

HUBUNGAN PENERAPAN KAWASAN TANPA ROKOK (KTR) DENGAN PERILAKU MEROKOK MAHASISWA KESEHATAN MASYARAKAT DI KOTA PALEMBANG TAHUN 2018

Sri Wahyuningsih

Program Studi D III Kebidanan Stikes Pembina Palembang Jl. Jenderal Bambang Utoyo No. 179

Email : wahyuningsihs82@yahoo.com

Abstrak

Data epidemik tembakau didunia menurut World Health Organization (WHO, 2008) menunjukkan 1 kematian karena tembakau di seluruh dunia terjadi tiap 6 detik. Hasil laporan Riskesdas tahun 2013, Perilaku merokok penduduk 15 tahun keatas masih belum terjadi penurunan dari 2007 ke 2013, cenderung meningkat dari 34,2 persen menjadi 36,3. Untuk mengendalikan hal tersebut, pemerintah mengeluarkan (UU) No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, Instruksi Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 4/U/1997 tentang lingkungan sekolah bebas rokok, dan Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri RINo. 188/MENKES/PB/I/2011 tentang pedoman pelaksanaan KTR . Kurang maksimalnya penerapan Kawasan Tanpa Rokok menyebabkan masih ditemukannya perokok yang merokok dilingkungan Kawasan Tanpa Rokok. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan penerapan kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan masyarakat di kota Palembang. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner. Sampel penelitian ini sebanyak 100 responden dengan teknik sampling simple random sampling. Analisis data yang digunakan chi square untuk analisis bivariat dengan taraf signifikansi 95%. Sebesar 44% mahasiswa merokok dan 56% mahasiswa tidak merokok. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara umur ($p=0,082$), pengetahuan KTR ($p=0,803$), implementasi fisik KTR ($p=0,070$), implementasi non fisik KTR ($p=0,813$), pembinaan KTR ($p=0,993$), pengawasan KTR ($p=0,520$), penghargaan KTR ($p=1,00$), sanksi KTR ($p=246$) dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan, serta ada hubungan antara jenis kelamin ($p=0,0001$) dan sikap KTR ($p=0,011$) dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan masyarakat.

Abstract

World tobacco epidemic data according to the World Health Organization (WHO, 2008) shows that 1 death due to tobacco worldwide occurs every 6 seconds. The results of the 2013 Riskesdas report show that the smoking behavior of residents 15 years and over has not decreased from 2007 to 2013, tends to increase from 34.2 percent to 36.3. To control this, the government issued (UU) no. 36 of 2009 concerning health, Instruction of the Minister of Education and Culture of the Republic of Indonesia No. 4/U/1997 concerning smoke-free school environments, and Joint Decree of the Minister of Health and Minister of Home Affairs of the Republic of Indonesia No. 188/MENKES/PB/I/2011 concerning guidelines for implementing KTR. The lack of optimal implementation of No-Smoking Areas has resulted in smokers still being found smoking in Non-Smoking Areas. The aim of this research is to analyze the relationship between the implementation of smoke-free areas and the smoking behavior of public health students in the city of Palembang. This research is a descriptive analytical study with a cross sectional approach. The instrument used in this research was a questionnaire. The sample for this research was 100 respondents using a simple random sampling technique. Data analysis used chi square for bivariate analysis with a significance level of 95%. 44% of students smoke and 56% of students do not smoke. The results showed that there was no relationship between age ($p=0.082$), knowledge of KTR ($p=0.803$), physical implementation of KTR ($p=0.070$), non-physical implementation of KTR ($p=0.813$), coaching of KTR ($p=0.993$), supervision KTR ($p=0.520$), KTR rewards ($p=1.00$), KTR sanctions ($p=246$) with smoking behavior of health students, and there is a relationship between gender ($p=0.0001$) and KTR attitudes ($p=0.011$) with the smoking behavior of public health studen

Kata kunci : *Kawasan Tanpa Rokok, Mahasiswa, Perilaku, Merokok.*

PENDAHULUAN

Perilaku merokok merupakan hal yang sering ditemui di lingkungan masyarakat Indonesia. Hasil analisis dari penelitian yang dilakukan pada tahun 2002 pada perokok yang berumur lebih dari 10 tahun di seluruh Indonesia, menunjukkan bahwa prevalensi merokok nasional sebesar 27,7 %⁽¹⁾.

Menurut hasil laporan Riskesdas tahun 2013, Perilaku merokok penduduk 15 tahun keatas masih belum terjadi penurunan dari 2007 ke 2013, cenderung meningkat dari 34,2 persen tahun 2007 menjadi 36,3 persen tahun 2013. 64,9 persen laki-laki dan 2,1% perempuan masih menghisap rokok tahun 2013. Untuk menanggulangi masalah tersebut, pemerintah telah melakukan upaya-upaya pencegahan untuk mensosialisasi tentang bahaya rokok dimulai dari keluarnya PP No.109/2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan sampai dengan Perda tentang kawasan dan tempat-tempat umum yang dilarang merokok⁽²⁾.

Pengendalian masalah kesehatan akibat tembakau perlu dilakukan secara komprehensif, terintegrasi, dan berkesimbangan dengan melibatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat. Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya untuk mengendalikan masalah kesehatan akibat tembakau. Selain itu, Menkes juga melakukan inisiasi pengembangan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) diberbagai daerah, melakukan peningkatan kapasitas tingkat nasional dan local dan Deklarasi perlindungan anak dari bahaya rokok⁽³⁾.

Dasar hukum KTR di Indonesia cukup banyak antara lain yaitu Undang-Undang (UU) No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan, dimana terdapat pembahasan mengenai pengendalian terkait media iklan (pasal 26,27) dan Pengendalian promosi dan sponsor (pasal 35,36), UU No. 23/1997 tentang pengelolaan lingkungan hidup, Peraturan Pemerintah (PP) RI No. 41/1999 tentang pengendalian pencemaran udara, PP RI No. 19/2003 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan, Instruksi Menteri Kesehatan RI No. 459/MENKES/INS/VI/1999 tentang kawasan bebas rokok pada sarana kesehatan dan Instruksi Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 4/U/1997 tentang lingkungan sekolah bebas rokok, dan Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri RI No. 188/MENKES/PB/I/2011 tentang pedoman pelaksanaan KTR⁽⁴⁾.

KTR telah diberlakukan di Kota Palembang sejak tahun 2009 berdasarkan Peraturan Walikota (Perwal) Semarang No.12 tahun 2009 yang menyatakan bahwa tempat-tempat tertentu yang ditetapkan sebagai KTR meliputi : sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, angkutan umum⁽⁵⁾.

Berbagai peraturan yang ditetapkan baik pemerintah maupun non-pemerintah dimaksudkan demi

meningkatkan kesehatan masyarakat, karena kesehatan merupakan aspek yang sangat penting bagi kehidupan manusia. Oleh karena itu, dibutuhkan kerjasama dan partisipasi antara pihak yang terkait⁽⁶⁾. *World Health Organization* (WHO) menetapkan “Hari Bebas Tembakau Sedunia” yang diperingati setiap tanggal 31 Mei. Perguruan Tinggi merupakan salah satu sarana pendidikan yang menurut Peraturan Pemerintah Nomor 109 tahun 2012 merupakan Kawasan Bebas Asap Rokok⁽²⁾.

Perguruan Tinggi merupakan salah satu pangsa pasar yang dituju oleh industri rokok. Industri rokok gencar menyerbu kalangan muda dengan berbagai iklan dan mensponsori kegiatan seperti musik, olah raga yang diadakan oleh mahasiswa bahkan menyediakan beasiswa.

Oleh karena itu, dalam penelitian ini, penulis akan meneliti lebih lanjut hubungan KTR dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan masyarakat dalam hal ini sebagai perokok aktif ataupun bukan perokok. 4 Universitas di Semarang yang mana di Fakultas/Program Studi Kesehatan Masyarakat merupakan memiliki peraturan terkait KTR walaupun belum 100% menerapkan KTR adalah Universitas Diponegoro, Universitas Dian Nuswantoro, Universitas Negeri Semarang dan Universitas Kota Palembang.

Peraturan tersebut sudah diberlakukan meski belum berjalan dengan baik. Karena masih banyak mahasiswa, dosen dan pegawai Fakultas/ Program Studi Kesehatan Masyarakat yang masih merokok di area kampus yang telah diatur oleh

peraturan tersebut sebagai area KTR.

Mahasiswa merupakan bagian dari remaja akhir. Mahasiswa merupakan aset bangsa yang kelak akan menjadi generasi penerus dalam membangun bangsa. Suatu bangsa dapat maju jika generasi muda memiliki perilaku yang sehat sebab kesehatan seseorang akan mempengaruhi produktivitasnya. Mahasiswa yang belajar di Fakultas Kesehatan diharapkan memiliki kepedulian serta perilaku kesehatan yang lebih baik daripada mahasiswa yang belajar di Fakultas Non Kesehatan, karena apa yang mereka pelajari berkaitan erat dengan dunia kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan penerapan kawasan tanpa rokok dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan di kota Palembang.

METODOLOGI PENELITIAN

1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif, dengan metode wawancara dan pendekatan cross sectional.

2. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini merupakan semua mahasiswa kesehatan masyarakat Kota Palembang.

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 100 orang. Dalam penelitian ini teknik sampling yang

seharusnya digunakan adalah *simple random sampling*. Namun dilapangan peneliti menggunakan *spontanius sampling*. Hal ini dikarenakan pihak universitas tidak memberikan data nama lengkap mahasiswa sehingga peneliti kesulitan untuk menggunakan random sampling.

3. Pengumpulan Data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini ada dua, yaitu data primer dan data sekunder. Data primer penelitian ini merupakan data yang diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan responden melalui kuesioner terstruktur.

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu dengan wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hubungan Antara Umur Responden dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 1 Analisis Hubungan Antara Umur Responden dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan						
Umur Responden	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		Jumlah	
	f	%	f	%	f	%
Remaja Akhir	4	42.3	5	57.7	9	100
Dewasa	3	100	0	0	3	100
$\alpha= 0,05$		p= 0,082		Ho= Diterima		

Dari tabel 1 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada kategori umur dewasa sebesar 100%, dibandingkan pada kategori remaja akhir sebesar 42,3%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel umur responden dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar $0,082 > 0,05$ yang artinya Ha ditolak Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara umur responden dengan perilaku merokok mahasiswa.

2. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 2 Analisis Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Jenis Kelamin Responden	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		Jumlah	
	Merokok		Merokok			
	f	%	f	%	f	%
Laki-laki	3	66.	2	33.	5	10
Perempuan	5	12.	3	87.	4	10
$\alpha= 0,05$		p= 0,0001		Ho= Ditolak		

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki sebesar 66,1%, dibandingkan pada jenis kelamin perempuan sebesar 12,2%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel jenis kelamin responden dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar $0,0001 < 0,05$ yang artinya Ha diterima dan Ho ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan perilaku merokok mahasiswa.

3. Hubungan Antara Pengetahuan KTR dengan Perilaku Merokok

Mahasiswa Kesehatan
Masyarakat

Tabel 3 Analisis Hubungan Antara Pengetahuan KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Pengetahuan KTR	Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat				Jumlah
	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		
	f	%	f	%	
Pengetahuan Baik	24	46.2	28	53.8	52
Pengetahuan Buruk	20	41.7	28	58.3	48
$\alpha=0,05$	p=0,803				Ho=Diterima

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada pengetahuan KTR yang sudah baik yaitu sebesar 46,2%, dibandingkan pada responden dengan pengetahuan buruk sebesar 41,7%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel pengetahuan KTR dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar 0,803 > 0,05 yang artinya Ha ditolak dan Ho diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan KTR responden dengan perilaku merokok mahasiswa.

4. Hubungan Antara Sikap KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 4 Analisis Hubungan Antara Sikap KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Sikap KTR	Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat				Jumlah
	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		
	f	%	f	%	
Baik	25	35.2	46	64.8	71
Buruk	19	65.5	10	34.5	29
$\alpha=0,05$	p=0,011				Ho=Ditolak

Dari tabel 4 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada responden yang memiliki sikap KTR yang belum baik yaitu sebesar 65,5%, dibandingkan pada responden dengan sikap KTR yang baik sebesar 35,2%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel sikap KTR dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar 0,011 < 0,05 yang artinya Ha diterima dan Ho ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara sikap KTR responden dengan perilaku merokok mahasiswa.

5. Hubungan Antara Implementasi Fisik KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 5 Analisis Hubungan Antara Implementasi Fisik KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Implementasi Fisik KTR	Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat				Jumlah
	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		
	f	%	f	%	
Tersedia	27	54.0	23	46.0	50
Tidak Tersedia	17	34.0	33	66.0	50
$\alpha=0,05$	p=0,070				Ho=

Diterima fisik non KTR yang sudah tersedia sebesar 42,1%.

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada implementasi fisik KTR yang sudah tersedia yaitu sebesar 54,0%, dibandingkan pada implementasi fisik KTR yang baik tidak tersedia sebesar 34,0%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel Implementasi Fisik KTR dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar $0,070 > 0,05$ yang artinya H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara Implementasi Fisik KTR dengan perilaku merokok mahasiswa.

6. Hubungan Antara Implementasi Non Fisik KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 6 Analisis Hubungan Antara Implementasi Non Fisik KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan						
Implementasi Non Fisik KTR	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		Jumlah	
	k		k			
	f	%	f	%	f	%
Tersedia	2	42.	3	57.	5	10
	4	1	3	9	7	0
Tidak Tersedia	2	46.	2	53.	4	10
	0	5	3	5	3	0
$\alpha = 0,05$	p = 0,813				Ho = Diterima	

Menurut tabel 6 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada implementasi fisik non KTR yang belum tersedia yaitu sebesar 46,5%, dibandingkan pada implementasi

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel Implementasi Non Fisik KTR dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar $0,813 > 0,05$ yang artinya H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara Implementasi Non Fisik KTR dengan perilaku merokok mahasiswa.

7. Hubungan Antara Pembinaan KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 7 Analisis Hubungan Antara Pembinaan KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan						
Pembinaan KTR	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		Jumlah	
	k		k			
	f	%	f	%	f	%
Ya	3	44.	3	55.	6	10
	0	8	7	2	7	0
Tidak	1	42.	1	57.	3	10
	4	4	9	6	3	0
$\alpha = 0,05$	p = 0,993				Ho = Diterima	

Berdasarkan tabel 7 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada responden yang telah mendapatkan pembinaan KTR yaitu sebesar 44,8%, dibandingkan pada responden yang tidak mendapatkan pembinaan KTR sebesar 42,4%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel pembinaan KTR dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan

bahwa nilai p-value sebesar $0,993 > 0,05$ yang artinya H_a ditolak dan H_0 diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pembinaan KTR dengan perilaku merokok mahasiswa.

8. Hubungan Antara Pengawasan KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 8 Analisis Hubungan Antara Pengawasan KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan						
Pengawasan KTR	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		Jumlah	
	k		k			
	f	%	f	%	f	%
Ya	2	40.	3	59.	5	10
	3	4	4	6	7	0
Tidak	2	48.	2	51.	4	10
	1	8	2	2	3	0
$\alpha = 0,05$	p = 0,520				Ho = Diterima	

Berdasarkan tabel 8 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada responden yang tidak mendapatkan pengawasan KTR yaitu sebesar 48,8%, dibandingkan pada responden yang mendapatkan pengawasan KTR sebesar 40,4%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel pengawasan KTR dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar $0,520 > 0,05$ yang artinya H_a ditolak dan H_0 diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengawasan KTR dengan perilaku merokok mahasiswa.

9. Hubungan Antara Penghargaan KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 9 Analisis Hubungan Antara Penghargaan KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Penghargaan KTR	Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan				Jumlah	
	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok			
	f	%	f	%	f	%
Ya	10	45.5	12	54.5	22	100
Tidak	34	43.6	44	56.4	78	100
$\alpha = 0,05$	p = 1,00				Ho = Diterima	

Berdasarkan tabel 9 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada responden dengan kawasan tanpa rokok yang sudah menerapkan penghargaan KTR yaitu sebesar 45,5%, dibandingkan pada responden dengan kawasan tanpa rokok yang tidak menerapkan penghargaan KTR sebesar 43,6%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel penghargaan KTR dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar $1,00 > 0,05$ yang artinya H_a ditolak dan H_0 diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara penghargaan KTR dengan perilaku merokok mahasiswa.

10. Hubungan Antara Sanksi KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Tabel 10 Analisis Hubungan Antara Sanksi KTR dengan Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Perilaku Merokok Mahasiswa Kesehatan						
Sanksi KTR	Perilaku Merokok		Perilaku Tidak Merokok		Jumlah	
	f	%	f	%	f	%
Ya	3	49.	3	50.	6	10
	1	2	2	8	3	0
Tidak	1	35.	2	49.	3	10
	3	1	4	2	7	0
$\alpha = 0,05$		$p = 0,246$		Ho =		
Diterima						

Berdasarkan tabel 10 dapat diketahui bahwa perilaku merokok mahasiswa lebih banyak terjadi pada responden dengan kawasan tanpa rokok yang sudah menerapkan sanksi KTR yaitu sebesar 49,2%, dibandingkan pada responden dengan kawasan tanpa rokok yang tidak menerapkan sanksi KTR sebesar 35,1%.

Hasil analisis bivariat dengan Chi Square antara variabel sanksi KTR dengan perilaku merokok mahasiswa menunjukkan bahwa nilai p-value sebesar $0,246 > 0,05$ yang artinya H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara sanksi KTR dengan perilaku merokok mahasiswa.

KESIMPULAN

Sebagian besar umur responden merupakan remaja akhir (17-25 tahun) yaitu sebesar 97 %. Sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah Laki-laki sebesar 59%, dan jenis kelamin Perempuan sebesar 41%. Sebagian besar responden sudah memiliki pengetahuan yang baik. Dimana sebesar 52% responden memiliki pengetahuan tentang Kawasan Tanpa Rokok yang baik. Sedangkan 48% responden lainnya berpengetahuan buruk. Sebagian besar responden sudah

memiliki sikap tentang KTR yang baik. Dimana sebesar 71% responden memiliki sikap tentang Kawasan Tanpa Rokok yang baik. Sedangkan untuk 29% lainnya memiliki sikap buruk.

Implementasi fisik Kawasan Tanpa Rokok yang tersedia dan tidak tersedia sama besar. Dimana implementasi fisik Kawasan Tanpa Rokok sudah tersedia dengan baik sebesar 50%. Sedangkan untuk implementasi fisik Kawasan Tanpa Rokok yang tidak tersedia sebesar 50%. Sebagian besar implementasi non fisik Kawasan Tanpa Rokok sebagian besar sudah tersedia. Dimana implementasi non fisik Kawasan Tanpa Rokok sudah tersedia dengan baik sebesar 57%. Sedangkan untuk implementasi non fisik Kawasan Tanpa Rokok yang tidak tersedia sebesar 43%.

Sebagian besar pembinaan tentang Kawasan Tanpa Rokok sudah banyak dilakukan. Dimana pembinaan tentang Kawasan Tanpa Rokok sudah dilakukan yaitu sebesar 67%. Sedangkan 33% lagi belum dilakukan pembinaan tentang Kawasan Tanpa Rokok. Sebagian besar pengawasan tentang Kawasan Tanpa Rokok sudah banyak dilakukan. Dimana pengawasan tentang Kawasan Tanpa Rokok sudah dilakukan yaitu sebesar 57%. Sedangkan 43% lagi belum dilakukan pengawasan tentang Kawasan Tanpa Rokok.

Sebagian besar penghargaan tentang Kawasan Tanpa Rokok belum banyak dilakukan. Dimana penghargaan tentang Kawasan Tanpa Rokok belum dilakukan yaitu sebesar 78%. Sedangkan 22% lagi sudah dilakukan penghargaan tentang Kawasan Tanpa Rokok.

Sebagian besar sanksi tentang Kawasan Tanpa Rokok sudah banyak dilakukan. Dimana sanksi tentang Kawasan Tanpa Rokok sudah dilakukan yaitu sebesar 63%. Sedangkan 37% lagi belum dilakukan sanksi tentang Kawasan Tanpa Rokok.

Variabel yang berhubungan dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan masyarakat : jenis kelamin responden (nilai $p=0,001$), sikap KTR (nilai $p=0,011$). Hasil analisis bivariat dengan Chi Square menunjukkan bahwa nilai p -value $< 0,05$ yang artinya H_0 diterima dan H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan.

Variabel yang tidak berhubungan dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan masyarakat : umur responden (nilai $p=0,082$), pengetahuan tentang KTR responden (nilai $p=0,803$), implementasi fisik KTR (nilai $p=0,070$), implementasi non fisik KTR (nilai $p=0,813$), pembinaan KTR (nilai $p=0,993$), pengawasan KTR (nilai $p=0,520$), penghargaan KTR (nilai $p=1,00$), dan sanksi KTR (nilai $p=0,246$).

SARAN

1. Bagi Mahasiswa Kesehatan Masyarakat

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap mahasiswa tentang Kawasan Tanpa Rokok sudah baik, sehingga diharapkan dalam implementasinya mahasiswa juga mendukung dengan tidak merokok area KTR.

2. Bagi Fakultas/ Program

Studi Kesehatan Masyarakat

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Kawasan Tanpa Rokok masih kurang dibidang pengawasan KTR, pembinaan KTR, penghargaan KTR dan sanksi KTR. Diharapkan pihak Fakultas/ Program Studi Kesehatan Masyarakat untuk meningkatkan dan melengkapi hal-hal yang mendukung implementasi Kawasan Tanpa Rokok.

3. Bagi Kementerian Ristekdikti

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa meski sudah diberlakukan, implementasi Kawasan Tanpa Rokok belum sepenuhnya ditaati dengan masih ditemukannya mahasiswa yang merokok di wilayah KTR. Diharapkan pihak Kementerian Ristekdikti memberikan ketegasan terkait keputusan yang berhubungan dengan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok di Universitas sebagai salah satu dari 7 kawasan wajib bebas asap rokok.

4. Bagi Dinas Kesehatan

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi Kawasan Tanpa Rokok masih kurang dibidang pembinaan KTR. Diharapkan pihak Dinas Kesehatan khususnya sie Promosi Kesehatan memberikan pembinaan terkait Kawasan Tanpa Rokok. Pembinaan ini berupa konsultasi, sosialisasi, dan seminar tentang Kawasan Tanpa Rokok.

DAFTAR PUSTAKA

Sirait, M.A. dkk. Perilaku merokok di Indonesia. Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat. Medan : USU. 2001.

Peraturan Pemerintah Nomor:

109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan.

Keputusan Bersama Menteri Kesehatan Dan Menteri Dalam Negeri RI.No.188/MENKES/P B/I/2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan KTR .

Kementerian Kesehatan RI.Profil Kesehatan Indonesia 2010. 2011.<http://www.depkes.go.id>.

Peraturan Walikota(Perwal) Semarang No.12 tahun 2009.

Aditama. Kesehatan dan Keselamatan Kerja. Jakarta : Universitas Indonesia. 2006.