

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Identifikasi Masalah

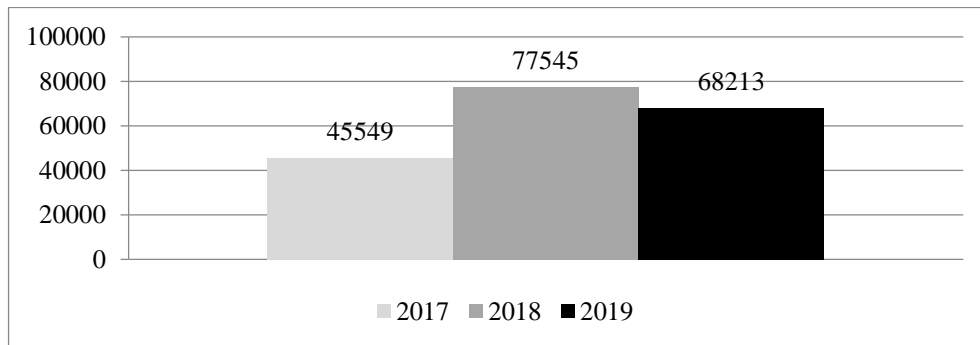
WHO (2020) telah melaporkan bahwa lebih dari 600.000 kematian pertahun di seluruh dunia disebabkan oleh *second-hand smoke* (SHS). *US Department of Health Human Services* (2014) mendefinisikan SHS sebagai sebuah campuran gas dan partikel halus yang dikeluarkan dari sebuah produk tembakau yang terbakar seperti rokok, atau dari asap yang dihembuskan oleh individu perokok aktif. SHS merupakan salah satu masalah yang luas dan paling penting untuk diatasi. Meskipun demikian, 93% populasi dunia masih tinggal dalam negara yang tidak terlindungi oleh 100% peraturan bebas asap rokok, dan paparan oleh SHS dalam rumah masih biasa terjadi. Data Tahun 2004 mencatat 40% anak-anak, 33% laki-laki non-perokok, dan 35% perempuan non-perokok terpapar oleh SHS.

Laporan dari *WHO's Global Youth Tobacco Survey* di 43 negara Tahun 2002 telah mencatat bahwa anak usia 13-15 tahun terpapar SHS di dalam rumah, 70% lebih di enam situs di India, 69% di Indonesia. Data terupdate Tahun 2009 menunjukkan prevalensi di India menjadi 22%, namun masih tinggi di Indonesia 57% pada Tahun 2014 (Gajalakshmi, 2010; WHO, 2015). Perilaku merokok orang tua telah lama diakui sebagai sumber utama paparan SHS pada anak dan remaja dan juga non perokok lainnya. Anak-anak kurang mempunyai kendali terhadap lingkungan terpapar SHS (*U.S. Department of Health and Human Services*, 2006).

Hubungan antara SHS dan beberapa kerugian kesehatan seperti infeksi pernafasan, penyakit jantung, kanker paru-paru dan asma telah lama dibuktikan dalam penelitian. Selain dampak pada kesehatan, paparan asap rokok baik dari perokok dan SHS menimbulkan dampak ekonomi pada pembiayaan kesehatan dan hilangnya produktivitas. Chrisnahunata et al. (2019) melaporkan bahwa merokok merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya penyakit katastrofik yang memakan biaya pelayanan kesehatan sebesar 30% dari total biaya JKN

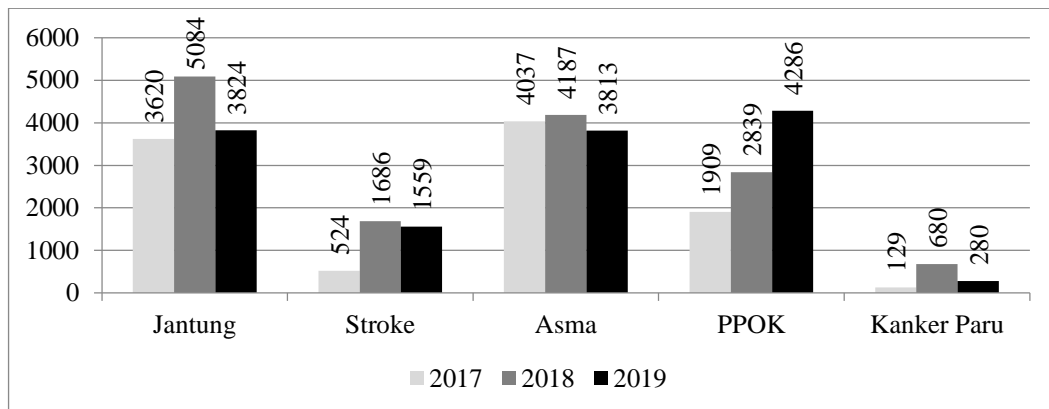
Penelitian terbaru menemukan bahwa SHS merupakan faktor independen terhadap kerentanan inisiasi merokok (McIntire et al., 2015). Larangan merokok dalam rumah diyakini dapat menunda atau mencegah inisiasi merokok di antara anak dan remaja (Mathur et al., 2014). 90% lebih perokok memulai merokok di usia sebelum 18 tahun (*US Department of Health Human Services, 2012*). Demikian juga, paparan SHS bisa jadi faktor mediasi remaja sulit berhenti merokok (Wang et al., 2013).

Kota Surabaya merupakan kota metropolitan terbesar kedua di Indonesia. Kota yang menjadi daerah tujuan urbanisasi ini mempunyai jumlah penduduk terbesar se-Jawa Timur. Kota Surabaya telah menjadi sasaran pemasaran yang strategis dan prospektif bagi industri rokok. Kerugian kesehatan dari perilaku merokok masyarakat Kota Surabaya dapat dilihat dari laporan tren penyakit terkait dengan rokok pada Gambar 1.1 dan 1.2. Beberapa tren penyakit kronik yang diatribusikan dengan perilaku merokok seperti hipertensi, jantung, stroke, asma, PPOK dan kanker paru belum kunjung menurun dalam tiga tahun terakhir.



Sumber: Makalah Kunjungan Pembelajaran terkait KTR di Kota Surabaya Tahun 2019

Gambar 1.1 Grafik tren kasus hipertensi di Kota Surabaya Tahun 2017-2019.



Sumber: Makalah Kunjungan Pembelajaran terkait KTR di Kota Surabaya Tahun 2019

Gambar 1.2 Grafik tren kasus penyakit yang diatribusikan dengan rokok di Kota Surabaya Tahun 2017-2019.

NCCDPHP (2009) dalam McKenzie et al. (2013) menyebutkan bahwa penyakit kronis tidak hanya mematikan dan membutuhkan biaya tinggi, namun mereka paling dapat dicegah dengan memodifikasi perilaku beresiko di antaranya kurangnya aktivitas fisik, nutrisi buruk, penggunaan tembakau, dan konsumsi alkohol. Lebih lanjut lagi Van Dam et al. (2008) dalam McKenzie et al. (2013) memperkirakan bahwa semua penyebab kematian dapat dikurangi sampai dengan

55% dengan tidak pernah merokok, melakukan aktivitas fisik, diet makanan yang sehat, dan menghindari kelebihan berat badan.

Selain tren peningkatan jumlah penyakit terkait merokok, peningkatan jumlah perokok di Kota Surabaya belum menunjukkan tren penurunan. Hal tersebut ditunjukkan oleh umur mulai merokok yang semakin dini. Peneliti telah mengadakan studi awal penelitian pada Bulan Juli 2019 di beberapa Puskesmas di Kota Surabaya. Hasil menunjukkan bahwa umur anak mulai merokok semakin dini meskipun kegiatan edukasi telah diberikan sejak anak kelas 3-4 SD. Berikut hasil wawancara dengan tenaga kesehatan Puskesmas.

“Pas skrining itu kita juga menanyakan apakah dia (siswa) merokok, kadang siswa kalau kita tanya itu *ga* jawab ya, bener *ga* ngrok? Cuma kadang saya tahu, jangan bohong! kita tahu, akhirnya ya ngaku merokok. Itu terjadi di kelas SD kelas 5 sudah ada, kelas 6 ada, kalau di SMP itu lebih banyak, kadang cewek juga ada.” (U/Penanggung Jawab Program TB).

“..sekarang anak kelas VI SD sudah ada yang coba-coba merokok, jangankan kelas VI, kelas V SD itu lho.. Kayaknya sasaran ini ya harus mulai dini.. sekarang itu parah kayaknya.” (R/Penanggung Jawab Program UKS)

“...yang membuat saya miris itu 2014-2015 di wilayah Puskesmas... kelas paling kecil untuk merokok waktu itu masih kelas VI SD. 2016 menurun kelas V, 2017 menurun jadi kelas III, 2019 terakhir kemarin umur.. kelas II itu sudah mencoba ngrok gitu lho. Jadi saya mikir padahal kita edukasinya tiap bulan edukasi gitu lho. Tiap bulan kita ada *list* sekolah mana yang kita... skrining... kita penyuluhan tentang rokok...” (E/Penanggung Jawab Program KTR).

Penelitian Oei et al. (1990) telah menyebutkan bahwa anak yang mencoba merokok di usia muda dipastikan akan menjadi perokok. Temuan tersebut telah dikuatkan oleh kajian yang dilakukan oleh Birge et al. (2017) bahwa lebih dari 2/3 seseorang yang mencoba merokok akan menjadikannya perokok aktif. Umur mulai merokok yang semakin dini menjadikan upaya berhenti merokok semakin

sulit. Reed (1993) memperingatkan bahwa ketergantungan nikotin yang terjadi pada umur sangat dini membuat usaha berhenti merokok menjadi semakin sulit. Taioli dan Wynder (1991) dalam La Torre (2013) juga memperingatkan bahwa individu yang memulai merokok lebih awal dalam kehidupannya selain memiliki kesulitan berhenti lebih tinggi juga lebih mudah menjadi perokok berat sehingga lebih mudah menjurus ke penyakit terkait merokok. Maka dari itu, Haustein dan Groneberg (2010) menegaskan bahwa tujuan nomor satu dalam pencegahan primer terkait merokok ialah menjamin bahwa anak dan remaja untuk tidak sampai memulai (menginisiasi) merokok. Peningkatan frekuensi merokok di antara anak merupakan alarm keras, penyebab meningkatnya laju kesakitan dan kematian.

Upaya mencegah anak dan remaja untuk memulai merokok ini dapat dimulai dari tatanan rumah tangga/ keluarga, lingkungan sekolah dan di masyarakat luas. Penelitian Emory et al. (2010) menemukan bahwa aturan rumah bebas-rokok berhubungan dengan eksperimen (percobaan) dan onset tertunda (inisiasi) merokok di kalangan remaja. Temuan penelitian Ramadhan (2017) melaporkan bahwa larangan merokok di dalam rumah dapat meningkatkan keberhasilan dalam berhenti merokok selain keuntungan paling langsung dari melindungi non-perokok dan anak-anak dari paparan rokok yang tidak disengaja (Borland et al., 2006, Jarvis et al., 2009, Martinez-Donate et al., 2009). Sejumlah penelitian lainnya juga telah memberikan bukti kuat dan konsisten bahwa kehadiran sebuah aturan rumah bebas-rokok merupakan prediktor yang baik untuk keberhasilan berhenti merokok dan mengurangi konsumsi rokok di kalangan

perokok dewasa (Hennessy et al., 2014, Mills et al., 2009). Orang tua diharapkan dapat memberikan teladan bagi anggota keluarga lainnya untuk tidak merokok. Ketentuan rumah bebas-rokok dapat memengaruhi perilaku merokok dalam beberapa cara. Zhang (2017) berpendapat bahwa perokok mungkin merasa tidak nyaman untuk merokok atau merasakan tekanan dari anggota rumah tangga lainnya. Selain itu, aturan rumah juga dapat menyampaikan pesan norma anti-merokok sehingga menghalangi orang untuk merokok.

Salah satu indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang digagas oleh Pemerintah Indonesia untuk mengendalikan bahaya merokok ialah tidak merokok di dalam rumah. Indikator ini relatif lebih sesuai dengan kondisi masyarakat saat ini ditinjau dari manfaatnya dan kemudahan untuk dipenuhi oleh masyarakat. Tidak merokok di dalam rumah merupakan kesadaran dan perilaku sukarela anggota keluarga atau penghuni rumah atau gedung untuk tidak menggunakan produk tembakau di dalam rumah atau ruangan.

Hasil dari pengkajian PHBS Tahun 2016-2018 dari 20% KK di Kota Surabaya menunjukkan bahwa nilai terendah terjadi pada indikator tidak merokok di dalam rumah. Tren nilai rata-rata indikator tidak merokok di dalam rumah Tahun 2016-2019 dari 63 Puskesmas telah mengalami kenaikan seperti yang ditunjukkan oleh Tabel 1.1. Pada Tahun 2016 sebesar 67,83%, 2017 sebesar 69,97% dan pada Tahun 2018 menjadi 70,13%. Namun demikian tren tiap Puskesmas cukup bervariasi dan dapat dikelompokkan menjadi; Puskesmas dengan kenaikan 22,25%, fluktuatif 55,5% dan penurunan 22,25%. Puskesmas

yang mengalami tren penurunan yang paling berarti salah satunya ialah Puskesmas Simomulyo (32%).

Tabel 1.1 Nilai capaian PHBS rumah tangga pada indikator tidak merokok di dalam rumah di wilayah kerja Puskesmas Kota Surabaya Tahun 2016-2018.

No.	Puskesmas	Tahun (%)			Tren
		2016	2017	2018	
1	Tanjungsari	59,43	59,01	79,62	fluktuatif
2	Simomulyo	80,00	65,00	54,00	turun
3	Manukan Kulon	48,50	55,25	55,25	<i>naik</i>
4	Balongsari	87,00	81,81	76,00	turun
5	Asemrowo	80,00	80,00	75,70	turun
6	Sememi	92,50	93,20	94,80	<i>naik</i>
7	Benowo	23,07	100,00	62,40	fluktuatif
8	Jeruk	48,16	47,00	46,68	turun
9	Lidah Kulon	60,00	61,13	63,89	<i>naik</i>
10	Bangkalan	50,24	58,37	73,70	<i>naik</i>
11	Lontar	63,00	79,30	61,00	fluktuatif
12	Made	53,00	65,33	64,00	fluktuatif
13	Peneleh	94,16	95,75	84,15	fluktuatif
14	Ketabang	81,00	89,00	85,10	fluktuatif
15	Kedungdoro	73,89	73,89	50,03	turun
16	Dr. Soetomo	68,00	66,00	75,80	fluktuatif
17	Tembok Dukuh	64,70	84,70	97,34	<i>naik</i>
18	Gundih	83,67	92,79	77,58	fluktuatif
19	Tambakrejo	56,70	57,44	57,66	<i>naik</i>
20	Simolawang	60,00	77,00	75,30	fluktuatif
21	Perak Timur	74,13	68,00	65,20	turun
22	Pegirian	55,00	76,00	81,00	<i>naik</i>
23	Sawah Pulo	65,04	65,04	60,00	turun
24	Sidotopo	31,11	35,98	49,00	<i>naik</i>
25	Wonokusumo	53,04	42,74	45,16	fluktuatif
26	Krembangan Sel	58,00	66,00	61,00	fluktuatif
27	Dupak	58,30	49,40	85,00	fluktuatif
28	Morokrembangan	68,21	75,00	55,00	fluktuatif
29	Kenjeran	85,00	74,00	71,70	turun
30	Tanah Kali Kedinding	53,00	64,33	72,77	<i>naik</i>
31	Sidotopo Wetan	54,24	59,31	67,92	<i>naik</i>
32	Bulak Banteng	74,00	61,00	52,00	turun
33	Tambak Wedi	60,00	69,56	68,10	fluktuatif
34	Rangkah	65,60	75,19	72,15	fluktuatif
35	Pacar Keling	83,00	66,50	62,31	turun
36	Gading	59,57	76,15	61,00	fluktuatif

No.	Puskesmas	Tahun (%)			Tren
		2016	2017	2018	
37	Pucangsewu	85,75	58,67	64,06	fluktuatif
38	Mojo	67,30	67,30	92,50	<i>naik</i>
39	Kalirungkut	72,33	84,67	51,50	fluktuatif
40	Medokan Ayu	90,65	77,67	91,20	fluktuatif
41	Tenggilis	84,00	77,10	79,00	fluktuatif
42	Gunung Anyar	61,50	56,66	65,00	fluktuatif
43	Menur	62,82	67,50	71,61	<i>naik</i>
44	Klampis Ngasem	68,20	80,00	76,00	fluktuatif
45	Keputih	68,50	84,00	82,10	fluktuatif
46	Mulyorejo	73,00	74,00	71,00	fluktuatif
47	Kalijudan	82,00	77,00	85,02	fluktuatif
48	Sawahana	71,10	80,28	99,97	<i>naik</i>
49	Putat Jaya	63,47	59,00	57,00	turun
50	Banyu Urip	74,85	72,00	73,06	fluktuatif
51	Pakis	66,65	76,79	83,66	<i>naik</i>
52	Jagir	100,00	80,00	80,80	turun
53	Wonokromo	69,00	79,00	78,00	fluktuatif
54	Ngagelrejo	54,79	48,21	52,78	fluktuatif
55	Kedurus	65,20	72,75	71,00	fluktuatif
56	Dukuh Kupang	75,60	50,61	75,12	fluktuatif
57	Wiyung	84,00	82,62	73,00	turun
58	Balas Klumprik	53,82	68,00	65,48	fluktuatif
59	Gayungan	84,17	65,76	70,00	fluktuatif
60	Jemursari	71,49	66,18	74,37	fluktuatif
61	Sidosermo	76,50	70,00	68,33	turun
62	Siwalankerto	58,00	61,72	62,00	fluktuatif
63	Kebonsari	64,30	64,27	65,60	fluktuatif
Rata-rata		67,83	69,97	70,13	<i>naik</i>

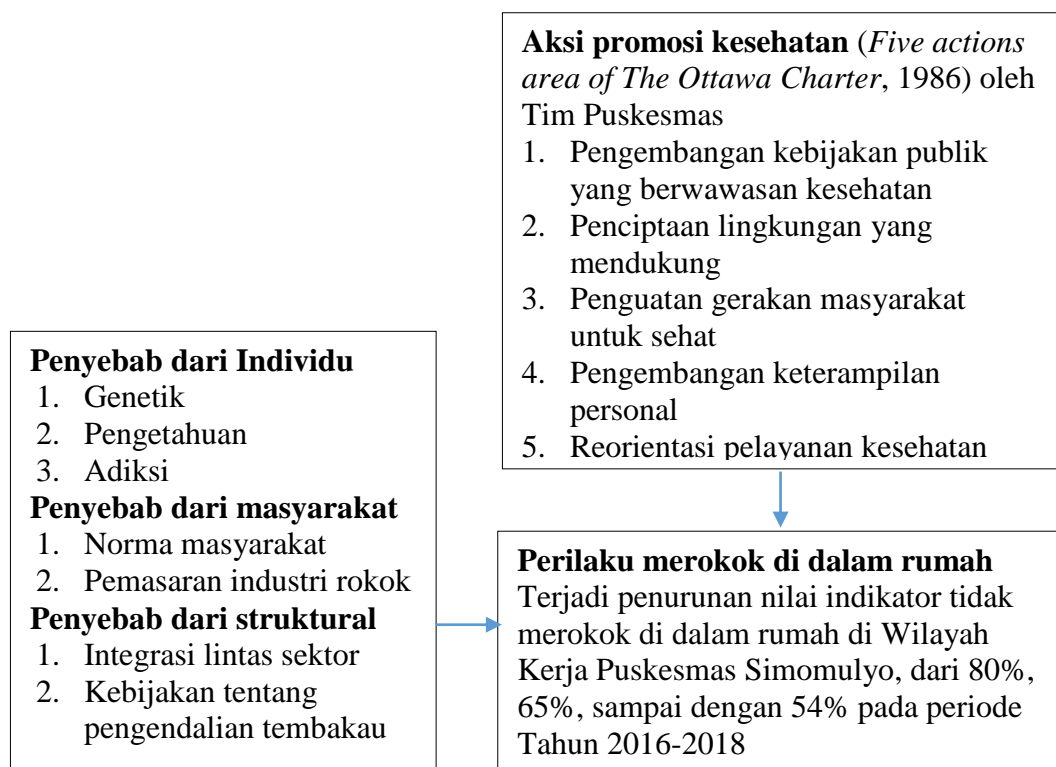
Sumber: Profil Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Surabaya 2016-2018

Masalah merokok di dalam rumah sangat relevan untuk dikaji mengingat konsekuensinya bagi kesehatan dan kehidupan sosial masyarakat. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat, mempunyai tujuan untuk mewujudkan wilayah kerja yang sehat dengan masyarakat yang memiliki perilaku sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, hidup dalam lingkungan sehat dan memiliki derajat

kesehatan yang optimal. Maka dari itu peneliti mengangkat masalah penelitian terkait tren penurunan nilai indikator tidak merokok di dalam rumah di wilayah kerja Puskesmas Simomulyo Kota Surabaya pada periode 2016-2018. Pendalaman peneliti terhadap upaya promosi kesehatan tim Puskesmas Simomulyo untuk pencegahan merokok di dalam rumah diharapkan dapat memberikan informasi dalam pengembangan program dan kegiatan pencegahan.

1.2 Kajian Masalah

Fortune et al. (2018) menyatakan bahwa promosi kesehatan mempunyai sebuah peran fundamental untuk mewujudkan keseluruhan agenda *Sustainable Development Goals* (SDGs). Salah satu upaya promosi kesehatan seperti



Gambar 1.3 Kajian Masalah Penelitian

pengecahan merokok tentunya akan memberikan dampak positif terutama terhadap pengurangan masalah sosial, kemiskinan, kesakitan dan kematian. pada masalah rokok, kerugian kesehatan tidak seharusnya terjadi karena masyarakat dan pemerintah sebenarnya memiliki peluang untuk mencegahnya. Maka dari itu, pengecahan merokok layak untuk menjadi perhatian semua pihak.

Peningkatan kejadian merokok di dalam rumah menunjukkan pengetahuan akan dampak merokok di dalam rumah yang masih kurang dan jumlah perokok relatif tinggi. Jumlah perokok yang tinggi terkait dengan perokok yang tidak berhenti merokok dan perokok baru bertambah. Masalah tingginya angka kejadian merokok di dalam rumah dapat diidentifikasi penyebabnya dari aspek individu, kelompok dan struktural (kebijakan).

Snelling (2014) menjelaskan bahwa merubah perilaku sehat individual dan sosial merupakan proses kompleks. Sejak Tahun 1980-an, banyak penelitian telah menunjukkan bahwa agar perilaku sehat diadopsi oleh individu, maka faktor sosial, perilaku, dan lingkungan harus menjadi bagian dari proses perubahan. Pilihan sehat harus menjadi pilihan mudah di rumah, tempat kerja, sekolah dan masyarakat. Kompleksitas perubahan perilaku membutuhkan upaya pelayanan kesehatan yang sistematis dan terintegrasi. Strategi dan aksi pembinaan PHBS yang telah diadaptasi oleh Kementerian Kesehatan RI (2011) mengacu pada *The Ottawa Charter* dari hasil Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Pertama yang telah diprakarsai oleh WHO di Kanada Tahun 1986. Strategi yang dapat digunakan meliputi *advocate* (advokasi), *mediate* (bina suasana) dan *enable* (pemberdayaan). Strategi pokok tersebut telah diformulasikan kembali oleh

Kementerian Kesehatan RI ke dalam kalimat; 1) Gerakan pemberdayaan, 2) Bina suasana, 3) Advokasi, serta dilandasi oleh semangat 4) Kemitraan. Strategi tersebut dijabarkan ke dalam lima aksi meliputi; 1) *Building healthy public policy*, 2) *Creating supportive environments*, 3) *Strengthening community action*, 4) *Developing personal skills*, 5) *Reorienting health services*. Korelasi antara penerapan aksi tersebut dengan hasil yang positif dari program promosi kesehatan telah dibuktikan dalam sintesa Jackson et al. (2007).

McKenzie et al. (2013) berpendapat bahwa perubahan perilaku kesehatan sangatlah kompleks, dan promotor kesehatan harus menyadari tidak mudah mengubah sebuah perilaku sasaran. Namun demikian, masih ada peluang keberhasilan bagi mereka yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan untuk merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program yang sesuai. Sehubungan dengan upaya pencegahan merokok di dalam rumah, tenaga kesehatan Puskesmas yang mempunyai peran mempromosikan kesehatan pencegahan merokok diharapkan memiliki kompetensi yang dapat menjalankan strategi dan aksi tersebut. Seperti yang telah dikemukakan oleh Battel-Kirk et al. (2009) bahwa kompetensi inti promosi kesehatan merupakan sesuatu yang diharapkan dari seorang praktisi promosi kesehatan untuk mampu melakukan pekerjaan secara efisien, efektif, dan sesuai dengan sasaran.

Starfield et al. (2005) telah menyebutkan bahwa promosi kesehatan merupakan upaya terkait erat dengan prinsip dan pengembangan *Primary Health Care* sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas. Aksesibilitas, tindaklanjut dan kontinuitas pelayanan dasar dan kehadirannya di

masyarakat merupakan konteks ideal yang ditawarkan secara terpadu dan terfokus untuk peduli dan mengimplementasikan kegiatan promosi kesehatan. Secara operasional, Kementerian Kesehatan RI (2007) menekankan upaya promosi kesehatan di Puskesmas diimplementasikan agar masyarakat mampu ber-PHBS sebagai bentuk pemecahan masalah kesehatan yang dihadapinya. Termasuk upaya promosi kesehatan dalam pencegahan merokok merupakan bagian dari upaya Puskesmas dalam membina PHBS.

Upaya promosi kesehatan untuk pencegahan merokok oleh Puskesmas di Kota Surabaya dijalankan oleh tim atau interprofesi, lintas unit dalam Puskesmas. Tim tersebut kurang lebih terdiri dari penanggung jawab promosi kesehatan, promotor kesehatan, bidan kelurahan, dokter, dokter gigi, perawat, dan penanggung jawab program Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) lainnya seperti KTR, UKS, Posyandu balita, Posbindu PTM, Pos UKK, dan Keluarga Sehat. Semua tenaga kesehatan telah menetapkan perilaku merokok sebagai masalah yang harus ditangani bersama sesuai peran, tupoksi dan kewenangannya.

Beberapa penelitian telah menyimpulkan bahwa penerapan promosi kesehatan di Puskesmas sebagai penyedia layanan primer dapat mengalami hambatan terutama masalah terkait SDM. Rubio-Valera et al. (2014) dan Moreno-Peral et al. (2015) dalam penelitian sintesisnya menemukan bahwa penyatuan intervensi promosi kesehatan dalam praktik di Puskesmas memberikan sebuah tantangan atau hambatan berupa beban kerja yang berat, hambatan waktu, dan keyakinan tenaga kesehatan dan pasien pada promosi kesehatan. Kondisi di

Indonesia, telah dilaporkan oleh PPPKMI (2018) bahwa implementasi promosi kesehatan di Puskesmas masih menghadapi hambatan. Sejumlah hambatan itu di antaranya; program promosi kesehatan belum terintegrasi dengan program prioritas, penanggung jawab promosi kesehatan umumnya mengemban tugas rangkap, keterbatasan kapasitas tenaga, dan penyelenggaraan kegiatan dalam gedung (UKP) lebih dominan dari pada di luar gedung (UKM). Fakta ini diperkuat oleh penelitian Kementerian PPN/ Bapenas (2018) yang menemukan bahwa sejak era desentralisasi Tahun 2000, Puskesmas diserahkan kepada pemerintah daerah. Pengembangan dan pembinaan Puskesmas bervariasi dan tergantung pada komitmen dan kapasitas daerah. Sejak itu, kinerja Puskesmas mulai menurun dan terdapat Puskesmas tidak mempunyai SDM sesuai standar. Selanjutnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Tahun 2014 dan Puskesmas ditetapkan menjadi *provider* (FKTP) BPJS. Sejak itu pula sumber daya Puskesmas tersita untuk melaksanakan UKP bagi peserta BPJS, sehingga UKM kurang diperhatikan.

1.3 Rumusan Masalah

1.3.1 Batasan Masalah

Masalah pencegahan merokok di dalam rumah dapat dikaji penyebabnya dari aspek individu, masyarakat, struktural, aspek aksi Puskesmas. Namun demikian, penelitian ini memfokuskan pada aspek aksi Puskesmas dalam menjalankan promosi kesehatan untuk pencegahan merokok di dalam rumah.

1.3.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini ditetapkan atas dasar latar belakang dan kajian masalah yang meliputi;

1. Bagaimana terjadinya tren kenaikan kejadian merokok di dalam rumah di wilayah kerja Puskesmas Simomulyo?
2. Bagaimana aksi promosi kesehatan Puskesmas Simomulyo dalam pencegahan merokok di dalam rumah?
3. Bagaimana keberhasilan promosi kesehatan Puskesmas Simomulyo dalam pencegahan merokok di dalam rumah?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ialah mengkaji aksi Puskesmas dalam menjalankan promosi kesehatan untuk pencegahan merokok di dalam rumah.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji penyebab terjadinya tren peningkatan kejadian merokok di dalam rumah di wilayah kerja Puskesmas Simomulyo
2. Mengkaji aksi promosi kesehatan Puskesmas Simomulyo dalam pencegahan merokok di dalam rumah
3. Mengkaji keberhasilan promosi kesehatan Puskesmas Simomulyo dalam pencegahan merokok di dalam rumah

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Penelitian bagi Peneliti

Peneliti mengetahui implementasi promosi kesehatan oleh Puskesmas terkait dengan pencegahan merokok di dalam rumah.

1.5.2 Manfaat Penelitian bagi Fakultas

Penelitian ini dapat menjadi bagian dari kegiatan dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi terhadap upaya pengembangan ilmu pengetahuan dalam praktik di masyarakat dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

1.5.3 Manfaat Penelitian bagi Puskesmas

Puskesmas mendapatkan saran yang dapat dijadikan sebagai bahan dalam kegiatan perencanaan dan evaluasi terkait upaya pencegahan merokok di dalam rumah. Puskesmas selanjutnya dapat mendesain kegiatan pencegahan merokok di dalam rumah sesuai dengan sumber daya yang ada dengan strategi yang sudah terbukti efektif.

1.5.4 Manfaat Penelitian bagi Sumber Informasi

Sumber informasi dapat memahami peran terkait promosi kesehatan pencegahan merokok di dalam rumah. Pengetahuan tentang strategi yang sudah terbukti efektif dapat lebih dikembangkan untuk mengoptimalkan kinerja.

1.5.5 Manfaat Penelitian bagi Masyarakat

Masyarakat mampu untuk meningkatkan kesehatannya dengan cara memperoleh kemudahan dalam menentukan pilihan hidup sehat.