



# Persepsi masyarakat terhadap kawasan tanpa rokok di terminal Dara

*Community perception of non-smoking area in Dara terminal*

Zahratul Hayati<sup>1</sup>, Yayi Suryo Prabandari<sup>1</sup>, Trisasi Lestari<sup>2</sup>

Dikirim: 06 April 2016 Diterima: 15 Agustus 2016 Dipublikasi: 01 Januari 2017

## Abstrak

**Tujuan:** Untuk mengetahui persepsi pengguna Terminal Dara Kota Bima mengenai upaya inisiasi kawasan tanpa rokok di area terminal Dara Kota Bima Nusa Tenggara Barat. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pemilihan subjek penelitian ditentukan secara purposive (petugas terminal, pengunjung dan penjual di terminal). Pengumpulan data dilakukan dengan observasi pada bulan Agustus selama 2 minggu dan wawancara mendalam terhadap 20 informan pengguna terminal. Data di analisis dengan teknik content analysis. **Hasil:** Masyarakat pengguna terminal mengerti rokok menyebabkan sakit yang serius bahkan dapat menimbulkan kematian, masyarakat diuntungkan dengan adanya KTR di terminal karena dapat mengakses terminal tanpa takut terpapar asap rokok, diperlukan kerja sama dengan pihak lain untuk mengurangi jumlah perokok di terminal. Hambatan yang mungkin muncul dalam upaya inisiasi KTR ini adalah perilaku merokok di terminal yang sudah dianggap biasa dan pedagang rokok yang merasa terancam karena rokok adalah barang yang sering dicari oleh perokok yang ada di terminal. Kawasan tanpa rokok dianggap bisa terlaksana jika peraturan tersebut realistis, disosialisasikan dengan baik kepada masyarakat dan masyarakat tunduk pada peraturan pemerintah. **Kesimpulan:** Inisiasi KTR di Terminal Dara terlaksana jika ada kebijakan tentang KTR, kerjasama dengan pihak terkait dan diikuti dengan sosialisasi secara menyeluruh agar masyarakat yang mengakses terminal mengetahui dan mematuhi kebijakan KTR yang akan terbentuk.

**Kata kunci:** perilaku merokok; kawasan tanpa rokok; terminal

## Abstract

**Purpose:** To determine the passengers' perceptions about the effort to authorize Dara terminal of Bima city as nonsmoking area. **Methods:** This study is a qualitative research with phenomenological approach. Selection of subject is determined by purposive (terminal, workers, passenger and sellers in the terminal). Data is collected by observation in August for 2 weeks and in-depth interviews to 20 informantsof the terminal user. Data is analyzed by using content analysis technique. **Results:** Terminal users understand that: (1) smoking affects serious illness and even can cause death, (2) the public are benefited from the terminal as KTR, because they can access terminal without fear of exposure, (3) it is needed to cooperate with other parties to reduce the number of smokers in terminal. Obstacles that may present in this effort to authorize KTR is smoking habit in the terminal which is considered normal and traders who feel threatened because cigarette smoking is the goods that are often bought by smokers in the terminal. Nonsmoking area is considered can be implemented if the regulation is realistic, well socialized to people, and the communities obey to the regulation. **Conclusions:** The initiation of KTR in Dara terminal of Bima City can be accomplished if there is a policy of KTR, in cooperation with relevant parties and followed by a thorough socialization so that people who access the terminal can determine and adhere to the KTR policies that will be formed.

**Keywords:** smoking habit; non-smoking area; terminal

<sup>1</sup> Departemen Perilaku Kesehatan, Lingkungan, dan Kedokteran Sosial, UGM  
(zahratulhayati\_fkmuh@rocketmail.com)

<sup>2</sup> Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, UGM

## PENDAHULUAN

Perilaku merokok sudah menjadi kebiasaan masyarakat. Tiap tahunnya tembakau membunuh hingga 6 juta orang dan menyebabkan lebih dari setengah triliun dolar kerusakan ekonomi setiap tahunnya. Meskipun penggunaan tembakau terus menjadi penyebab global terkemuka, akan tetapi WHO dapat mencegah epidemi mematikan ini menggunakan 6 langkah pengendalian tembakau yang paling efektif untuk mengurangi penggunaan tembakau. Langkah-langkah tersebut adalah: memonitor penggunaan tembakau dan pencegahan dengan kebijakan, melindungi orang dari asap rokok, menawarkan bantuan untuk berhenti menggunakan tembakau, memperingati orang tentang bahaya tembakau, menegakkan larangan pada iklan rokok, promosi dan sponsor oleh perusahaan rokok dan menaikkan pajak produk tembakau. Langkah-langkah ini memberikan bantuan kepada negara-negara untuk mengurangi penyakit terkait, kecacatan dan kematian yang disebabkan oleh penggunaan tembakau[1]. Perilaku merokok ini, pada umumnya dilakukan dengan berbagai alasan menurut persepsi perokok, seperti untuk menghilangkan stres, agar terlihat jantan, atau iseng saja, alasan lain agar terlihat keren, dapat menimbulkan perasaan relaks, menjadi lebih terkenal dan terlihat muda[2,3].

Teori health belief model dapat membantu menjelaskan persepsi-persepsi yang dimiliki oleh masyarakat. Persepsi-persepsi tersebut meliputi persepsi tentang keparahan suatu penyakit (perceived severity), persepsi mengenai kerentanan (perceived susceptibility), persepsi mengenai manfaat (perceived benefit), persepsi mengenai hambatan (per-

ceived barrier), prasyarat dalam melakukan tindakan (cues to action), dan self efficacy. Dengan diketahuinya persepsi-persepsi tersebut, akan diketahui faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang, termasuk perilaku masyarakat dalam upaya menginisiasi kawasan tanpa rokok [4].

Penerapan kawasan tanpa rokok di Nusa Tenggara Barat, khususnya di Kota Bima, masih dalam taraf sosialisasi. Masih banyak area yang seharusnya merupakan kawasan penerapan KTR belum tersentuh sama sekali, salah satunya adalah Terminal Dara Kota Bima. Selain belum diterapkan KTR di Terminal Dara, diharapkan dengan adanya KTR di Terminal Dara kelak dapat menertibkan perokok dan mencegah agar asap rokok yang dihasilkan tidak terhirup oleh orang lain yang bukan perokok. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persepsi masyarakat Kota Bima mengenai upaya inisiasi kawasan tanpa rokok di Kota Bima Nusa Tenggara Barat.

## METODE

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Metode pengumpulan data pada penelitian ini dengan cara wawancara mendalam menggunakan panduan wawancara, observasi terhadap perilaku merokok masyarakat yang mengakses terminal.

### *Rekrutmen dan karakteristik informan*

Informan dalam penelitian ini disesuaikan dengan pertimbangan peneliti, disesuaikan dengan tingkat lama para informan beraktifitas dan menggunakan fasilitas terminal sehingga dapat memberikan sesuai dengan keadaan yang ada di terminal. Adapun karakteristiknya sebagai berikut:

Tabel 1 Karakteristik informan wawancara mendalam

Karakteristik	Jumlah informan	Inisial	Jenis kelamin	Umur	Pendidikan terakhir	Pekerjaan
Petugas non perokok	3 orang	SWS	L	41	S1	Pegawai DISHUBKOMINFO
		SPT		40	S1	Pegawai DISHUBKOMINFO
		BDM		37	SMA	Pegawai DISHUBKOMINFO
Petugas perokok	3 orang	RDW	L	43	S1	Pegawai DISHUBKOMINFO
		BHD		41	SMA	Pegawai DISHUBKOMINFO
		HRS		38	SMA	Pegawai DISHUBKOMINFO
Pengunjung non perokok	6 orang	NJH	P	38	S1	PNS
		SHT		39	SMA	URT
		SHN		32	SMA	Wiraswasta
		SFD		57	S1	PNS
		ARD		29	S1	PNS
		SYD		54	SMA	Pegawai swasta
Pengunjung perokok	3 orang	KRL	L	30	SMA	Wiraswasta
		IWN		44	SMA	Pegawai swasta
		ALW		45	S1	PNS
Penjual non perokok	3 orang	TTM	P	30	SMP	Pedagang
		AMN		48	SMA	Pedagang
		SKM		37	SMA	Pedagang
Penjual perokok	2 orang	GMA	L	51	S1	Pedagang
		YHY		42	SMA	Pedagang

Wawancara mendalam dengan informan petugas terminal dilakukan di kantor terminal Dara Kota Bima Nusa Tenggara Barat, yaitu sesuai dengan arahan dan kesepakatan kepala Terminal, informan dipanggil melalui pengeras suara bagian informasi terminal, di dalam ruangan hanya ada peneliti dan informan, hal ini merupakan ide dari kepala terminal sendiri agar menjaga tidak terganggu oleh kebisingan di luar ruangan area terminal. Wawancara dengan pengunjung terminal dilakukan dengan 2 orang informan per hari, dengan membuat perjanjian awal informan bersedia sewaktu-waktu dihubungi jika terdapat kekurangan data, mengingat para pengunjung akan bepergian, sehingga alamat dan kontak informan harus dapat diakses untuk menghindari gugurnya informan dalam penelitian. Untuk informan penjual perokok dan non perokok pada saat melakukan wawancara mendalam, peneliti sambil membantu penjual duduk-duduk menunggu pembeli di area Terminal Dara Kota Bima Nusa Tenggara Barat. Wawancara dilakukan sebanyak 1-3 kali disesuaikan dengan kebutuhan data peneliti tentang waktu yang

digunakan sebanyak 60-90 menit. Observasi dilakukan selama 2 minggu, pukul 07.30 WITA mulai terminal beraktivitas hingga pukul 20.00 WITA. Observasi ini mengamati tempat-tempat yang mungkin menjadi tempat biasanya mereka merokok dan perilaku merokok mereka, meliputi: cara memperoleh rokok (in door, dalam bus, area parkir, halaman terminal), cara membeli rokok (dibeli di warung, dibawa sendiri, diminta dari orang lain, disuguhkan orang lain), kebiasaan merokok (langsung merokok tanpa memedulikan lingkungan sekitar, merokok dengan cara menghindar agar tidak mengganggu orang lain, berpindah tempat merokok jika ditegur), jumlah batang rokok yang dihisap dalam 1 waktu rokok (1 batang, 2 batang, 3 batang atau > 3 batang), sampai dengan tindakan setelah mereka merokok (dibuang sembarangan atau di tempat sampah/asbak).

#### *Etika Penelitian*

Persetujuan dari Komisi Etik Penelitian (ethical clearance) Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada pada tanggal 22 Juli 2014. Kemudian dilakukan

pengambilan data, peneliti menjelaskan tujuan dari penelitian dan meminta kesediaan informan berhak untuk melanjutkan atau menolak wawancara.

#### *Analisis Data*

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah content analysis. Langkah-langkahnya antara lain: membuat kategori-kategori atas informasi yang diperoleh (open coding), memilih salah satu kategori dan menempatkannya dalam satu model teoritis (axial coding), kemudian dirangkai dalam sebuah cerita dari hubungan antara kategori (selective coding). Selain itu, hasil observasi juga akan diikutsertakan dalam analisis data untuk melengkapi dan menguatkan hasil wawancara dalam bentuk narasi [5].

Strategi validitas data yang akan diterapkan dalam penelitian ini adalah dengan melakukan triangulasi sumber-sumber data terhadap hasil wawancara mendalam dan hasil observasi dilakukan member checking untuk mengklarifikasi hasil wawancara. Selain itu, dilakukan peer review/peer debriefing segala yang berkaitan dengan keseluruhan jalannya penelitian kemudian dibahas bersama dengan rekan-rekan peneliti untuk mendapatkan hasil yang sesuai. [5]

#### **HASIL**

Inisiasi kawasan tanpa rokok di Kota Bima khususnya di Terminal Dara Kota Bima bisa saja diwujudkan. Hal ini, sesuai dengan hasil temuan berdasarkan persepsi persepsi dari informan.

#### *Persepsi masyarakat tentang ancaman penyakit akibat rokok*

Perokok maupun non perokok, mereka percaya bahwa ancaman penyakit akibat rokok.

##### 1. Rokok menyebabkan sakit

Perilaku merokok yang dilakukan oleh para perokok di terminal tentu saja dapat menyebabkan sakit. Bahkan, mereka menyatakan efek lanjut dari sakit yang disebabkan oleh rokok ini adalah bisa menyebabkan kematian. (...) de dampak rongko re batuk-batuk, jantung kai, paru-paru, keguguran, gangguan kehamilan, impotensi, bune tunti na aka kalombo rongko ka"(Ya dampak rokok itu batuk-batuk, bisa kena jantung, paru-paru, keguguran, gangguan kehamilan, impotensi, seperti yang tertulis di bungkus rokok itu).Meskipun informasi yang mereka ketahui hanyalah pada sampul rokok. Akan tetapi, ada informan yang menganggap rokok dapat menyebabkan sakit yang berbahaya.

##### 2. Rokok menyebabkan kecanduan

Selain ancaman sakit yang sewaktu waktu dapat mengintai mereka yakni efek dari rokok. Ancaman lain dan rokok tersebut adalah kecanduan terhadap rokok. (...)“itu dia yaaa tio wali si aka kalombo rongko ma bou mal m segala macam ku gambar-gambar na yaaa, au ma mai bou ka indoru warata kirana, bune impotensi ra bahe jantung doho re, ndai sisa rokok di made kai rongko na sire, pala ngara na nami ma waura tagia ka ba rongko re indo bade gambar rau, hambuuuu lalo dindae(itu dia yaaa, jika dilihat dari sampul rokok yang baru, ya segala macam gambar-gambar nya yah, yang baru(bungkus rokok) itu sudah tidak ada, yang seperti impotensi dan jantung(bahaya rokok sekarang yang ada rokok membunuhmu" titikberarti merokok baa menyebabkan kematian. Tetapi kami ini sudah kecanduan terhadap rokok, sudah tidak menghiraukan gambar, diskat dihisap) aja dinda) Meski telah memiliki niat untuk berhenti, ada saja sesuatu hal yang bisa menyebabkan informan dapat merokok kembali.

##### 3. Kandungan rokok

Informan mengetahui bahwa kandungan yang terdapat dalam rokok sebagian besar informan menjawab adalah nikotin hanya beberapa informan yang menjawab kandungan rokok adalah tar (...) atau ncau ya de tar labo nikodn ede mpa bade nahu ke (terjemahan: apa saja ya.. ya tar dengannikotinsaja setahu saya). Meskipun mengetahui kandungan dari rokok, tetapi tidak ada yang mengetahui bahaya dari kandungan rokok yang disebutkan

### *Persepsi masyarakat tentang keuntungan dengan adanya kawasan tanpa rokok*

#### 1. Pembatasan akses terhadap rokok

KTR diharapkan menghentikan penjualan rokok, agar kesehatan pengakses terminal tetap terjaga, udara sehat di terminal. Akan tetapi, mereka masih mengharapkan kawasan tanpa rokok yang dimaksud merupakan kawasan yang tidak total KTR. (...) wara si hidi ma memang bebas dou ma rongko, jadi wati du lao turu doho rongko na, de na taho ku lao na do ni' (terjemahan: jika memang ada tempat yang bebas yang diperuntukkan untuk perokok, akan lebih bagus lagi). Meskipun mereka mendukung akan adanya inisiasi kawasan tanpa rokok. Tetapi mereka masih memberikan kelonggaran kepada para perokok untuk merokok.

#### 2. Kerjasama dengan pihak luar untuk inisiasi kawasan tanpa rokok

Inisiasi kawasan tanpa rokok diperlukan adanya bantuan dari berbagai lintas sektor. Kerja sama dengan pihak luar yang dimaksud antara lain adalah dengan Dinas Kesehatan Kota Bima, yang dianggap mampu mewujudkan kebijakan, Dinas Kebersihan sebagai yang mampu mempercantik lingkungan terminal, dan pihak kepolisian sebagai aparat yang dapat memproses sanksi. (...) tentu saja kena sama labo dinas kesehatan kota, alum ake kan urusan kesehatan, makalampa na ara ake ya dou ta terminal, bune si spanduk ra bahe re dari di-

nas kesehatan, karawi ma ibadah ma ndake ke dindae, wara ku dou di manuku ade romo. Umum masalah tabe'a manusia ke mcoki ku si (terjemahan: tentu saja kerja sama dengan Dinas Kesehatan Kota, karena ini berkaitan dengan kesehatan, yang menjalankan tetap orang-orang di terminal anggaplah seperti spanduk (peraturan tentang rokok) ada upaya dari dinas kesehatan, pekerjaan yang mengandung ibadah (inisiasi KTR demi kesehatan orang banyak memang harus ada yang menggerakkan. Karena ini masalah perilaku sangat sulit untuk diubah). Sehingga, kerja sama dengan pihak luar untuk proses inisiasi KTR yang bisa diadopsi atau terlaksana di terminal Dara Kota Bima.

#### 3. Terminal menjadi tempat percontohan

Dampak positif dari penerapan KTR, antara lain: terminal akan menjadi tempat umum pertama atau percontohan yang menerapkan kawasan tanpa rokok meski tidak total. Terminal yang menerapkan KTR akan terjaga kebersihannya, kenyamanannya dan lingkungan sehat sekaligus bermanfaat mendidik generasi muda mengenai kawasan tanpa rokok. (...) kalo bagusnya untuk anak-anak juga kita memberi contoh untuk anak-anak, kita bina anak dari kecil sudah bagus itu, nanti efeknya kalo sudah besar, dia kan sudah paham kan merokok sudah tidak bagus, dia hiat juga kalo sudah diterapkan peraturan. Kan ooo...iya ini dilarang merokok ini, ooo... sudah ndak ada orang yang merokok ni, jadikan biasanya merokok ini kama akibatnya gara-gara salah satu orang merokok sama gara-gara ikut-ikutan pertamanya. Sehingga, tertanam dari usia dini bahwa perilaku merokok sesuatu hal yang tidak baik serta setiap peraturan harus dipatuhi.

### *Persepsi masyarakat tentang hambatan yang mungkin muncul dalam upaya inisiasi KTR*

Terdapat 5 temuan yang merupakan hambatan yang muncul dalam upaya inisiasi kawasan tanpa rokok ini, yaitu (a) Perilaku merokok, (b) Alasan merokok, (c) Cara untuk mendapatkan rokok, (d) banyaknya permintaan akan rokok, kurangnya pemahaman tentang konsep KTR.

### 1. Perilaku merokok

Informan penelitian memiliki kecenderungan merokok setelah makan, intensitas mereka merokok akan lebih sering jika di musim dingin, merokok bersama-sama dengan para petugas terminal yang merokok, tidak mengenal tempat seperti di dalam bus maupun di ruangan tunggu, ketika merokok tidak hanya sebatang, bahkan bisa menghabiskan berbatang-batang rokok. (...) Wara mau ja ku ma lao doho rongko aka hidi ngaha atau hidi lao nono kai na kahawa (terjemahan ada juga yang pergi merokok di fempat makan atau tempat minum kop) Ada juga yang merasa bahwa musim dingin makan perilaku merokok akan lebih sering lagi. busi si ai labo busi si ade re na rana mena mpa si di iu kalo hinti rau si rongko do naha mboto rau ku di hinti re ka mbora kal busi (terjemahan: jika musim dingin, dan perasaan dirasa dingin, ya jika merokok jadi hangat, makin banyak juga yang di hisap (rokok) untuk menghilangkan rasa dingin). Dengan demikian, pola perilaku yang merugikan ini tentu saja akan menjadi penghambat terlaksananya peraturan dengan maksimal.

### 2. Alasan merokok

Perilaku merokok di terminal merupakan hal yang wajar. Pelengkap ngobrol dengan teman sampai dengan mereka akan ada keinginan untuk merokok ketika melihat petugas terminal yang merokok, ada perasaan kurang jika tidak mengantongi rokok, mulut terasa asam jika tidak merokok, merokok bisa

menambah rasa percaya diri karena anggapan laki-laki tidak merokok tidak jantan, belum ada peraturan pemerintah tentang larangan merokok di terminal, dan jarang mendapatkan info tentang bahaya rokok dan peraturannya. (...) de sah-sah aja menunut nahu selama tiwara dou makanta na. Lagi pula tiwara peraturan yang mengatakan bahwa rongko tu tiloa araa ke. Ndede ku menurut saya (terjemahan: menurut saya sah-sah saja, selama tidak ada yang melarang, lagi pula tidak ada peraturan yang mengatakan bahwa dilarang merokok di sini (di terminal), begitu menurut saya). Jadi perilaku merokok di terminal terkendala bahwa tidak adanya suatu larangan terhadap perilaku tidak sehat tersebut. Meskipun para perokok mengakui bahwa perilaku merokok ini merugikan diri sendiri, maupun orang lain

### 3. Cara untuk mendapatkan rokok

Perokok, ketika ada yang menjual rokok sekitar area terminal tentu saja hal ini akan sangat mempengaruhi mereka untuk merokok, tidak segan-segan. (...) alum eda si ba nami dou ma landa rongko ka na lpi eseku meminta rokok. godaarna di ma rongko rau nami ke" (terjemahan: Jika kami perokok sudah melihat para penjual rokok, sangat tinggi godaannya untuk merokok untuk kami ini. Dengan demikian, akses untuk mendapatkan rokok merupakan faktor yang sangat berperan dalam perilaku merokok para perokok.

### 4. Banyaknya permintaan akan rokok

Para pedagang mengatakan rokok adalah barang jualan yang cepat laku dan paling banyak dicari oleh para pembeli, baik dari pihak pengunjung terminal, sopir, maupun tukang ojek bahkan petugas terminal. (...) de lyo ni, mari ke wati sikeruku labo ka lampa mu barang, kan ngara na daga, be ba ricu hina kan ngoo mpa di ma ricu rau rakana kanaha rau na (terjemahan: ya lyalah, hidup ini jika kita

tidak cepat menjual cepat barang dagangan(rokok) ya namanya juga berdagang, ketika cepat tual maka keuntungan akan cepat kita dapat. Keadaan yang berkaitan inilah yang menyebabkan perilaku merokok makin tinggi karena ada yang menyediakan rokok.

#### 5. Kurangnya pemahaman tentang konsep KTR

Informan pengakses terminal belum bisa membedakan antara kawasan tanpa rokok dan kawasan dilarang merokok. Pemahaman awal yang mereka miliki adalah kawasan dilarang merokok merupakan kawasan tanpa rokok. Meskipun ada beberapa area yang disebutkan merupakan bagian dari kawasan tanpa rokok.(...) ta hidi-hidi makalai re bune uma saki, sakola, puskesmas, pom bonsin ro aka bank doho ma kani AC aka mpa ni baida hina na dou doho ma supu doho ede mpa ni, baida naha supu mena-na, kalo aka bank doho kaatau kantor ma kani AC kan tiwarajendelana, jadi udara na de kedap ta ede-edo ncau ma rai kaina ni kan ba kabusi na ede mpa hahaha(terjemahan: tempat-tempat yang lain seperti rumah sakit sekolah, puskesmas, POM bensin dan di bank yang menggunakan AC(tempat yang dianjurkan untuk KTR, biar tidak bertambah sakit karena mereka dalam keadaan sakit, sedangkan di bank tidak memiliki jendela atau di kantorkantor yang menggunakan AC jadikedap udara, udara berputar-putar disitu).

#### *Persepsi masyarakat tentang adanya kemampuan untuk menginisiasi KTR*

Hal sederhana yang bisa mereka para non perokok lakukan, yaitu hanya menutup mulut dan hidung mereka hal ini dilakukan sebagai tanda terganggu asap rokok, mengibas-ngibaskan tangan berharap para perokok merasa bahwa mereka merasa terganggu akan asap rokok yang dihembuskan oleh para perokok. Para ibu-ibu dan orangtua yang tidak

merokok memarahi para perokok yang merokok di dalam bus, ataupun mereka yang merokok sembarangan. Ini bertujuan sebagai sangsi terhadap perilaku merokok mereka.(...)kungahiku ba ndaiku ni, eee.. hade mena ja wau rongko de ni, da wau ja mu taha ade rongko ese oto e, obu na re(Terjemahan: saya menegur mereka(perokok), eeee, bisa matikan dulu rokoknya, kenapa kok tidak bisa sekali tahan diri merokok di dalam mobil, asapnya itu loh). Upaya inisiasi kawasan tanpa rokok untuk permulaan yang mereka harapkan yaitu kawasan tanpa merokok tidak total, akan bisa terlaksana di terminal Dara Kota Bima Nusa Tenggara Barat hal ini slogan yang dijunjung tinggi oleh masyarakat Kota Bima yakni"maja labo dahu, nggahi rawi pahu" yang memiliki arti "kita sebagai masyarakat harus malu dan takut melakukan perilaku buruk", dalam hal ini jika dikaitkan dengan perilaku merokok yang lebih banyak kerugiannya bagi kesehatan.

#### **PEMBAHASAN**

Masyarakat yang mengakses fasilitas terminal tentu saja sangat banyak, didukung pula dengan perilaku merokok yang dilakukan oleh para perokok yang mengakses terminal. Paparan asap rokok terhadap orang lain akan semakin tinggi dan jika dihirup dalam jangka waktu yang lama, maka dapat menjadi faktor risiko terjadinya penyakit-penyakit, bahkan menimbulkan kematian. Pecandu nikotin yang terdapat dalam rokok bisa menyebabkan berbagai macam jenis penyakit yang disebabkan oleh rokok [6]. Hasil temuan penelitian bahwa perilaku merokok ini juga berhubungan signifikan dengan kejadian TB paru di Kota Banjarmasin, yaitu subjek yang memiliki kebiasaan merokok ataupun pernah merokok berisiko 2,24 kali lebih besar untuk

menderita TB paru[7]. Tidak hanya TB paru, 10% kematian di dunia disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler dan 600.000 orang diantaranya adalah non perokok yang meninggal karena ancaman dari paparan asap rokok[1]. Ancaman atau sakit yang dirasakan dari sakit atau luka (perceived threat of injury or illness) tentu saja hal ini mengacu pada sejauh mana seseorang berpikir bahwa penyakit atau kesakitan merupakan ancaman bagi dirinya. Merokok berdampak buruk seperti awal dari penggunaan obat-obatan terlarang lainnya[8].

Rokok memiliki 4.000 bahan kimia yang terkandung di dalamnya sehingga ketika di hisap maka asap dari rokok menjadi penyebab terjadinya polusi udara[9]. Bagi perokok pasif dalam asap rokok terdapat 2 kali lebih banyak nikotin, 5 kali lebih banyak karbon monoksida, 3 kali lebih banyak tar, dan 50 kali lebih banyak zat kimia yang berbahaya bagi kesehatan[8].

Ketika sebuah peraturan diperuntukkan untuk khalyak umum, maka pemerintah harus melibatkan pelaku utama yang ada pada wilayah-wilayah yang dijadikan sebagai tempat diberlakukan peraturan tersebut. Untuk mengembangkan sebuah kebijakan perlu melibatkan pihak yang berhubungan langsung dengan institusi yang dituju, sehingga mengarah pada tujuan yang diinginkan dan dapat diterima oleh semua pihak yang terkait[10].

Kerjasama dengan pihak luar memang dibutuhkan dalam menginisiasi kawasan tanpa rokok, mengingat kompetensi yang terbatas dari para petugas terminal. Pengaruh besar yang sangat signifikan terhadap sebuah kebijakan adalah ketika melibatkan personil sekolah yang tergabung dan dihormati oleh masyarakat[11]. Kebijakan yang tekah

ditetapkan dalam sebuah daerah tentu saja bersifat mandatori, sehingga semua pihak baik itu masyarakat, pengelola, karyawan dan pengunjung wajib menaati[12]. Pihak kepolisian dilibatkan dalam pembentukan peraturan ini sebagai upaya untuk menakuti para pelanggar peraturan. Mengingat peraturan pelanggaran merokok ini berlaku untuk semua orang yang ada pada area tersebut wajib untuk mengikutinya[13].

Pendidikan kesehatan adalah salah satu bentuk promosi kesehatan, efektifnya sebuah pendidikan kesehatan tentu saja apabila dirancang menggunakan media serta metode yang tepat, tentu saja ini sesuai dengan penerapan inisiasi kawasan tanpa rokok di terminal[14]. Cara yang bias dilakukan agar dapat mengubah sikap individu, antara lain: adopsi, diferensiasi, integrasi, trauma dan generalisasi. Tentu saja beberapa macam cara ini dapat diaplikasikan untuk mencapai tujuan hidup yang sehat tanpa paparan asap rokok[15].

Perilaku merokok ini merupakan sedikit banyak dipengaruhi adanya tata krama. Jika individu tidak memiliki tata karma, maka ketika individu tersebut ingin merokok mereka langsung menyulut rokok tanpa mempedulikan lingkungan. Perilaku merokok ini juga tidak hanya mencul dengan begitu saja ketika mereka ingin merokok. Hal ini tentu saja dipengaruhi oleh keadaan lingkungan[8]. Tingginya prevalensi merokok disebabkan oleh pengaruh teman sebaya, memiliki teman perokok. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa keterpaparan oleh rokok ini dipengaruhi oleh lingkungan[16]. Berbeda dengan hasil temuan dalam sebuah penelitian bahwa yang mempengaruhi para pengemudi ojek untuk merokok bersumber dari faktor

internal yang berupa kemampuan ekonomi, niat pribadi, dan kepuasan diri[17].

Perilaku merokok ini, pada umumnya dilakukan dengan berbagai alasan menurut persepsi perokok, seperti untuk menghilangkan stress, agar terlihat jantan, atau iseng saja, alasan lain agar terlihat keren, dapat menimbulkan perasaan relaks, menjadi lebih terkenal dan terlihat lebih muda[2,3].

Pembatasan area merokok memang ada perbedaan pendapat non perokok lebih mendukung penerapan kebijakan kawasan tanpa rokok dibandingkan dengan perokok. Akan tetapi, kebijakan kawasan tanpa rokok di kampus dapat mengurangi perokok pasif dan membantu mengatasi masalah rokok[18]. Sesuai hasil temuan yang dilakukan di Meksiko untuk menilai sikap dan keyakinan terhadap kawasan tanpa rokok, memberikan hasil dukungan tinggi terhadap kebijakan kawasan tanpa rokok, akan tetapi para perokok setuju dengan hak perokok untuk merokok di tempat umum meskipun ditempatkan berbeda[19]. Cara untuk mendapatkan rokok bagi para perokok di area terminal berdasarkan pengalaman informan perokok, yakni membawanya dari rumah yang memang khusus disiapkan selama sebulan, dan ada juga yang meminta dari teman-teman kerja. Berdasarkan hasil temuan juga bahwa seorang perokok berat, baik di rumah maupun bepergian, di setiap tempat selalu membekali diri dengan rokok[8]. Green et al. berdasarkan precede model bahwa tersedianya rokok di area terminal Dara Kota Bima merupakan enabling factor dan lingkungan sesama para perokok yang bisa saling berbagi rokok dan sekedar merokok bersama untuk mengisi waktu menunggu ataupun sembari bekerja seperti para petugas yang merokok merupakan reinforcing factor yang akan dapat

memperkuat perilaku merokok bagi para perokok di terminal[20]. Sesuai dengan temuan penelitian tentang rokok meski personil sekolah sesudah melibatkan guru yang dapat memberikan pengaruh kuat untuk memberikan contoh dan mendidik untuk tidak merokok serta dukungan dalam pengendalian tembakau. Akan tetapi, ketika kegiatan sekolah masih disponsori oleh industri tembakau, sehingga mereka sudah terpapar oleh rokok di usia dini[11].

Kawasan tanpa rokok di terminal berdasarkan informasi dari informan yang pedagang banyak diantara mereka mengungkapkan bahwa inisiasi kawasan tanpa rokok di terminal belum dibutuhkan di terminal. Ini disebabkan oleh memang masih banyak permintaan akan rokok oleh para pembeli di warung mereka. Tembakau ataupun rokok dinilai sebagai bahan dagangan. Artinya, diproduksi bukan untuk dikonsumsi sendiri melainkan untuk dijual guna memenuhi berbagai macam kebutuhan keluarga[8]. Produksi rokok di Indonesia dari tahun 2005 terus mengalami peningkatan. Hal ini berarti kebutuhan dan permintaan akan rokok memang meningkat setiap tahunnya dan tentu saja menggambarkan makin banyaknya penggemar rokok[21].

Kurangnya pemahaman tentang kawasan tanpa rokok. Tentu saja ini berakibat masyarakat yang memiliki perilaku merokok akan tetap marak dan terlihat biasa merokok di tempat umum. Di berbagai Negara Afrika untuk meningkatkan pemahaman dan penerimaan masyarakat terhadap suatu kebijakan, maka sangat diperlukan adanya keterlibatan para ulama dalam mensosialisasikan kebijakan terkait dengan kebijakan bebas merokok[22]. Penduduk yang menetap dalam suatu Negara dianggap

mengetahui seluruh aturan hukum yang berlaku di sebuah Negara, tanpa aturan dan hukum tersebut tidak disosialisasikan secara maksimal[23]. Pengendalian tembakau merupakan prioritas utama promosi kesehatan. Akan tetapi, ada bukti terbatasnya efektivitas sebuah kampanye pengendalian tembakau yakni populasi, budaya dan bahasa beragam, sehingga diperlukan inovasi yang sesuai dengan keadaan tempat yang ingin diberlakukan pengendalian tembakau[24].

Pada dasarnya para informan memiliki kemampuan menginisiasi kawasan tanpa rokok. Meskipun, orang yang merokok butuh untuk dihargai (self esteem) baik oleh sesama perokok maupun bukan perokok. Akan tetapi, perokok punya tanggung jawab yang lebih besar untuk menciptakan lingkungan sekitar agar lebih sehat agar orang yang tidak merokok dapat menikmati udara segar. Terkait dengan peraturan dan kebijakan bahwa peraturan harus diwujudkan menjadi peraturan tertulis dan tentu saja harus jelas sehingga akan lebih mudah untuk menjelaskannya kepada pihak yang berkepentingan[26]. Proses pembuatan kebijakan diawali dengan adanya kepedulian dari walikota sebagai pejabat tinggi yang menduduki wilayah kota tentang kesehatan masyarakat dan adanya kesepakatan antara lembaga eksekutif dan legislative[27]. Peningkatan kapasitas nasional dalam pengendalian tembakau memang merupakan sebuah proses menantang. Tetapi, tetap diperlukan terutama untuk Negara yang berkembang yaitu dengan melaksanakan Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) yang berupaya agar melindungi generasi dari kesakitan, sosial, lingkungan dan konsekuensi ekonomi dari konsumsi tembakau serta paparan terhadap asap tembakau[28]. Akan tetapi, untuk mengurangi jumlah perokok

dan kematian dini yang disebabkan oleh rokok yakni dengan peningkatan pajak rokok serta dikombinasikan dengan kebijakan lain yang mendukung kebijakan pengendalian tembakau[29]. Pada tingkat daerah, banyak kebijakan serta prioritas yang disetujui bersama, dan hal ini dapat meningkatkan keefektifan kebijakan tersebut[30].

## KESIMPULAN

Para informan mengerti bahwa rokok menyebabkan timbulnya penyakit yang serius, bahkan dapat menimbulkan kematian. Keuntungan yang akan diperoleh seperti dapat mengakses terminal yaitu tidak terpapar asap rokok, dukungan serta kerjasama dengan pihak lain terkait inisiasi KTR untuk mengurangi perokok di terminal dan bisa menjadi percontohan tempat umum yang memiliki peraturan KTR di Kota Bima. Hambatan yang mungkin muncul dari pedagang rokok yang merasa terancam mengingat rokok adalah barang yang sering dicari oleh para masyarakat menginisiasi KTR ini bisa terlaksana dengan asas bahwa masyarakat yang tunduk pada pemerintah Kota asalkan peraturan tersebut realistis dan disosialisasikan dengan baik kepada masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. (2013) Report On The Global Tobacco Epidemic, 2013 Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
2. Liana, I. (2011), Persepsi Mahasiswa terhadap Perilaku Merokok di Kampus Terpadu Politeknik Kesehatan Kemenkes Nanggroe Aceh Darussalam, Tesis, Gadjah Mada
3. Song, A.V., Glantz, S.A., Felsher B.L.H. (2009) Perception of Second-Hand Smoke Risk Predicts Future Adolescent Smoking Initiation. *Journal of Adolescent Health* 45, (p: 618-625)
4. Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (2008), *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice Fifth Edition*

5. Creswell, J.W. (2009) *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. Yogyakarta, Pustaka Pelajar
6. Fillon, M (2015) *Elektronic cigarettes May Lead to Nicotine Addiction*. News.JNCIJ, Natl Cancer 107 (3).Oxford University Press
7. Heriyani, F. (2012) *Faktor Risiko Lingkungan Rumah, Perilaku Merokok dan Konsumsi Alkohol pada Kejadian TB Di Kota Bnajarmasin*.Tesis Gadjah Mada
8. Santosa, Iman Budi (2012) *Ngudud Cara Orang Jawa Menikmati Hidup*. Yogyakarta. Penerbit Manasuka.
9. Ahsan, A., Wiyono., Soerojo, W., Wibisana, W. (2010) *Dampak Tembakau dan Pengendaliannya di Indonesia*, Booklet of Tobacco Economics in Indonesia, <http://www.whoindonesia.Health repository.org>
10. Simons-Morton, BG., Greene, WH., Gottlieb, NH (1995) *Introduction to Health Education and Health Promotion*, Waveland Press, Inc. United Sated of America.
11. Ayo-Yusuf., O.,A, Olutola., B., G, Agaku., I., T, (2014) *Permissiveness toward tobacco sponsorship undermines tobacco control support in Africa*. Health Promotion International.Published by Oxford University Press. (p: 1-9)
12. Baron-Epel, O., Satran, C., Cohen, V., Drach-Zehavi, A., & Hovel, M.F. (2012)*Chakenges for the Smoking Ban in Israeli Pub and Bar: Analysis Guided by the Behavioral Ecological Model*. Israel Journal of Health Policy Research.
13. Launay, M., Feou, Al., Sevilla-Dedieu, C., Pitrou, I., Gilbert, F., Kovess-Masfety, V. (2010) *Prevalence of Tobacco Smoking in Teachers Following Anti-Smoking Policies: Results from Two French Surveys*, European Journal of Public Health, Vol.20, Issue: 2, 2010. (p: 151-156)
14. Dignan, MB. And Carr, PA. (1992) *Program Planning for Health Education and Promotion*, Edisi kedua, Lea & Fegiger, Malvern, Pennsylvania.
15. Sarwono S, W (2011)*Teori-Teori Psikologi Sosial*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
16. Otten, E.R.C.M.E., Prinstein, M.J (2009), *A Prospective Study of Perception in Adolescent Smoking*. Journal of Adolescent Health (p: 478-484)
17. Wahidien (2013) *Perilaku Merokok Pengemudi Ojek di Perumahan Taman Telkomas Kota Makassar*.Makassar: FKM-Unhas.
18. Mardhiah, A. (2011), *Dukungan Stakeholders terhadap Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Kampus Terpadu Politeknik Kesehatan Kemenkes Nanggroe Aceh Darussalam*, Tesis, Gadjah Mada
19. Thrasher, James F. (2010) *Policy Support, Norm, and Secondhand Smoke Exposure Before and After Implementation of A Comprehensive Smoke-Free Law in Mexico City*. American Journal of Public Health.
20. Green, L.W. and Kreuter, M.W., Deeds G.S and Patridge B.H (1980) *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing Company
21. Tobacco Control Support Center (2013) *Atlas Tembakau Indonesia*. Edisi 2013. Kebayoran Baru. Jakarta Selatan.
22. Drope, JM.(2010), *The Politics of Smoke Free Policies in Developing Countries: Lessons from Africa*, Science Direct, CVD Prevention and Control (5), page 65-73
23. Ruslan, Achmad (2011)*Teori dan Panduan Praktik Pembentukan Peraturan Perundang-undangan di Indonesia*.Rangkang Education.Yogyakarta.
24. Perusco.,A, Poder.,N, Mohsin.,M, Bell,G.,R, Rissel.,C, Williams.,M, Hua., M, Millen., E, Sabry., M, Guirguis., S (2010)*Evaluation of a comprehensive tobacco control project targeting Arabic-speakers residing in south west Sydney, Australia*.Health Prpmotion International.Vol. 25 No. 2.Published by Oxford University Press. (p: 153-165)
25. Palutturi, Sukri (2010). *Kesehatan itu Politik*, Ed. I, Cet. I, Semarang. Karya Aksara.
26. Fertman, C. & Allensworth, D. (2010) *Health Promotion Programs: From Theory to Practice*, San Francisco: John Willey & Sons, Inc.
27. Gafar, A (2011) *Evaluasi Proses Penerapan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok Di Kota Padang Panjang*.Tesis. Gadjah Mada
28. Stillman, F., A, David, A.,M, Kibria., N, Phan, H., T (2013) *Building capacity for implementation of the framework convention for tobacco control in Vietnam: Lesson for developing countries*. Health Promotion International, Vol. 29 No. 3.Published by Oxford University Press. (p: 442-453)
29. Near, A.,M, Blackman.,K, Currie.,M, Levy, D.,T (2013), *Sweden SimSmoke: the effect of tobacco control policies on smoking and snus prevalence and attributable deaths*. European Journal of Public Health, Vol. 24 No. 23 (p: 451-458)
30. Ewles, L. and Simnett, I. (1994) *Promotion Health, A Practical Guide*, edisi kedua, alih bahasa Emilia, O. Gadjah Mada University press, Yogyakarta.

