

SKRIPSI

**HUBUNGAN PELAKSANAAN USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS)
DENGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MEROKOK SISWA PUTRA
SMP NEGERI 1 KALISAT**



Oleh:
FITRIA KHOIRUN NISAK
NIM. 010810004B

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PELAKSANAAN USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS)
DENGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MEROKOK SISWA PUTRA
SMP NEGERI 1 KALISAT**

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:
FITRIA KHOIRUN NISAK
NIM. 010810004B

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 26 Juni 2012

FITRIA KHOIRUN NISAK
NIM. 010810004 B



LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN PELAKSANAAN USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS)
DENGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MEROKOK SISWA PUTRA
SMP NEGERI 1 KALISAT**

Oleh:

Fitria Khoirun Nisak
010810004B

TELAH DISETUJUI
TANGGAL 26 JUNI 2012

Oleh

Pembimbing Ketua

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Pembimbing

Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked. Trop.
NIK. 139040679

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Penjabat Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 197904242006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

**SKRIPSI
HUBUNGAN PELAKSANAAN USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS)
DENGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MEROKOK SISWA PUTRA
SMP NEGERI 1 KALISAT**

Oleh:
Fitria Khoirun Nisak
010810004B

TELAH DIUJI
TANGGAL 20 JULI 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc. (.....)

Anggota : 1. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. (.....)

2. Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked.Trop. (.....)

Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Penjabat Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN PELAKSANAAN USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS) DENGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MEROKOK SISWA PUTRA SMP NEGERI 1 KALISAT”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep.) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku mantan Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep. selaku Penjabat Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kemudahan fasilitas dan sarana prasarana, serta perijinan demi kelancaran skripsi saya.
4. Dr. Kusnanto S.Kp., M.Kes. selaku pembimbing ketua. Terima kasih atas masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi ini.

5. Makhfudli, S.Kep., Ns. M.Ked. Trop. selaku pembimbing. Terima kasih atas masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi ini.
6. Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc. selaku penguji. Terima kasih atas masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya demi kemajuan penyelesaian skripsi ini.
7. Sekretariat Tetap UKS Provinsi Jawa Timur. Terima kasih telah memberikan kemudahan fasilitas dan sarana prasarana, perijinan demi kelancaran skripsi saya.
8. Kepala SMP Negeri 1 Kalisat beserta staf. Terima kasih telah memberikan kemudahan fasilitas dan sarana prasarana, perijinan demi kelancaran skripsi saya.
9. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha Fakultas Keperawatan UNAIR. Terima kasih atas segala bantuan yang diberikan dari awal pembuatan proposal hingga skripsi ini selesai.
10. Pak Hendi, selaku staf perpustakaan FKp UNAIR, seluruh staf perpustakaan Kampus A, B, C UNAIR, dan perpustakaan RSUD Dr. Soetomo. Terima kasih atas bantuan yang diberikan yang telah menyediakan fasilitas-fasilitas dalam mengerjakan skripsi ini.
11. Seluruh responden penelitian, siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat. Terima kasih sudah menyediakan waktu untuk mengisi kuesioner yang telah saya berikan.
12. Seluruh keluarga besar saya, Bapak, Ibu, Mas Dian, Mbak Risa, dan Dek Arsyad tercinta, terima kasih untuk semuanya, doa kalian, dukungan dan

perhatian kalian, serta kasih sayang kalian menjadi semangat saya untuk menyelesaikan skripsi ini.

13. Tim ALANG: Ernita, Amel, Iis, Nobi, next trip yo reekk.. ;p. Juga sahabat-sahabat saya lainnya (Naily, Laila, Ve, Rachma, Kiky, dll) dan semua teman-teman angkatan 2008 Program Studi Ilmu Keperawatan UNAIR, terima kasih atas bantuan kalian baik secara langsung maupun tidak langsung demi terselesainya skripsi ini.
14. Teman-teman seperjuangan Meme, Mak Roy, Ana, Sasa, Rahma dan teman-teman KTW 31 (Mbak Uu', Mbak Ephi, Mbak Ima, Mbak Ami, Pipit, Ade, Diah, dan lainnya), terima kasih untuk contoh skripsi, tumpangan printer, masukan, dan segala macam dukungan yang diberikan.
15. Teman-teman dan adek-adek SKINers (Aghisna, Ria, Astril, Beny, Rio, Risky, Nuzul, Yudha, Mimin, Hilda, Gris, dan banyak lagi yang lainnya...), subhanallah.. semangat kalian menginspirasi.
16. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu saya dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas dan senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita meraih ridloNya.

Penulis mengharapkan saran dan kritik demi perbaikan dan penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 26 Juni 2012

Penulis,

MOTTO

Sebaik-baiknya manusia adalah orang yang bermanfaat bagi orang lain

Allah tidak akan menguji hambaNya di luar batas kemampuannya



ABSTRACT**CORRELATION BETWEEN IMPLEMENTATION OF USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS) WITH MALE STUDENTS' KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF SMOKING AT SMP NEGERI 1 KALISAT****Descriptive Analytic Cross Sectional****By: Fitria Khoirun Nisak**

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) is an integrated effort across programs and sectors in order to improve the health and well-established health behavior of school-age children who are in schools and religious colleges. UKS aims to make the students have the knowledge, attitudes and skills to implement the principles of healthy living also life and the deterrent power of smoking. The purpose of this study was to analyze correlation between implementation of UKS with male students' knowledge and attitudes of smoking at SMP Negeri 1 Kalisat.

Design of the study was a descriptive analytic cross sectional. The population was the male students of class VII and VII SMP Negeri 1 Kalisat. The data were collected with a questionnaire, then analyzed with spearman rank test, and a significant level at <0.05 .

Results showed there is a correlation between the implementation of UKS and knowledge of smoking with a significance level of $p = 0.02$ and correlation coefficient $r = 0.421$. It is concluded there is a correlation between the implementation of the UKS and knowledge of smoking by male students of SMP Negeri 1 Kalisat. The higher the implementation of the UKS, the higher knowledge the students have. As for the correlation between the implementation of UKS and smoking attitude, the results indicate a significance level of $p = 0.649$. It is concluded there is no correlation between the implementation of the UKS and smoking attitude by male students of SMP Negeri 1 Kalisat. Most of the respondents have positive attitude seemed more influenced by cultural and religious factors. All of respondents are moslems, and there are some rules about prohibition of smoking for them.

Recommended to the school and other related parties in order to improve the implementation of UKS in SMP Negeri 1 Kalisat, especially for health education program, for increasing knowledge of students.

Keywords: *implementation of UKS, knowledge of smoking, attitude of smoking*

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Motto	viii
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan umum	6
1.4.2 Tujuan khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat teoritis	6
1.5.2 Manfaat praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)	8
2.1.1 Definisi UKS	8
2.1.2 Tujuan dan sasaran UKS	8
2.1.3 Ruang lingkup UKS	9
2.1.4 Landasan hukum UKS	12
2.1.5 Strata pelaksanaan UKS	14
2.1.6 Penyelenggaraan UKS di sekolah lanjutan tingkat pertama	17
2.2 Konsep Perilaku Kesehatan	23
2.2.1 Perilaku kesehatan	23
2.2.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku	27
2.2.3 Persepsi	29
2.2.4 Domain perilaku	30
2.3 Konsep Remaja	38
2.3.1 Definisi remaja	38
2.3.2 Masa transisi remaja	38
2.3.3 Tahap perkembangan remaja	40
2.4 Konsep Merokok	42
2.4.1 Definisi merokok	42
2.4.2 Kandungan rokok	42
2.4.3 Dampak merokok	44

2.4.4 Bahaya merokok	45
2.4.5 Faktor yang mempengaruhi merokok	46
2.4.6 Cara menghindari kebiasaan merokok	48
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	50
3.1 Kerangka Konseptual	50
3.2 Hipotesis Penelitian.....	51
BAB 4 METODE PENELITIAN	52
4.1 Desain Penelitian.....	52
4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling	52
4.3.1 Populasi	52
4.3.2 Sampel.....	53
4.3.3 Teknik sampling.....	53
4.3 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional.....	54
4.4.1 Variabel penelitian	54
4.4.2 Definisi operasional	54
4.4 Instrumen Penelitian.....	56
4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian	57
4.6 Prosedur pengumpulan data	57
4.7 Kerangka Kerja	58
4.8 Analisa Data	60
4.9 Etik Penelitian	63
4.10 Keterbatasan	64
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	65
5.1 Hasil	65
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	65
5.1.2 Data umum	66
5.1.3 Data khusus	68
5.2 Pembahasan	70
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	78
6.1 Kesimpulan	78
6.2 Saran	79
Daftar Pustaka	80
Lampiran	84

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Strata Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di Sekolah Menengah Pertama dan Madrasah Tsanawiyah	14
Tabel 4.1	Definisi Operasional Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat	54
Tabel 4.2	Skor Skala Likert	62
Tabel 4.3	Interpretasi Nilai r	63
Tabel 5.1	Jumlah Ruang Kelas dan Ruang Lainnya di SMP Negeri 1 Kalisat Kecamatan Kalisat Bulan Mei 2012	65
Tabel 5.2	Hasil analisis uji statistik hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012	69
Tabel 5.3	Hasil analisis uji statistik hubungan pelaksanaan UKS dengan sikap terhadap bahaya merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012	70



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan	28
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat	50
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat	59
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan tingkatan umur di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012	66
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan agama di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012	67
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan suku di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012	67
Gambar 5.4 Distribusi tingkat pelaksanaan UKS di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012	68
Gambar 5.5 Distribusi tingkat pengetahuan responden di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012	68
Gambar 5.6 Distribusi sikap responden di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar permohonan data awal	84
Lampiran 2	Lembar permohonan bantuan fasilitas penelitian	85
Lampiran 3	Lembar permintaan menjadi responden	86
Lampiran 4	Lembar persetujuan menjadi responden penelitian	87
Lampiran 5	Kuesioner penelitian	88
Lampiran 6	Lembar hasil penelitian	92



DAFTAR SINGKATAN

3M	: Menguras, Mengubur, Menutup
BB	: Berat Badan
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BP/BK	: Bimbingan Penyuluhan/Bimbingan Konseling
Dediknas	: Departemen Pendidikan Nasional
Depag	: Departemen Agama
Depdagri	: Departemen Dalam Negeri
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
KIE	: Komunikasi, Informasi, Edukasi
KKR	: Kader Kesehatan Remaja
KMS	: Kartu Menuju Sehat
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya
OSIS	: Organisasi Siswa Intra Sekolah
P3K	: Pertolongan Pertama pada Kecelakaan
P3P	: Pertolongan Pertama pada Penyakit
PKHS	: Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat
PMI	: Palang Merah Indonesia
PMR	: Palang Merah Remaja
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PPL	: Proyek Pengembangan Lingkungan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
TB	: Tinggi Badan
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sekolah merupakan tempat yang strategis dalam kehidupan anak, maka sekolah dapat difungsikan secara tepat sebagai salah satu institusi yang dapat membantu dan berperan dalam upaya optimalisasi tumbuh kembang anak usia sekolah dengan upaya promotif dan preventif (Simon, 2007; Masita, 2009). Terkait dengan hal tersebut pada tahun 1980 diterbitkan Surat Keputusan bersama 4 menteri, yaitu menteri kesehatan, menteri pendidikan, menteri agama dan menteri dalam negeri, tentang Kebijakan dan Pengembangan usaha kesehatan sekolah (UKS), yang kemudian disempurnakan pada tahun 1984 dan tahun 2003 seiring perubahan sistem pemerintahan dengan tujuan untuk membina dan mengembangkan program UKS dalam rangka mewujudkan sekolah sehat di Indonesia (Depkes, 2011).

Di samping itu siswa sekolah menengah sedang memasuki masa remaja yang penuh tantangan. Tekanan-tekanan sebagai akibat perkembangan fisiologis pada masa remaja, ditambah dengan tekanan akibat perubahan kondisi sosial budaya serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang demikian pesat seringkali mengakibatkan timbulnya masalah psikologis berupa gangguan penyesuaian diri atau gangguan perilaku (Retnowati, 2008). Salah satu gangguan perilaku yang dialami remaja adalah merokok. Merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit dan bukan termasuk perilaku hidup sehat (Notoatmojo, 2007). Pembentukan perilaku sehat, termasuk tidak

merokok, pada siswa sekolah dapat diupayakan melalui UKS. UKS bertujuan agar peserta didik memiliki pengetahuan, sikap dan ketrampilan untuk melaksanakan prinsip hidup sehat serta daya hayat dan daya tangkal terhadap rokok (Dinkes, 2002). Setelah dilakukan observasi dan wawancara, pelaksanaan Trias UKS SMP Negeri 1 Kalisat memenuhi strata minimal. Sedangkan untuk indikator dalam strata standar hanya 11 dari 20 poin yang terlaksana. Dalam ruang lingkup pendidikan kesehatan, terselenggara pendidikan jasmani dan kesehatan secara ekstrakurikuler, memiliki media pendidikan kesehatan, memiliki 4 guru BK dan 2 guru olahraga, juga dilakukan pengukuran dan pencatatan kesegaran jasmani. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan, sekolah bekerja sama dengan puskesmas dalam pencatatan dan pemeriksaan kesehatan siswa, UKS juga menyediakan layanan konseling melalui BK. Beberapa indikator untuk pembinaan lingkungan sekolah sehat juga telah terlaksana seperti adanya penghijauan dan pagar aman, lingkungan bebas jentik, kawasan tanpa rokok, bebas narkoba dan miras, dan terdapat ruang UKS tersendiri dengan peralatan sederhana. Sementara itu, 8 dari 21 siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat mempunyai perilaku merokok. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pelaksanaan UKS dengan masalah perilaku merokok siswa sekolah memasuki masa remaja.

Di Indonesia terdapat lebih dari 250.000 sekolah negeri, swasta maupun sekolah agama dari berbagai tingkatan. Dimana jumlah anak sekolah diperkirakan mencapai 30% dari total penduduk Indonesia atau sekitar 73 juta orang. Dengan jumlah sebesar ini, maka anak usia sekolah merupakan aset atau modal utama pembangunan dimasa depan yang perlu dijaga, ditingkatkan dan dilindungi kesehatannya (Simon, 2007; Masita, 2009). Remaja sebagai salah satu komponen

generasi muda akan mempunyai peran yang sangat besar dan menentukan masa depan bangsa. Di Indonesia, populasi remaja usia kurang dari 15 tahun mencakup 28,3% atau lebih dari seperempat dari total penduduk (sekitar 77 juta) (WHO, 2008).

Indonesia merupakan negara perokok terbesar ketiga di dunia dengan 65 juta perokok atau 28 % per penduduk (sekitar 225 miliar batang per tahun). Remaja juga rentan terhadap perilaku merokok, 13,5% dari jumlah anak/remaja (usia 13-15 tahun) Indonesia menjadi perokok, dengan rincian 24,1% dari remaja laki-laki dan 4,0% dari remaja perempuan (WHO, 2008). Sebanyak 37,3% pelajar merokok, dan 3 diantara 10 pelajar pertama kali merokok sebelum berumur 10 tahun (30,9%) (Depkes, 2010).

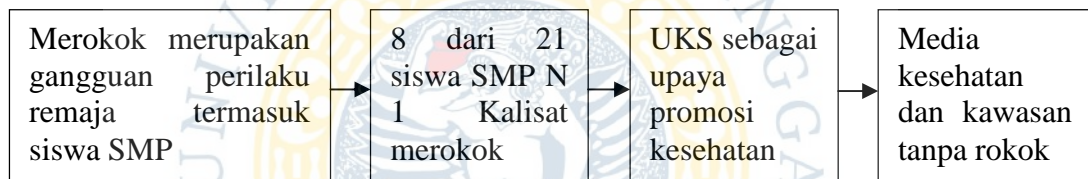
Sebagaimana kita ketahui, peserta didik atau siswa sekolah khususnya pada pendidikan menengah telah memasuki masa remaja. Masa remaja merupakan tahapan seseorang di mana ia berada di antara fase anak dan dewasa yang ditandai dengan perubahan fisik, kognitif, biologis, dan emosi. Pada masa remaja, terjadi perubahan fisik dan psikis yang terkadang memerlukan bantuan dari tenaga kesehatan (Efendi dan Makhfudli, 2009). Dari beberapa dimensi perubahan yang terjadi pada remaja maka terdapat kemungkinan – kemungkinan perilaku yang bisa terjadi pada masa ini. Diantaranya adalah perilaku yang mengundang resiko dan berdampak negatif pada remaja. Perilaku yang mengundang resiko pada masa remaja misalnya seperti penggunaan alkohol, tembakau dan zat lainnya; aktivitas sosial yang berganti – ganti pasangan dan perilaku menentang bahaya seperti balapan, selancar udara, dan layang gantung (Kaplan dan Sadock, 1997; Widiarti, 2007). Perilaku merokok pada remaja umumnya semakin lama akan semakin

meningkat sesuai dengan tahap perkembangannya yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi dan intensitas merokok, dan sering mengakibatkan mereka mengalami ketergantungan nikotin (Laventhal dan Clearly, 1984; Amelia, 2009). Sudah seharusnya upaya menghentikan kebiasaan merokok menjadi tugas dan tanggung jawab dari segenap lapisan masyarakat. Usaha penerangan dan penyuluhan, khususnya di kalangan generasi muda, dapat pula dikaitkan dengan usaha penanggulangan bahaya narkoba, usaha kesehatan sekolah, dan penyuluhan kesehatan masyarakat pada umumnya (Tandra, 2011). Ada hubungan antara kesehatan dan edukasi dan kemampuan belajar. Pengalaman remaja di sekolah mempengaruhi perkembangan harga diri, persepsi diri, dan kebiasaan perilaku sehat mereka. Orang-orang dengan performa sekolah dan edukasi yang rendah dan tingkat ketidakhadiran dari sekolah yang tinggi lebih cenderung memiliki perilaku beresiko lebih awal (Canning et al 2004; Naidoo, 2009). Adapun alasan pentingnya pelaksanaan UKS dalam promosi kesehatan antara lain merupakan kelompok umur yang rawan terhadap masalah kesehatan, sangat peka untuk menanamkan pengertian dan kebiasaan hidup sehat, sekolah merupakan institusi masyarakat yang terorganisir dengan baik, keadaan kesehatan anak sekolah akan sangat berpengaruh terhadap prestasi belajar yang dicapai, anak sekolah merupakan kelompok terbesar dari kelompok usia anak-anak yang menerapkan wajib belajar, pendidikan kesehatan melalui anak-anak sekolah sangat efektif untuk merubah perilaku & kebiasaan ibu sehat umumnya (Makhfudli, 2010).

Faktor yang memperkuat terjadinya perubahan perilaku seseorang maupun kelompok yang disebabkan oleh perilaku orang lain, misalnya anggota keluarga,

kerabat, petugas, guru (Wuning, 2008), sehingga perlu dukungan dari lingkungan sekitar termasuk sekolah untuk menciptakan kondisi yang baik bagi perkembangan peserta didiknya terutama para remaja. Peran sekolah untuk mewujudkan hal tersebut bisa diaplikasikan dengan salah satunya pelaksanaan UKS. Penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan dan sikap merokok remaja putra sehingga dapat memberi masukan dalam penyusunan strategi untuk mengoptimalkan peran promotif dan preventif sekolah melalui UKS dalam mengatasi perilaku merokok siswa didiknya.

1.2 Identifikasi Masalah



Siswa sekolah menengah memasuki masa remaja yang rentan terhadap gangguan perilaku seperti merokok. Begitu pula dengan siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat. Di sini lah peran UKS dapat berupaya untuk mewujudkan sekolah sehat dengan siswa terhindar dari bahaya rokok. Beberapa upaya telah dilaksanakan di SMP Negeri 1 Kalisat seperti tersedianya media kesehatan dan diberlakukan kawasan tanpa rokok. Pelaksanaan UKS diharapkan menjadi salah satu program sekolah sebagai sarana promotif dan preventif dalam masalah merokok siswa yang memasuki masa remaja khususnya merokok.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan dan sikap merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan dan sikap merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pelaksanaan UKS SMP Negeri 1 Kalisat.
2. Mengidentifikasi pengetahuan merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat.
3. Mengidentifikasi sikap merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat.
4. Menganalisis hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat.
5. Menganalisis hubungan pelaksanaan UKS dengan sikap merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya dalam bidang Ilmu Keperawatan Kesehatan Komunitas.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi sekolah dapat menjadi masukan untuk lebih meningkatkan pelaksanaan trias UKS sehingga diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu cara dalam meningkatkan keberhasilan pencegahan perilaku merokok siswa.
2. Bagi perawat komunitas dalam wilayah Puskesmas Kalisat dapat menjadi pertimbangan dalam menjalankan promosi kesehatan dengan memanfaatkan UKS.

3. Hasil penelitian dapat memberikan informasi dan referensi bagi peneliti tentang pelaksanaan UKS serta pengetahuan dan sikap terhadap bahaya merokok pada siswa sekolah menengah pertama sehingga dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai konsep usaha kesehatan sekolah (UKS), konsep perilaku kesehatan, konsep remaja, dan konsep merokok.

2.1 Konsep Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

2.1.1 Definisi UKS

Menurut buku Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (2002), UKS adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektor dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan serta membentuk perilaku hidup sehat anak usia sekolah yang berada di sekolah dan perguruan agama.

2.1.2 Tujuan dan sasaran UKS

Menurut buku Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (2002), UKS mempunyai tujuan sebagai berikut:

1. Tujuan umum

Meningkatnya kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik serta menciptakan lingkungan yang sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang harmonis dan optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia seutuhnya.

2. Tujuan khusus

Memupuk kebiasaan hidup sehat dan mempertinggi derajat kesehatan peserta didik dengan:

- 1) Memiliki pengetahuan, sikap dan ketrampilan untuk melaksanakan prinsip hidup sehat serta berpartisipasi aktif di dalam usaha peningkatan kesehatan

di sekolah dan di perguruan agama, di rumah tangga maupun di lingkungan masyarakat.

- 2) Sehat baik dalam arti fisik, mental maupun sosial.
- 3) Memiliki daya hayat dan daya tangkal terhadap pengaruh buruk, penyalahgunaan narkoba, obat dan bahan berbahaya, alkohol, rokok, dan sebagainya.

Sasaran UKS menurut buku Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (2002) adalah masyarakat sekolah dari tingkat pendidikan dasar sampai dengan tingkat pendidikan menengah termasuk perguruan agama, beserta lingkungannya.

2.1.3 Ruang lingkup UKS

Menurut buku Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (2002), ruang lingkup UKS tercermin dalam Tri Program UKS (dikenal sebagai TRIAS UKS), yang meliputi:

1. Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan dilaksanakan melalui:

- 1) Kegiatan intrakurikuler, yakni pelaksanaan pendidikan pada jam pelajaran sesuai ketentuan yang berlaku untuk tingkat sekolah lanjutan pertama dan sekolah menengah.
- 2) Kegiatan ekstrakurikuler, yakni kegiatan di luar jam pelajaran biasa (termasuk pada waktu libur) yang dilakukan di sekolah ataupun di luar sekolah, dengan tujuan antara lain untuk memperluas pengetahuan dan ketrampilan peserta didik, serta melengkapi upaya pembinaan manusia Indonesia seutuhnya.

Kegiatan ekstrakurikuler dilaksanakan antara lain berupa :

- (1) Kegiatan oleh peserta didik, guru, OSIS, misalnya: Kerja bakti sosial, lomba yang ada hubungannya dengan kesehatan, aktivitas kader kesehatan sekolah (kader tiwisada dan KKR), PMR, piket sekolah, dan sebagainya.
- (2) Bimbingan hidup bersih dan sehat.
- (3) Kegiatan penyuluhan kesehatan dan latihan ketrampilan dalam rangka pelayanan kesehatan.

2. Pelayanan kesehatan

Layanan kesehatan sekolah merupakan layanan yang diberikan untuk siswa agar dapat menghargai, melindungi, dan meningkatkan kesehatan. Secara khusus, layanan yang ditawarkan oleh sekolah mencakup pemeriksaan kesehatan (skrining dan tes), layanan kedaruratan untuk cedera dan sakit mendadak, penatalaksanaan penyakit kronis, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, fasilitas untuk siswa yang memiliki kebutuhan khusus, konsultasi kesehatan, dan pengobatan masalah kesehatan terdeteksi dalam batasan hukum negara bagian melalui perujukan, dan tindak lanjut yang diberikan perawat dan guru sekolah. Awalnya, tujuan dari layanan kesehatan sekolah adalah untuk melengkapi bukan untuk mengganti tanggung jawab keluarga dalam memenuhi layanan kesehatan yang dibutuhkan anak-anaknya. Namun, karena status kesehatan anak muda lebih buruk, keterlibatan anak muda dalam perilaku yang beresiko tinggi (misal, merokok, mabuk-mabukan, penyalahgunaan obat, dan hubungan seksual yang tidak dilindungi), dan beberapa kendala kesehatan seperti asuransi kesehatan yang tidak mencukupi dan kurangnya

penyelenggara, terjadi perluasan peran sekolah dalam memberikan layanan kesehatan (McKenzie et al, 2007)

Pelayanan kesehatan dilaksanakan dengan kegiatan yang komprehensif, meliputi:

- 1) Kegiatan peningkatan kesehatan (promotif) berupa penyuluhan kesehatan dan latihan ketrampilan dalam rangka pelayanan kesehatan.
 - 2) Kegiatan pencegahan (preventif) berupa kegiatan peningkatan daya tahan tubuh dan kegiatan pemutusan rantai penularan penyakit.
 - 3) Kegiatan penyembuhan (kuratif) berupa kegiatan pengobatan dan mencegah komplikasi akibat penularan penyakit dan kecacatan akibat proses penyakit.
 - 4) Kegiatan pemulihan (rehabilitatif) berupa kegiatan untuk meningkatkan kemampuan peserta didik yang cedera/cacat agar dapat berfungsi optimal.
3. Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat

Pembinaan lingkungan sekolah sehat dilaksanakan dalam rangka menjadikan sekolah sebagai institusi pendidikan yang dapat menjamin berlangsungnya proses belajar mengajar yang mampu menumbuhkan kesadaran, kesanggupan dan ketrampilan peserta didik untuk menjalankan prinsip hidup sehat. Kegiatan pembinaan lingkungan sekolah sehat mencakup kegiatan bina lingkungan fisik dan kegiatan bina lingkungan mental sosial, sehingga tercipta suasana dan hubungan kekeluargaan yang akrab dan erat antara sesama warga sekolah.

2.1.4 Landasan hukum UKS

Menurut panduan promosi kesehatan di sekolah (2007), ada 8 landasan hukum UKS:

1. Undang-undang no 20 tahun 2003 pasal 45
Setiap satuan pendidikan formal dan nonformal menyediakan sarana dan prasarana yang memenuhi keperluan pendidikan sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan potensi fisik, kecerdasan intelektual, sosial, emosional, dan kejiwaan peserta didik.
2. SKB 4 (Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri) No. 1/U/SKB/2003, 1067/Menkes/SKB/VII/2003, MA/230 A/2003, dan 26 tahun 2003 tentang pembinaan dan pengembangan usaha kesehatan sekolah.
3. SKB 4 (Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri) No. 2/P/SKB/2003, No. 1068/Menkes/SKB/VII/2003, No. MA/230 B/2003, dan No. 4415-404 tahun 2003, tentang tim pembina usaha kesehatan sekolah pusat.
4. Keputusan Menteri Kesehatan No.1457 tahun 2003 pasal 2, tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Kabupaten/Kota.

Pelayanan kesehatan Anak Pra sekolah dan Usia Sekolah:

- 1) Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah (90%)
- 2) Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih / guru UKS/Dokter Kecil (100%)
- 3) Cakupan pelayanan kesehatan remaja (80%).

5. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1193/Menkes/SK/X/2004 tentang kebijakan nasional promosi kesehatan.

Tatanan sarana kesehatan, institusi pendidikan, tempat kerja, dan tempat umum

- 1) Masing-masing tatanan mengembangkan kader-kader kesehatan
- 2) Mewujudkan tatanan yang sehat menuju terwujudnya kawasan sehat

6. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VII/2005 tentang pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di daerah.

Beberapa yang harus dilakukan oleh puskesmas dalam pemberdayaan masyarakat yang berwujud UKBM:

- 1) Upaya kesehatan ibu dan anak
- 2) Upaya pengobatan
- 3) Upaya perbaikan gizi
- 4) Upaya kesehatan sekolah
7. Permendiknas nomor 39 tahun 2008 tentang kegiatan pembinaan kesiswaan.

Pembinaan kualitas jasmani, kesehatan dan gizi berbasis sumber gizi yang terdiversifikasi antara lain :

- 1) Melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat
- 2) Melaksanakan usaha kesehatan sekolah (UKS)
- 3) Melaksanakan pencegahan penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (narkoba), minuman keras, merokok, dan HIV AIDS
- 4) Meningkatkan kesehatan reproduksi remaja
- 5) Melaksanakan hidup aktif

- 6) Melakukan diversifikasi pangan
- 7) Melaksanakan pengamanan jajan anak sekolah.
8. UU no 36 tahun 2009 Pasal 79

Kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi sumber daya manusia yang berkualitas.

2.1.4 Strata pelaksanaan UKS

Strata pelaksanaan UKS di Sekolah Menengah Pertama dan Madrasah Tsanawiyah (SMP dan MTs) oleh Tim Pembina UKS Propinsi Jawa Timur tahun 2005 (Permatasari, 2010).

Tabel 2.1 Strata Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di Sekolah Menengah Pertama dan Madrasah Tsanawiyah.

TRIAS UKS	STRATA	
	Minimal	Standar
Pendidikan Kesehatan	Pendidikan Jasmani dan kesehatan dilaksanakan secara kurikuler Guru membuat rencana pembelajaran pendidikan kesehatan Adanya buku pegangan guru tentang pendidikan kesehatan Ada buku bacaan tentang pendidikan kesehatan Ada guru pendidikan jasmani	Dipenuhinya strata minimal Pendidikan jasmani dan kesehatan dilaksanakan secara ekstrakurikuler Memiliki guru pendidikan jasmani dengan rasio 1:24 jam pelajaran dalam seminggu Memiliki media pendidikan kesehatan (poster dan lain-lain) Memiliki guru BP/BK Dilakukan pengukuran dan pencatatan kesegaran jasmani Adanya pendidikan kesehatan remaja (kespro dan NAPZA) dalam ekstrakurikuler

Pelayanan Kesehatan	Dilaksanakan penyuluhan kesehatan remaja Penjaringan kesehatan Pengukuran TB dan BB P3K dan P3P Pengawasan warung/kantin sekolah	Dipenuhinya strata minimal Pemeriksaan kesehatan berkala tiap 6 bulan (termasuk BB / TB) Pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan dan pengukuran TB, BB pada buku KMS Ada rujukan bila diperlukan Ada kader kesehatan remaja (KKR) yang terlatih <10% Pelayanan konseling kesehatan remaja Adanya pengawasan penjaja makanan di sekitar sekolah
Pembinaan Lingkungan Sekolah sehat	Ada air bersih Ada tempat cuci tangan Ada WC/jamban yang berfungsi Ada tempat sampah Ada saluran pembuangan air kotor yang berfungsi Ada halaman /pekarangan/lapangan Memiliki pojok UKS Ada poster bahaya rokok Ada poster Narkoba Memiliki saluran air kotor Melakukan 3M Plus, 1 kali seminggu Memiliki kantin/warung sekolah Memiliki pagar Memiliki ruang ibadah	Dipenuhinya strata minimal Adanya pengawas kantin/warung sekolah secara rutin Memiliki pagar aman Ada penghijauan /perindungan Memiliki ruang UKS tersendiri, dengan peralatan sederhana Lingkungan sekolah bebas jentik Melaksanakan pembinaan sekolah kawasan tanpa rokok, bebas narkoba dan miras Jarak papan tulis dengan meja terdepan 2,5m Ratio kepadatan siswa 1: 1,5-1,75
TRIAS UKS		STRATA
	Optimal	Paripurna
Pendidikan Kesehatan	Dipenuhinya strata standar pendidikan kesehatan terintegrasi pada mata pelajaran lain	Dipenuhinya standar optimal Memiliki guru pembina UKS terlatih dengan jumlah memadai

	<p>Dilakukan tes kebugaran jasmani</p> <p>Memiliki guru pembina UKS</p> <p>Evaluasi pendidikan kesehatan</p> <p>Adanya peran aktif "pendidikan sebaya" dalam pendidikan ketrampilan hidup (PKHS)</p> <p>Adanya pendidikan kesehatan remaja (a.l kespro dan NAPZA) yang dikategorikan kedalam mata pelajaran</p>	<p>Adanya program kemitraan pendidikan kesehatan dengan instansi terkait (Puskesmas, kepolisian, PMI, PPL, pertanian dan lain-lain)</p>
Pelayanan Kesehatan	<p>Dipenuhinya strata standar</p> <p>Dana sehat/dana UKS</p> <p>Jumlah KKR sudah dilatih 10%</p> <p>Konseling kesehatan remaja oleh "pendidik sebaya"/"konselor sebaya"</p>	<p>Dipenuhinya strata optimal</p> <p>Ada kegiatan forum komunikasi/diskusi kelompok terarah dari "pendidik sebaya"/"konselor sebaya"</p>
Pembinaan Lingkungan Sekolah sehat	<p>Dipenuhinya strata standar</p> <p>Ada tempat cuci tangan di beberapa tempat dengan air mengalir/kran dan dilengkapi sabun</p> <p>Ada tempat cuci peralatan masak/makan, petugas kantin/warung sekolah bersih dan sehat</p> <p>Ada tempat sampah ditiap kelas dan tempat penampungan sampah akhir di sekolah</p> <p>Ada jamban/WC siswa dan guru yang memenuhi syarat kesehatan dan kebersihan</p> <p>Ada halaman yang cukup luas untuk upacara dan berolahraga</p> <p>Ada pagar yang aman dan indah</p>	<p>Dipenuhinya strata optimal</p> <p>Ada menu gizi seimbang dikantin/warung sekolah, dan petugas kantin/warung sekolah yang terlatih</p> <p>Ada air bersih yang memenuhi syarat kesehatan</p> <p>Sampah langsung diangkut dan dibuang ke tempat sampah diluar sekolah/umum</p> <p>Rasio WC : Siswa 1: 20</p> <p>Saluran pembuangan air tertutup</p> <p>Ada taman/kebun sekolah yang dimanfaatkan dan diberi label (untuk sarana belajar) dan pengolahan hasil kebun sekolah</p> <p>Ruang kelas memenuhi</p>

Ada taman/kebun sekolah/toga	syarat kesehatan (ventilasi dan pencahayaan cukup)
	Memenuhi ruang UKS tersendiri dengan peralatan yang ideal
	Memiliki ruang UKS tersendiri dengan peralatan yang lengkap
	Terciptanya sekolah kawasan tanpa rokok, bebas narkoba dan miras

2.1.5 Penyelenggaraan UKS di sekolah lanjutan tingkat pertama

Aktivitas yang ada dalam promosi kesehatan dalam buku panduan promosi kesehatan di sekolah (2008) secara garis besar terdiri dari 3 kegiatan, yaitu :

1. Pembahasan isu-isu kesehatan melalui kurikulum yang ada misalnya biologi, ekonomi, pendidikan jasmani dan kesehatan serta ilmu pengetahuan sosial.
2. Mengembangkan ketrampilan guru, siswa ataupun staf dalam berinteraksi dengan orang tua dan masyarakat, berinteraksi dengan lingkungan sekitar sekolah serta kepada berbagai pihak yang memberikan pelayanan kepada sekolah misalnya penyedia kantin dan jasa.
3. Melaksanakan upaya promosi kesehatan untuk *menscreening* dan mencegah penyakit serta membekali siswa dengan pedoman untuk berperilaku sehat.

Kegiatan dalam pembinaan kesehatan siswa Sekolah Menengah Pertama dan Madrasah Tsanawiyah menurut panduan promosi kesehatan di sekolah (2007) adalah:

1. Dukungan politis

Dukungan politis ini diperlukan agar pembinaan kesehatan remaja dapat dilaksanakan secara berkesinambungan mulai dari tingkat pusat sampai daerah baik instansi pemerintah ataupun swasta. Salah satu badan yang telah di sepakati adalah Depdiknas, Depkes, Depag dan Depdagri. Perlu juga ditetapkan peraturan yang diperlukan yang menunjang pelaksanaan kegiatan yang didukung oleh semua pihak seperti halnya dalam Surat Keputusan Dalam Negeri No.27 tahun 1983 yang ditujukan kepada pejabat pemerintah daerah yang menganjurkan agar perkawinan dilakukan pada usia minimal 20 tahun bagi wanita dan 25 bagi pria.

2. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).

Kegiatan ini diarahkan kepada para petugas kesehatan maupun masyarakat umum termasuk remaja dan bertujuan untuk memberikan informasi yang benar tentang masalah kesehatan remaja dari berbagai aspek yang terkait dengan kesehatan.

1) Aspek medis meliputi penyuluhan antara lain:

- (1) Penyakit gangguan kesehatan secara umum dan khusus seperti masalah kesehatan reproduksi, penyakit menular seksual, akibat penggunaan NAPZA, masalah gizi.
- (2) Masalah kesegaran / kebugaran jasmani beserta faktor-faktor yang mempengaruhi.
- (3) Masalah kesehatan jiwa remaja serta faktor-faktor yang mungkin timbul akibat perkembangan jiwa remaja.

2) Aspek non medis meliputi penyuluhan antara lain:

- (1) Masalah psikososial seperti masalah seks, kenakalan / perkelahian antar remaja.
- (2) Masalah agama sebagai salah satu upaya pencegahan terjadinya kelainan kesehatan remaja dan mengembangkan minat dan bakat serta kreatifitas remaja atau generasi muda dalam bidang agama.

Upaya penyuluhan ini dapat diberikan baik secara perorangan maupun kelompok dengan memanfaatkan semua media yang ada.

3. Pendidikan Kesehatan

Bagi kelompok umur ini pendidikan kesehatan dilengkapi dengan persiapan untuk menghadapi kehidupan berkeluarga dan menjadi sumber tenaga pembangunan yang tangguh. Mengingat perkembangan psikososial dan mental yang amat cepat dan mudah dipengaruhi oleh unsur-unsur luar baik positif atau negatif, maka perlu dipersiapkan daya tangkal diri terhadap pengaruh luar. Pendidikan kesehatan dapat diberikan melalui ekstrakurikuler dan intrakurikuler.

Pendidikan kesehatan melalui ekstrakurikuler, yaitu:

- 1) Penyuluhan melalui forum komunikasi dan bimbingan yaitu diskusi kelompok yang diselenggarakan oleh puskesmas, kelompok profesi.
- 2) Pelatihan pada siswa yaitu kader UKS dalam bentuk latihan Kader Kesehatan Remaja (lanjutan program dokter kecil), PMR, patroli keamanan sekolah. Selain materi kesehatan pada umumnya, khusus pada kelompok ini perlu diberikan materi tentang:

- (1) Pengetahuan hidup berkeluarga
- (2) Pengetahuan tentang ilmu gizi dan fungsinya

- (3) Kesehatan reproduksi remaja (KRR)
- (4) Bahaya narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) termasuk rokok dan alkohol.
- (5) Pengetahuan mengenai keteladanan hidup bersih dan sehat fisik maupun sosial, agar siswa dapat mendapatkan lingkungan hidup yang sehat bebas dari tertular penyakit dan kecelakaan.
- (6) Bahaya penyakit menular seksual (PMS)
- (7) Kesehatan / keselamatan kerja khusus untuk sektor non formal. Kecelakaan pada siswa baik disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas maupun tindakan lainnya.

4. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh puskesmas ditunjang rumah sakit sebagai tempat rujukan. Pelayanan tersebut bersifat holistik. Pelayanan pada siswa dilaksanakan secara komperhensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif).

1) Promotif / peningkatan

Dilaksanakan melalui pendidikan maupun penyuluhan kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui, majalah maupun buletin sekolah / poster. Di puskesmas dapat dilakukan melalui konseling kesehatan remaja, penyuluhan ke sekolah, forum konsultasi siswa, acara rekreasi dan kesenian seperti sandiwara atau acara lainnya, dan melalui pelatihan kader kesehatan remaja, PMR dll. Pelayanan konseling bagi remaja diperlukan agar remaja mendapat kesempatan untuk

mengungkapkan masalah secara terbuka yang akan mengarah pada tingkatan pengobatan yang tepat.

2) Preventif / pencegahan

Program pencegahan dapat dilaksanakan oleh puskesmas antara lain:

(1) Pengenalan dini penyakit yang mungkin terjadi dilaksanakan oleh puskesmas antara lain :

1. Penjaringan kesehatan/ pemeriksaan kesehatan.
2. Deteksi/ observasi mengenai masalah khusus. Pada kelompok usia ini selain dari pemeriksaan kesehatan yang biasa sebaiknya ditambahkan deteksi khusus tentang kebiasaan merokok, kecanduan alkohol dan narkoba dan perilaku yang menyimpang, dapat dilaksanakan khusus wawancara kepada murid baru oleh guru BP/Kelas untuk mendeteksi adanya perilaku siswa.
3. Mengingat kebutuhan gizi yang lebih besar akibat pertumbuhan dan perkembangan tubuh yang pesat maka sering terjadi gangguan gizi dan anemia pada kelompok ini. Deteksi anemia terutama pada siswa perempuan, karena adanya anemia pada siswa perempuan dapat mempengaruhi prestasi belajar dan kondisi / kesiapan menjadi ibu.
4. Tes kesegaran jasmani. Kesegaran jasmani adalah salah satu tolak ukur untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, karena itu dipakai untuk menilai perkembangan kesehatan anak sekolah.

(2) Imunisasi

Khusus kelas 3 SMA imunisasi TT untuk persiapan calon ibu.

(3) Forum konsultasi siswa / konseling.

- (4) Pencegahan kecelakaan.
- (5) Kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan penyakit menular seksual.
Akibat perkembangan dan pematangan sistem hormonal maka timbulnya masalah akibat dorongan atau keinginan hubungan seksual, sehingga siswa perlu dibekali cara untuk mengalihkan dorongan atau keinginan hubungan seksual dan pengetahuan mengenai akibat hubungan seks pra nikah.
- (6) Program pencegahan penyalahgunaan NAPZA
 - 3) Kuratif atau penyembuhan
P3K yang dilakukan oleh guru ataupun kader UKS.
 - 4) Rehabilitatif atau pemulihan
Jika diperlukan rujukan ke rumah sakit.
 5. Pembinaan kesehatan lingkungan
Pembinaan pada usia ini tidak hanya pada kebersihan dini dan lingkungan fisiknya, tetapi lebih ditekankan pada faktor psikososial. Lingkungan psikososial yang dimaksud adalah lingkungan keluarga, lingkungan pergaulan di sekolah dan luar sekolah.
 6. Kerjasama lintas sektoral
 - 1) Menyelenggarakan pertemuan berkala antar sektor agar dapat terjadi suatu kerjasama yang terpadu dan dapat mencapai hasil yang optimal.
 - 2) Peranan orang tua, karena orang tua yang paling dekat dengan siswa.
 - 3) Peranan guru, karena guru merupakan ujung tombak pelaksanaan UKS, maka perlu diberikan pelatihan pada guru misalnya, pengamatan siswa secara sepintas lalu, deteksi atau menemukan anak sakit dan merujuk ke puskesmas jika perlu, pendidikan ketrampilan hidup sehat, sekolah yang

mempromosikan kesehatan, penimbangan dan pengukuran TB setiap 6 bulan sekali, pemeriksaan ketajaman penglihatan setiap enam bulan sekali, penyuluhan kesehatan secara rutin.

WHO mencanangkan lima strategi promosi kesehatan di sekolah, yang terdiri dari: advokasi, kerjasama, penguatan kapasitas nasional, penelitian dan kemitraan (Pamsimas, 2009).

2.2 Konsep Perilaku Kesehatan

2.2.1 Perilaku kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007), berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok.

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health Mainenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu:

- 1) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
- 2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.

Perlu dijelaskan di sini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang seoptimal mungkin.

3) Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang, tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behaviour*)

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau indakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati diri sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri.

3. Perilaku kesehatan lingkungan.

Bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga, atau masyarakatnya. Misalnya, bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

Seorang ahli lain (Becker, 1979; Notoatmojo, 2007) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan ini.

1. Perilaku hidup sehat

Adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya.

Perilaku ini mencakup antara lain:

- 1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*). Menu seimbang di sini dalam arti kualitas (mengandung zat-zat gizi yang diperlukan tubuh), dan kuantitas dalam arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang, tetapi juga tidak lebih).
- 2) Olahraga teratur, juga mencakup kualitas (gerakan), dan kuantitas dalam arti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olahraga. Dengan sendirinya kedua aspek ini akan tergantung dari usia, dan status kesehatan yang bersangkutan.
- 3) Tidak merokok. Merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit. Ironisnya kebiasaan merokok ini, khususnya di Indonesia, seolah-olah sudah membudaya. Hampir 50% penduduk Indonesia usia dewasa merokok. Bahkan dari hasil suatu penelitian, sekitar 15% remaja kita telah merokok. Inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.
- 4) Tidak minum minuman keras dan narkoba. Kebiasaan minum miras dan mengonsumsi narkoba (narkotik dan bahan-bahan berbahaya lainnya), juga cenderung meningkat.
- 5) Istirahat yang cukup. Dengan meningkatnya kebutuhan hidup akan tuntutan untuk penyesuaian dengan lingkungan modern, mengharuskan

orang untuk bekerja keras dan berlebihan, sehingga waktu istirahat berkurang. Hal ini juga dapat membahayakan kesehatan.

- 6) Mengendalikan stres. Stres akan terjadi pada siapa saja, dan akibatnya bermacam-macam bagi kesehatan. Lebih-lebih sebagai akibat dari tuntutan hidup yang keras seperti diuraikan di atas. Kecenderungan stres akan meningkat pada setiap orang. Stres tidak dapat kita hindari, yang penting dijaga agar stres tidak menyebabkan gangguan kesehatan, kita harus dapat mengendalikan atau mengelola stres dengan kegiatan-kegiatan yang positif.
- 7) Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan, misalnya: tidak berganti-ganti pasangan dalam hubungan seks, penyesuaian diri kita dengan lingkungan, dan sebagainya.

2. Perilaku sakit (*illness behaviour*)

Perilaku sakit ini mencakup respon seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang: penyebab dan gejala sakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya.

3. Perilaku peran sakit (*the sick role behaviour*)

Dari segi sosiologi, orang sakit (pasien) mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya), yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*). Perilaku ini meliputi:

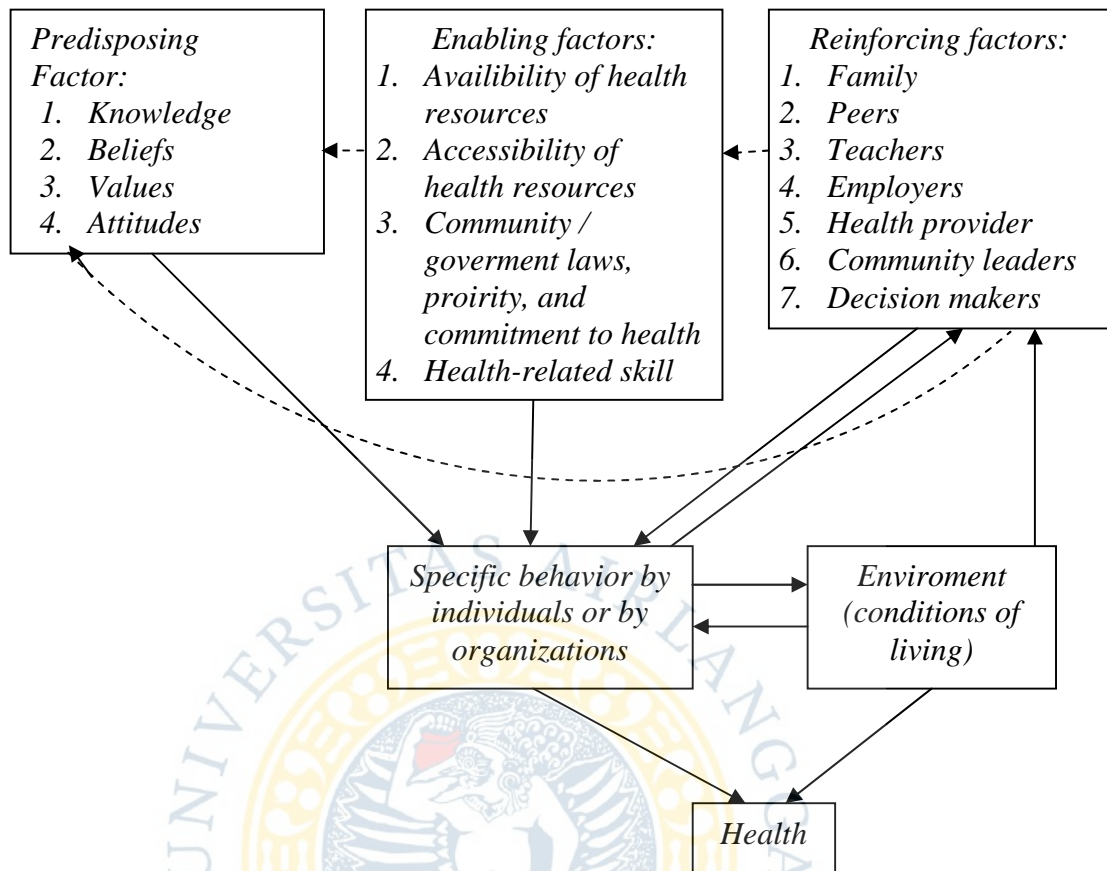
- 1) tindakan untuk memperoleh kesembuhan,
- 2) mengenal/mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan/penyembuhan penyakit yang layak,
- 3) mengetahui hak (misalnya: hak memperoleh perawatan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan sebagainya) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter/petugas kesehatan, tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, dan sebagainya).

2.2.2 Faktor yang mempengaruhi perilaku

Banyak ahli telah merumuskan teori atau model terbentuknya perilaku antara lain teori Snehandu, teori WHO, teori Lawrence Green dan sebagainya. Namun disini peneliti menggunakan acuan teori Lawrence Green dalam pembahasan.

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar lingkungan (*nonbehavior causes*). Dan untuk mewujudkan suatu perilaku kesehatan, diperlukan pengelolaan manajemen program melalui tahap pengkajian, perencanaan, intervensi sampai dengan penilaian dan evaluasi.

Dengan demikian suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu. Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor :



Gambar 2.1 Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan (Green, 1991)

Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor yang berhubungan dengan *individual's belief* pada keseriusan gejala sakit yang dialami dan perlunya mencari bantuan. Faktor-faktor predisposisi ini terwujud dalam pengetahuan, sikap, persepsi, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung atau pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya. Termasuk didalamnya faktor

demografi (umur dan jenis kelamin), faktor sosial (pendidikan, pekerjaan, dan kesukuan), serta kepercayaan terhadap kesehatan (*health belief*) meliputi perawatan kesehatan, dokter, penyakit, serta obat yang digunakan. Tingkat sosial dan ekonomi merupakan suatu ukuran yang mencerminkan pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. Perbedaan tingkat sosial ekonomi seseorang akan mempengaruhi keputusan dan tindakan yang diambil atas perilaku kesehatan, kemudahan perolehan pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan yang diperoleh.

3. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yaitu faktor yang mempengaruhi kemampuan masing-masing individu untuk dapat menggunakan pelayanan kesehatan tergantung dari keluarga dan komunitasnya. Faktor-faktor ini terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model diatas dapat digambarkan sebagai berikut :

$$B = f (PF, EF, RF)$$

Dimana B : *Behaviour*

PF : *Predisposing Factor*

EF : *Enabling Factor*

RF : *Reinforcing Factor*

2.2.3 Persepsi

Persepsi merupakan proses dari seseorang dalam memahami lingkungannya yang melibatkan pengorganisasian dan penafsiran sebagai rangsangan dalam suatu pengalaman psikologis. Dengan kata lain, persepsi

berperan dalam penerimaan stimulus/rangsangan terhadap suatu obyek, mengaturnya dan menterjemahkan atau menginterpretasi yang sudah teratur tersebut untuk mempengaruhi perilaku dan membentuk sikap (Muslicha, 2008).

Menurut Walgito (2003), ada beberapa hal yang dapat ikut berperan dan berpengaruh dalam mempersepsi manusia, yaitu (1) keadaan stimulus, dalam hal ini berwujud manusia yang akan dipersepsi, (2) situasi atau keadaan sosial yang melatarbelakangi stimulus, (3) keadaan orang yang mempersepsi. Pikiran, perasaan, kerangka acuan, pengalaman-pengalaman, atau dengan kata lain keadaan pribadi orang yang mempersepsi akan berpengaruh dalam seseorang mempersepsi orang lain.

2.2.4 Domain perilaku

Menurut Bloom (1908), perilaku dibagi kedalam 3 domain (ranah atau kawasan). Ketiga domain perilaku tersebut yaitu kognitif (*cognitive domain*), afektif (*affective domain*), dan psikomotor (*psycomotor domain*).

Dalam perkembangannya, teori Bloom di atas dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yaitu: 1) Pengetahuan (*knowledge*); 2) Sikap (*attitude*); 3) Praktik atau tindakan (*practice/action*).

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indra penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian Roger (1974) dalam Nursalam (2008) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut proses yang berurutan yakni :

- 1) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dulu terhadap stimulus (objek).
- 2) *Interest* (merasa tertarik), terhadap stimulus (objek) tersebut, disini sikap objek sudah mulai timbul.
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang), terhadap baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik.
- 4) *Trial* dimana subjek sudah mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.
- 5) *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yakni:

- 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari. Termasuk dalam pengetahuan, tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu “tahu “ ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

- 2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat diinterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyimpulkan terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah sesuatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek keadaan komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lainnya.

5) Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulai-formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau norma-norma yang berlaku di masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

Pengukuran pengetahuan dalam penelitian kuantitatif dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur

dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

2. Sikap

Sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi dan kesiapan antisipatif predisposisi untuk menyesuaikan diri, atau cara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan (Azwar, 2011). Salah seorang ahli psikologi sosial *Newcomb* dikutip Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan), atau reaksi tertutup.

Kerangka pemikiran yang diwakili oleh para ahli psikologi dalam pengukuran sikap seperti Louis Thurstone (1928) dan Rensis Likert (1932) yang dikutip oleh Azwar (2011) mengemukakan bahwa sikap adalah bentuk evaluasi dan reaksi perasaan yang merupakan perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan yang tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. Berkowitz (1972) yang dikutip oleh Azwar (2011) secara lebih spesifik memformulasikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu obyek psikologis.

Sikap seseorang terhadap suatu obyek selalu berperan sebagai perantara antara respons dan obyek yang bersangkutan. Respons diklasifikasikan dalam tiga macam, yaitu respons kognitif (respons perseptual dan pernyataan mengenai apa yang diyakini), respons afektif (respons saraf simpatetik dan pernyataan afeksi), serta respons perilaku atau konatif (respons berupa tindakan atau pernyataan

mengenai perilaku) masing-masing klasifikasi respons ini berhubungan dengan ketiga komponen sikapnya (Azwar 2011).

Dalam bagian lain Allport (1954) yang dikutip Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu (1) kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek (2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek dan (3) kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

1) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek) misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian terhadap ceramah-ceramah.

2) Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan satu usaha untuk menjawab suatu pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah atau orang yang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah terindikasi sikap tingkat tiga. Misalnya: seorang ibu yang mengajak ibu lain (tetangga, saudaranya dan sebagainya)

untuk pergi menimbangkan anaknya ke Posyandu atau mendiskusikan tentang status gizi anaknya, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut mempunyai sikap positif terhadap anaknya.

4) Bertanggungjawab (*Responsible*)

Bertanggungjawab terhadap sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi misalnya : seorang ibu mau menjadi akseptor KB, meskipun mendapat tantangan dari mertua atau dari orang tuanya sendiri.

Berikut ini berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap, antara lain :

- 1) Pengalaman pribadi
- 2) Pengaruh orang lain yang dianggap penting
- 3) Pengaruh kebudayaan
- 4) Media massa
- 5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama
- 6) Pengaruh faktor emosional

Menurut Azwar (2011) struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu, kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang diharapkan dari obyek tertentu. Kepercayaanlah yang menyederhanakan dan mengatur apa yang kita lihat dan kita temui. Tentu saja kepercayaan sebagai komponen kognitif tidak selalu akurat. Kadang-kadang kepercayaan itu terbentuk

justru dikarenakan kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai obyek sikap yang dihadapi.

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen disamakan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afeksi ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut. Sedangkan komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya, kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2011).

3. Tindakan *Practice* atau *Praktek*

Menurut Notoatmodjo (2010), suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Di samping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain, misalnya suami atau istri, orang tua atau mertua sangat penting untuk mendukung praktek keluarga berencana. Tingkatan-tingkatan praktek :

1) Respon Terpimpin (*Guided Respons*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua. Misalnya : seorang

ibu dapat memasak sayur dengan benar, mulai dari cara mencuci dan memotong-motongnya, lamanya memasak, menutup pancinya dan sebagainya.

2) Mekanisme (*Mechanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga. Misalnya : seorang ibu yang sudah biasa mengimunitasikan bayi pada umur-umur tertentu, tanpa menunggu perintah atau ajakan orang lain.

3) Adopsi (*Adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut. Misalnya : ibu dapat memilih dan memasak makanan yang bergizi tinggi berdasarkan bahan-bahan yang murah dan sederhana.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*), melalui orang ketiga atau orang lain yang “dekat” dengan responden, atau melalui hasil perilaku responden. Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2010).

2.3 Konsep Remaja

2.3.1 Definisi remaja

Secara etimologi remaja berarti “tumbuh menjadi dewasa”. Definisi remaja (*adolescence*) menurut WHO adalah periode usia antara 10 sampai 19 tahun. Sementara itu, menurut The Health Resources and Service Administration Guidelines Amerika Serikat, rentang usia remaja adalah 11-21 tahun dan terbagi menjadi tiga tahap, yaitu remaja awal (11-14 tahun); remaja menengah (15-17 tahun); dan remaja akhir (18-21 tahun). Definisi ini kemudian disatukan dalam terminologi kaum muda (*young people*) yang mencakup usia 10-24 tahun (Kusmiran, 2011).

Menurut Kusmiran (2011) definisi remaja sendiri dapat ditinjau dari tiga sudut pandang, yaitu:

1. Secara kronologis, remaja adalah individu yang berusia antara 11-12 tahun sampai 20-21 tahun
2. Secara fisik, remaja ditandai oleh ciri perubahan pada penampilan fisik dan fungsi fisiologis
3. Secara psikologis, remaja merupakan masa di mana individu mengalami perubahan-perubahan dalam aspek kognitif, emosi, sosial, dan moral, di antara masa anak-anak menuju masa dewasa.

2.3.2 Masa transisi remaja

Menurut BKKBN (2002) perubahan-perubahan yang terjadi pada masa remaja antara lain:

1. Perubahan Fisik

Perubahan dramatis dalam bentuk dan ciri-ciri fisik berhubungan erat dengan mulainya pubertas. Aktifitas kelenjar pituitari pada saat ini berakibat dalam sekresi hormon yang meningkat, dengan efek fisiologis yang tersebar luas. Hormon pertumbuhan memproduksi dorongan pertumbuhan yang cepat, yang membawa tubuh mendekati tinggi dan berat dewasanya dalam sekitar dua tahun. Dorongan pertumbuhan terjadi lebih awal pada pria daripada wanita, juga menandakan bahwa wanita lebih dahulu matang secara seksual daripada pria. Pencapaian kematangan seksual pada gadis remaja ditandai oleh kehadiran menstruasi dan pada pria ditandai oleh produksi semen. Hormon-hormon utama yang mengatur perubahan ini adalah androgen pada pria dan estrogen pada wanita, zat-zat yang juga dihubungkan dengan penampilan ciri-ciri sekunder: rambut wajah, tubuh, dan kelamin dan suara yang mendalam pada pria; rambut tubuh dan kelamin, pembesaran payudara, dan pinggul lebih lebar pada wanita. Perubahan fisik dapat berhubungan dengan penyesuaian psikologis; beberapa studi menganjurkan bahwa individu yang menjadi dewasa di usia dini lebih baik dalam menyesuaikan diri daripada rekan-rekan mereka yang menjadi dewasa lebih lambat.

2. Perubahan Intelektual

Fungsi intelektual tidak mengalami perubahan yang dramatis selama masa remaja. Kemampuan untuk mengerti masalah-masalah kompleks berkembang secara bertahap. Psikolog Prancis Jean Piaget menentukan bahwa masa remaja adalah awal tahap pikiran formal operasional, yang mungkin dapat dicirikan sebagai pemikiran yang melibatkan logika

pengurangan/deduksi. Piaget beranggapan bahwa tahap ini terjadi di antara semua orang tanpa memandang pendidikan dan pengalaman terkait mereka.

3. Perubahan Seksual

Perubahan fisik pada masa pubertas bertanggung-jawab atas munculnya dorongan seks. Pemuasan dorongan seks masih dipersulit dengan banyaknya tabu sosial, sekaligus juga kurangnya pengetahuan yang benar tentang seksualitas. Terlepas dari keterlibatan mereka dalam aktifitas seksual, beberapa remaja tidak tertarik pada, atau tahu tentang, metode keluarga berencana atau gejala-gejala Penyakit Menular Seksual (PMS), akibatnya kejadian penyakit yang berkaitan dengan reproduksi kian meningkat.

4. Perubahan Emosional

Psikolog Amerika G. Stanley mengatakan bahwa masa remaja adalah masa stress emosional, yang timbul dari perubahan fisik yang cepat dan luas yang terjadi sewaktu pubertas. Remaja kadang belum bisa menerima perubahan yang terjadi secara cepat pada dirinya. Hal ini sering menimbulkan stress tersendiri pada remaja. Psikolog Amerika kelahiran Jerman Erik Erikson memandang perkembangan sebagai proses psikososial yang terjadi seumur hidup.

2.3.3 Tahapan perkembangan pada remaja

Periode masa remaja dapat dibagi ke dalam tiga tahap (Muzzayanah dalam BKKBN, 2002), yaitu:

1. Remaja tahap awal (usia 10-13 tahun)

- 1) Hanya memiliki pemahaman tentang dirinya.
 - 2) Tidak mampu mengaitkan perilaku mereka dengan konsekuensi perilaku tersebut.
 - 3) Berpikir konkret
 - 4) Ketertarikan utama adalah pada teman sebaya dengan jenis kelamin sama, disisi lain ketertarikan pada lawan jenis dimulai.
 - 5) Mengalami konflik dengan orang tua.
 - 6) Remaja berperilaku sebagai seorang anak pada waktu tertentu dan sebagai orang dewasa pada waktu selanjutnya.
2. Remaja tahap menengah (usia 14-16 tahun)
- 1) Penerimaan kelompok sebaya merupakan isu utama dan sering kali menentukan harga diri.
 - 2) Remaja mulai melamun, berfantasi dan berpikir tentang hal-hal magis.
 - 3) Remaja berjuang untuk mandiri/ bebas dari orang tuanya.
 - 4) Remaja menunjukkan perilaku idealis dan narsistik
 - 5) Remaja menunjukkan emosi yang labil, sering meledak-ledak, dan *mood* sering berubah.
 - 6) Hubungan heteroseksual merupakan hal yang paling penting.
 - 7) Seringkali mereka melakukan *trial and error* tanpa memperhitungkan konsekuensinya.
3. Remaja tahap akhir (usia 17-19 tahun)
- 1) Remaja mulai berpacaran dengan lawan jenisnya
 - 2) Remaja mengembangkan pikiran abstrak
 - 3) Remaja mulai mengembangkan rencana untuk masa depan.

- 4) Remaja berusaha untuk mandiri secara emosional dan finansial dari orang tua.
- 5) Cinta adalah bagian dari hubungan heteroseksual yang intim.
- 6) Kemampuan untuk mengambil keputusan telah berkembang.
- 7) Perasaan kuat bahwa dirinya adalah seorang dewasa berkembang.

2.4 Konsep Merokok

2.4.1 Definisi merokok

Rokok adalah cacahan tembakau yang dibungkus dengan kertas yang panjangnya berukuran 7-20 cm (Jaya M., 2009; Suhaimi, 2011). Merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar ke dalam tubuh dan menghembuskannya kembali keluar (Armstrong, 1990). Danusantoso (1991) mengatakan bahwa asap rokok selain merugikan diri sendiri juga dapat berakibat bagi orang-orang lain yang berada di sekitarnya. Levy (1984) menyatakan bahwa perilaku merokok adalah sesuatu yang dilakukan seseorang berupa membakar dan menghisapnya serta dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang di sekitarnya (Indri, 2007).

2.4.2 Kandungan rokok

Rokok mengandung kurang lebih 4000 elemen, 200 diantaranya berbahaya bagi kesehatan. Racun utama pada rokok adalah tar, nikotin, dan karbon monoksida (CO), selain itu dalam sebatang rokok juga mengandung zat-zat kimia lain yang sangat beracun. Zat-zat tersebut antara lain :

1. Tar adalah substansi hidrokarbon, yang bersifat lengket dan menempel pada paru-paru

2. Nikotin adalah zat adiktif yang mempengaruhi syaraf dan peredaran darah. Zat ini bersifat karsinogen, dan mampu memicu kanker paru-paru yang mematikan
3. Karbon monoksida (CO) adalah zat yang memikat hemoglobin dalam darah, membuat darah tidak mampu mengikat oksigen
4. Formaldehid yaitu jenis gas yang sangat beracun terhadap semua organisme hidup
5. Naftalene yaitu bahan kapur barus
6. Metanol yaitu cairan yang mudah menguap, di gunakan sebagai pelarut dan pembunuh hama
7. Aceton yaitu bahan pembuat cat
8. Fenol Butance yaitu bahan bakar korek api, zat ini beracun dan membahayakan karena fenol ini terikat ke protein sehingga menghalangi aktivitas enzim
9. Potassium nitrat yaitu bahan baku pembuatan bom dan pupuk
10. H₂S (Asam Sulfida) yaitu sejenis gas beracun yang mudah terbakar dengan bau yang keras, zat ini menghalangi oksidasi enzim
11. HCN (Asam Sianida) yaitu sejenis gas yang tidak berwarna, tidak berbau, tidak memiliki rasa. Zat ini merupakan zat paling ringan, mudah terbakar dan sangat efisien untuk menghalangi pernafasan dan merusak saluran pernafasan
12. Amonia yaitu bahan untuk pencuci lantai
13. Cadmium yaitu asap dari knalpot kendaraan yang dapat meracuni jaringan tubuh terutama ginjal

14. Nitrous Oxide yaitu sejenis gas yang tidak berwarna, dan bila di hisap dapat menghilangkan rasa sakit. Nitrous Oxide ini pada mulanya digunakan dokter sebagai pembius saat melakukan operasi
15. Volatik nitrosamine yaitu jenis asap tembakau yang diklasifikasikan sebagai karsinogen yang potensial (Christinawati dan Jaya, 2009; Suhaimi, 2011)

2.4.3 Dampak merokok

Ogden (2000) dalam Indri (2007) membagi dampak perilaku merokok menjadi dua, yaitu:

1. Dampak positif

Merokok menimbulkan dampak positif yang sangat sedikit bagi kesehatan. Graham (dalam Ogden, 2000) menyatakan bahwa perokok menyebutkan dengan merokok dapat menghasilkan *mood* positif dan dapat membantu individu menghadapi keadaan-keadaan yang sulit. Smet (1994) menyebutkan keuntungan merokok (terutama bagi perokok) yaitu mengurangi ketegangan, membantu berkonsentrasi, dukungan sosial dan menyenangkan.

2. Dampak negatif

Merokok dapat menimbulkan berbagai dampak negatif yang sangat berpengaruh bagi kesehatan (Ogden, 2000). Merokok bukanlah penyebab suatu penyakit, tetapi dapat memicu suatu jenis penyakit sehingga boleh dikatakan merokok tidak menyebabkan kematian, tetapi dapat mendorong munculnya jenis penyakit yang dapat mengakibatkan kematian. Berbagai jenis penyakit yang dapat dipicu karena merokok dimulai dari penyakit di kepala sampai dengan penyakit di telapak kaki, antara lain: penyakit kardiovaskular, neoplasma (kanker), saluran pernapasan, peningkatan

tekanan darah, penurunan fertilitas dan nafsu seksual, sakit maag, gondok, gangguan pembuluh darah, penghambat pengeluaran saluran air seni, penglihatan kabur, kulit menjadi kering, pucat dan keriput, serta polusi udara dalam ruangan (sehingga terjadi iritasi mata, hidung, dan tenggorokan).

2.4.4 Bahaya merokok

Menurut Suhaimi (2011) bahaya merokok terhadap remaja yang terutama adalah fisiknya, seperti yang dijelaskan oleh Depkes RI (2004) yaitu :”Rokok pada dasarnya merupakan pabrik bahan kimia berbahaya. Saat batang rokok terbakar, maka asapnya menguraikan sekitar 4000 bahan kimia dengan 3 komponen utama, yaitu nikotin yang menyebabkan ketergantungan/adiksi. Tar yang bersifat karsinogen, karbon monoksida yang aktivitasnya sangat kuat terhadap hemoglobin sehingga kadar oksigen dalam darah berkurang, dan bahan-bahan kimia lain yang beracun.”

Efek merokok tidak hanya mempengaruhi kesehatan perokok saja, tetapi juga mempengaruhi kesehatan orang sekitarnya yang tidak merokok, karena terpapar asap rokok tersebut yang disebut perokok pasif (Depkes, 2010).

Adapun bahaya merokok adalah sebagai berikut :

1. Bagi perokok aktif
 - 1) Meningkatkan resiko dua kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung.
 - 2) Meningkatkan risiko dua kali lebih besar untuk mengalami stroke.
 - 3) Meningkatkan risiko mengalami serangan jantung dua kali lebih besar pada mereka yang mengalami tekanan darah tinggi atau kadar kolesterol tinggi.

- 4) Meningkatkan resiko 10 kali lebih besar untuk mengalami serangan jantung bagi wanita pengguna pil KB.
 - 5) Meningkatkan resiko lima kali lebih besar menderita kerusakan jaringan anggota yang rentan.
2. Bagi perokok pasif
 - 1) Bahaya kerusakan paru-paru. Kadar nikotin, karbon monoksida, serta zat-zat lain yang lebih tinggi dalam darah mereka akan memperparah penyakit yang sedang diderita, dan kemungkinan mendapat serangan jantung yang lebih tinggi bagi mereka yang berpenyakit jantung. Anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, dan radang tenggorokan serta penyakit paru-paru lebih tinggi. Wanita hamil yang merokok beresiko mendapatkan bayi mereka lahir, kurus, cacat, dan kematian.
 - 2) Jika suami perokok, maka asap rokok yang dihirup oleh istrinya akan mempengaruhi bayi dalam kandungan.

2.4.5 Faktor yang mempengaruhi merokok

Ada berbagai alasan yang dikemukakan oleh beberapa ahli untuk menjawab mengapa seseorang merokok. Menurut Levy (1984) setiap individu mempunyai kebiasaan merokok yang berbeda dan biasanya disesuaikan dengan tujuan mereka merokok. Pendapat tersebut didukung oleh Smet (1994) yang menyatakan bahwa seseorang merokok karena faktor-faktor sosial kultural seperti kebiasaan budaya, kelas sosial, gengsi, dan tingkat pendidikan (Indri, 2007).

Menurut Juniarti (1991) dalam Suhaimi (2011), faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok adalah sebagai berikut.

1. Pengaruh orang tua

Salah satu temuan tentang remaja perokok adalah bahwa anak-anak muda yang berasal dari rumah tangga yang tidak bahagia, di mana orang tua tidak begitu memperhatikan anak-anaknya dalam memberikan hukuman fisik yang keras, lebih mudah untuk menjadi perokok di banding anak-anak muda yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang bahagia. Remaja yang berasal dari keluarga konservatif yang menekankan nilai-nilai sosial dan agama dengan baik dengan tujuan jangka panjang lebih sulit untuk terlibat dengan rokok/tembakau/obat-obatan, dibandingkan dengan keluarga yang permisif dengan penekanan yang falsafah “kerjakan urusanmu sendiri-sendiri”. Yang paling kuat pengaruhnya adalah bila orang tua sendiri menjadi figur contoh, yaitu sebagai perokok berat, maka anak-anaknya sangat mungkin sekali untuk mencontohnya. Perilaku merokok lebih banyak ditemui pada mereka yang tinggal dengan satu orang tua (*single parent*).

2. Pengaruh teman

Berbagai fakta mengungkapkan bahwa bila semakin banyak remaja yang merokok, maka semakin besar kemungkinan teman-temannya adalah perokok dan demikian sebaliknya. Dari fakta tersebut ada dua kemungkinan yang terjadi. Pertama, remaja tadi terpengaruh oleh teman-temannya atau bahkan teman-teman remaja tersebut dipengaruhi oleh remaja tersebut, hingga akhirnya mereka semua perokok. Di antara remaja perokok, 87% mempunyai sekurang-kurangnya satu atau lebih sahabat yang perokok, begitu pula dengan remaja bukan perokok.

3. Faktor kepribadian

Orang mencoba untuk merokok karena alasan ingin tahu atau ingin melepaskan diri dari rasa sakit fisik atau jiwa, dan membebaskan diri dari kebosanan.

4. Pengaruh iklan

Melihat iklan di media massa dan elektronik yang menampilkan gambaran bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau *glamor*, membuat remaja sering kali terpicu untuk mengikuti perilaku seperti yang ada di dalam iklan tersebut. (Depkes, 2010).

2.4.6 Cara menghindari kebiasaan merokok

Menurut Monique, 2000, dalam Suhaimi, 2011, ada beberapa cara menghindari kebiasaan merokok yaitu :

1. Tumbuhkan kemauan yang tinggi untuk berhenti merokok, dalam hal ini kita harus mengingat penyakit yang dapat diakibatkan oleh rokok dan merupakan penderitaan.
2. Mintalah bantuan orang terdekat untuk membantu mengingatkan agar tidak lagi menghisap rokok. Yang pertama dilakukan adalah dengan memberitahukan niat untuk tidak merokok pada orang terdekat sehingga mereka akan membantu dan mengingatkan agar tidak merokok, sehingga perlahan-lahan anda akan merasa risih dan sungkan karena terus menerus diingatkan.
3. Tanamkan pada diri sendiri bahwa pasti mampu untuk berhenti sama sekali dari kebiasaan merokok, hal ini dapat dilakukan dengan memulai menurunkan jumlah batang rokok yang diisap perhari, sehingga semakin lama semakin sedikit sampai tidak sama sekali.

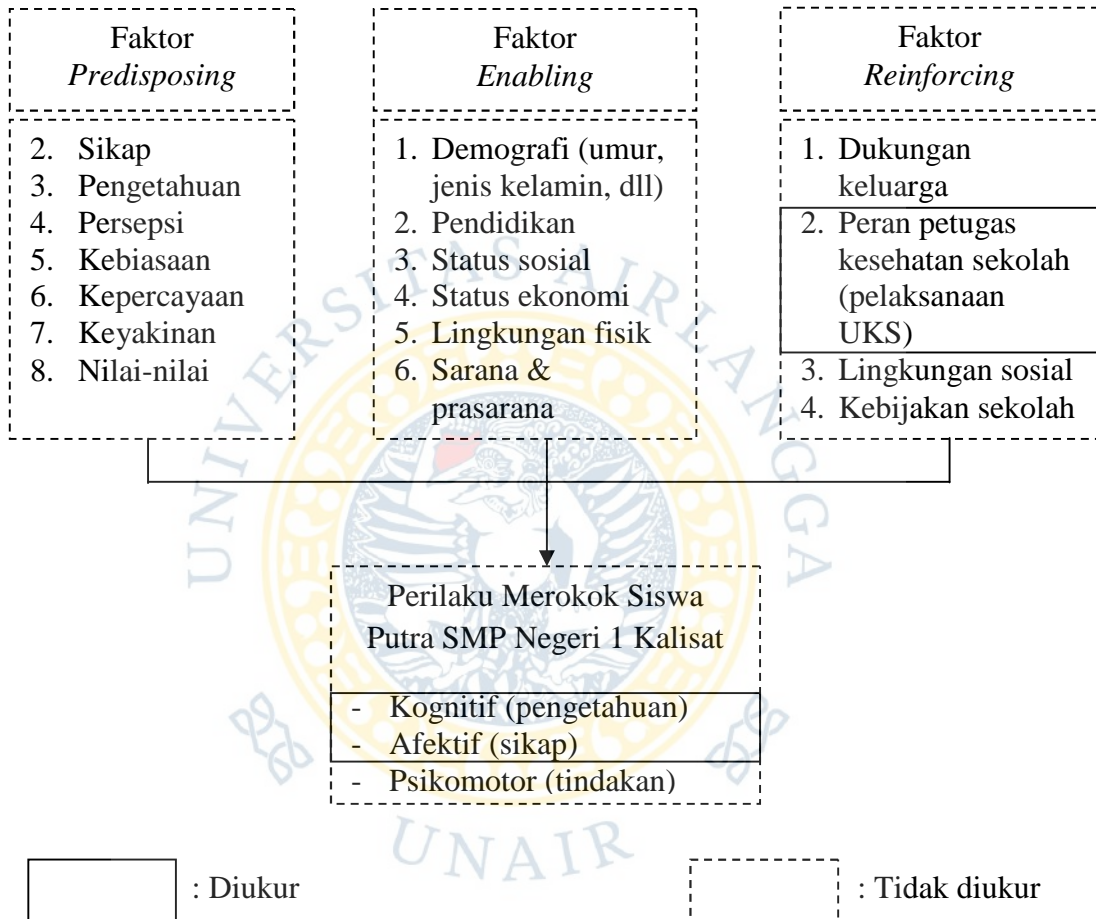
4. Jauhi semua kemungkinan yang dapat membuat kembali menjadi perokok. Cara ini dilakukan dengan menghindari berkumpul dengan teman-teman atau orang lain yang merokok sehingga anda tidak ingin kembali merokok.
5. Mencari pengganti yang lebih positif daripada rokok. Untuk mengganti waktu yang digunakan untuk merokok dapat melakukan olah raga, makan permen, atau melakukan aktivitas lain.



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat (Green, 1990)

Pada masa transisi remaja rentan untuk mengalami masalah serta berperilaku beresiko. Gaya hidup yang berhubungan dengan kesehatan seperti merokok, menggunakan NAPZA, alkohol, dan obesitas bukan persoalan mudah untuk ditangani. Dalam penelitian ini, perilaku remaja yang akan diukur yaitu merokok, khususnya domain pengetahuan dan sikap.

Masalah perilaku kesehatan siswa putra sekolah menengah relatif dipengaruhi oleh berbagai faktor predisposisi (*predisposing factor*), pendukung (*enabling factor*), dan pendorong (*reinforcing factor*).

Tiga faktor yang mempengaruhi perilaku merokok yaitu faktor predisposisi yang terdiri dari pengetahuan, sikap, persepsi, kebiasaan, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai pada diri remaja. Faktor kedua yaitu faktor pendukung yang terdiri dari kemampuan mengambil keputusan, status ekonomi dan sosial, lingkungan fisik, sarana & prasarana. Faktor ketiga yaitu faktor pendorong yang berupa dukungan keluarga, peran dan kebijakan sekolah (pelaksanaan UKS), lingkungan sosial dan teman sebaya. Perilaku tersebut dibagi menjadi tiga domain penting yaitu *cognitif*, *afektif*, dan *psikomotor* untuk kepentingan pengukuran hasil kognitif diukur dari pengetahuan, efektif dari sikap dan psikomotor melalui tindakan yang dilakukan.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1: Ada hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan dan sikap merokok

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai desain penelitian, desain sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, pengumpulan data, kerangka kerja, analisa data, etika penelitian, dan keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yaitu penelitian yang menekankan analisisnya pada data-data numerikal (angka) yang diolah dengan metode statistika, sedangkan desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Penelitian *Cross Sectional* dapat diartikan sebagai suatu penelitian yang bertujuan untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) artinya, subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010).

4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008).

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi target dalam penelitian ini adalah siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat yang berjumlah 341 siswa.

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya, yakni siswa yang masih aktif mengikuti kegiatan belajar di SMP Negeri 1 Kalisat yaitu siswa kelas VII dan VIII dan berjenis kelamin laki-laki. Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat kelas VII dan VIII yang berjumlah 222 siswa.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Arikunto (2006) menyebutkan bahwa apabila subjeknya kurang dari 100, lebih baik diambil semua sehingga penelitian populasi. Tetapi, jika jumlah subjeknya besar, dapat diambil antara 10-15% atau 20-25% atau lebih, tergantung setidaknya-tidaknya dari:

1. Kemampuan peneliti dilihat dari waktu, tenaga, dan dana.
2. Sempit luasnya wilayah pengamatan dari setiap subjek, karena hal ini menyangkut banyak sedikitnya data.
3. Besar kecilnya resiko yang ditanggung oleh peneliti. Untuk penelitian yang risikonya besar, tentu saja jika sampel besar, hasilnya akan lebih baik.

Oleh karena itu, besar sampel dalam penelitian ini adalah 25% dari populasi yaitu 56 siswa.

4.2.3 Teknik sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini, pendekatan sampling yang akan digunakan adalah *Simple Random Sampling*. Pemilihan sampel dengan cara ini merupakan jenis probabilitas yang paling sederhana. Untuk mencapai

sampling ini, setiap elemen diseleksi secara acak. Peneliti dibantu oleh guru sekolah untuk memilih secara acak dari 222 siswa putra kelas VII dan VIII hingga didapatkan 56 responden.

4.3 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel penelitian

Variabel pada penelitian ini adalah pelaksanaan UKS meliputi pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat serta pengetahuan dan sikap terhadap bahaya merokok.

4.3.2 Definisi operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Nursalam, 2008).

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Data	Skor
Variabel Penelitian Pelaksanaan UKS	Persepsi siswa mengenai pelaksanaan UKS yang terdiri dari tiga program pokok yang dilaksanakan UKS : Pendidikan kesehatan, Pelayanan Kesehatan, dan	Indikator pelaksanaan TRIAS UKS dalam strata standar (Permatasari, 2010)	Kuesioner	Ordinal	Pelaksanaan UKS : Baik : dilaksanakan >75% Cukup : dilaksanakan 56-75% Kurang : dilaksanakan <56% (Arikunto, 2006)

	pembinaan lingkungan sehat				
Pengetahuan	hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan atau mendapatkan informasi tentang suatu objek tertentu, yaitu tentang merokok	Pengetahuan remaja mengenai: definisi, kandungan, dampak, bahaya, faktor yang menyebabkan dan pencegahan perilaku merokok	Kuesioner Ordinal		<p>Terdiri dari pertanyaan pilihan ganda</p> <p>kemudian diskor untuk Benar : 1 Salah : 0</p> <p>Baik : 76 – 100% Cukup : 56 – 75% Kurang : < 56% (Arikunto, 2006)</p>
Sikap	reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang tentang suatu hal, yaitu tentang merokok	Sikap remaja mengenai: bahaya merokok	Kuesioner Ordinal		<p>Terdiri dari pertanyaan positif dan negatif</p> <p>kemudian diskor untuk pertanyaan positif : SS= 4, S= 3, TS= 2, STS= 1 Untuk pertanyaan negatif: SS= 1, S= 2, TS= 3, STS=3</p> <p>kemudian diklasifikasikan menjadi : Sikap positif : $T > \text{mean}$ Sikap negatif : $T < \text{mean}$. (Azwar, 2011)</p>

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yaitu peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2008).

Penelitian ini menggunakan kuesioner dengan *Close-ended questions* kecuali kuesioner mengenai nama (inisial), kelas, dan usia responden menggunakan pertanyaan *Open ended question*. Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari:

Dalam penelitian ini pengumpulan data menggunakan kuesioner penelitian terdiri atas 5 bagian antara lain :

1. Bagian pertama untuk mengetahui identitas responden berupa nama (inisial) dan kelas.
2. Bagian kedua adalah kuesioner mengenai data demografi berupa usia, agama, dan suku.
3. Bagian ketiga adalah kuesioner mengenai pelaksanaan UKS meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sehat. Kuesioner ini dibuat berdasarkan indikator pelaksanaan UKS dalam strata standar. Terdiri dari 20 pertanyaan.
4. Bagian keempat adalah kuesioner tentang pengetahuan remaja mengenai definisi, kandungan, dampak, bahaya merokok, juga faktor yang menyebabkan dan pencegahan perilaku merokok. Pertanyaan berupa pilihan ganda berjumlah 10 soal.
5. Bagian kelima adalah kuesioner tentang sikap remaja mengenai bahaya merokok. Kuesioner terdiri dari 5 soal dengan 4 pertanyaan positif

(pertanyaan nomor 1, 2, 4, 5) dan 1 pertanyaan negatif (pertanyaan nomor 3).

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di SMP Negeri 1 Kalisat, tanggal 29 Mei 2012.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

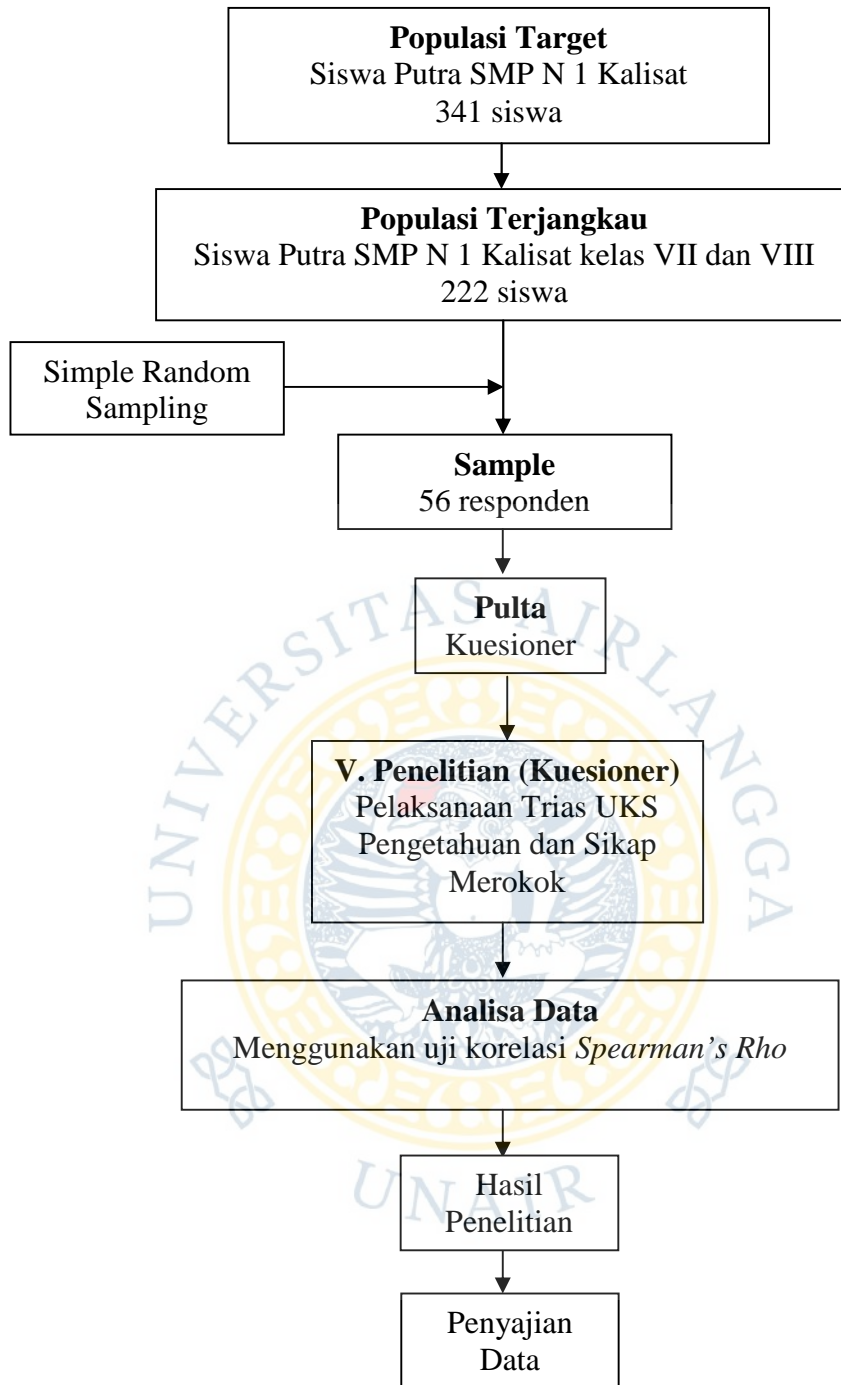
Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan surat permohonan data awal yang ditujukan kepada Kepala SMP Negeri 1 Kalisat dengan tembusan kepada pengurus UKS. Selanjutnya peneliti melakukan studi pendahuluan untuk mengetahui jumlah siswa dan kondisi umum UKS dan perilaku merokok siswa SMP Negeri 1 Kalisat. Responden dipilih dengan cara *simple random sampling*. Peneliti menggunakan data siswa yang dimiliki sekolah, kemudian dilanjutkan dengan menyeleksi responden yang sesuai dengan kriteria penelitian, yakni siswa yang masih aktif mengikuti kegiatan belajar di SMP Negeri 1 Kalisat yaitu siswa kelas VII dan VIII dan berjenis kelamin laki-laki. Dari data tersebut, peneliti dibantu oleh guru sekolah memilih secara acak hingga terpilih 56 responden sebagai sampel dan dikumpulkan dalam satu ruangan. Responden kemudian diberi lembar permintaan menjadi responden penelitian. Jika bersedia menjadi responden, mereka diminta untuk memberi tanda tangan pada lembar tersebut. Setelah itu responden diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian. Selanjutnya peneliti menjelaskan lembar kuesioner mengenai data demografi, pelaksanaan UKS, pengetahuan dan sikap merokok remaja mengenai merokok. Selama proses pengisian kuesioner peneliti berada di dekat responden sampai pengisian selesai. Apabila responden tidak mengerti dengan maksud pertanyaan, peneliti menjelaskan kepada responden. Setelah selesai mengisi,

kuesioner dikembalikan kepada peneliti. Kuesioner yang telah terkumpul akan dicatat dalam lembar pengumpulan data.

4.7 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja merupakan suatu alur penelitian sehingga dapat diketahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :





Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat

4.8 Analisa data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*, peneliti melihat kelengkapan data yang diperoleh terutama pengisian data penelitian pada lembar kuesioner responden
2. *Coding*, peneliti hanya memberi kode menurut item pada kuesioner sesuai dengan jawaban responden
3. Tabulasi, dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel-variabel yang diukur untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan UKS terhadap pengetahuan dan sikap merokok.

Kemudian data dianalisis secara dekriptif maupun statistik untuk mengetahui gambaran distribusi dan variasi dari masing-masing variabel. Untuk mengetahui hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan dan sikap merokok dilakukan dengan perangkat lunak komputer program statistik SPSS.

- 1) Memberikan kode pada tiap-tiap item pada kuesioner data demografi.

(1) Agama	:	Islam=1	Hindu=4
		Protestan=2	Budha=5
		Katolik=3	Lain-lain=6
(2) Suku	:	Jawa=1	Cina=3
		Madura=2	Lain-lain=4

- 2) Analisa deskriptif

- (1) Pelaksanaan UKS

Aspek pelaksanaan UKS dinilai dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Dimana : P = Prosentase.

F = Jumlah skor responden.

N= Jumlah skor maksimal.

Dari semua nilai pelaksanaan UKS yang dirasakan responden, ditetapkan kategori sbb:

Pelaksanaan UKS baik jika nilai >75 %

Pelaksanaan UKS cukup jika nilai 60-75 %

Pelaksanaan UKS kurang jika nilai <60 %

(Arikunto, 2006).

(2) Pengetahuan

Benar : diberi skor 1

Salah : diberi skor 0

Aspek pengetahuan dinilai dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Dimana : P = Prosentase.

F = Jumlah skor jawaban responden.

N= Jumlah skor maksimal.

Dari semua nilai pengukuran tingkat pengetahuan responden, ditetapkan kategori sbb:

Tingkat pengetahuan baik jika responden menjawab >75 % benar

Tingkat pengetahuan cukup jika responden menjawab 56-75 % benar

Tingkat pengetahuan kurang jika responden menjawab <56 % benar

(Arikunto, 2006).

(3) Sikap

Diukur dengan menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban berupa: Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Ragu-Ragu (RR), Tidak setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS) (Arikunto, 2006). Menurut Arikunto (2006), terdapat kelemahan dengan lima alternatif karena responden cenderung memilih alternatif yang ada di tengah karena dirasa aman dan paling mudah. Sehingga peneliti memilih untuk menggunakan empat alternatif saja, yakni Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak setuju (TS), dan Sangat Tidak Setuju (STS). Responden harus memilih salah satu dari jumlah kategori yang mulai dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju. Responden dapat memberi penilaian pada setiap pernyataan sehingga tampak sbb:

Tabel 4.2 Skor Skala Likert

Kemungkinan Jawaban	Positif	Negatif
Sangat Setuju	4	1
Setuju	3	2
Tidak Setuju	2	3
Sangat Tidak Setuju	1	4

Kemudian diperhitungkan nilai skornya dengan rumus :

$$T = 50 + 10 \left[\frac{x - \bar{x}}{S} \right] \quad (\text{Azwar, 2011})$$

Dimana :

x = Skor responden

\bar{x} = Nilai mean kelompok

S = Standar deviasi

Kemudian sikap dinyatakan:

Positif, jika nilai skor $T \geq$ mean data

Negatif, jika nilai skor $T < \text{mean data}$

3) Analisis statistik

Proses analisa data menggunakan uji statistik korelasi *Spearman's Rho* untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung dengan derajat kemaknaan atau tingkat *signifikasi* $< 0,05$. Sedangkan untuk menentukan kekuatan hubungan kedua variabel dapat dilihat dari koefesien korelasi(r)nya (Tabel 4.3).

Dari hasil perbandingan tersebut akan ditentukan apakah hipotesa di terima atau ditolak. Apabila hasil uji statistik dengan *Spearman's Rho* menunjukkan $< 0,05$, maka hipotesa nol ditolak dan hipotesa alternatif diterima, artinya ada hubungan pelaksanaan usaha kesehatan sekolah (UKS) dengan pengetahuan dan sikap merokok. Analisis data ini menggunakan bantuan komputer program SPSS.

Tabel 4.3 Interpretasi nilai r

Besarnya nilai r	Interpretasi
0.800 – 1.000.000	Sangat Tinggi
0.600 – 0.800	Tinggi
0.400 – 0.600	Sedang
0.200 – 0.400	Rendah
0.00 – 0.200	Sangat Rendah

Sumber: Arikunto (2006)

4.9 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, sebelumnya peneliti mengajukan surat permohonan untuk mendapatkan rekomendasi dari Kepala SMP Negeri 1 Kalisat. Setelah mendapat persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1. *Informed Consent*

Digunakan untuk menghindari suatu hal yang tidak diinginkan, maka yang menjadi responden adalah yang bersedia diteliti, dan telah menandatangani surat persetujuan. Dalam hal ini peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta tidak akan memaksa dan menghormati hak-haknya.

2. *Anonimity*

Kerahasiaan terhadap responden menjadi prioritas dengan cara tanpa nama, cukup dengan menggunakan nomor kode masing-masing lembar tersebut.

3. *Confidentiality*

Jawaban atau tanggapan yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

4.10 Keterbatasan

1. Dalam menentukan sampel, ada beberapa kelas yang siswanya tidak diperbolehkan menjadi responden dikarenakan beberapa hal sehingga pengambilan sampel tidak bisa menyeluruh ke semua kelas VII dan VIII.
2. Dalam melakukan *simple random sampling*, pengundian acak tidak bisa dilakukan karena peneliti tidak memiliki daftar siswa keseluruhan.
3. Walaupun dalam pengisian kuesioner tidak didampingi guru sekolah, penelitian dilakukan di lingkungan sekolah, sehingga ada kemungkinan berpengaruh pada kejujuran jawaban responden.
4. Pengambilan data tidak ditambahkan dengan wawancara ke beberapa responden sehingga data yang diperoleh hanya dari hasil kuesioner saja tanpa ada data tambahan dari responden.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di SMP Negeri 1 Kalisat yang terletak di Kecamatan Kalisat. Sekolah ini terbagi menjadi 2 lokasi yaitu lokasi induk di Jalan Diponegoro dan kelas jauh di Jalan Ki Hajar dewantara. Tenaga pengajar di sekolah ini berjumlah 39 orang, tenaga pustakawan 1 orang, tenaga laboran 2 orang, dan staf tata usaha 11 orang. Jumlah keseluruhan siswa SMP Negeri 1 Kalisat adalah 716 orang. Memiliki 7 rombongan belajar di kelas VII dan masing-masing 6 rombongan belajar di kelas VIII dan IX. Jumlah ruang kelas dan ruang lainnya di SMP Negeri 1 Kalisat, adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Jumlah Ruang Kelas dan Ruang Lainnya di SMP Negeri 1 Kalisat Kecamatan Kalisat Bulan Mei 2012

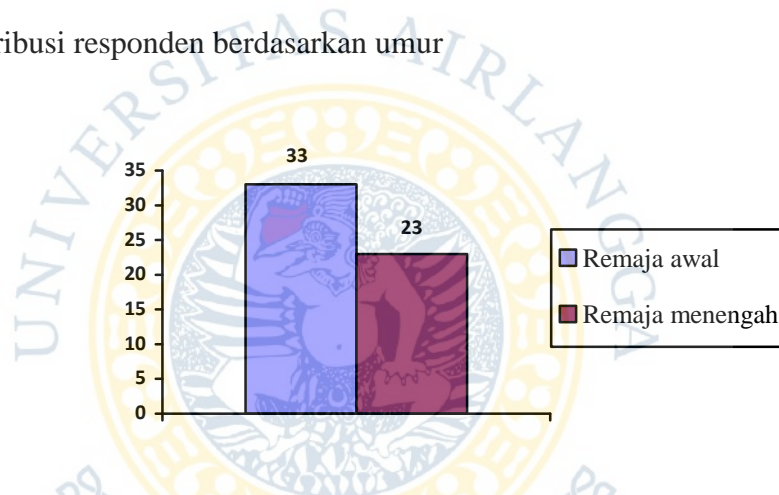
No.	Jenis Ruangan	Jumlah
1.	Ruang belajar/kelas	19 ruang
2.	Ruang kepala sekolah	1 ruang
3.	Ruang TU	1 ruang
4.	Ruang guru	2 ruang
5.	Musholla	2 ruang
6.	Laboratorium	7 ruang
7.	Ruang keterampilan	1 ruang
8.	Ruang kesenian	1 ruang
9.	Ruang media	2 ruang
10.	Perpustakaan	2 ruang
11.	Ruang BK + UKS	2 ruang
12.	Ruang gudang	1 ruang
13.	Ruang pesuruh	2 ruang
14.	Kantin	2 buah
15.	Kamar mandi murid	7 buah
16.	Kamar mandi guru	3 buah

Kegiatan ekstrakurikuler yang ada di SMP Negeri 1 Kalisat meliputi Pramuka, sepak bola, basket, musik, seni tari, TPA (Taman Pendidikan Alqur'an), karate, *conversation*. Kegiatan-kegiatan ini berada di bawah pengelolaan organisasi intra sekolah (OSIS).

5.1.2 Data umum

Siswa yang menjadi sampel penelitian sebanyak 56 siswa yang berada di 8 kelas. Karakteristik responden penelitian yang akan dijelaskan meliputi usia, agama dan suku.

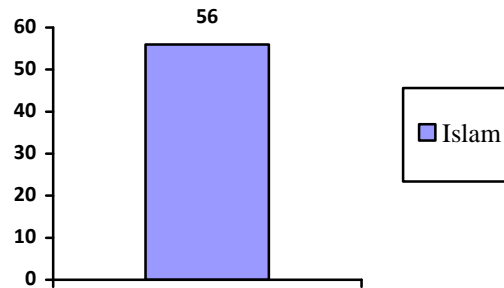
1. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan tingkatan umur di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012

Dari gambar 5.2 dapat dilihat bahwa karakteristik responden berdasarkan tingkatan umur anak menunjukkan sebagian besar responden berada pada tingkatan remaja awal yaitu berjumlah 33 orang (59%).

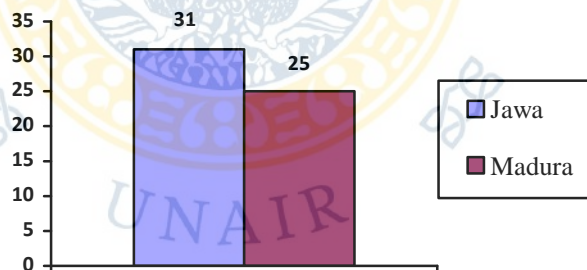
2. Distribusi responden berdasarkan agama



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan agama di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012

Dari gambar 5.2 dapat dilihat bahwa karakteristik responden berdasarkan agama menunjukkan seluruh responden berjumlah 56 orang (100%) beragama Islam.

3. Distribusi responden berdasarkan suku



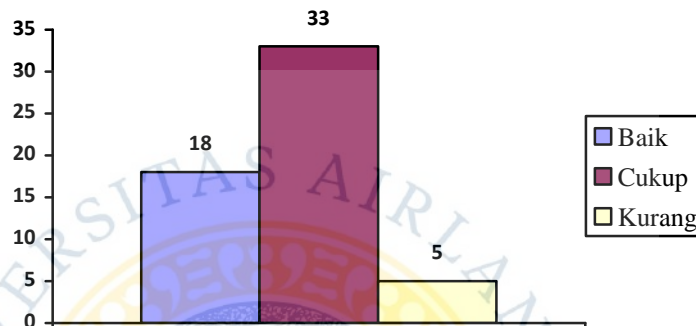
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan suku di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012

Dari gambar 5.3 dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan suku menunjukkan sebagian besar merupakan suku Jawa berjumlah 31 orang (55%).

5.1.3 Data khusus

Pada bagian ini akan disajikan data mengenai tingkat pelaksanaan UKS di SMP Negeri 1 Kalisat serta tingkat pengetahuan dan sikap responden tentang merokok pada saat dilakukan penelitian.

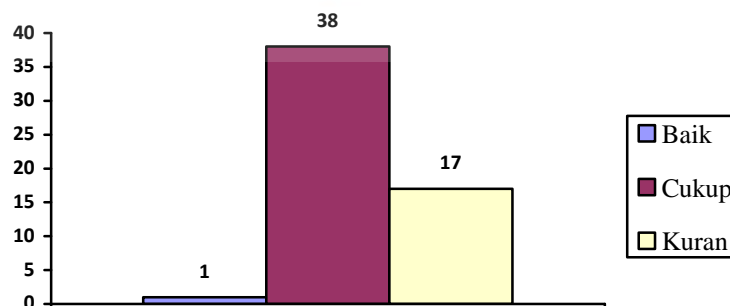
1. Pelaksanaan UKS SMP Negeri 1 Kalisat



Gambar 5.4 Distribusi tingkat pelaksanaan UKS di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012

Pada gambar 5.4 dapat diketahui bahwa tingkat pelaksanaan UKS yang dinilai oleh responden penelitian sebagian besar adalah tingkat cukup yaitu 33 (59%).

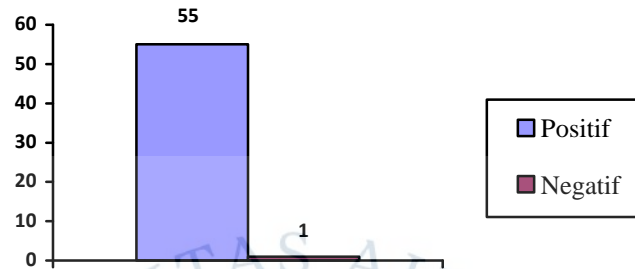
2. Pengetahuan merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat.



Gambar 5.5 Distribusi tingkat pengetahuan responden di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012

Gambar 5.5 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh responden tentang merokok sebagian besar pada tingkat cukup yaitu 38 orang (68%).

3. Sikap terhadap bahaya merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat.



Gambar 5.6 Distribusi sikap responden di SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012

Gambar 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar sikap responden terhadap bahaya merokok masuk dalam kategori positif yaitu 55 orang (98%).

4. Hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat

Tabel 5.2 Hasil analisis uji statistik hubungan pelaksanaan UKS dengan pengetahuan merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012

Pelaksanaan UKS	Pengetahuan						Total	
	Baik		Cukup		Kurang			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	1	1,8%	16	28,6%	1	1,8%	18	32,1%
Cukup	0	0%	20	35,7%	13	23,2%	33	58,9%
Kurang	0	0%	2	3,6%	3	5,4%	5	8,9%
Total	1	1,8%	38	67,9%	17	30,4%	56	100%

$p=0,02; r=0,412$

Dari Tabel 5.2 diketahui bahwa terdapat hubungan antara pelaksanaan UKS dan pengetahuan siswa tentang merokok. Hasil uji korelasi *Spearman's Rho* menghasilkan $p=0,02$ ($p<0,05$). Hal ini berarti bahwa hipotesis penelitian H1 diterima, yaitu ada hubungan pelaksanaan UKS dengan

pengetahuan merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat dengan nilai $r=0,412$ atau hubungan dalam kategori sedang.

5. Hubungan pelaksanaan UKS dengan sikap merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat

Tabel 5.3 Hasil analisis uji statistik hubungan pelaksanaan UKS dengan sikap terhadap merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012

Pelaksanaan UKS	Sikap				Total	
	Positif		Negatif		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Baik	18	32,1%	0	0%	18	32,1%
Cukup	32	57,1%	1	1,8%	33	58,9%
Kurang	5	8,9%	0	0%	5	32,1%
Total	55	98,2%	1	1,8%	56	100%

$p=0,649; r=0,62$

Dari Tabel 5.3 diketahui bahwa tidak terdapat hubungan antara pelaksanaan UKS dan sikap siswa terhadap bahaya merokok. Hasil uji korelasi *Spearman's Rho* menghasilkan $p=0,649$ ($p>0,05$). Hal ini berarti bahwa hipotesis penelitian ditolak, yaitu tidak ada hubungan pelaksanaan UKS dengan sikap terhadap bahaya merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan data-data yang telah di sampaikan, maka berikut ini akan di bahas tentang hubungan masing-masing variabel yang diteliti sesuai dengan tujuan penelitian.

Dari gambar 5.4 dapat diketahui bahwa mayoritas responden menilai pelaksanaan UKS di SMP Negeri 1 Kalisat dalam kategori cukup (59%). Hal ini berarti 56%-75% indikator pelaksanaan UKS terlaksana. Pelaksanaan UKS yang dinilai adalah pelaksanaan UKS dalam strata standar yang terdiri dari pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sehat. Menurut Tim Pembina UKS Propinsi Jawa Timur tahun 2005, pelaksanaan UKS SMP dan MTs

dalam strata standar meliputi 20 indikator. Indikator pelaksanaan UKS yang masuk dalam kategori baik antara lain pendidikan jasmani dan kesehatan dilaksanakan secara ekstrakurikuler dan intrakurikuler (89%), memiliki guru pendidikan jasmani dengan rasio 1:24 jam pelajaran dalam seminggu (100%), memiliki media pendidikan kesehatan (poster dan lain-lain) (88%), memiliki guru BP/BK (98%), memiliki pagar aman (98%), ada penghijauan/perindungan (95%), memiliki ruang UKS tersendiri dengan peralatan sederhana (93%), lingkungan sekolah bebas jentik (95%), melaksanakan pembinaan sekolah kawasan tanpa rokok, bebas narkoba dan miras (88%), jarak papan tulis dengan meja terdepan 2,5 m (96%), ratio kepadatan siswa 1: 1,5-1,75 (98%). Sedangkan untuk indikator dalam kategori cukup antara lain dilakukan pemeriksaan kesehatan berkala tiap 6 bulan (termasuk BB / TB) (59%), ada rujukan bila diperlukan (68%), pelayanan konseling kesehatan remaja (59%), adanya pengawasan penjaja makanan di sekitar sekolah (23%). Indikator pelaksanaan UKS yang masuk kategori kurang yaitu pengukuran dan pencatatan kebugaran jasmani (55%), adanya pendidikan kesehatan remaja (kespro dan NAPZA) dalam ekstrakurikuler (20%), pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan dan pengukuran TB, BB pada buku KMS (55%), ada kader kesehatan remaja (KKR) yang terlatih <10% (23%), dan adanya pengawas kantin/warung sekolah secara rutin (45%).

Berdasarkan data di atas (gambar 5.5) diketahui pengetahuan responden mengenai merokok mayoritas dalam kategori cukup (68%). Hal ini menunjukkan sebagian besar responden, yaitu 38 siswa, menjawab 56%-75% pertanyaan dengan benar. Kuesioner mengenai pengetahuan merokok meliputi definisi, kandungan, dampak, bahaya, faktor yang menyebabkan, dan pencegahan perilaku merokok.

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan mengenai merokok bisa diperoleh melalui berbagai sumber. Pendidikan yang diberikan oleh sekolah secara intrakurikuler maupun ekstrakurikuler ataupun upaya dari siswa sendiri dengan memanfaatkan media dan perpustakaan sekolah sebagai bahan bacaan dan memperoleh informasi. Hal ini berkaitan dengan bagaimana sekolah melaksanakan program dan kebijakan yang menunjang siswa untuk memperoleh sumber informasi tersebut juga motivasi dari dalam diri siswa itu sendiri untuk mencari tahu dan memanfaatkan apa yang telah tersedia di sekitarnya. Upaya peningkatan pengetahuan siswa ini diharapkan dapat mewujudkan proses *awareness, interest, evaluation, trial*, hingga *adoption* dalam membentuk perilaku sehat dalam diri siswa agar terhindar dari bahaya rokok.

Berdasarkan data di atas (gambar 5.6) diketahui sikap responden mengenai bahaya merokok mayoritas dalam kategori positif (98%). Hal ini menunjukkan hampir seluruh responden, yaitu 55 siswa, mempunyai sikap positif terhadap bahaya merokok. Berarti responden mendukung pernyataan-pernyataan mengenai bahaya merokok dan tidak mendukung pernyataan mengenai bahaya merokok, dan berlaku sebaliknya untuk sikap negatif. Sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan (Azwar, 2011). Stimuli dari lingkungan terutama keluarga dan sekolah mestinya sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap seorang siswa. Pengawasan keluarga yang masih kuat dalam kehidupan siswa

dengan menekankan nilai-nilai sosial dan agama dengan baik mempengaruhi perkembangannya dalam membentuk sikap. Karena merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit dan bukan termasuk perilaku hidup sehat (Notoatmojo, 2007), banyak masyarakat menilai kebiasaan merokok merupakan perbuatan yang tidak pantas terutama untuk anak dan remaja. Agama tertentu juga secara tegas tidak mendukung perilaku merokok karena efeknya yang sangat merugikan. Nilai-nilai inilah yang akan menjadi kontrol bagi keluarga dalam mendidik anak sehingga moralnya tetap terjaga, tidak melanggar norma dan terhindar dari perbuatan yang tidak pantas dilakukan.

Dengan penelitian ini, peneliti menemukan bahwa terdapat hubungan dengan kategori sedang antara pelaksanaan UKS dan pengetahuan siswa putra mengenai merokok ($r=0,421$). Hal ini berarti semakin baik pelaksanaan UKS maka semakin baik pengetahuan yang siswa miliki.

Salah satu dari 8 gol UKS adalah menciptakan generasi muda cerdas, berkualitas, terbebas dari bahaya rokok. Peningkatan pengetahuan siswa sehingga memiliki daya hayat dan daya tangkal terhadap rokok merupakan tujuan dari program UKS. Pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sehat yang dikenal sebagai trias UKS diwujudkan dalam bentuk pendidikan kesehatan secara intrakurikuler maupun ekstrakurikuler, tersedia media pendidikan kesehatan seperti poster, layanan konseling untuk siswa, pembinaan lingkungan sekolah bebas rokok, alkohol, napza, dan program-program lainnya.

Dari tabel 5.2 diketahui bahwa kedua variabel tersebut berada pada kategori yang sama. Pelaksanaan UKS sebagian besar masuk dalam kategori

cukup, begitu pula dengan pengetahuan merokok siswa. Mayoritas siswa memiliki pengetahuan merokok dalam kategori cukup. Hal ini menunjukkan bahwa program-program UKS di SMP Negeri 1 Kalisat sudah 56%-75% terlaksana. Melalui wawancara kepada salah satu guru SMP Negeri 1 Kalisat yang mengelola UKS didapatkan informasi bahwa petugas kesehatan mengunjungi sekolah tersebut hanya pada saat ajaran baru untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. Faktor dari internal sekolah pun memiliki andil dalam pelaksanaan UKS ini. Pembelajaran tentang dunia remaja yang diberikan oleh guru BK secara intrakurikuler kini terbatas. Padahal pendidikan kesehatan remaja masuk dalam kurikulum yang diberikan tersebut. Hal ini berkaitan dengan kebijakan sekolah yang mengutamakan kegiatan kerja bakti. Sehingga pendidikan kesehatan seperti bahaya narkoba, rokok, kenakalan remaja, dan masalah kesehatan lainnya hanya didapatkan siswa saat masa orientasi siswa dan pada saat guru BK memberikan pembelajaran di kelas jika ada jam pelajaran yang kosong juga melalui media yang tersedia seperti poster dan pamflet di mading. Kegiatan secara ekstrakurikuler juga berjalan kurang baik. Pembentukan kader kesehatan remaja tidak bisa terlaksana karena kegiatan ekstrakurikuler PMR tidak berjalan dengan baik hingga akhirnya ditiadakan. Hal ini cukup disayangkan mengingat SMP Negeri 1 Kalisat pernah berprestasi di lomba PMR bidang perawatan keluarga.

Dari gambar 5.5 dapat diketahui bahwa hanya sebagian kecil responden yang memiliki pengetahuan dalam kategori baik yaitu 1 orang siswa. Pelaksanaan program-program UKS yang mengalami beberapa hambatan tersebut berpengaruh pada pencapaian tujuan UKS untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang kesehatan remaja, termasuk merokok. Salah satu indikator pelaksanaan UKS di

bidang pendidikan kesehatan yang kurang berjalan baik yaitu pendidikan kesehatan remaja (kespro dan NAPZA) dalam ekstrakurikuler (20%). Bila hal ini dapat dioptimalkan, ditambah pemanfaatan media pendidikan kesehatan (poster dan lain-lain) yang telah dimiliki sekolah (88%), tingkat pengetahuan siswa pun dapat ditingkatkan dari sekedar tahu (*know*) menjadi memahami (*comprehension*). Pembinaan sekolah kawasan tanpa rokok, bebas narkoba dan miras yang terselenggara 88% juga dapat mendukung hingga siswa mampu mengaplikasikan (*application*) pengetahuan yang telah diterima. Tidak menutup kemungkinan tingkat pengetahuan analisis (*analysis*), sintesis (*syntesis*), dan evaluasi (*evaluation*) dapat tercapai dengan berbagai strategi terutama dari sekolah sebagai tempat belajar siswa yang strategis dalam upaya optimalisasi tumbuh kembang siswa dengan upaya promotif dan preventif.

Selain itu, penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pelaksanaan UKS dengan sikap siswa putra mengenai bahaya merokok ($p=0,649$). Hal ini menunjukkan pelaksanaan UKS di SMP Negeri 1 Kalisat tidak berhubungan dengan sikap yang siswa miliki.

Berikut ini berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap, antara lain : pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama, pengaruh faktor emosional (Azwar, 2011).

Sebagian besar responden memiliki sikap yang positif tentang bahaya merokok. Hal ini menunjukkan bahwa responden memiliki keyakinan bahwa rokok dan kandungannya berbahaya bagi tubuh, juga ada peran lingkungan sekitar, seperti teman sebaya dan media, dalam mempengaruhi perilaku merokok

seseorang. Sikap positif yang dimiliki sebagian besar responden tampaknya banyak dipengaruhi oleh faktor kebudayaan dan agama. Dikarenakan konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan maka tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal (Azwar, 2011). Gambar 5.2 menunjukkan bahwa seluruh responden penelitian beragama Islam. Dalam agama Islam ada pendapat mengenai larangan merokok. Hal ini berpengaruh pada pemeluknya dalam bersikap terhadap perilaku merokok. Sedangkan peran sekolah dalam membentuk sikap mengenai bahaya merokok ini tampaknya sebatas upaya penerapan kawasan tanpa rokok serta bebas narkoba dan miras (88%). Dukungan dari lingkungan luar sekolah, baik keluarga maupun masyarakat, mempengaruhi sikap siswa-siswa tersebut.

Menurut Azwar (2011) struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu, kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang diharapkan dari obyek tertentu. Kepercayaan lah yang menyederhanakan dan mengatur apa yang kita lihat dan kita temui. Tentu saja kepercayaan sebagai komponen kognitif tidak selalu akurat. Kadang-kadang kepercayaan itu terbentuk justru dikarenakan kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai obyek sikap yang dihadapi. Oleh karena itu, walaupun pelaksanaan UKS yang diterima oleh responden masih dalam kategori cukup dan berhubungan dengan

pengetahuan responden yang sebagian besar dalam kategori cukup, hal ini tidak selalu menentukan sikap yang dimiliki responden berada pada tingkat yang sama.

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen disamakan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin akan mengubah sikap seseorang. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afeksi ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut. Sedangkan komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya, kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2011). Kedua komponen ini berkaitan dengan kepercayaan mengenai suatu objek.

Kepercayaan ini tampaknya berhubungan dengan nilai dan norma yang berlaku berdasarkan faktor kebudayaan dan agama pada responden. Sesuatu dinilai dengan pandangan masyarakat akan pantas atau tidaknya dan dosa atau tidaknya menurut agama. Norma-norma adat yang masih dijunjung tinggi oleh masyarakat mendukung seorang remaja untuk memiliki sikap yang positif, karena sekali mereka melanggar, sanksi moral dari masyarakat akan berlaku. *Image* sebagai anak yang nakal akan melekat pada dirinya, dan dapat berpengaruh pada nama baik keluarga nantinya. Hal ini menjadi kontrol dari masyarakat sehingga membuat keluarga benar-benar menjaga moral anak-anak mereka untuk tidak melanggar norma.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menyajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat, 29 Mei 2012.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar pelaksanaan UKS di SMP Negeri 1 Kalisat dalam kategori sedang.
2. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan tentang merokok dalam kategori sedang.
3. Sebagian besar responden memiliki sikap terhadap bahaya merokok dalam kategori positif.
4. Terdapat hubungan antara pelaksanaan UKS dan pengetahuan merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat yaitu hubungan dalam kategori sedang.
5. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pelaksanaan UKS dan sikap merokok siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat. Sikap positif yang dimiliki sebagian besar responden tampaknya banyak dipengaruhi oleh faktor kebudayaan dan agama.

6.2 Saran

1. Pengetahuan siswa putra SMP Negeri 1 Kalisat masih dalam kategori sedang maka diharapkan sekolah dapat meningkatkan pelaksanaan UKS dengan cara menambah pendidikan kesehatan melalui intrakurikuler maupun ekstrakurikuler atau dapat memanfaatkan media informasi seperti mading, poster, dan *leaflet*.
2. Perawat komunitas di wilayah Puskesmas Kalisat diharapkan dapat ikut serta dalam upaya meningkatkan pelaksanaan UKS dengan cara melakukan kunjungan ke sekolah setiap 6 bulan sekali tidak hanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan tetapi juga memberi arahan dan bekerjasama dalam memberikan akses (kesempatan untuk dilaksanakan pelayanan kesehatan) di sekolah.
3. Kurang tersedianya informasi mengenai pelaksanaan UKS juga faktor-faktor yang mempengaruhi sehingga diharapkan hal tersebut dapat menjadi topik untuk peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, A. 2009. *Gambaran Perilaku Merokok pada Remaja Laki-Laki*. Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Azwar, S. 2011. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- BKKBN. 2002. *Orang Tua Sebagai Sahabat Remaja*. Jakarta: BKKBN.
- Depkes, RI. 2010. *Saatnya Melindungi Perempuan dari Bahaya Merokok*. <<http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1090-saatnya-melindungi-perempuan-dari-bahaya-rokok.html>> [Diakses pada tanggal 16 Maret 2012].
- Depkes, RI. 2011. *Geliat UKS di Tengah Pusaran Perubahan*. <http://www.kesehatananak.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=52:geliat-uks-di-tengah-pusaran-perubahan&catid=39:subdit-4&Itemid=82> [Diakses pada tanggal 16 Maret 2012].
- Depkes. 2003. *Keputusan Bersama Menteri Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia tentang Tim Pembina Usaha Kesehatan Sekolah Pusat*. <<http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/1222/1/SKB%20MENDIKNAS%20MENKES%20MENAG%20MENDAGRI%202003.pdf>> [Diakses pada tanggal 17 April 2012].
- Depkes. 2003. *Keputusan Bersama Menteri Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*. <<http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream//123456789/1098/1/SKB%20MENDIKNAS%20MENKES%20MENAG%20MENDAGRI%202003.pdf>> [Diakses pada tanggal 17 April 2012].
- Depkes. 2003. *Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. <<http://www.depkes.go.id/downloads/SKSPM.pdf>> [Diakses pada tanggal 17 April 2012].
- Depkes. 2004. *Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan*. <<http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/773/4/BK2005-G20.pdf>> [Diakses pada tanggal 17 April 2012].
- Depkes. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas*. <http://www.depkes.go.id/downloads/Keputusan_MENKES_2007-

- 2010/Tahun_2007/KMK_No._585_ttg_Pedoman_Pelaksanaan_Promosi_Kesehatan_Di_Puskesmas.pdf> [Diakses pada tanggal 17 April 2012].
- Depkes. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia tentang Kesehatan*. <http://www.pppl.depkes.go.id/_asset/_regulasi/UU_36_Tahun_2009%5B1%5D.pdf> [Diakses pada tanggal 17 April 2012].
- Diknas. 2008. *Peraturan Menteri Pendidikan Nasional tentang Pembinaan Kesiswaan*. <http://hukum.unsrat.ac.id/men/permendiknas_39_2008.pdf> [Diakses pada tanggal 17 April 2012].
- Dikti. 2003. *Undang-Undang Republik Indonesia tentang Sistem Pendidikan Nasional*. <<http://www.inherent-dikti.net/files/sisdiknas.pdf>> [Diakses pada tanggal 17 April 2012].
- Dinkes, Jatim. 2002. *Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah Tingkat Dasar Propinsi Jawa Timur*. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur.
- Effendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Green, Lawrence W. dan Judith M. Ottoson. 1999. *Community and Population Health*. McGraw-Hill: United States.
- Indri K. N. 2007. *Perilaku Merokok pada Remaja*. Makalah Tenaga Pengajar Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Kusmiran, E. 2011. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Makhfudli. 2010. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Kesehatan Sekolah*. Bahan Ajar Keperawatan Komunitas II Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga (tidak dipublikasikan).
- Masita, S. 2009. *Pelaksanaan Program UKS dan Kebiasaan Hidup Bersih Sehat Murid Kelas VI SD Ra.Kartini Kota Tebing Tinggi*. Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- McKenzie, et al. 2007. *Kesehatan Masyarakat: Suatu Pengantar*. Jakarta: EGC.
- Muslich, Evi. 2008. *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Kusta*. Skripsi Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Naidoo, Jennie & Jane W. 2009. *Foundations for Health Promotion*. UK: Elsevier.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhaeni, Heni, et al. 2011. Hubungan Dukungan Sosial terhadap Depresi Remaja Mantan Penyalahgunaan NAPZA di Lembaga Pemasyarakatan Kelas IIA Pondok Bambu Jakarta Timur Tahun 2009. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol 14. No.3, hal. 242-243.
- Nursalam, Ferry Effendi. 2008. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pamsimas. 2009. *Promosi Kesehatan Sekolah*. <http://pamsimas.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=48:pedum-strategi-clts&download=203:pedum-promkes-sekolah&Itemid=10> [Diakses pada tanggal 20 Maret 2012].
- Permatasari, D. 2010. *Analisis Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di MtsN 1 Kota Blitar dan MtsN Kepanjenkidul Kota Blitar*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Pusat Promosi Kesehatan. 2007. *Panduan Promosi Kesehatan Di Sekolah*. Departemen Kesehatan RI: Jakarta.
- Pusat Promosi Kesehatan. 2008. *Promosi Kesehatan Di Sekolah*. Departemen Kesehatan RI: Jakarta.
- Retnowati, S. 2008. *Remaja dan Permasalahannya*. Artikel Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada.
- Subanada, Ida B. 2010. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya: Merokok Pada Remaja*. Jakarta: Sagung Seto.
- Suhaimi, R. 2011. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Remaja dengan Bahaya Rokok Kec. Sunggal Kab. Deli Serdang*. Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Tandra, H. 2011. *Merokok dan Kesehatan*. <<http://www.kompas.com/kompas-cetak/0306/30/opini/398215.htm>> [Diakses pada tanggal 16 Maret 2012]
- Tempo. 2011. *Membebaskan Anak dari Rokok*. <<http://www.tempo.co/read/kolom/2011/05/31/389/Membeaskan-Anak-dari-Rokok>> [Diakses pada tanggal 16 Maret 2012].
- Walgito, B. 2003. *Psikologi Sosial Suatu Pengantar*. Yogyakarta: Andi.
- WHO. 2008. *Mpower*. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic.
- Widianti, E. 2007. *Remaja dan Permasalahannya: Bahaya Merokok, Penyimpangan Seks pada Remaja, dan Bahaya Penyalahgunaan minuman*

Keras/Narkoba. Makalah Penyuluhan Sosial Fakultas Keperawatan Universitas Pajajaran.

Wuning, A. 2008. *Hubungan Antara Pola Asuh Orang Tua dengan Kecenderungan Perilaku Resiko Remaja Putra di MTs Ma'arif Jangkaran, Temon, Kulon Progo, Yogyakarta.* Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.



Lampiran 3

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN
PENELITIAN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fitria Khoirun Nisak

NIM : 010810004B

Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya angkatan 2008. Saya akan melakukan penelitian dengan judul **"Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat"**. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk memberikan sumbangan pemikiran kepada masyarakat secara umum dan dunia pendidikan secara khusus tentang peran pelaksanaan UKS dalam mengatasi perilaku merokok remaja.

Saya sangat mengharap partisipasi dan kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan dan identitas dari semua data yang dikumpulkan. Informasi yang saudara berikan akan dipergunakan dengan sebagaimana mestinya sesuai dengan manfaat dari penelitian ini.

Apabila saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan (halaman berikutnya). Atas partisipasi saudara dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 29 Mei 2012

Hormat saya,

Peneliti

Fitria Khoirun Nisak
NIM. 010810004B

*Lampiran 4***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**
PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan judul **"Hubungan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan Pengetahuan dan Sikap Merokok Siswa Putra SMP Negeri 1 Kalisat"** yang dilakukan oleh Fitria Khoirun Nisak, Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya angkatan 2008.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan bersedia menjadi responden. Demikian pernyataan ini saya buat secara sadar, sukarela dan tanpa ada paksaan dari siapapun.

Tanggal	:
No. Responden	:
Nama	:
Tanda Tangan	:

*Lampiran 5***KUESIONER PENELITIAN**

Identitas Responden

Nama (inisial) :

Kode responden:

Kelas :

A. Data Demografi

Petunjuk: Isilah data berikut dengan melingkari jawaban yang anda anggap sesuai.

1. Usia :
2. Agama : Islam / Protestan / Katolik / Hindu / Budha / Lain-lain
3. Suku : Jawa / Madura / Cina / Lain-lain

A. Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah

Petunjuk: Beri tanda pada salah satu jawaban yang dianggap paling tepat.

No	Pertanyaan	Dilaksanakan	Tidak dilaksanakan
1	Pendidikan jasmani dan kesehatan dilaksanakan ekstrakurikuler dan intrakurikuler		
2	Guru mendampingi saat pendidikan jasmani dan kesehatan		
3	Sekolah menyediakan media pendidikan kesehatan		
4	Guru BP/BK di sekolah		
5	Dilakukan pengukuran dan pencatatan kebugaran jasmani		
6	Ada pendidikan kesehatan reproduksi remaja (kesehatan reproduksi dan napza) dalam ekstrakurikuler		
7	Pemeriksaan kesehatan termasuk pengukuran TB dan BB berkala		
8	Pencatatan hasil pemeriksaan kesehatan, pengukuran BB/TB dalam KMS		
9	Ada tindakan rujukan ke puskesmas/rumah sakit, bila terjadi masalah kesehatan yang lebih serius		
10	Terdapat kader kesehatan remaja yang terlatih di sekolah		
11	Layanan konseling kesehatan remaja tersedia		

	di sekolah		
12	Pengawasan penjaja makanan di sekitar sekolah atau apakah warung /kantin sekolah bersih dan sehat		
13	Pengawasan kantin/warung sekolah secara rutin		
14	Pagar aman		
15	Penghijauan/perindangan		
16	Memiliki ruang UKS tersendiri dengan peralatan sederhana		
17	Lingkungan sekolah bebas jentik		
18	Menerapkan kawasan tanpa rokok, bebas narkoba dan miras		
19	Ruang kelasmu nyaman dan jarak papan tulis tidak terlalu dekat (papan tulis dan meja terdapat 2,5 m)		
20	Kelasmu nyaman dan tidak terlalu padat (rasio kepadatan siswa 1:1,5 - 1,75)		

B. Pengetahuan Remaja Mengenai Merokok

Petunjuk: Lingkari pada salah satu jawaban yang dianggap paling tepat.

1. Apakah rokok itu?
 - a. Cacahan tembakau
 - b. Tembakau yang dibakar lalu dihisap
 - c. Tembakau yang dihisap
 - d. Cacahan tembakau yang dibungkus dengan kertas
2. Zat-zat kimia dalam rokok antara lain:
 - a. Tar, nikotin, karbon monoksida
 - b. Metanol, naftalene, chlorin
 - c. Amonia, nikotin, mineral
 - d. Vitamin, nitrosamine, asam
3. Apakah bahaya nikotin dalam rokok?
 - a. Memicu kanker paru-paru
 - b. Darah tidak mampu mengikat oksigen
 - c. Terikat pada protein
 - d. Meracuni ginjal

4. Berikut ini yang termasuk perilaku merokok adalah, kecuali ...
 - a. Membakar tembakau
 - b. Menghisap tembakau
 - c. Membeli rokok
 - d. Menghembuskan asap
5. Penyakit yang ditimbulkan akibat merokok, kecuali ..
 - a. Kanker
 - b. Penglihatan kabur
 - c. Kencing manis
 - d. Sakit maag
6. Pernyataan di bawah ini adalah benar, kecuali ...
 - a. Merokok bukanlah suatu penyakit
 - b. Merokok memicu munculnya penyakit
 - c. Merokok dapat menyebabkan stress
 - d. Merokok merugikan perokok dan orang di sekitarnya
7. Siapa sajakah yang disebut perokok pasif?
 - a. Ayah yang merokok
 - b. Ibu hamil yang merokok
 - c. Anak dalam kandungan ibu hamil yang merokok
 - d. Pedagang rokok yang merokok
8. Apakah akibat yang ditimbulkan bagi anak-anak yang menghirup asap rokok?
 - a. Batuk, pilek
 - b. Muntah-muntah
 - c. Kejang
 - d. Pingsan
9. Faktor apa saja yang mempengaruhi kebiasaan merokok remaja?
 - a. Uang saku kurang
 - b. Ajakan teman
 - c. Peraturan merokok di sekolah
 - d. Akses rokok terbatas
10. Apakah yang tidak boleh kamu lakukan jika kamu adalah perokok berat dan ingin berhenti dari kebiasaan tersebut?

- a. Niatan yang kuat pada diri
- b. Mencari alternatif sehat lain
- c. Mengganti dengan cerutu tembakau
- d. Menurunkan jumlah rokok per hari

C. Sikap Remaja Mengenai Merokok

Petunjuk: Beri tanda pada salah satu jawaban yang dianggap paling tepat.

SS: Sangat Setuju

S : Setuju

TS: Tidak Setuju

STS: Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Menurut anda bahaya merokok terhadap remaja yang terutama adalah fisiknya				
2	Menurut anda nikotin dalam rokok menyebabkan ketergantungan/adiksi				
3	Menurut anda teman sebaya tidak dapat mempengaruhi perilaku merokok seseorang				
4	Menurut anda iklan di media memicu perilaku merokok remaja				
5	Menurut anda anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, dan radang tenggorokan				

Lampiran 6

Tabulasi Data

No Responden	Umur	Agama	Suku	Pelaksanaan UKS	Pengetahuan	Sikap
1	13	1	1	3	2	2
2	14	1	1	2	2	2
3	15	1	1	2	2	2
4	13	1	1	2	1	2
5	13	1	2	2	2	2
6	14	1	1	3	3	2
7	14	1	1	2	1	1
8	13	1	1	1	1	2
9	13	1	2	2	2	2
10	15	1	2	2	2	2
11	13	1	1	2	1	2
12	14	1	1	2	2	2
13	14	1	1	2	1	2
14	13	1	2	3	2	2
15	15	1	2	2	2	2
16	13	1	2	2	2	2
17	13	1	1	3	2	2
18	13	1	1	1	1	2
19	14	1	1	2	2	2
20	13	1	2	2	2	2
21	13	1	2	2	2	2
22	14	1	2	2	1	2
23	12	1	2	2	2	2
24	13	1	2	2	2	2
25	13	1	2	1	2	2
26	13	1	2	3	2	2
27	13	1	2	3	2	2
28	13	1	1	2	1	2
29	13	1	1	2	1	2
30	13	1	1	2	2	2
31	13	1	2	3	2	2
32	15	1	1	2	2	2
33	14	1	1	2	1	2
34	15	1	2	2	1	2
35	15	1	2	1	1	2
36	13	1	2	2	1	2
37	14	1	1	2	2	2
38	12	1	1	1	2	2
39	14	1	2	3	2	2

40	13	1	1	3	2	2
41	14	1	1	3	2	2
42	13	1	2	3	2	2
43	14	1	2	2	2	2
44	15	1	2	3	2	2
45	14	1	2	2	1	2
46	15	1	2	2	1	2
47	13	1	2	3	2	2
48	13	1	1	3	2	2
49	13	1	1	3	2	2
50	13	1	1	2	1	2
51	12	1	1	2	2	2
52	14	1	1	2	2	2
53	12	1	1	3	2	2
54	14	1	1	3	2	2
55	13	1	1	2	2	2
56	13	1	1	2	1	2

Keterangan:

Umur : 12 = 12 tahun
 13 = 13 tahun
 14 = 14 tahun
 15 = 15 tahun

Agama : 1 = Islam
 2 = Protestan
 3 = Katolik
 4 = Hindu
 5 = Budha
 6 = Lain-lain

Suku : 1 = Jawa
 2 = Madura
 3 = Cina
 4 = Lain-lain

Pelaksanaan UKS : 1 = Kurang

2 = Cukup

3 = Baik

Pengetahuan : 1 = Kurang

2 = Cukup

3 = Baik

Sikap : 1 = Negatif 2 = Positif

Frequencies

Statistics

		Umur	Agama	Suku
N	Valid	56	56	56
	Missing	0	0	0

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12.00	4	7.1	7.1	7.1
	13.00	29	51.8	51.8	58.9
	14.00	15	26.8	26.8	85.7
	15.00	8	14.3	14.3	100.0
Total		56	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	56	100.0	100.0	100.0

Suku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jawa	31	55.4	55.4	55.4
	Madura	25	44.6	44.6	100.0
Total		56	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		pelaksanaan_UKS	pengetahuan	sikap
N	Valid	56	56	56
	Missing	0	0	0

Frequency Table

pelaksanaan_UKS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	5	8.9	8.9	8.9
	2.00	33	58.9	58.9	67.9
	3.00	18	32.1	32.1	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	17	30.4	30.4	30.4
	2.00	38	67.9	67.9	98.2
	3.00	1	1.8	1.8	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	1.8	1.8	1.8
	2.00	55	98.2	98.2	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pelaksanaan_UKS * pengetahuan	56	100.0%	0	.0%	56	100.0%

pelaksanaan_UKS * pengetahuan Crosstabulation

			pengetahuan			
			1.00	2.00	3.00	Total
pelaksanaan_UKS	1.00	Count	3	2	0	5
		% of Total	5.4%	3.6%	.0%	8.9%
	2.00	Count	13	20	0	33
		% of Total	23.2%	35.7%	.0%	58.9%
	3.00	Count	1	16	1	18
		% of Total	1.8%	28.6%	1.8%	32.1%
Total		Count	17	38	1	56
		% of Total	30.4%	67.9%	1.8%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pelaksanaan_UKS * sikap	56	100.0%	0	.0%	56	100.0%

pelaksanaan_UKS * sikap Crosstabulation

			sikap		
			1.00	2.00	Total
pelaksanaan_UKS	1.00	Count	0	5	5
		% of Total	.0%	8.9%	8.9%
	2.00	Count	1	32	33
		% of Total	1.8%	57.1%	58.9%
	3.00	Count	0	18	18
		% of Total	.0%	32.1%	32.1%
Total	Count	1	55	56	
	% of Total	1.8%	98.2%	100.0%	

Nonparametric Correlations

Correlations

			pelaksanaan_UKS	pengetahuan
Spearman's rho	pelaksanaan_UKS	Correlation Coefficient	1.000	.412**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	56	56
	pengetahuan	Correlation Coefficient	.412**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	56	56

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations

Correlations

			pelaksanaan_UKS	sikap
Spearman's rho	pelaksanaan_UKS	Correlation Coefficient	1.000	.062
		Sig. (2-tailed)	.	.649
		N	56	56
	sikap	Correlation Coefficient	.062	1.000
		Sig. (2-tailed)	.649	.
		N	56	56