

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Rokok

a. Epidemiologi & Definisi Rokok

Indonesia menduduki peringkat ke-3 dengan jumlah perokok terbesar di dunia setelah China dan India **Error! Reference source not found.** Pada tahun 2007, Indonesia menduduki peringkat ke-5 konsumen rokok terbesar setelah China, Amerika Serikat, Rusia dan Jepang. Pada tahun yang sama, Riset Kesehatan Dasar menyebutkan bahwa penduduk berumur di atas 10 tahun yang merokok sebesar 29,2% dan angka tersebut meningkat sebesar 34,7% pada tahun 2010 untuk kelompok umur di atas 10 tahun. Peningkatan prevalensi perokok terjadi pada kelompok umur 15-24 tahun, dari 17,3% (2007) menjadi 18,6% atau naik hampir 10% dalam kurun waktu 3 tahun. Peningkatan juga terjadi pada kelompok umur produktif, yaitu 25-34 tahun dari 29,0% (2007) menjadi 31,1% (Depkes, 2011). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010 prevalensi perokok saat ini sebesar 34,7%. Lebih dari separuh perokok (52,3%) menghisap 1-10 batang rokok setiap hari

1. 2 dari 5 perokok saat ini merokok rata-rata 11-20 batang setiap

merokok 21-30 batang setiap hari. 2,1% perokok merokok lebih dari 30 batang setiap hari (Depkes, 2011).

Definisi perokok sekarang menurut WHO dalam Depkes (2004) adalah mereka yang merokok setiap hari untuk jangka waktu minimal 6 bulan selama hidupnya masih merokok saat survey dilakukan. Rokok adalah salah satu zat adiktif yang bila digunakan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu dan masyarakat. Kemudian ada juga yang menyebutkan bahwa rokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus termasuk cerutu atau bahan lain yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan (Tendra, 2003).

b. Jenis – jenis Rokok

Menurut Sitepoe (1997), rokok berdasarkan bahan baku atau isi di bagi tiga jenis:

- i. Rokok Putih : rokok yang bahan baku atau isinya hanya daun tembakau yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.
- ii. Rokok Kretek : rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau dan cengkeh yang diberi saus untuk

mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu

- iii. Rokok Klembak : rokok yang bahan baku atau isinya berupa daun tembakau, cengkeh, dan kemenyan yang diberi saus untuk mendapatkan efek rasa dan aroma tertentu.

Rokok berdasarkan penggunaan filter dibagi dua jenis :

- i. Rokok Filter (RF) : rokok yang pada bagian pangkalnya terdapat gabus.
- ii. Rokok Non Filter (RNF) : rokok yang pada bagian pangkalnya tidak terdapat gabus.

c. Kategori Perokok

Menurut Bustan (1997) rokok aktif adalah asap rokok yang berasal dari hisapan perokok atau asap utama pada rokok yang dihisap (*mainstream*). Menurut Bustan (1997) jumlah rokok yang dihisap dapat dalam satuan batang, bungkus, pak per hari. Jenis perokok dapat dibagi atas 3 kelompok yaitu

- a) Perokok Ringan : Disebut perokok ringan apabila merokok kurang dari 10 batang per hari.
- b) Perokok Sedang : Disebut perokok sedang jika menghisap 10-20 batang per hari.
- c) Perokok Berat : Disebut perokok berat jika menghisap lebih dari 20 batang.

Perokok pasif adalah orang yang berada disekitar perokok aktif, dan menghisap asap rokok perokok aktif (Susanna, dkk., 2002). Asap rokok yang dihembuskan oleh perokok aktif dan

terhirup oleh perokok pasif, lima kali lebih banyak mengandung karbon monoksida, empat kali lebih banyak mengandung tar dan nikotin (Wardoyo, 1996). Perokok pasif akan menerima efek asap rokok yang tidak sedikit pada kesehatannya. Laporan dari Kementrian Kesehatan Amerika Serikat menunjukkan bahwa anak-anak dan wanita adalah kelompok dengan risiko terbesar untuk menderita kelainan akibat asap rokok (Rai dan Artana, 2009). Hal ini diperkuat oleh pernyataan oleh WHO yang menyebutkan bahwa lebih dari setengah anak di dunia adalah perokok pasif dikarenakan sering terpapar asap rokok di rumah, dan mungkin disebabkan oleh orang tua atau ada anggota keluarga lain yang perokok.

d. Bahaya Asap Rokok Orang Lain

Asap rokok tidak hanya membahayakan bagi perokok namun dapat membahayakan bagi orang yang berada disekitarnya atau perokok pasif ini. Asap rokok orang lain terdiri dari asap rokok utama yang dihembuskan dari mulut perokok yang mengandung 25% kadar bahan berbahaya dan asap rokok sampingan dari ujung rokok yang di bakar (side stream) yang mengandung 75% kadar bahan lainnya (Kemenkes, 2010).

Asap rokok orang lain merupakan zat kompleks berisi campuran gas, partikel halus yang dikeluarkan dari pembakaran

1.4.5. Perokok pasif tidak hanya terdampak oleh asap rokok

yang dihisap orang lain mempunyai faktor resiko yang sama dengan yang merokok (U.S Dep, 2006).

Penelitian ini menambahkan bahwa dampak kesehatan asap rokok orang lain terhadap orang dewasa antara lain menyebabkan penyakit jantung, pembuluh darah, resiko kanker paru sebesar 20 – 30% (IARC, 2004), kanker payudara serta berbagai gangguan saluran pernafasan. Perempuan yang tinggal bersama perokok mempunyai resiko tinggi terkena kanker payudara (WHO, 2007).

e. Kandungan Rokok

Rokok mengandung kurang lebih 4.000 jenis bahan kimia, dengan 40 jenis di antaranya bersifat karsinogenik (dapat menyebabkan kanker), dan setidaknya 200 diantaranya berbahaya bagi kesehatan. Racun utama pada rokok adalah tar, nikotin, dan karbon monoksida (CO). Selain itu, dalam sebatang rokok juga mengandung bahan-bahan kimia lain yang tak kalah beracunnya (David, 2003). Zat-zat beracun yang terdapat dalam rokok antara lain adalah sebagai berikut:

i. Nikotin

Komponen ini paling banyak dijumpai di dalam rokok. Nikotin yang terkandung di dalam asap rokok antara 0.5-3 ng, dan semuanya diserap, sehingga di dalam cairan darah atau plasma antara 40-50 ng/ml. Nikotin merupakan

Hal ini juga bersifat stimulan dan pada dosis tinggi bersifat

racun. Zat ini hanya ada dalam tembakau, sangat aktif dan mempengaruhi otak atau susunan saraf pusat. Nikotin juga memiliki karakteristik efek adiktif dan psikoaktif. Dalam jangka panjang, nikotin akan menekan kemampuan otak untuk mengalami kenikmatan, sehingga perokok akan selalu membutuhkan kadar nikotin yang semakin tinggi untuk mencapai tingkat kepuasan dan ketagihannya. Sifat nikotin yang adiktif ini dibuktikan dengan adanya jurang antara jumlah perokok yang ingin berhenti merokok dan jumlah yang berhasil berhenti (Persi, 2006).

ii. Karbon Monoksida (CO)

Gas karbon monoksida (CO) adalah sejenis gas yang tidak memiliki bau. Unsur ini dihasilkan oleh pembakaran yang tidak sempurna dari unsur zat arang atau karbon. Gas karbon monoksida bersifat toksis yang bertentangan dengan oksigen dalam transpor maupun penggunaannya. Gas CO yang dihasilkan sebatang rokok dapat mencapai 3-6%, sedangkan CO yang dihisap oleh perokok paling rendah sejumlah 400 ppm (*parts per million*) sudah dapat meningkatkan kadar karboksi haemoglobin dalam darah sejumlah 2-16% (Sitepoe, 1997).

iii. Tar

Tar merupakan bagian partikel rokok sesudah kandungan nikotin dan uap air diasingkan. Tar adalah senyawa polinuklin hidrokarbon aromatika yang bersifat karsinogenik. Dengan adanya kandungan tar yang beracun ini, sebagian dapat merusak sel paru karena dapat lengket dan menempel pada jalan nafas dan paru-paru sehingga mengakibatkan terjadinya kanker. Pada saat rokok dihisap, tar masuk kedalam rongga mulut sebagai uap padat asap rokok. Setelah dingin akan menjadi padat dan membentuk endapan berwarna coklat pada permukaan gigi, saluran pernafasan dan paru-paru. Pengendapan ini bervariasi antara 3-40 mg per batang rokok, sementara kadar dalam rokok berkisar 24-45 mg. Sedangkan bagi rokok yang menggunakan filter dapat mengalami penurunan 5-15 mg. Walaupun rokok diberi filter, efek karsinogenik tetap bisa masuk dalam paru-paru, ketika pada saat merokok hirupannya dalam-dalam, menghisap berkali-kali dan jumlah rokok yang digunakan bertambah banyak (Sitepoe, 1997).

iv. Timah Hitam (Pb)

Timah Hitam (Pb) yang dihasilkan oleh sebatang rokok sebanyak 0,5 ug. Sebungkus rokok (isi 20 batang) yang habis dibakar dalam satu hari akan menghasilkan 10 ug

Sementara ambang batas bahaya timah hitam yang masuk ke dalam tubuh adalah 20 ug per hari (Sitepoe, 1997).

2. Kawasan Tanpa Rokok

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah area yang dinyatakan dilarang untuk berbagai hal menyangkut rokok baik itu penggunaan, kegiatan produksi, penjualan, iklan, penyimpanan atau gudang, promosi dan *sponsorship* (MPKU, 2010). Menurut Depkes RI (2011) sasaran kawasan tanpa rokok (KTR) adalah di tempat pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan (UU RI No. 36).

a. Sasaran di Tempat Fasilitas kesehatan

Pimpinan/penanggung jawab/pengelola fasilitas pelayanan kesehatan., pasien, pengunjung, tenaga medis dan non medis.

b. Sasaran di Tempat Proses Belajar Mengajar

Pimpinan/penanggung jawab/pengelola tempat proses belajar mengajar, peserta didik/siswa, tenaga kependidikan (guru), unsur sekolah lainnya (tenaga administrasi, pegawai di sekolah).

c. Sasaran di Tempat Anak Bermain

Pimpinan/penanggung jawab/pengelola tempat anak bermain

Pimpinan/penanggung jawab pengelola tempat ibadah, jemaah, masyarakat di sekitar tempat ibadah.

e. Sasaran di Angkutan Umum

Pengelola sarana penunjang di angkutan umum (kantin, hiburan, dan lain-lain), karyawan, pengemudi dan awak angkutan, penumpang.

f. Sasaran di Tempat Kerja

Pimpinan/penanggung jawab/pengelola sarana penunjang di tempat kerja, staf/pegawai/karyawan, tamu.

g. Sasaran di Tempat Umum

Pimpinan/penanggung jawab/pengelola sarana penunjang di tempat umum (restoran, hiburan, dan lain - lain), karyawan, pengunjung/pengguna tempat umum.

3. Perilaku Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Penetapan kawasan tanpa rokok (KTR) merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap risiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok.

Penetapan kawasan tanpa rokok (KTR) ini perlu diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat

anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan, untuk melindungi masyarakat yang ada dari asap rokok. (Depkes, 2011).

Menurut Depkes RI (2011) tujuan penetapan kawasan tanpa rokok adalah :

- a. Menurunkan angka kesakitan dan/atau angka kematian dengan cara mengubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat.
- b. Meningkatkan produktivitas kerja yang optimal.
- c. Mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih, bebas dari asap rokok.
- d. Menurunkan angka perokok dan mencegah perokok pemula.
- e. Mewujudkan generasi muda yang sehat.

4. Surat Keputusan (SK) Rektor tentang Kawasan Bersih dan Bebas Rokok (KBBR)

Keputusan Rektor Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Nomor : 164/SK-UMY/XII/2011 tentang Implementasi Program Kampus Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Bersih dan Bebas Asap Rokok (KBBR). Rektor Universitas Muhammadiyah Yogyakarta menetapkan :

- a. Dilarang merokok di seluruh area kampus Universitas

Muhammadiyah Yogyakarta (UMY) baik indoor maupun

outdoor bagi semua pegawai edukatif, pegawai administratif, mahasiswa dan semua *stakeholder* UMY yang lain.

- b. Program KBBR merupakan tanggung jawab semua civitas akademika baik pegawai edukatif, pegawai administratif, mahasiswa, dan semua *stakeholder* UMY yang lainnya yang dikoordinasikan oleh Tim Implementasi Kampus UMY Bersih dan Bebas Asap Rokok
- c. Pimpinan Universitas dan Pimpinan Unit Kerja wajib mensosialisasikan dan meningkatkan kualitas pencapaian kinerja Program KBBR.
- d. Pegawai Edukatif wajib mensosialisasikan secara kontinyu Program KBBR kepada mahasiswa khususnya pada saat mengajar.
- e. Pimpinan Organisasi Kegiatan Kemahasiswaan wajib mensosialisasikan secara kontinyu program KBBR kepada anggotanya.
- f. Apabila mengetahui adanya perokok di UMY, pegawai edukatif, pegawai administratif maupun mahasiswa wajib melakukan peneguran.
- g. Dilarang adanya pendistribusian dan perdagangan rokok di UMY.
- h. Pelanggaran terhadap butir-butir implementasi Program KBBR baik dalam bentuk pendistribusian, perdagangan dan konsumsi

rokok di UMY merupakan pelanggaran yang bisa dilanjutkan pada proses penilaian kinerja baik akademik maupun non akademik.

- i. Dimulai pada Semester Genap 2011/2012 pegawai edukatif, pegawai administratif, dan mahasiswa wajib menandatangani pada integritas untuk mendukung implementasi Program KBBR.
- j. Tim Implementasi Program KBBR melaporkan perkembangan kinerja program kepada Rektor setiap bulan, setiap tengah tahunan pada forum Rapat Kerja tengah Tahunan dan setiap akhir tahun pada forum Rapat Kerja Tahunan UMY.

5. Tes Fagerstrom

Test Fagerstrom adalah suatu tes yang dirancang oleh Dr. Karl Fagerstrom, salah satu pelopor penulis efek merokok di dunia, kuesioner ketergantungan ini dapat membantu mengetahui seberapa besar usaha yang harus dilakukan untuk menghilangkan ketergantungan terhadap nikotin (Fagerstrom, dkk., 1991). Ini adalah kuisisioner test Fagestrom (Lampiran)

Tingkat ketergantungan nikotin anda adalah apabila

Skor 0 – 2 : Ketergantungan sangat rendah (*very low dependence*).

Skor 3 – 4 : Ketergantungan rendah (*low dependence*)

- Skor 5 : Ketergantungan sedang (*medium dependence*).
- Skor 6 – 7 : Ketergantungan tinggi (*high dependence*).
- Skor 8 – 10 : Ketergantungan sangat tinggi (*very high dependence*).

6. Sosialisasi (Penyuluhan dan Metode SMS)

Penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan menyebarkan pesan. Dengan demikian, masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan (Azwar, 1983) yang dikutip oleh (Maulana, 2009).

Menurut Rahayu (2010) faktor-faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan penyuluhan kesehatan adalah:

a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

b. Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

c. Adat Istiadat

Pengaruh dari adat istiadat dalam menerima informasi baru merupakan hal yang tidak dapat diabaikan, karena masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

d. Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah timbul kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.

e. Ketersediaan Waktu di Masyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

Menurut Emilia (2008) metode ceramah merupakan metode tertua dalam pendidikan kesehatan tetapi merupakan keterampilan yang paling sulit dikuasai. Keuntungan metode ceramah adalah mudah digunakan, dapat menyampaikan informasi, mempengaruhi pendapat, merangsang pikiran dan kritik, ekonomis, praktis dan dapat dikombinasikan dengan diskusi. Kerugiannya adalah perlu keterampilan memberikan ceramah, audiens pasif sehingga kemungkinan belajar sedikit dan tidak sesuai untuk mempelajari keterampilan yang rumit. Efektivitas ceramah sebagai metode

pyramid. Namun bukan berarti metode ceramah tidak ada gunanya karena setiap metode memiliki keuntungan pada situasi tertentu.

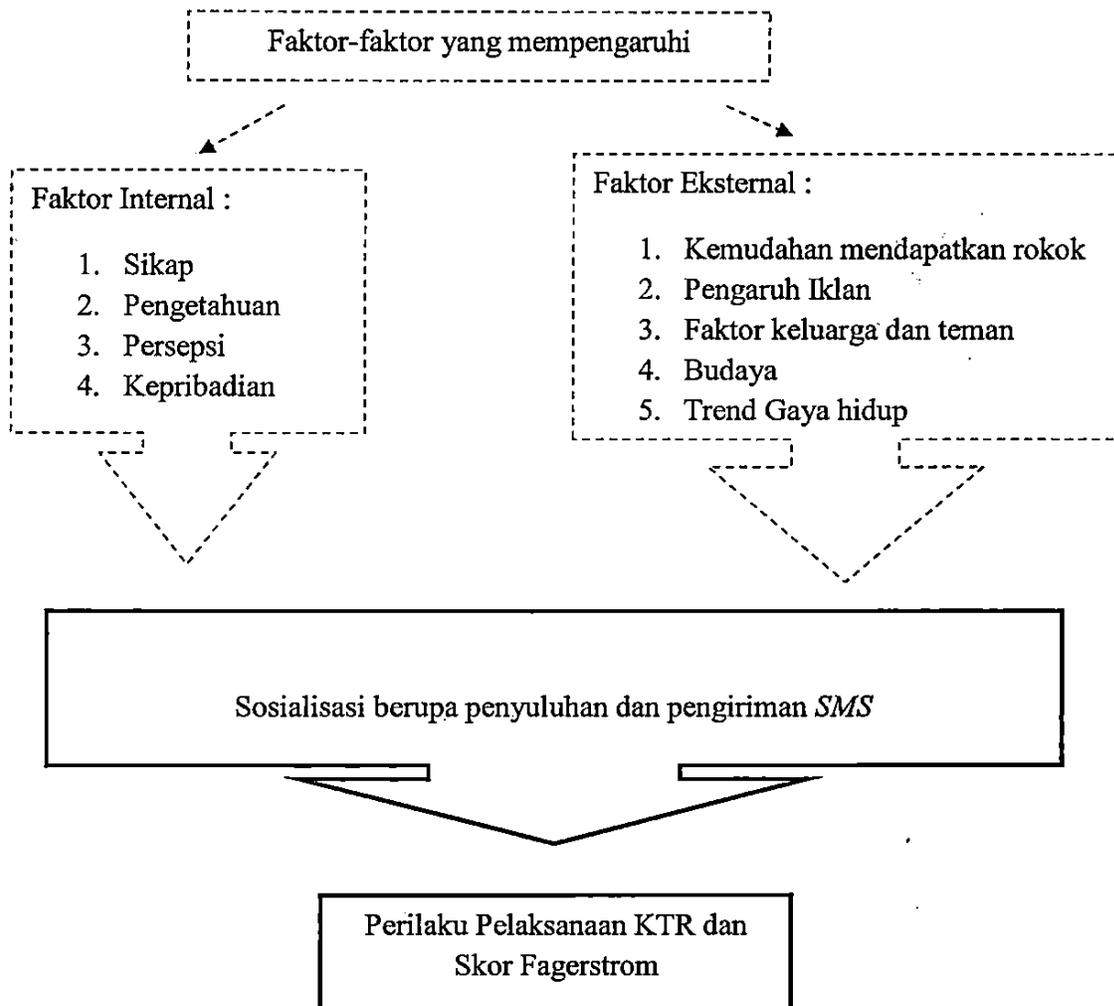
Metode ceramah paling tepat dipakai apabila :

- a. menyampaikan informasi dan meningkatkan motivasi.
- b. Pembicara lebih tahu dibanding *audiens*.
- c. Kelompok terlalu besar untuk aktifitas kelompok.
- d. Semua audiens perlu mendengar informasi yang sama.
- e. Pembicara bersifat dinamis, *informative* dan *sensitive*.

Keberadaan media dalam proses komunikasi sangat membantu komunikasi dalam menerima pesan dan melaksanakan pesan tersebut. Menurut Suhardjo (1996) kebanyakan orang lebih percaya pada apa yang dilihat daripada didengar dan ini tergambar dari hasil penggunaan indera dalam hal menangkap informasi yang diberikan dimana jika hanya dengan indera pendengaran 15%, mendengar dan melihat 35–55% dan jika melihat, mendengar, mengerjakan sendiri dan berpikir dapat mencapai 80 – 90%. Keputusan untuk memakai media tertentu atau kombinasi media ditentukan oleh tujuan program, biaya yang dimiliki, efektivitas media untuk audiens tertentu, kompleksitas pesan, keterbatasan waktu, hubungan dengan media, jenis dan ketersediaan media yang tentunya dengan pertimbangan-pertimbangan kelebihan dan kelemahan masing-masing media (Emilia, 2008). Dengan kepemilikan *mobile phone* yang terus

potensi untuk memanfaatkan *SMS* pengingat untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam pemberian perawatan kesehatan (Koshy, dkk., 2008). Menurut Yanpraz (2007) *SMS* mampu menjalankan fungsi –fungsi utama komunikasi yaitu informasi, persuasi, edukasi, hiburan dan pengalihan perhatian.

B. Kerangka Teori



Keterangan :

 = Tidak Dilakukan Penelitian

 = Dilakukan Penelitian

C. Hipotesis

Sosialisasi surat keputusan (SK) rektor menurunkan skor Fagerstrom dan meningkatkan perilaku terhadap pelaksanaan kawasan tanpa rokok (KTR) pada