemampuan dalam menyediakan sarana mematikan rokok.

#### 4. Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kategori kesadaran intervensi	20	1.50	.513	1	2
kategori kemauan intervensi	20	1.25	.444	1	2
kategori kesadaran kontrol	20	1.85	.366	1	2
kategori kemauan kontrol	20	1.35	.489	1	2
kemampuanintervensi	20	1.00	.000	1	1
kemampuankontrol	20	1.70	.470	1	2

### McNemar Test

#### Crosstabs

##### kategori kesadaran intervensi & kategori kemauan intervensi

kategori kesadaran intervensi	kategori kemauan intervensi	
	baik	cukup
baik	8	2
cukup	7	3

##### kategori kesadaran intervensi & kemampuanintervensi

kategori kesadaran intervensi	kemampuanintervensi	
	MAMPU	TIDAK MAMPU
Baik	10	0
Cukup	10	0

##### kategori kemauan intervensi & kemampuanintervensi

kategori kemauan intervensi	kemampuanintervensi	
	MAMPU	TIDAK MAMPU
Baik	15	0
Cukup	5	0

##### kategori kesadaran kontrol & kategori kemauan kontrol

kategori kesadaran kontrol	kategori kemauan kontrol	
	baik	cukup
baik	3	0
cukup	10	7

##### kategori kesadaran kontrol & kemampuankontrol

kategori kesadaran kontrol	kemampuankontrol	
	MAMPU	TIDAK MAMPU
baik	0	3
cukup	6	11

##### kategori kemauan kontrol & kemampuankontrol

kategori kemauan kontrol	kemampuankontrol	
	MAMPU	TIDAK MAMPU
baik	6	7
cukup	0	7

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	kategori kesadaran intervensi & kemauan intervensi	kategori kesadaran intervensi & kemampuan intervensi	kategori kemauan intervensi & kemampuan intervensi	kategori kesadaran kontrol & kategori kemauan kontrol	kategori kesadaran kontrol & kemampuan kontrol	kategori kemauan kontrol & kemampuan kontrol
N	20	20	20	20	20	20
Exact Sig. (2-tailed)	.180 <sup>b</sup>	.002 <sup>b</sup>	.063 <sup>b</sup>	.002 <sup>b</sup>	.508 <sup>b</sup>	.016 <sup>b</sup>

a. McNemar Test

c. Binomial distribution used.

d.

## Uji kesetaraan

Uji statistic mengetahui bahwa kelompok intervensi dan kontrol mempunyai keadaan dan kemampuan pemahaman materi yang sama.

### Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pre_Kemauan	Intervensi	20	22.90	2.713	.607
	Kontrol	20	23.05	3.332	.745
Pre_Kesadaran	Intervensi	20	28.20	3.955	.884
	Kontrol	20	25.40	5.009	1.120
Umur	Intervensi	20	37.65	11.080	2.478
	Kontrol	20	39.00	13.255	2.964
Pendidikan	Intervensi	20	1.80	.768	.172
	Kontrol	20	1.90	.447	.100
Pekerjaan	Intervensi	20	2.15	1.387	.310
	Kontrol	20	1.65	.933	.209
StatusKawin	Intervensi	20	.80	.523	.117
	Kontrol	20	1.10	.308	.069

### Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Pre_Kesadaran	Based on Mean	.601	1	38	.443
	Based on Median	.516	1	38	.477
	Based on Median and with adjusted df	.516	1	34.333	.477
	Based on trimmed mean	.538	1	38	.468
Pre_Kemauan	Based on Mean	.985	1	38	.327
	Based on Median	.875	1	38	.355
	Based on Median and with adjusted df	.875	1	36.986	.356
	Based on trimmed mean	.940	1	38	.338
Umur	Based on Mean	.520	1	38	.475
	Based on Median	.478	1	38	.493
	Based on Median and with adjusted df	.478	1	36.789	.493
	Based on trimmed mean	.450	1	38	.506
Pendidikan	Based on Mean	9.724	1	38	.003
	Based on Median	7.600	1	38	.009
	Based on Median and with adjusted df	7.600	1	36.538	.009
	Based on trimmed mean	9.895	1	38	.003
Pekerjaan	Based on Mean	11.636	1	38	.002
	Based on Median	1.789	1	38	.189
	Based on Median and with adjusted df	1.789	1	33.279	.190
	Based on trimmed mean	10.615	1	38	.002

## Lampiran 8. Etik Penelitian



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
 Sekretariat :  
 Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, 516-005,  
 Fax (0411) 586013E-mail : [kepjkfmuh@gmail.com](mailto:kepjkfmuh@gmail.com), website : [www.fkm.unhas.ac.id](http://www.fkm.unhas.ac.id)

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK**  
 Nomor 8028/UN4.14.1/TP.02.02/2020

Tanggal : 20 Oktober 2020

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No.Protokol	25820082302	No. Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	<b>Yyun S</b>	Sponsor	<b>BPPSDM</b>
Judul Peneliti	<b>Pemberdayaan Masyarakat dalam Menyediakan Sarana Mematikan Rokok di Pesisir Kabupaten Luwu Utara</b>		
No.Versi Protokol	1	Tanggal Versi	25 Agustus 2020
No.Versi PSP	1	Tanggal Versi	25 Agustus 2020
Tempat Penelitian	<b>Desa Tolada dan Desa Tokke Kec. Malangke Kab. Luwu Utara</b>		
Judul Review	<input type="checkbox"/> Exempted <input checked="" type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard	Masa Berlaku <b>20 Oktober 2020 sampai 20 Oktober 2021</b>	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama : Prof.dr.Veni Hadju,M.Sc,Ph.D	Tanda tangan 	 20 Oktober 2020
Sekretaris komisi Etik Penelitian	Nama : Nur Arifah,SKM,MA	Tanda tangan 	 20 Oktober 2020

**Kewajiban Peneliti Utama :**

1. Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
2. Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
3. Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
4. Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
5. Melaporkan penyimpangan dari protocol yang disetujui (protocol deviation/violation)
6. Mematuhi semua peraturan yang ditentukan

Lampiran 9. Surat Keterangan Selesai Penelitian

  
**PEMERINTAH KABUPATEN LUWU UTARA**  
**KECAMATAN MALANGKE**  
**DESA TOKKE**

---

Jl. Hutan Mangrove Desa Tokke Kecamatan Malangke Kabupaten Luwu Utara W.P. 09963

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**  
Nomor : 470/673/DSY-KM/X/2020

Yang bertanda tangan dibawah ini :

**N a m a** : ZAENUL SAKIRS.  
**Jabatan** : Sekretaris Desa Tokke

Memerangkan bahwa :

**N a m a** : YUYUN S  
**Jenis Kelamin** : Perempuan  
**Nomer Pokok** : K012181036  
**Pekerjaan** : Mahasiswa(i) S2  
**Program Studi** : Kesehatan Masyarakat ( PKCIP )  
**Judul Penelitian** : "Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menyediakan Sarana Mematikan Rokok Di Wilayah Pesisir Pantai Kabupaten Luwu Utara"

Berdasarkan surat Dinas Perencanaan Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Luwu Utara Nomor : 16282/00/KS0/SKP/DPMPTSP/IX/2020 tentang izin Penelitian dengan ini kami sampaikan bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian pada tanggal 15 September 2020 s/d 08 Oktober 2020 di Desa Tokke Kecamatan Malangke Kabupaten Luwu Utara.

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,  
A. H. Sema Desa Tokke  
(Sekretaris Desa)

  
**ZAENUL SAKIRS.**





**PEMERINTAH KABUPATEN LUWU UTARA  
KECAMATAN MALANGKE  
DESA TOLADA**

*Kantor: Jl. Dg. Mangatta Desa Tolada Kecamatan Malangke Kab. Luwu Utara HP: 082 333 222 79*

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

Nomor : 140 / 1329/ DST / X/ 2020

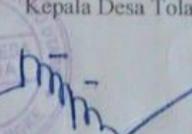
Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Desa Tolada Kecamatan Malangke Kabupaten Luwu Utara menerangkan bahwa :

Nama	: YUYUN S
Jenis Kelamin	: Perempuan
Nomor Pokok	: K012181036
Pekerjaan	: Mahasiswa (i) S2
Program Studi	: Kesehatan Masyarakat (PKIP)
Judul Penelitian	: Pemberdayaan Masyarakat dalam Menyediakan Sarana Mematikan Rokok di Wilayah Pesisir Pantai Kab. Luwu Utara.

Berdasarkan Surat Pemerintah Kabupaten Luwu Utara Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja Nomor: 16282/00830/SKP/DMPTSP/2020 tentang izin penelitian pada tanggal 15 September 2020 s/d 09 Oktober 2020 di Desa Tolada Kecamatan Malangke Kab. Luwu Utara.

Demikian Surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,  
Kepala Desa Tolada

  
**ANDI ZULPADLI, SE**

## Lampiran 10. Dokumentasi Penelitian



Rapat Persiapan



Pre –tes dan kegiatan intervensi



Post-tes



mbuatan sarana mematikan rokok



Contoh pembuatan sarana mematikan rokok di kegiatan simulasi



Hasil akhir pembuatan sarana mematikan rokok yang dipasang di rumah masyarakat

## Lampiran 11. Biodata Peneliti



### A. Data Pribadi

1. Nama : Yuyun S
2. Tempat/Tanggal Lahir : Baebunta, 27 April 1987
3. Alamat : Desa Salulemo  
Kec. Baebunta, Kab. Luwu Utara
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Suku/Bangsa : Bugis/Indonesia
6. Agama : Islam
7. Email : Yuyunsande@gmail.com

### B. Riwayat Pendidikan

1. 1993 – 1996 SD Negeri 127 Salulemo
2. 1996 – 1999 SD Negeri 367 Pabbaresseng
3. 1999 – 2000 SMP Negeri 1 Poso
4. 2000 – 2002 SMP Negeri 1 Masamba
5. 2002 – 2004 SMA Cokroaminoto Palopo
6. 2004 – 2005 SMA Negeri 1 Palopo
7. 2005 – 2009 Universitas Veteran RI Makassar  
Fakultas Kesehatan Masyarakat
8. 2018 – 2020 Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu  
Perilaku