

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Secara global, pada tahun 2008 terdapat enam juta kematian akibat rokok dan jumlah tersebut akan meningkat menjadi 10 juta kematian pada tahun 2030. Faktanya sebanyak 70% dari kematian akibat rokok berada di negara-negara berkembang (Verawati, 2010).

Resiko penyakit kardiovaskular dan kanker adalah jenis penyakit yang menurut penelitian banyak terjadi oleh karena asap rokok. Asap rokok mengandung lebih dari 4.800 bahan kimia, 69 dari yang diketahui menyebabkan kanker. Merokok secara langsung bertanggung jawab untuk sekitar 90 persen dari kematian akibat kanker paru-paru dan sekitar 80-90 persen kematian dari PPOK (emfisema dan bronkitis kronis) (TIPS, 2004.)

Menimbang adanya dampak yang tidak baik terhadap kesehatan, pemerintah selaku pelaksana tertinggi negara dan penanggung jawab kesejahteraan masyarakat Indonesia sebenarnya sudah mengeluarkan kebijakan yang mempersempit kewenangan seseorang untuk merokok yakni mengenai peraturan bersama kawasan tanpa asap rokok yang

dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri nomor 188/ MENKES/PB/I/2011 dan nomor 7 tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Asap Rokok. Pada peraturan ini sudah lebih menimbang bahwa asap rokok terbukti dapat membahayakan kesehatan maka dari itu Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri sepakat mengeluarkan peraturan tersebut (Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Dan Menteri Dalam Negeri, 2011).

Dampak asap rokok bukan hanya untuk si perokok aktif (*Active smoker*), tetapi juga bagi perokok pasif (*Passive smoker*). Orang yang tidak merokok atau perokok pasif, tetapi terpapar asap rokok seiring waktu dapat mengidap penyakit jantung, stroke, dan serangan jantung. Diperkirakan 46.000 kematian akibat penyakit jantung pada orang-orang yang saat ini non-perokok (American Cancer Society, 2011).

Sangat jelas dari hasil penelitian yang sudah banyak dilakukan bahwa asap rokok orang lain mematikan. Asap rokok merupakan campuran heterogen yang berisi senyawa kimia sekitar 4000, termasuk 40 zat yang berbeda diklasifikasikan sebagai karsinogenik pada manusia atau hewan. Banyak dari karsinogen menyebabkan kanker dengan jenis yang sama terjadi pada perokok di lingkungan pekerjaan atau laboratorium. Konstituen dari asap rokok diketahui menyebabkan kanker paru-paru termasuk hidrokarbon aromatik polisiklik (PAH), N-nitrosamin, senyawa anorganik (nikel, kromium, kadmium, polonium-210, arsenik, hidrazin) dan senyawa organik tertentu (1,3-butadiena, etil karbamat). Bahan kimia

organik 2-naphthylamine adalah karsinogen diakui pada kandung kemih dalam studi kerja. Benzene menyebabkan leukemia myelogenous (Thun, 2002)

Dalam Al Quran terdapat beberapa ayat yang menyebutkan seseorang akan berdosa bila menyakiti orang lain yang sebenarnya tidak bersalah :

وَالَّذِينَ يُؤْذُونَ الْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ بَغَيْرِ مَا اكْتَسَبُوا فَقَدِ احْتَمَلُوا

اِبْتِهَانًا وَاِثْمًا مُّبِينًا ﴿٥٨﴾

Artinya : “dan orang-orang yang menyakiti orang-orang yang mukmin dan mukminat tanpa kesalahan yang mereka perbuat, Maka Sesungguhnya mereka telah memikul kebohongan dan dosa yang nyata.” (QS. Al Azhab : 58).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010 jumlah perokok di Provinsi DIY mencapai 31,4% dan menurut hasil pendataan Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) tatanan Rumah Tangga Kabupaten Bantul Tahun 2011 menunjukkan capaian indikator tidak merokok di dalam rumah sebesar 51,69 %. Hal ini menunjukkan bahwa paparan asap rokok di dalam rumah tangga masih cukup tinggi yakni 48,31%. Wanita, ibu hamil, remaja, anak-anak, bayi

dan balita menjadi perokok pasif di dalam rumahnya. (Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, 2012)

Quit Tobacco Indonesia (QTI) melakukan survei pada tahun 2009 di 15 kampung di Yogyakarta dengan jumlah responden sekitar 2.000 orang. Ditemukan banyak fakta diantaranya; Lebih dari 53% rumah tangga mempunyai anggota keluarga yang merokok (dengan rata-rata rokok yang dihisap per hari adalah 10 batang). Suami yang merokok dalam 30 hari terakhir berjumlah 87% (12 batang per hari 30,6%, 6 batang per hari 12,5%, 1 batang per hari 3,3%). Lebih dari 88% laki-laki merokok di dalam rumah dengan wanita dan anak-anak di rumah (paling tidak 4 batang rokok dihisap di dalam rumah). Sebanyak 42% anak-anak dan 54% wanita terpapar asap rokok yang dihisap oleh laki-laki/suami. Sebanyak 47% responden laki-laki/suami mengatakan bahwa mereka tahu bahwa keluarga terutama istri tidak suka jika mereka merokok. Sebanyak 74% wanita/istri tidak suka suaminya merokok, tetapi 32% mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa (Quit Tobacco Indonesia, 2010).

Data lain menyebutkan sebanyak 84% perokok merokok di rumah ketika sedang bersama anggota keluarga yang lain. Diperkirakan terdapat lebih dari 45 juta orang dewasa adalah perokok pasif di rumah dimana 37 juta adalah perempuan, 4 kali lebih besar dari laki-laki. Data tahun 2001 menunjukkan 70% anak-anak usia 0-14 tahun atau 43 juta anak kelompok usia tersebut terpapar asap rokok di rumahnya. Tidak ada batas aman bagi paparan asap rokok. Berbagai studi tentang dampak asap rokok orang lain

membuktikan resiko kesehatan yang sama dengan yang diderita perokok aktif (Soerojo et all, 2007).

Untuk meminimalisir dampak kesehatan bagi perokok pasif serta menghilangkan kebiasaan perokok aktif di rumah perlu adanya kerjasama dalam keluarga. Menurut Prabandari, “Untuk menghilangkan budaya merokok harus dimulai dari dalam keluarga dengan menyertakan ibu-ibu rumah tangga dan anak-anak untuk mengingatkan ayah atau ibu tidak merokok” (Universitas Gajah Mada, 2007)

Upaya kerjasama berupa promosi kesehatan mengenai bahaya merokok di rumah baik secara langsung atau tidak langsung perlu dilakukan. Dalam hal ini kader kesehatan dan PKK yang terdiri ibu-ibu mempunyai peran yang besar dalam upaya meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Selain itu peran kader ikut membina masyarakat dalam bidang kesehatan dengan melalui kegiatan yang dilakukan (Zulkifli, 2003). Promosi kesehatan mengenai perilaku merokok merupakan upaya pemberdayaan masyarakat yang bersifat promotif dan preventif yang dapat meningkatkan pengetahuan, sikap atau perilaku baik individu maupun kelompok tentang perilaku merokok. Beberapa metode pendidikan atau penyuluhan dalam promosi kesehatan telah banyak dilakukan antara lain metode seminar dan diskusi oleh Prabandari, metode ceramah plus dan diskusi kelompok oleh Riyatno, kemudian metode ceramah dan role play oleh Dhamayanti (Insanuddin, 2006)

Sebagai upaya meningkatkan keberhasilan promosi kesehatan, metode pendidikan kesehatan yang digunakan harus disesuaikan dengan sasaran. Oleh karena itu metode ceramah dalam penyuluhan dan audiovisual diajukan sebagai alternatif metode dengan pertimbangan antara lain penyuluhan dengan metode ceramah merupakan metode yang paling murah, mudah, sederhana dan paling cocok untuk penyampaian informasi (Insanuddin, 2006). Audiovisual merupakan salah satu alat bantu pendidikan yang memberikan gambar yang bergerak dan terdapat suara yang menjelaskan terkait gambar serta menjadi salah satu alat bantu yang dapat menarik perhatian sasaran yang dituju (Wahit et al, 2007).

Kweden merupakan salah satu nama dusun bagian dari desa Trirenggo, Kabupaten kota Bantul provinsi Yogyakarta. Jumlah penduduk dusun Kweden menurut data monografi tahun 2010 berjumlah 832 jiwa. Wilayah dusun Kweden merupakan salah satu wilayah kerja Puskesmas Bantul 1. Hasil survey Dinkes kabupaten Bantul diperoleh data tingkat konsumsi rokok di dusun Kweden, Trirenggo, Bantul masih sangat tinggi dibandingkan dengan dusun-dusun yang ada di Yogyakarta. Pernyataan ini juga didukung oleh data dari Puskesmas Bantul 1 dari hasil survey Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) 2010 Desa Trirenggo yang dilakukan kader kesehatan menunjukkan dari jumlah 4519 KK di desa Trirenggo, rumah yang bebas asap rokok hanya berjumlah 1811 KK (40,08%). Sedangkan data yang diperoleh dari dusun Kweden; 274 KK di dusun Kweden yang di survey, rumah yang bebas asap rokok berjumlah

122 KK (44,5%). Hal ini menunjukkan tingkat konsumsi di dalam rumah warga di dusun Kweden cukup tinggi yakni berjumlah 152 KK (56, 5%). Berdasarkan latar belakang diatas, maka penelitian tentang “Pengaruh Pelatihan Upaya Tidak Merokok Di Dalam Rumah Dengan Menggunakan Penyuluhan dan Audiovisual terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap Ibu di Dusun Kweden, Desa Trirenggo, Bantul” perlu dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, didapatkan rumusan masalah yaitu “Apakah program sosialisasi dengan metode audiovisual dan penyuluhan mempunyai pengaruh terhadap tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku ibu di desa Kweden, Trirenggo, Bantul?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh penyuluhan rumah bebas asap rokok dengan metode audiovisual terhadap gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku ibu di Desa Kweden, Trirenggo, Bantul.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pengaruh penyuluhan rumah bebas asap rokok dengan metode audiovisual terhadap gambaran pengetahuan ibu terhadap rokok di Desa Kweden.
- b. Untuk mengetahui pengaruh penyuluhan rumah bebas asap rokok dengan metode audiovisual terhadap gambaran sikap ibu terhadap rokok di Desa Kweden.

- c. Untuk mengetahui pengaruh penyuluhan rumah bebas asap rokok dengan metode audiovisual terhadap gambaran perilaku ibu terhadap rokok di Desa Kweden.

D. Manfaat Penelitian

1. Keilmuan atau teori

Menambah ilmu tentang bahaya merokok di dalam rumah kepada masyarakat yang merupakan aplikasi dari beberapa teori dan program pemerintah berhubungan dengan perilaku merokok.

2. Bagi institusi pendidikan

Menambah khazanah keilmuan bagi mahasiswa ilmu kesehatan khususnya mahasiswa ilmu kedokteran dalam upaya mewujudkan masyarakat sehat tanpa rokok.

3. Bagi masyarakat

Menambah pengetahuan pada masyarakat khususnya para ibu tentang upaya penghentian perilaku merokok khususnya di rumah sehingga dapat terwujud keluarga serta masyarakat yang sehat.

4. Bagi pemerintah dan puskesmas

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau informasi bagi pemerintah, tenaga kesehatan dan sekaligus sebagai evaluasi untuk meningkatkan kualitas program pelatihan berhenti merokok di pelayanan kesehatan yakni puskesmas.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian pada masalah rokok telah banyak dilakukan, namun belum ada penelitian dengan judul yang sama dengan penelitian yang penulis lakukan. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan mengenai rokok adalah sebagai berikut :

1. Fawzani (2004), penelitian dengan judul “Terapi berhenti Merokok (Studi Kasus 3 Perokok Berat)” bertujuan untuk mengetahui cara sukses berhenti merokok dan mengetahui faktor-faktor kemudahan berhenti merokok. Penelitian ini berupa *case study* dan diharapkan dengan penelitian ini juga bisa mewujudkan setiap unsur masyarakat untuk menciptakan etika masyarakat dalam merokok. Penelitian dengan metode kualitatif melalui studi kasus 3 perokok berat dilakukan pada tahun 2004 di Yogyakarta. Peneliti pada penelitian ini mendapatkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi masing-masing responden dalam upaya mereka berhenti merokok. Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan peneliti yaitu dari judul, metode dan subjek penelitian.
2. Insanuddin (2006), penelitian berjudul “Ceramah dan Graffiti Sebagai Metode Alternatif dalam Pendidikan Kesehatan Mengenai Perilaku Merokok pada Remaja Siswa SMP Pasundan 12 Bandung” meneliti tentang bagaimana pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode ceramah dan graffiti dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan sikap remaja terhadap perilaku merokok. Judul penelitian ini

berbeda dengan judul yang dilakukan peneliti. Metode yang digunakan yaitu kuantitatif dengan desain penelitian yang sama dengan peneliti lakukan yaitu quasy experimental. Namun subjek penelitian dalam penelitian ini adalah remaja. Sedangkan peneliti menggunakan ibu-ibu. Dalam penelitian ini didapatkan hasil yang signifikan antar variabel yang diteliti. Metode ceramah dan grafitti bisa sangat efektif dalam pemberian pendidikan kesehatan mengenai perilaku merokok pada remaja siswa SMP Pasundan 12 Bandung ($p < 0,05$). Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan peneliti yaitu dari judul, metode dan subjek penelitian.

3. Hartiningtyas (2010), dengan judul penelitian “Gambaran Pengetahuan Suami dan Isteri Terhadap Kebiasaan Merokok dan Kampanye Bebas Asap Rokok di dusun Kweden, desa Trirenggo, Bantul” peneliti ini ingin melihat gambaran pengetahuan suami dan istri terhadap kebiasaan merokok yang dilakukan. Serta bagaimana kontribusi masyarakat dalam mensukseskan bebas asap rokok di dusun Kweden, Trirenggo, Bantul. Metode yang digunakan kualitatif dan subjek penelitian di penelitian ini yaitu suami dan istri. judul, metode, dan subjek penelitian berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti.
4. Rizkia (2011), dengan judul penelitian “Pengaruh Pelatihan Tentang Upaya Tidak Merokok di dalam Rumah Dengan Menggunakan Penyuluhan dan Audiovisual Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap

Ibu Di Desa Kweden, Trirenggo, Bantul". Penelitian ini ingin melihat gambaran pengetahuan dan perilaku ibu terhadap kebiasaan merokok yang dilakukan. Metode yang digunakan berupa pelatihan dan subjek penelitian yang digunakan yaitu ibu. Judul, dan metode penelitian berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti.