

MODUL KIE BAGI PENYULUH KESEHATAN MASYARAKAT

**Disusun Untuk Bahan Pelatihan bagi Perokok Miskin
Perkotaan di Kota Makassar**

Dr. Suharni, S.Pd., M.Kes.
Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes.
Ella Andayanie, SKM., M.Kes.

Yayasan Inteligensia Indonesia
2017

MODUL KIE BAGI PENYULUH KESEHATAN MASYARAKAT

**Disusun Untuk Bahan Pelatihan bagi Perokok Miskin
Perkotaan di Kota Makassar**

Penulis:

Dr. Suharni, S.Pd., M.Kes.
Dr. Andi Asrina, SKM., M.Kes.
Ella Andayanie, SKM., M.Kes.

Editor:

Harifuddin Halim, Rasyidah Zainuddin, Abdul Malik Iskandar

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

ISBN: 978-602-61628-6-1

15 x 23 cm

vi +101 hlm.

Diterbitkan pertama kali oleh:
YAYASAN INTELIGENSIA INDONESIA

Edisi Pertama

Copyright © 2017

Hak cipta dilindungi undang-undang Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

PENGANTAR PENULIS

الحمد لله الذي هدانا إلى الصراط المستقيم، والصلاة والسلام على سيدنا محمد الذي
أرشدنا إلى الطريق القويم وعلى آله وأصحابه أجمعين.

Syukur Alhamdulillah dipanjatkan kepada Allah swt, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan modul ini dapat terselesaikan. Modul ini merupakan modul yang dikembangkan untuk KIE bagi penyuluh kesehatan masyarakat dalam mengurangi perilaku merokok masyarakat miskin perkotaan. Fokus dalam modul ini meliputi berbagai aspek yang terkait dengan pengkajian, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi. Kegiatan pelatihan ini berorientasi pada perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan para perokok miskin dan penyuluh kesehatan masyarakat dapat mengaplikasikan model KIE sebagai dasar penyelesaian masalah yang relevan dengan memperhatikan aspek legal dan etis. Evaluasi pelatihan dengan menggunakan modul ini dilakukan melalui proses belajar mandiri maupun simulasi pencapaian kompetensi.

Tujuan dan Sasaran pembelajaran modul ini disajikan pada awal buku ini agar instruktur dapat memahami dan mengarahkan peserta proses pelatihan, dengan harapan dapat lebih memahami tentang konsep-konsep KIE dan mampu

mengintegrasikannya semua konsep dan kompetensi yang diperlukan dalam melakukan penyuluhan kesehatan.

Besar harapan kami kiranya dengan kegiatan Pembelajaran modul ini dapat lebih aktif, inovatif dan kreatif untuk mencari jawaban dan berusaha menyelesaikan masalah-masalah yang kemungkinan ditemukan dalam perubahan perilaku.

Amin...

Agustus 2017

Penulis,

Suharni, dkk.

DAFTAR ISI

PENGANTAR PENULIS

MODUL PELATIHAN_1

SATU

PENDAHULUAN_2

- A. Latar Belakang_2
- B. Filosofi Pelatihan_4

DUA

PERAN, FUNGSI, DAN KOMPETENSI_6

- A. Peran_6
- B. Fungsi_6
- C. Kompetensi_6

TIGA

TUJUAN PELATIHAN_7

- A. Tujuan Umum_7
- B. Tujuan Khusus_7

EMPAT

PESERTA, PELATIH, NARASUMBER, TEMPAT PENYELENGGARA_8

LIMA

STRUKTUR PROGRAM_9

ENAM

DIAGRAM ALIR PROSES PELATIHAN _10

- A. Rincian Rangkaian Alir Proses Pelatihan__11
- B. Metode Pelatihan__14
- C. Garis Besar Proses Pembelajaran (GBPP)___15

MODUL 1 _16

KEBIJAKAN TERKAIT KAWASAN TANPA ROKOK

MODUL 2 _35

HIDUP SEHAT TANPA ASAP ROKOK

MODUL 3 _49

ZAT-ZAT KIMIA BERBAHAYA PADA SEBATANG ROKOK

MODUL 4 _60

**DAMPAK-DAMPAK ROKOK DARI ASPEK KESEHATAN, SOSIAL,
DAN EKONOMI**

MODUL 5 _76

MEMBANGUN KOMITMEN BELAJAR (BLC)

MODUL 6 _82

RENCANA TINDAK LANJUT (RTL)

RIWAYAT HIDUP__97

MODUL PELATIHAN

Cara menggunakan modul

Struktur Modul

Modul ini terdiri dari 6 (enam) topik utama, yaitu:

1. Hidup sehat tanpa asap rokok
2. Zat-zat yang terkandung dalam sebatang rokok
3. Pengkajian faktor psiko sosial perilaku merokok :
dampak sosial, kesehatan dan ekonomi
4. Rencana intervensi model
5. Implementasi model
6. Evaluasi model

Modul ini disusun atas dasar hasil kajian teori dan empirikal analisis perilaku merokok masyarakat miskin perkotaan.

Modul ini berisi :

1. tujuan penyajian
2. petunjuk penyajian
3. langkah-langkah kegiatan
4. evaluasi.

Isi modul ini disesuaikan dengan tempat tinggal dan pekerjaan peserta pelatihan yaitu masyarakat miskin perkotaan yang bermukim di slum area.

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perilaku merokok merupakan fenomena sosial yang banyak dijumpai di masyarakat. Jumlah perokok di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya, yang lebih miris adalah perokok di Indonesia didominasi oleh perokok miskin. Berbagai alasan yang dikemukakan oleh perokok miskin sebagai alasan perilaku merokoknya yang tanpa disadari dapat menimbulkan masalah bagi diri dan orang-orang disekitarnya. Faktor internal seperti pengetahuan, keyakinan, nilai yang merupakan faktor yang mempermudah dan mendasari terwujudnya suatu perilaku seperti perilaku merokok. Faktor eksternal seperti lingkungan sosial adalah hal yang paling berpengaruh terhadap pemicu dan bertahannya perilaku merokok.

Selain itu, alasan kenikmatan dan produktifitas yang didapatkan apabila merokok memberikan penguatan untuk mengulangi kembali kebiasaan merokoknya demi mempertahankan kenikmatan yang dianggap positif secara subjektif oleh perokok. Adanya perulangan dalam perilaku merokok disebabkan oleh adanya dorongan psikis dan lingkungan sosial yang memberikan dukungan positif, maka

adopsi perilaku tetap dipertahankan seperti halnya perilaku merokok masyarakat miskin di perkotaan.

Meskipun sudah berbagai cara yang dilakukan oleh pemerintah pusat, kota maupun daerah untuk mereduksi perilaku merokok masyarakat, namun faktanya jumlah perokok khususnya perokok miskin semakin meningkat. Seperti halnya Pemerintah Kota Makassar beserta instansi terkait telah membuat aturan tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) pada tahun 2011, namun hasilnya tidak menunjukkan capaian yang menggembirakan. Apalagi Perwali tersebut bersifat umum dan tidak ada yang mengkhusus pada perokok miskin.

Pemberian informasi pada masyarakat miskin perkotaan mengenai rokok dan dampaknya secara meluas dirasakan sangat perlu. Untuk itu, sangat penting diberikan informasi melalui pelatihan yang dilakukan oleh Penyuluh Kesehatan Masyarakat yang diharapkan dengan pelatihan akan memberikan perubahan pengetahuan dan sikap yang dapat disampaikan kepada perokok miskin lainnya sehingga dapat mereduksi perilaku merokok masyarakat miskin di Perkotaan.

Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) merupakan cara yang lebih tepat dilakukan karena perilaku didasari oleh pemahaman dari pada pemberian sanksi yang tidak memberikan efek yang signifikan. Untuk itu, diperlukan pemberian KIE bagi

penyuluh Kesehatan masyarakat dalam merubah perilaku merokok masyarakat miskin perkotaan yang diharapkan dapat meningkatkan adopsi perilaku sehat dari masyarakat miskin dan keluarganya.

B. Filosofi Pelatihan

Pemberian KIE yang dikemas dalam bentuk pelatihan yang dilakukan oleh penyuluh kesehatan masyarakat untuk perokok miskin dan keluarganya dengan memperhatikan:

1. Prinsip andragogi, yaitu selama pelatihan peserta berhak:
 - a. Didengarkan dan dihargai pengalamannya terkait perilaku merokoknya.
 - b. Dipertimbangkan setiap ide dan pendapat, sejauh berada dalam konteks pelatihan
 - c. Diberikan penghargaan atas pendapat yang baik dan positif yang diutarakan oleh peserta pelatihan.
2. Berorientasi pada peserta, dimana peserta berhak untuk:
 - a. Mendapatkan paket bahan belajar.
 - b. Mendapatkan pelatih profesional yang dapat memfasilitasi dengan berbagai metode, melakukan umpan balik, dan menguasai materi KIE tentang perilaku merokok.
 - c. Belajar sesuai gaya belajar yang dimilikinya. Baik secara visual, auditorial maupun gerak.

- d. Belajar dengan modal pengetahuan yang dimiliki masing-masing peserta mengenai KIE dan perubahan perilaku sereta saling berbagi pengetahuan maupun pengalaman antar peserta maupun penyuluh.
 - e. Melakukan refleksi dan memberikan umpan balik secara terbuka.
 - f. Melakukan evaluasi dan dievaluasi.
3. Berbasis kompetensi yang memungkinkan peserta untuk:
- a. Menambah pengetahuan dan pemahaman dalam perubahan perilaku yang diharapkan dalam pelatihan
 - b. Menunjukkan pengetahuan dan sikap yang dapat diukur
 - c. Memperoleh sertifikat siakhir pelatihan.
4. *Learning by doing* yang memungkinkan peserta untuk:
- a. Berkesempatan melakukan eksperimentasi dari materi pelatihan dengan menggunakan materi pembelajaran seperti tanya jawab, diskusi kelompok.
 - b. Melakukan pengulangan ataupun perbaikan yang dirasa perlu bersama-sama penyuluh kesmas.

II. PERAN, FUNGSI DAN KOMPETENSI

A. Peran

Setelah selesai mengikuti pelatihan ini, maka peserta berperan sebagai role models dalam memberikan KIE untuk perubahan perilaku merokok bagi masyarakat miskin disekitarnya.

B. Fungsi

Dalam melakukan perannya tersebut, maka peserta mempunyai fungsi sebagai contoh dan memberikan informasi-informasi yang telah didapatkan selama pelatihan sehingga masyarakat sekitarnya dapat mengadopsi perilaku baru yang diharapkan.

C. Kompetensi

Setelah pelatihan, perwakilan perokok miskin diharapkan memiliki kompetensi sebagai berikut:

1. Mampu menjelaskan arti hidup sehat tanpa asap rokok
2. Mampu menjelaskan zat-zat yang terkandung pada sebatang rokok
3. Mampu menjelaskan dampak-dampak perilaku merokok
4. Mampu melaksanakan hidup sehat tanpa asap rokok
5. Menjadi acuan dalam berperilaku sehat

III. TUJUAN PELATIHAN

A. Tujuan Umum

Tujuan umum yang hendak dicapai setelah mengikuti kegiatan penyajian materi pelatihan melalui topik ini adalah: para perokok miskin peserta pelatihan dapat memahami arti sehat tanpa asap rokok.

B. Tujuan khusus pelatihan

Setelah selesai penyajian materi pelatihan, perokok miskin beserta keluarganya sebagai peserta pelatihan diharapkan dapat:

1. Memahami isi materi lebih dalam
2. Dapat menjadikan acuan untuk berperilaku hidup sehat
3. Mampu membangun komitmen untuk hidup sehat
4. Menjadi contoh untuk berperilaku sehat.

IV. PESERTA, PELATIH, NARASUMBER, TEMPAT PENYELENGGARAAN

A. Peserta

1. Peserta pelatihan adalah perwakilan perokok miskin dan keluarganya.
2. Peserta berjumlah 20 orang.

B. Pelatih

1. Penyuluh Kesehatan Masyarakat yang ahli dan berpengalaman dalam melatih
2. Promotor Kesehatan yang telah berpengalaman dalam melatih

C. Narasumber

Narasumber pelatihan dapat berasal dari lintas program/sektor terkait

D. Tempat Penyelenggaraan

Penyelenggaraan pelatihan akan dilaksanakan pada lokasi-lokasi dimana banyak terdapat perokok miskin.

V. STRUKTUR PROGRAM

Untuk mencapai tujuan penelitian yang ditetapkan maka disusun materi pelatihan seperti yang tertera pada struktur program sebagai berikut:

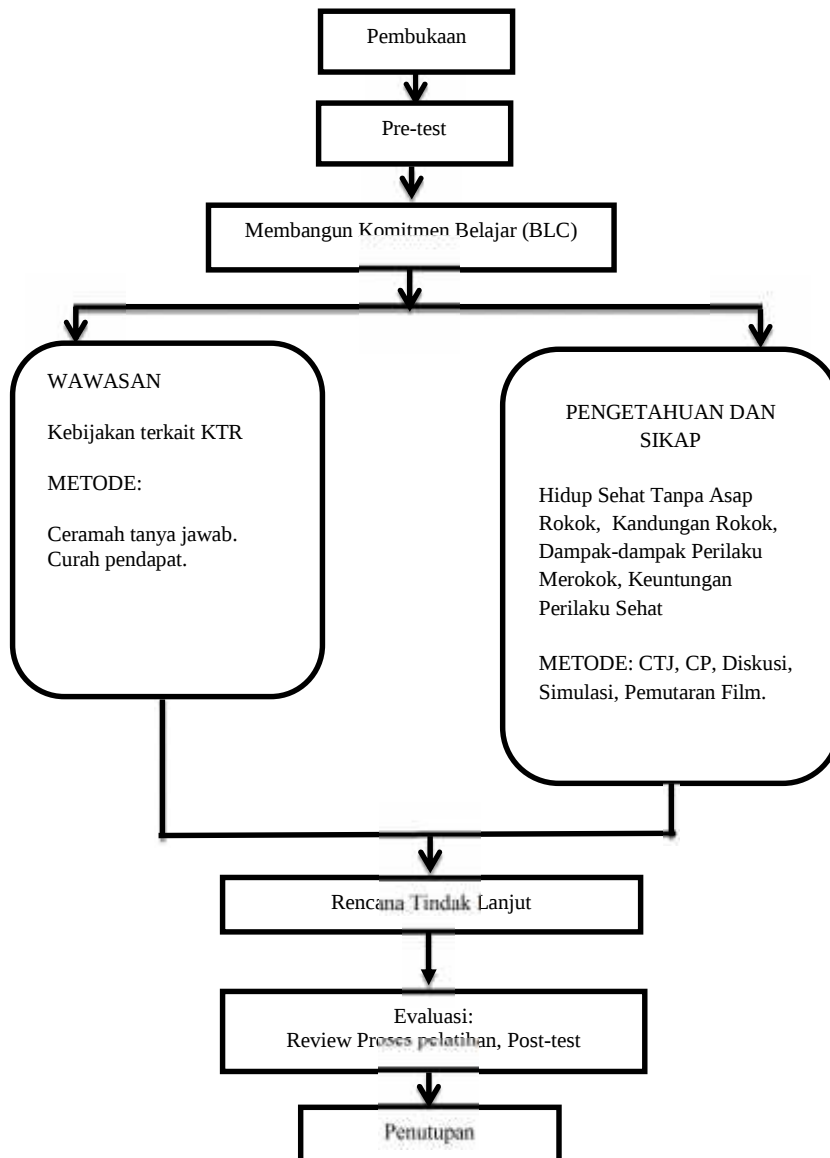
No	MATERI	JPL			
		T	P	PL	JUMLAH
	A. MATERI DASAR				
1.	Kebijakan terkait Perwali No.13 tahun 2011 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR)	2	0	0	2
	B. MATERI INTI				
1.	Konsep Hidup Sehat Tanpa Asap Rokok	2	2	0	4
2.	Kandungan Rokok	2	2	0	4
3.	Dampak Rokok secara Kesehatan, Sosial dan ekonomi	3	3	0	6
	C. MATERI PENUNJANG				
1.	Membangun Komitmen Belajar (BLC)	0	2	0	3
2.	Rencana Tindak Lanjut (RTL)	1	2	0	3
	TOTAL	13	16	0	22

Keterangan:

Waktu: 1 Jam Pembelajaran (jpl) = 45 menit

T = Teori, P = Penugasan, PL = Praktik Lapang

VI. DIAGRAM ALIR PROSES PELATIHAN



A. Rincian rangkaian alur Proses pelatihan Sebagai berikut:

1. Pembukaan

Proses pembukaan pelatihan meliputi beberapa kegiatan berikut:

- a. Laporan Ketua penyelenggara pelatihan
- b. Pengarahan dari pejabat yang berwenang tentang latar belakang perlunya pelatihan
- c. Perkenalan peserta secara singkat

2. Pelaksanaan pre-test

Pelaksanaan pre-tes dimaksudkan untuk mengetahui sejauh mana pemahaman awal peserta terhadap materi yang akan diberikan pada proses pelatihan.

3. Membangun komitmen belajar

Kegiatan ini ditujukan untuk mempersiapkan peserta dalam mengikuti proses pelatihan. Kegiatannya antara lain:

- a. Penjelasan oleh pelatih tentang tujuan pembelajaran dan kegiatan yang akan dilakukan dalam materi membangun komitmen belajar.
- b. Perkenalan antara peserta dan para pelatih, narasumber dan panitia penyelenggara pelatihan, serta perkenalan antar sesama peserta. Kegiatan

perkenalan dilakukan dengan permainan, dimana seluruh peserta terlibat secara aktif.

- c. Mengemukakan kebutuhan/harapan, hambatan/masalah, dan komitmen masing-masing peserta selama pelatihan.
- d. Kesepakatan antara para pelatih, penyelenggara d. pelatihan, dan peserta dalam berinteraksi selama pelatihan berlangsung, meliputi: pengorganisasian kelas, kenyamanan kelas, keamanan kelas, dan yang lainnya.

4. Pengisian Pengetahuan

Setelah materi membangun komitmen belajar, kegiatan dilanjutkan dengan memberikan materi sebagai dasar pengetahuan/wawasan yang sebaiknya diketahui peserta dalam pelatihan ini, adalah:

- a. Perwali terkait Kawasan Tanpa Rokok
- b. Perilaku sehat tanpa asap rokok
- c. Dampak-dampak Rokok

5. Perubahan Sikap

Pemberian materi dari proses pelatihan mengarah pada kompetensi sikap yang nantinya diharapkan akan menjadi perubahan perilaku positif oleh peserta. Penyampaian materi dilakukan dengan menggunakan

berbagai metode yang melibatkan semua peserta untuk berperan serta aktif dalam mencapai kompetensi tersebut, yaitu metode tanya jawab, curah pendapat, studi kasus, diskusi kelompok, dan pemutaran film.

6. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Masing-masing peserta menyusun rencana tindak lanjut hasil pelatihan berupa rencana menjadi *role models* dan memberikan informasi-informasi yang sudah didapatkan setelah pelatihan kepada perokok miskin di wilayahnya masing-masing.

7. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama pelatihan dengan cara mereview kegiatan proses pembelajaran yang sudah berlangsung, ini sebagai umpan balik untuk menyempurnakan proses pembelajaran selanjutnya. Di samping itu, juga dilakukan proses umpan balik dari pelatih ke peserta berdasarkan penilaian kemajuan peserta. Selain itu, akan dilakukan post-tes untuk mengetahui sejauh mana peserta dapat menyerap materi selama pelatihan.

8. Penutupan

Acara penutupan dapat dijadikan sebagai upaya untuk mendapatkan masukan dari peserta ke penyelenggara dan pelatih untuk perbaikan pelatihan yang akan datang.

B. Metode Pelatihan

Metode pembelajaran ini berdasarkan pada prinsip:

1. Orientasi kepada peserta meliputi latar belakang, kebutuhan dan harapan yang terkait dengan perilaku merokoknya.
2. Peran serta aktif peserta sesuai dengan pendekatan pembelajaran.
3. Pembinaan iklim yang demokratis dan dinamis untuk terciptanya komunikasi dari dan ke berbagai arah.

Oleh sebab itu, Metode penyajian yang digunakan dalam pelatihan ini adalah FGD, metode ceramah dan diskusi, curah pendapat, diskusi kelompok, simulasi yang divariasikan dengan penayangan visual hidup sehat tanpa rokok dan dampak dari perilaku merokok.

C. Garis Besar Proses Pembelajaran (GBPP)

Nomor: MD.1

Materi : Kebijakan terkait Kawasan Tanpa Rokok (KTR)

Waktu : 2 Jpl (T = 2 Jpl, P = 0, PL = 0)

Tujuan Pembelajaran umum: Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu memahami kebijakan terkait Perwali KTR.

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi	P. Jawab
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menjelaskan: latar belakang adanya Perwali KTR	1. Latar belakang adanya Perwali KTR	- Ceramah - Tanya jawab - Curah pendapat	-Laptop -Slide ppt -LCD - Projector	-Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan menteri Dalam Negeri tentang <i>Pedoman Pelaksanaan KTR</i>. Jakarta, 2011 -Peraturan Walikota Makassar, Nomor 13 Tahun 2011 tentang <i>Kawasan Tanpa Rokok</i>, Makassar, 2011. -Permenkes No. 40 Tahun 2013 tentang <i>Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok bagi Kesehatan</i>, Jakarta, 2013 -Kemenkes RI mengenai <i>Pedoman Pengembangan KTR</i>, Jakarta, 2011.	
Menjelaskan mengenai tujuan lahirnya peraturan KTR	2. Tujuan Peraturan KTR	- Ceramah - Tanya jawab - CP	-Slide ppt -LCD - Projector -Laptop	-Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, <i>Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah</i>, Jakarta, 2005. -Departemen Kesehatan RI bekerjasama dengan Kementerian Dalam Negeri RI,	

				Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Jakarta, 2011. -Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan Pokjanal Posyandu, Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, Jakarta, 2011	
--	--	--	--	---	--

Nomor : MI.1

Materi : Hidup Sehat Tanpa Asap Rokok

Waktu : 4 Jpl (T = 2 Jpl; P = 2; PL = 0)

Tujuan Pembelajaran Umum: Setelah Mengikuti materi ini, peserta mampu memahami Hidup sehat Tanpa asap rokok.

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi	P. Jawab
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menjelaskan: Hak untuk udara bersih tanpa paparan asap rokok	A. Hak untuk udara bersih tanpa asap rokok	- Ceramah - Tanya jawab - Curah pendapat - Pemutaran film	-Laptop -Slide ppt -LCD – Projector Film	-Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan menteri Dalam Negeri tentang <i>Pedoman Pelaksanaan KTR</i> . Jakarta, 2011 -Peraturan Walikota Makassar, Nomor 13 Tahun 2011 tentang <i>Kawasan Tanpa Rokok</i> , Makassar, 2011. -Permenkes No. 40 Tahun 2013 tentang <i>Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok bagi Kesehatan</i> , Jakarta, 2013 -Kemenkes RI mengenai <i>Pedoman Pengembangan KTR</i> , Jakarta, 2011.	

Menjelaskan mengenai Masalah, fakta dan data tentang rokok	B. Masalah, Fakta dan Data Tentang Rokok	- Ceramah - Tanya jawab - CP - Pemutaran film	- Slide ppt - LCD - Projector - Laptop - film - flipchart	- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, Jakarta, 2005. - Departemen Kesehatan RI bekerjasama dengan Kementerian Dalam Negeri RI, Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Jakarta, 2011. - Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan Pokjanel Posyandu, Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, Jakarta, 2011	
--	--	--	--	---	--

Nomor : MI.2

Materi : Zat-zat yang terkandung pada sebatang rokok

Waktu : 6 Jpl (T = 2 Jpl; P = 4; PL = 0)

Tujuan Pembelajaran Umum: Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu mengetahui dan memahami zat-zat kimia pada Sebatang Rokok.

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi	P. Jawab
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menjelaskan: Dampak rokok dari aspek kesehatan	Dampak Rokok dari Aspek Kesehatan	- Ceramah - Tanya jawab - Curah pendapat - Diskusi Kelompok	- Laptop - Slide ppt - Flipchart - Spidol - film - LCD	- Kemenkes RI mengenai <i>Pedoman Pengembangan KTR</i>, Jakarta, Pusat Promosi Kesehatan, 2011 - PP nomor 109 tahun 2013 mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif berupa Produk	

Menjelaskan mengenai Dampak Rokok dari Aspek Sosial	Dampak Rokok dari Aspek Sosial	- Pemutaran Film - Ceramah - Tanya jawab - CP - Diskusi Kelompok - Pemutaran Film	Projector -Flipchart -Spidol -Slide ppt -LCD Projector -film -Laptop	tembakau bagi kesehatan, Jakarta,2013. -Departemen Kesehatan RI bekerjasama dengan Kementerian Dalam Negeri RI, Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Jakarta, 2011. -Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan Pokjanel Posyandu, Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, Jakarta, 2011. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia berdasarkan Riskesdas 2007 dan 2013, Jakarta -H. Putri dan Fanani, Komunikasi Kesehatan, Komunikasi Efektif Untuk Perubahan Perilaku Kesehatan. Jombang, 2013.	
Menjelaskan mengenai Dampak Rokok dari Aspek Ekonomi	Dampak Rokok dari Aspek Ekonomi	- Ceramah - Tanya jawab - CP - Diskusi Kelompok	-Flipchart -Spidol -Slide ppt -LCD Projector -Laptop		

Nomor : MP.1

Materi : Membangun Komitmen Belajar (BLC)

Waktu : 2 Jpl (T = 0 Jpl; P: 2; PL: 0)

Tujuan Pembelajaran Umum: Setelah mengikuti materi ini, peserta, pelatih, dan penyelenggara/panitia saling mengenal serta menyepakati norma selama proses pelatihan berlangsung.

Tujuan Pembelajaran Khusus	Pokok Bahasan	Metode	Alat Bantu	Referensi	P. Jawab
Setelah mengikuti materi ini, peserta: 1. mampu mengenal semua peserta, Pelatih dan panitia pada proses pelatihan	Perkenalan	- Ceramah - Tanya jawab - Curah pendapat - Diskusi Kelompok	-Laptop -Slide ppt -LCD - Projector -Jadwal Pelatihan	-Kemenkes RI mengenai <i>Pedoman Pengembangan KTR</i>, Jakarta, Pusat Promosi Kesehatan, 2011 - -Departemen Kesehatan RI bekerjasama dengan Kementerian Dalam Negeri RI, Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan, Jakarta, 2011.	
2.Menyiapkan diri untuk belajar bersama	Prakondisi	Games		-Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan Pokjanel Posyandu, Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, Jakarta, 2011.	
3.Mengetahui Tujuan Pelatihan yang diikutinya.	Tujuan Pelatihan yang diikuti.	- Ceramah - Tanya jawab - CP - Diskusi Kelompok		-H. Putri dan Fanani, <i>Komunikasi Kesehatan, Komunikasi Efektif Untuk Perubahan Perilaku Kesehatan</i>. Jombang, 2013.	
4.Menyampaikan	Menyampaikan harapan.				
kan	Menyepakati Norma	- Ceramah			

Harapannya	Selama Pelatihan	h - Tanya jawab - CP - Diskusi Kelompok			
5.Menyepakati Norma selama Proses Pelatihan					

MODUL 1

KEBIJAKAN TERKAIT KAWASAN TANPA ROKOK

DAFTAR ISI

- I. DESKRIPSI SINGKAT
 - II. TUJUAN PEMBELAJARAN
 - A. Tujuan Pembelajaran Umum
 - B. Tujuan Pembelajaran Khusus
 - III. POKOK BAHASAN
 - A. Pokok Bahasan: Latar belakang adanya kebijakan KTR
 - B. Pokok Bahasan: Tujuan KTR
 - IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN
 - V. URAIAN MATERI
 - A. Pokok Bahasan: Latar belakang adanya kebijakan KTR
 - B. Pokok Bahasan: Tujuan KTR
- REFERENSI

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul Kebijakan Pemerintah terkait Kawasan Tanpa Rokok (KTR) ini disusun untuk membekali para Perokok miskin perkotaan dan keluarganya agar mengetahui dan memahami latar belakang lahirnya KTR dan tujuan adanya KTR. Hal ini dimaksudkan agar para perokok miskin perkotaan memahami pentingnya adanya Kawasan Tanpa Rokok serta dapat diterapkan dilingkungannya sebagai upaya pemerintah dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu memahami kebijakan dan tujuan Serta Ruang Lingkup Kawasan Tanpa Rokok.

B. Tujuan Pemberdayaan Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan:

1. Latar belakang adanya Kawasan Tanpa Rokok
2. Tujuan dan Ruang Lingkup Kawasan Tanpa Rokok

III. POKOK BAHASAN

A. Pokok Bahasan: Latar Belakang adanya KTR

B. Pokok Bahasan: Tujuan dan Ruang Lingkup KTR

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

Jumlah Jam yang digunakan dalam modul ini sebanyak 2 jam pelajaran (T+2 Jpl, P=0, PL=0) @ 45 menit untuk memudahkan proses pembelajaran, dilakukan langkah-langkah kegiatan pembelajaran sebagai berikut:

A. Langkah 1 (15 menit)

1. Pelatih memperkenalkan diri untuk mencairkan suasana
2. Pelatih menyampaikan tujuan umum dan tujuan khusus.
3. Menggali pendapat peserta tentang latar belakang terbitnya KTR dengan menggunakan metode agar semua peserta terlibat aktif.
4. Berdasarkan pendapat peserta, pelatih menjelaskan latar belakang terbitnya kebijakan KTR.

B. Langkah 2 (60 menit)

1. Pelatih menyampaikan pokok bahasan:
 - a. Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok
 - b. Tujuan dan Ruang Lingkup Kawasan Tanpa Rokok.
2. Pelatih memberi kesempatan kepada peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas dan pelatih menjawab pertanyaan peserta.

3. Pelatih menggali pendapat peserta tentang Kawasan Tanpa Rokok.
4. Berdasarkan pendapat peserta, pelatih menjelaskan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri tentang Pedoman Pelaksanaan KTR. Jakarta, 2011 dan Peraturan Walikota Makassar, Nomor 13 Tahun 2011 tentang Kawasan Tanpa Rokok.

C. Langkah 3 (15 menit)

1. Pelatih mempersilahkan peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas dan memberikan jawaban atas pertanyaan peserta.
2. Meminta komentar, penilaian, saran, bahkan kritik dari peserta pada kertas yang telah disediakan.
3. Pelatih menutup sesi pembelajaran dengan menegaskan pentingnya penerapan KTR sebagai upaya pemerintah dalam menurunkan kesakitan dan kematian akibat rokok.

V. URAIAN MATERI

A. Pokok Bahasan: Latar belakang Kebijakan KTR

Prevalensi merokok di Indonesia sangat tinggi di berbagai lapisan masyarakat, terutama pada laki-laki mulai dari anak-anak, remaja dan dewasa.

Kecenderungan untuk merokok terus meningkat dari tahun ke tahun baik pada laki-laki maupun pada perempuan. Hal ini tentu saja mengkhawatirkan.. Kesehatan merupakan hak azasi manusia yang diamanatkan oleh UUD 1945. Amanat UU kesehatan No. 36 tahun 2009 pasal 115 menetapkan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Pemerintah Daerah wajib menetapkan KTR di wilayahnya. KTR merupakan tanggung jawab seluruh komponen bangsa, baik individu, masyarakat, parlemen, maupun pemerintah untuk melindungi generasi sekarang maupun yang akan datang. Komitmen bersama dari berbagai elemen akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan KTR. Yang termasuk dalam KTR antara lain fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja dan tempat umum serta kawasan lain yang ditetapkan.

Rendahnya kesadaran masyarakat tentang bahaya merokok pun menjadi alasan sulitnya penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), yang ditunjukkan dengan mulai merokok pada kelompok usia 5-9 tahun. Konsumsi rokok paling rendah terjadi pada kelompok umur 15-

24 tahun dan kelompok umur 75 tahun ke atas. Hal ini berarti kebanyakan perokok adalah generasi muda atau usia produktif.

Pengendalian para perokok yang menghasilkan asap rokok yang sangat berbahaya bagi kesehatan perokok aktif maupun perokok pasif merupakan salah satu solusi menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok atau biasa disebut penetapan Kawasan Tanpa Rokok.

Pemerintah telah merumuskan MoU (*Memorandum of Understanding*) antara Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Kesehatan yang menekankan pemberlakuan KTR. Peraturan bersama antara Menkes dan Mendagri dituangkan dalam nomor 7 Tahun 2011 tentang pedoman Pelaksanaan KTR. Peraturan ini sebenarnya sudah menyebutkan adanya sanksi bagi pihak pelanggar, namun masih perlu diperkuat dengan petunjuk operasional dan konsistensi implementasinya di lapangan.

Saat ini kebijakan larangan merokok di tempat umum di Indonesia menjadi kebijakan daerah, meskipun belum semua daerah sudah membuat kebijakan ini.

Penetapan Kawasan Tanpa Rokok sebenarnya selama ini telah banyak diupayakan oleh berbagai pihak baik lembaga/institusi pemerintah maupun swasta dan masyarakat. Namun pada kenyataannya upaya yang telah dilakukan tersebut jauh tertinggal dibandingkan dengan penjualan, periklanan/promosi dan atau penggunaan rokok.

Asumsi lain adalah perokok membebankan biaya keuangan dan risiko fisik kepada orang lain yang berarti bahwa seharusnya perokoklah yang menanggung semua "biaya" atau kerugian akibat merokok. Tetapi pada kenyataannya perokok membebankan secara fisik dan ekonomi kepada orang lain juga. Beban ini meliputi risiko orang lain yang terkena asap rokok di lingkungan sekitarnya dan biaya yang dibebankan pada masyarakat untuk pelayanan kesehatan. Agar permasalahan dan kondisi tersebut di atas dapat dikendalikan maka perlu dilakukan upaya pengamanan terhadap bahaya merokok melalui penetapan Kawasan Tanpa Rokok dan juga membatasi ruang gerak para perokok.

Pemerintah Kota Makassar melalui Peraturan Walikota (Perwali) telah membuat kebijakan KTR

nomor 13 Tahun 2013. Namun, penerapan Perwali KTR tersebut belum maksimal, hal ini dapat terlihat dengan semakin meningkatnya jumlah perokok terutama perokok miskin.

B. Pokok Bahasan: Tujuan dan Ruang Lingkup kebijakan KTR

Ada beberapa alasan penting terkait perlunya peraturan 100% KTR, yaitu:

- Pekerja dan karyawan mempunyai hak untuk bekerja di lingkungan kerja yang sehat dan tidak membahayakan.
- Anak-anak mempunyai hak khusus untuk tumbuh dan berkembang di lingkungan yang sehat.
- Tidak ada batas aman untuk setiap paparan asap rokok orang lain.
- Pemerintah telah menetapkan kebijakan KTR untuk melindungi masyarakat dari bahaya asap rokok melalui UU No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 115 ayat (10) dan Pemerintah daerah wajib menetapkan KTR di wilayahnya sesuai pasal 115 ayat (2).

- Peraturan pemerintah No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang mengandung zat adiktif berupa produk tembakau bagi kesehatan.
- Kebijakan KTR menurunkan paparan Asap Rokok Orang Lain (AROL) sebesar 80-90% di kawasan dengan paparan yang tinggi. KTR 100% mengurangi kematian dari penyakit jantung
- Peraturan KTR 100% tidak mengganggu bisnis. Negara-negara yang telah menerapkan peraturan KTR secara menyeluruh, dimana lingkungan bebas asap rokok sangat populer, mudah dilaksanakan dan penegakan KTR diterapkan, menimbulkan dampak positif pada dunia usaha, termasuk restoran, hotel, dan bar.

Tujuan penetapan Kawasan Tanpa Rokok adalah:

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

- Mewujudkan generasi muda yang sehat.

Meskipun tatanan pengembangan KTR bersifat umum dalam artian untuk semua lapisan masyarakat, sangat diharapkan partisipasi untuk penerapannya bagi semua masyarakat terutama masyarakat miskin karena salah satu poin penting yang menjadi tujuan KTR adalah: Mewujudkan kualitas udara yang sehat dan bersih, bebas dari asap rokok.

Ruang Lingkup KTR

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau.

- Tempat khusus untuk merokok adalah ruangan yang diperuntukkan khusus untuk kegiatan merokok yang berada di dalam KTR.
- Rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap dan/atau dihirup termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintesisnya yang

asapnya mengandung Nikotin dan Tar, dengan atau tanpa bahan tambahan.

- Merokok adalah kegiatan membakar rokok dan/atau menghisap asap rokok.
- Perokok pasif adalah orang yang bukan perokok namun terpaksa menghisap atau menghirup asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok.
- Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
- Tempat proses belajar mengajar adalah sarana yang digunakan untuk kegiatan belajar, mengajar, pendidikan dan/atau pelatihan.
- Tempat anak bermain adalah area, baik tertutup maupun terbuka, yang digunakan untuk kegiatan bermain anak-anak.
- Tempat ibadah adalah bangunan atau ruang tertutup yang memiliki ciri ciri tertentu yang khusus dipergunakan untuk beribadah bagi para

pemeluk masing-masing agama secara permanen, tidak termasuk tempat ibadah keluarga.

- Angkutan umum adalah alat angkutan bagi masyarakat yang dapat berupa kendaraan darat, air dan udara biasanya dengan kompensasi.
- Tempat kerja adalah ruang atau lapangan tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau yang dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya.
- Tempat umum adalah semua tempat tertutup yang dapat diakses oleh masyarakat umum dan/atau tempat yang dapat dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat yang dikelola oleh pemerintah, swasta dan masyarakat.
- Tempat lain yang ditetapkan adalah tempat terbuka yang dimanfaatkan bersama-sama untuk kegiatan masyarakat.

REFERENSI

Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, Jakarta, 2005.

Kemenkes RI *Pedoman Pengembangan KTR*, Jakarta, 2011

Kementerian Kesehatan RI Bekerjasama dengan Pokjanal Posyandu, Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, Jakarta, 2011.

Kementerian Kesehatan RI, Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta, 2011.

Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan menteri Dalam Negeri tentang *Pedoman Pelaksanaan KTR*. Jakarta, 2011

Peraturan Walikota Makassar, Nomor 13 Tahun 2011 tentang *Kawasan Tanpa Rokok*, Makassar, 2011.

Permenkes No. 40 Tahun 2013 tentang *Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok bagi Kesehatan*, Jakarta, 2013

Modul 2

HIDUP SEHAT TANPA ASAP ROKOK

DAFTAR ISI

I. DESKRIPSI SINGKAT

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

- A. Tujuan Pembelajaran Umum
- B. Tujuan Pembelajaran Khusus

III. POKOK BAHASAN

- A. Pokok Bahasan: Hak untuk udara bersih tanpa asap rokok
- B. Pokok Bahasan: Masalah, fakta dan data tentang rokok

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

V. URAIAN MATERI

- A. Pokok Bahasan: Hak untuk udara bersih tanpa asap rokok
- B. Pokok Bahasan: Masalah, Fakta dan Data tentang rokok

REFERENSI

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul Hidup Sehat Tanpa Asap Rokok memuat materi hak untuk udara bersih tanpa asap rokok, Masalah, fakta dan Data tentang rokok ini disusun untuk membekali para Perokok miskin perkotaan dan keluarganya agar mengetahui dan memahami pentingnya hidup sehat. Hal ini dimaksudkan agar pengetahuan para perokok miskin perkotaan dapat diterapkan dilingkungannya sebagai upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu memahami dan menerapkan hidup sehat tanpa asap rokok.

B. Tujuan Pemberdayaan Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan:

1. Hak untuk udara bersih tanpa asap rokok.
2. Masalah, Fakta dan Data tentang Rokok

III. POKOK BAHASAAN

A. Pokok Bahasan: Hak untuk Udara Bersih

B. Pokok Bahasan: Masalah, Fakta dan data tentang Rokok

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

PEMBELAJARAN

Jumlah Jam yang digunakan dalam modul ini sebanyak 3 jam pelajaran (T=2 Jpl, P=1, PL=0) @ 45 menit untuk memudahkan proses pembelajaran, dilakukan langkah-langkah kegiatan pembelajaran sebagai berikut:

A. Langkah 1 (15 menit)

1. Pelatih memperkenalkan diri.
2. Pelatih menyampaikan tujuan umum dan tujuan khusus
3. Menggali pendapat peserta tentang pengertian hidup sehat tanpa asap rokok.

B. Langkah 2 (30 menit)

Berdasarkan pendapat peserta, pelatih menyampaikan pokok bahasan:

1. Pengertian hidup sehat tanpa asap rokok
2. Pelatih memberi kesempatan kepada peserta untuk
2. menanyakan hal-hal yang kurang jelas dan menjawab pertanyaan peserta tersebut.

C. Langkah 3 (45 menit)

1. Pelatih membagi peserta menjadi beberapa kelompok diskusi.
2. Masing-masing kelompok mendiskusikan materi yang dibahas.

3. Selanjutnya perwakilan tiap kelompok menyajikan hasil diskusinya dan pelatih memberikan tanggapan dan klarifikasi.

A. Langkah 4 (30 menit)

1. Pelatih mengajak peserta untuk melakukan diskusi dan curah pendapat
2. Pelatih memberikan kesempatan bagi peserta diskusi untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas lalu memberikan jawaban.
3. Pelatih memberikan kesempatan bagi peserta untuk saling menanggapi kemudian memberikan klarifikasi.

B. Langkah 5 (15 Menit)

1. Pelatih meminta peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas, memberikan jawaban atas pertanyaan peserta.
2. Meminta komentar, penilaian, saran, bahkan kritik dari peserta.
3. Menutup sesi pembelajaran dengan memberikan apresiasi pada peserta.

V. URAIAN MATERI

A. Pokok Bahasan: Hak untuk Udara Lebih Bersih Tanpa Asap Rokok.

Aktivitas merokok akan menghasilkan asap rokok yang sangat berbahaya bagi perokok aktif maupun perokok pasif. Padahal, setiap individu berhak menghirup udara bersih tanpa paparan asap rokok. Bukan hanya perokok aktif saja yang dapat terkena dampak buruk dari rokok itu sendiri, namun orang-orang disekitarnya juga dapat terkena asap rokok dan menyebabkan berbagai masalah kesehatan. Perlu diketahui bahwa ada tiga jenis asap rokok yakni sidestream smoke (asap dari rokok yang tidak dihisap), mainstream smoke (asap yang diisap oleh perokok), exhaled mainstream smoke (asap rokok yang dikeluarkan oleh si perokok).

Side stream smoke lebih berbahaya daripada mainstream smoke karena dihasilkan dari pembakaran tembakau yang tidak sempurna. Pada exhaled mainstream smoke sebagian racun dari asap rokok 'disaring' oleh filter rokok dan 'disaring kembali' di saluran pernapasan, sehingga sebagian besar tertinggal di sana. Apabila seseorang menderita alergi asap rokok, alerginya akan kambuh jika

terkena asap rokok, mulai dari bersin dan batuk, hingga mengalami asma (Adams et al. 1987).

Asap dari rokok itu sendiri telah mencemari lingkungan yang berdampak pada kesehatan masyarakat (perokok pasif) maupun perokok aktif itu sendiri. Lingkungan yang sehat adalah hak seluruh warga Indonesia untuk mendapatkannya, sebagaimana sudah tercantum pada UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 6: Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. Perokok aktif wajib menghormati hak orang lain dalam mendapatkan lingkungan yang sehat dan telah dijelaskan juga pada UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pada pasal 10: Setiap orang berkewajiban menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat, baik fisik, biologi, maupun sosial.

Dari data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 40.5% dari total populasi di Indonesia merupakan perokok pasif, dan bahkan lebih dari separuh balita di Indonesia adalah perokok pasif. Besarnya angka ini disebabkan oleh besarnya angka perokok aktif dan sedikitnya tempat-tempat khusus untuk merokok bagi perokok aktif, sehingga perokok aktif sembarangan

menghisap dan membuang asap rokoknya. Asap rokok ini sangat berbahaya baik bagi perokoknya sendiri maupun orang lain di sekitarnya.

Dari berbagai penelitian, telah membuktikan bahwa konsumsi tembakau dapat menyebabkan berbagai penyakit serius, bukan hanya pada yang mengonsumsi produk tembakau saja yang dapat terpapar penyakit, melainkan orang di sekitarnya dapat pula terserang penyakit yang sama bahkan dapat lebih parah. Asap rokok dapat membunuh manusia secara perlahan dan secara terstruktur menghentikan setiap fungsi organ dalam tubuh manusia. Keadaan lingkungan dapat tercemar mulai dari sekedar asap, puntung rokok sampai limbah dari produksi pabrik rokok. Udara kotor, Asap beracun, Polusi adalah beberapa contoh dampak rokok di lingkungan sekitar.

Perokok pasif lebih berbahaya dibandingkan perokok aktif. Bahkan bahaya perokok pasif tiga kali lipat dari bahaya perokok aktif. sebanyak 25 persen zat berbahaya yang terkandung dalam rokok masuk ke tubuh perokok, sedangkan 75 persennya beredar di udara bebas yang berisiko masuk ke tubuh orang di sekitarnya.

Konsentrasi zat berbahaya di dalam tubuh perokok pasif lebih besar karena racun yang terhisap melalui asap rokok perokok aktif tidak terfilter. Sedangkan racun rokok dalam tubuh perokok aktif terfilter melalui ujung rokok yang dihisap. Namun konsentrasi racun perokok aktif bisa meningkat jika perokok aktif kembali menghirup asap rokok yang ia hembuskan. Namun karena perokok aktif sekaligus menjadi perokok pasif maka dengan sendirinya risiko perokok aktif jauh lebih besar daripada perokok pasif.

Hak asasi masyarakat bukan perokok atas lingkungan hidup yang sehat, termasuk bersih dari cemaran dan risiko kesehatan dari asap rokok juga harus dilindungi. Demikian juga dengan perokok aktif, perlu disadarkan dari kebiasaan merokok yang dapat merusak kesehatan diri dan orang lain disekitarnya.

B. Pokok Bahasan: Masalah, Fakta dan Data tentang Rokok

Masalah merokok sampai saat ini masih menjadi masalah nasional yang perlu secara terus menerus diupayakan penanggulangannya, karena menyangkut berbagai aspek permasalahan dalam kehidupan, yaitu

aspek ekonomi, sosial, politik, utamanya aspek kesehatan.

Diperkirakan lebih dari 40,3 juta anak tinggal bersama dengan perokok dan terpapar pada asap rokok di lingkungannya dan disebut sebagai perokok pasif. Sedangkan kita tahu bahwa anak yang terpapar asap rokok dapat mengalami peningkatan risiko terkena Bronkitis, Pneumonia, infeksi telinga tengah, Asma, serta kelambatan pertumbuhan paru-paru. Kerusakan kesehatan dini ini dapat menyebabkan kesehatan yang buruk pada masa dewasa. Orang dewasa bukan perokok pun yang terus-menerus terpapar juga akan mengalami peningkatan risiko Kanker Paru dan jenis kanker lainnya. Fakta membuktikan bahwa bahaya tembakau terhadap kesehatan sangat besar, jauh lebih dari yang disadari oleh sebagian besar masyarakat. Kebiasaan merokok berhubungan dengan kejadian berbagai penyakit, sebagian besar berakibat kematian. Uraian berikut ini memaparkan yang Indonesia sebagai perspektif dan data yang antara lain berisi hasil Riset Kesehatan Dasar 2007 yang diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan:

- Sekitar 40,3 juta anak 0-14 tahun terpapar asap rokok.
- 40,5% populasi semua umur terpapar asap rokok di dalam rumah.
- 4,2% perempuan umur di atas 15 tahun merokok. 65,9% laki-laki umur di atas 15 tahun merokok.
- 69% rumah tangga memiliki pengeluaran untuk rokok.
- Rata-rata individu perokok menghabiskan Rp.216.000 untuk membeli tembakau.

Data berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010 :

- Prevalensi perokok saat ini sebesar 34,7%.
 - o Lebih dari separuh perokok (52,3%) menghisap 1-10 batang rokok setiap hari.
 - o 2 dari 5 perokok saat ini merokok rata-rata 11-20 batang setiap hari.
 - o 4,7% perokok merokok 21-30 batang setiap hari.
 - o 2,1% perokok merokok lebih dari 30 batang setiap hari.

- 76,6% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota keluarga lain.
- 1,7% perokok mulai merokok pada usia 5-9 tahun dan tertinggi mulai merokok pada kelompok umur 15-19 tahun (43,3%).
- Persentase nasional penduduk berumur 15 tahun ke atas yang merokok setiap hari sebesar 28,2%.
- Persentase merokok penduduk merokok tiap hari tampak tinggi pada kelompok umur produktif (25-64 tahun) dengan rentang 30,7%-32,2%.
- Terjadipeningkatan prevalensi perokok yang merokok setiap hari untuk umur 25-34 tahun dari 29,0% (2007) menjadi 31,1% (2010). Peningkatan terjadi pada kelompok umur 15-24 tahun dari 17,3% (2007) menjadi 18,6% (2010). Lebih dari separuh (54,1%) penduduk laki-laki berumur 15 tahun ke atas merupakan perokok tiap hari.
- Rokok merupakan salah satu penyebab kematian terbesar di dunia. Diperkirakan hingga menjelang 2030 kematian akibat merokok akan mencapai 10 juta per tahunnya dan di negara-negara berkembang diperkirakan tidak kurang 70% kematian yang disebabkan oleh rokok.

- Dari tiap 10 orang dewasa yang meninggal, 1 orang diantaranya meninggal karena disebabkan asap rokok. Di tahun 2025 nanti, saat jumlah perokok dunia sekitar 650 juta orang maka akan ada 10 juta kematian per tahun.
- Tahun 2007 di Indonesia, usia perokok makin muda, jumlah perokok usia 15– 19 tahun di Indonesia mencapai 18,8% atau meningkat dari tahun 2001 (12,7%). Begitu juga perokok wanita jumlahnya meningkat terus tiap waktu.
- Dan yang lebih berbahaya adalah dampak ekonominya. Merokok cenderung menyebabkan merosotnya daya kerja penduduk, yang berakibat pada menurunnya produktivitas perusahaan dan produktivitas nasional. Tiap batang rokok berarti hilangnya waktu kerja produktif sebanyak 10 menit. Pekerja perokok pun jadi cenderung malas dan suka mangkir.

REFERENSI

Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah*, Jakarta, 2005.

Kemenkes RI *Pedoman Pengembangan KTR*, Jakarta, 2011.

Kementerian Kesehatan RI Bekerjasama dengan Pokjantal Posyandu, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Jakarta, 2011.

Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta, 2011.

Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan menteri Dalam Negeri tentang *Pedoman Pelaksanaan KTR*. Jakarta, 2011.

Peraturan Walikota Makassar, Nomor 13 Tahun 2011 tentang *Kawasan Tanpa Rokok*, Makassar, 2011.

Permenkes No. 40 Tahun 2013 tentang *Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok bagi Kesehatan*, Jakarta, 2013.

MODUL 3

ZAT-ZAT KIMIA BERBAHAYA PADA SEBATANG ROKOK

DAFTAR ISI

- I. DESKRIPSI SINGKAT
- II. TUJUAN PEMBELAJARAN
 - A. Tujuan Pembelajaran Umum
 - B. Tujuan Pembelajaran Khusus
- III. POKOK BAHASAN
 - A. Pokok Bahasan : Zat-zat Kimia Berbahaya pada sebatang Rokok
 - B. Pokok Bahasan : Bahaya dalam Kandungan Sebatang Rokok
- IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN
- V. URAIAN MATERI
 - A. Pokok Bahasan : Zat-zat Kimia Berbahaya pada sebatang Rokok
 - B. Pokok Bahasan : Bahaya dalam Kandungan Sebatang Rokok

REFERENSI

LEMBAR KERJA: Pedoman Diskusi Kelompok Zat-zat Kimia dan bahaya pada rokok.

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini memuat materi mengenai zat-zat kimia berbahaya pada sebatang rokok dan kandungan dalam sebatang rokok disusun untuk membekali para Perokok miskin perkotaan dan keluarganya agar mengetahui dan memahami Zat-zat kimia berbahaya yang terkandung pada rokok. Hal ini dimaksudkan agar pengetahuan para perokok miskin perkotaan dapat diterapkan dilingkungannya sebagai upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mengetahui Zat-zat kimia yang terkandung pada sebatang rokok.

B. Tujuan Pemberdayaan Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu menjelaskan:

1. Zat-zat Kimia Berbahaya pada Sebatang Rokok
2. Bahaya dalam Kandungan Rokok

III. POKOK BAHASAN

- A. Pokok Bahasan: Zat-zat Kimia Berbahaya pada Sebatang Rokok
- B. Pokok Bahasan: Bahaya dalam Kandungan Rokok

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

PEMBELAJARAN

Jumlah Jam yang digunakan dalam modul ini sebanyak 6 jam pelajaran (T=2 Jpl, P=4, PL=0) @ 45 menit untuk memudahkan proses pembelajaran, dilakukan langkah-langkah kegiatan pembelajaran sebagai berikut:

A. Langkah 1 (15 menit)

1. Pelatih memperkenalkan diri.
2. Pelatih menyampaikan tujuan umum dan tujuan khusus.
3. Menggali pendapat peserta tentang Zat-zat kimia dan bahaya dalam sebatang rokok.

B. Langkah 2 (45 menit)

Berdasarkan pendapat peserta, pelatih menjelaskan butir-butir penting mengenai:

1. Zat-zat Kimia berbahaya pada sebatang rokok.
2. Bahaya dalam kandungan sebatang rokok.

C. Langkah 4 (30 menit)

1. Pelatih mengajak peserta untuk melakukan diskusi dan curah pendapat.

2. Pelatih memberikan kesempatan bagi peserta diskusi untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas lalu memberikan jawaban.
3. Pelatih memberikan kesempatan bagi peserta untuk saling menanggapi kemudian memberikan klarifikasi.

D. Langkah 5 (180 menit)

1. Pelatih membagi peserta dalam beberapa kelompok yang terdiri dari 3 orang tiap kelompok. Masing-masing kelompok diminta untuk mendiskusikan mengenai zat-zat kimia berbahaya pada sebatang rokok.
2. Masing-masing kelompok diminta untuk menyajikan hasil diskusinya, kemudian kelompok lainnya diminta untuk menanggapi.
3. Selanjutnya, masing-masing kelompok diminta untuk melakukan simulasi mengenai bahaya rokok dengan menempelkan jawaban pada potongan gambar tubuh yang telah disiapkan.
4. Pelatih melakukan klarifikasi dan penjelasan mengenai hasil diskusi dan simulasi dari kelompok.

E. Langkah 6 (30 menit)

1. Pelatih merangkum sesi pembelajaran ini dengan meminta peserta untuk menanyakan hal-hal yang masih kurang jelas serta memberikan jawaban atas pertanyaan peserta.
2. Meminta komentar, penilaian, saran, bahkan kritik dari peserta pada kertas yang telah disediakan.
3. Menutup sesi pembelajaran dengan memberikan apresiasi pada peserta.

V. URAIAN MATERI

A. Pokok Bahasan: Zat-zat Kimia Berbahaya pada Sebatang Rokok

Konsumsi tembakau merupakan faktor resiko dari enam penyebab utama kematian di seluruh dunia. Merokok dapat menyebabkan tumor di paru-paru, laring, ginjal, kantung kemih, lambung, usus besar, rongga mulut, dan kerongkongan. Merokok dapat pula menyebabkan leukemia, bronkitis kronis, penyakit paru obstruktif kronis, penyakit jantung iskemik, kelahiran prematur, bayi lahir cacat, hingga kemandulan. Tembakau juga dapat menyebabkan masalah ekonomi dari pemborosan hingga meningkatkan biaya perawatan kesehatan (WHO, 2008). Terlebih lagi, dalam sebuah rokok terdapat 4000 zat kimia termasuk nikotin yang dapat menyebabkan seorang

penghisap rokok menjadi ketagihan. Seperti hanya heroin dan kokain, heroin juga merupakan suatu zat adiktif.

Nikotin dapat menyebabkan perubahan suasana hati sehingga menstimulasi perilaku dan menyebabkan seseorang ingin terus dan terus untuk mengkonsumsinya dan apabila berhenti akan menimbulkan gejala ketergantungan.

Nikotin merupakan zat utama yang terdapat pada rokok. Namun, lebih dari 700 jenis bahan kimia tambahan kemungkinan digunakan oleh perusahaan rokok untuk menambah kenikmatan merokok. Beberapa bahan bahkan begitu beracun sehingga beberapa pabrik rokok besar biasanya akan memiliki standar yang tinggi untuk membuang bahan-bahan beracun yang sangat berbahaya tersebut.

Perokok pasif bisa mendapat dampak negatif yang lebih mengerikan jika asap rokok dihirup mereka. Selain itu, asap rokok mengandung 4.000 zat kimia, termasuk arsenik, aseton, butan, karbon monoksida, dan sianida. Asap rokok yang dihirup oleh perokok maupun perokok pasif akan mengandung 43 zat yang diketahui menyebabkan kanker. Itu sebabnya bagi perokok pasif

bisa mendapat dampak negatif yang lebih mengerikan jika asap rokok dihirup oleh mereka.

Berikut beberapa kandungan racun dan bahan kimia yg ada dalam sebatang rokok:



Sumber: Direktorat Penyakit Tidak Menular, Kemenkes RI, 2014

1. Asam asetik; Pembersih lantai mengandung asam asetik.
2. Sodium Hidroksida; Yang pernah menggunakan penghilang bulu ketiak / kaki yang murahan niscaya didera panas dan perih. Dalam obat ini terkandung sodium hidroksida, zat ini tertanam pul dalam tiap batang rokok.
3. Naptalin; Bola-bola pewangi pakaian mengandung zat beracun.
4. Formalin: Bahan ini biasa digunakan untuk mengawetkan kodok, kupu-kupu, jenis serangga hingga untuk mengawetkan jenazah.
5. Geraniol; Geraniol adalah zat aktif dalam pestisida. Zat mematikan ini juga ada dalam rokok.
6. Asetasinasol; Parfum mengandung zat kimia asetanisol yang ada dalam rokok.
7. Toluene; Bensin bermanfaat untuk menjalankan mobil. manusia tidak minum bensin sebab bensin jelas beracun. Salah satu zatnya bernama toluene, yang juga terdapat dalam dinamit, bahan ini juga terdapat dalam tiap batang rokok.

8. Hidrogen Sianida; Racun tikus dapat membunuh karena ada kandungan hidrogen sianida, rokok mengandung bahan ini juga.
9. Aseton; Aseton kita kenal sebagai cairan penghilang kuteks, zat kimia berbahaya ini juga terdapat dalam rokok.
10. Hidrosin; Persamaan pesawat bermesin roket dan rokok adalah sama-sama mengandung hidrosin.
11. Cinnamaldehyde; Rokok mengandung cinnamaldehyde, bahan yg ada diracun anjing dan kucing.
12. Kadmium; Baterai berguna untuk menjalankan berbagai jenis mainan. Kadmium adalah zat beracun yg terdapat dalam baterai, juga bersemayam dalam rokok.
13. Polonium-210; Seorang bekas mata-mata Rusia membunuh dengan cara langka, yaitu menggunakan isotop radio aktif polonium-210, zat ini juga terdapat dalam rokok.
14. Urea; Urea zat yg terdapat dalam air seni, yg berguna untuk tinta, cat, pupuk dan banyak lagi, urea juga terdapat dalam tiap batang rokok.
15. Metanol; Metanol zat yang bisa digunakan sebagai bahan bakar, terdapat pada rokok.

B. Pokok Bahasan: Bahaya pada tubuh yang terpapar asap rokok.

LEMBAR KERJA

Pedoman diskusi Kelompok

Zat-zat Kimia dan Bahaya pada Sebatang Rokok.

- Peserta dibagi dalam beberapa kelompok.
- Masing-masing kelompok diminta untuk mendiskusikan Zat-zat Kimia dan bahaya pada Sebatang Rokok.
- Hasil diskusi tentang peran dituliskan pada kertas yang telah disiapkan.
- Penyajian hasil diskusi kelompok oleh wakil kelompok dan peserta peserta lain menanggapi setiap selesai penyajian dari masing-masing kelompok.

MODUL 4

DAMPAK-DAMPAK ROKOK DARI ASPEK KESEHATAN, SOSIAL DAN EKONOMI

DAFTAR ISI

- I. DESKRIPSI SINGKAT
- II. TUJUAN PEMBELAJARAN
 - A. Tujuan Pembelajaran Umum
 - B. Tujuan Pembelajaran Khusus
- III. POKOK BAHASAN
 - A. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Kesehatan
 - B. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Sosial
 - C. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Ekonomi
- IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN
- V. URAIAN MATERI
 - A. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Kesehatan
 - B. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Sosial
 - C. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Ekonomi

REFERENSI

LEMBAR KERJA: Pedoman Diskusi Kelompok Dampak-dampak Rokok dari Aspek Kesehatan, Sosial, Ekonomi.

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini disusun untuk membekali peserta pelatihan dalam hal ini perokok miskin perkotaan agar mengetahui dan memahami dampak-dampak rokok dari aspek Kesehatan, Sosial, Ekonomi agar perokok miskin dapat merubah perilaku merokoknya sebagai upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat rokok.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Peserta mampu memahami dampak-dampak rokok dari aspek kesehatan, sosial dan ekonomi.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan dampak rokok dari aspek kesehatan
2. Menjelaskan dampak rokok dari aspek sosial
3. Menjelaskan dampak rokok dari aspek ekonomi.

III. POKOK BAHASAN

- A. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Kesehatan
- B. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Sosial
- C. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Ekonomi

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

PEMBELAJARAN

Jumlah jam yang digunakan dalam modul ini sebanyak 7 Jpl (T = 2 Jpl; P = 5 Jpl; PL = 0) @ 45 menit untuk memudahkan proses pembelajaran, dilakukan langkah-langkah kegiatan pembelajaran sebagai berikut:

A. Langkah 1 (15 menit)

1. Pelatih memperkenalkan diri.
2. Pelatih menyampaikan tujuan umum dan tujuan khusus.
3. Menggali pendapat peserta tentang dampak-dampak rokok.

B. Langkah 2 (90 menit)

Berdasarkan pendapat peserta, pelatih menjelaskan butir-butir penting mengenai:

1. Dampak rokok dari aspek kesehatan.
2. Dampak rokok dari aspek sosial
3. Dampak rokok dari aspek ekonomi

C. Langkah 3 (180 menit)

1. Pelatih membagi peserta menjadi 3 kelompok.
2. Pelatih meminta peserta untuk melakukan diskusi kelompok mengenai dampak-dampak rokok.
Kelompok 1 membahas dampak rokok dari aspek

kesehatan, kelompok 2 mengenai aspek rokok dari aspek sosial dan kelompok 3 mengenai dampak rokok dari aspek ekonomi.

3. Wakil kelompok diminta menyajikan hasil diskusi kelompok masing-masing. Pelatih memberi kesempatan kepada peserta lainnya untuk menanggapi setiap selesai penyajian. Berdasar 3 kelompok tersebut, Pelatih memberikan penegasan singkat tentang dampak-dampak rokok.
4. Selanjutnya, masing-masing kelompok diminta menuliskan nama-nama penyakit terkait dampak rokok pada kertas metaplan lalu menempelkan pada tempat yang disediakan. Setiap selesai menempelkan, kelompok lain diminta untuk memberikan tanggapannya. Pelatih melakukan klarifikasi tentang dampak-dampak rokok.

D. Langkah 4 (30 menit)

1. Pelatih merangkum sesi pembelajaran ini dengan meminta peserta untuk menanyakan hal-hal yang masih kurang jelas serta memberikan jawaban atas pertanyaan peserta.
2. Meminta komentar, penilaian, saran, bahkan kritik dari peserta pelatihan.

3. Menutup sesi pembelajaran dengan memberikan apresiasi pada peserta.

V. URAIAN MATERI

A. Pokok Bahasan : Dampak rokok dari aspek kesehatan

PERMENKES RI No.40 tahun 2013 tentang Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok bagi Kesehatan telah mengatur tentang pola jalan pengendalian dampak konsumsi rokok bagi kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan penyelenggaraan upaya pengendalian dampak konsumsi rokok yang terintegrasi, efektif, dan efisien.

Rokok memberikan dampak buruk baik bagi perokok yang mengonsumsinya secara langsung (perokok aktif) dan masyarakat yang mengonsumsinya secara tidak langsung (perokok pasif). Asap rokok yang dihirup oleh perokok mengandung komponen gas dan partikel. Komponen gas terdiri dari karbon monoksida, hidrogen sianida, amoniak, oksida dari hidrogen dan senyawa hidrokarbon. Adapun komponen partikel terdiri atas tar, nikotin, benzopiren, fenol, cadmium dan masih banyak lagi. Kandungan dari rokok inilah yang berdampak buruk bagi kesehatan. Data riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa rumah penduduk yang terkenapaparan asap rokok

sebesar 85%. Jumlah kematian akibat penggunaan rokok juga sangat tinggi yaitu setiap tahunnya ada sekitar 25.000 penduduk yang meninggal karena menjadi perokok pasif dan angka ini delapan kali lipat lebih banyak pada perokok aktif.

Risiko Kesehatan bagi Perokok :

- Indonesia menempati urutan ke-7 terbesar dalam jumlah kematian yang disebabkan oleh kanker yakni sebanyak 188.100 orang. Kematian yang disebabkan oleh penyakit sistem pembuluh darah di Indonesia berjumlah 468.700 orang atau menempati urutan ke-6 terbesar dari seluruh negara-negara kelompok WHO. Kematian yang disebabkan oleh penyakit sistem pernafasan adalah penyakit Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD) yakni sebesar 73.100 orang (66,6%) sedangkan Asma sebesar 13.690 orang (13,7%). Kematian akibat penyakit Tuberkulosis sebesar 127.00 orang yang merupakan terbesar ke-3 setelah negara India dan China.
- Berbagai evidence based menyatakan bahwa mengonsumsi tembakau dapat menimbulkan penyakit kanker (Mulut, Pharynx, Larynx,

Oesophagus, Paru, Pankreas, dan kandung kemih), penyakit sistem pembuluh darah (Jantung Koroner, Aneurisme Aorta, pembuluh darah perifer, Arteriosklerosis, gangguan pembuluh darah otak) dan sistem pernafasan (Bronchitis, Chronis, Emfisema, Paru Obstruktif Kronik, Tuberkulosis Paru, Asma, Radang Paru, dan penyakit saluran nafas lainnya).

- Akibat rokok di Indonesia menyebabkan 9,8% kematian karena penyakit Paru Kronik dan Emfisema pada tahun 2001.
- Rokok merupakan penyebab dari sekitar 5% kasus Stroke di Indonesia.
- Wanita yang merokok mungkin mengalami penurunan atau penundaan kemampuan hamil. Pada pria meningkatkan risiko impotensi sebesar 50%.
- Seorang bukan perokok yang menikah dengan perokok mempunyai risiko Kanker Paru sebesar 20-30% lebih tinggi daripada mereka yang pasangannya bukan perokok dan juga risiko mendapatkan penyakit Jantung.
- Ibu hamil yang merokok selama masa kehamilan atau terpapar asap rokok di rumahnya atau di

lingkungannya berisiko mengalami proses kelahiran yang bermasalah, termasuk berat bayi lahir rendah, lahir mati dan cacat lahir.

- Lebih dari 40,3 juta anak Indonesia berusia 0–14 tahun tinggal dengan perokok dan terpapar asap rokok di lingkungannya. Anak yang terpapar asap rokok di lingkungannya mengalami pertumbuhan paru yang lambat, dan lebih mudah terkena infeksi saluran pernapasan, infeksi telinga dan Asma.

B. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Sosial.

Pengaruh lingkungan yang mayoritas pengguna tembakau/perokok menjadikan penyebab perokok itu sendiri akan kesulitan untuk berhenti merokok. Jika didukung dengan pemahaman yang salah bahwa merokok di tempat terbuka tidak menjadi masalah sekalipun itu merupakan tempat umum karena tidak mengganggu orang lain. Akibat dari kurang diperketatnya aturan untuk menetapkan kawasan tanpa rokok. Sesuai dengan UU Kesehatan No. 36/ 2009 tentang Pengamanan Produk Tembakau sebagai Zat Adiktif bagi Kesehatan pada pasal 115.

Pemanfaatan potensi masyarakat miskin secara tidak langsung dieksploitasi oleh industri rokok dengan

pemanfaatan promosi dan iklan yang luar biasa tanpa batas dalam membangun image kebanggaan, rileksasi, kemampuan dalam mencapai harapan dan impian seseorang seperti enjoy, pria sejati, kreatif, ketangguhan, dan lain sebagainya. Ini menyebabkan masyarakat miskin terutama anak-anak dari keluarga miskin berimajinasi dan mencoba apa yang mereka lihat, mereka dengar, serta menurut mereka merokok adalah salah satu bagian gaya hidup anak kota dan bagian dari penunjukan identitas diri tanpa berpikir kemampuan diri dan sosialnya.

Dampak begitu besar pada mereka yang tidak merokok tetapi menghirup asap rokok lingkungan (ARL). Dalam hal perokok pasif, International Non Governmental Coalition Against Tobacco (INGCAT) telah menyampaikan rekomendasi yang didukung oleh lebih dari 60 negara di seluruh dunia yang dimuat dalam IUALTD News Bulletin on Tobacco and Health 1997. Rekomendasi ini berbunyi “paparan terhadap asap rokok lingkungan yang sering kali disebut perokok pasif dapat menyebabkan kanker paru dan kerusakan kardiovaskuler pada orang dewasa yang tidak merokok dan dapat merusak kesehatan paru dan pernapasan pada anak”.

Perokok pasif lebih berbahaya dibandingkan perokok aktif. Bahkan bahaya perokok pasif tiga kali lipat dari bahaya perokok aktif. sebanyak 25 persen zat berbahaya yang terkandung dalam rokok masuk ke tubuh perokok, sedangkan 75 persennya beredar di udara bebas yang berisiko masuk ke tubuh orang di sekitarnya.

Konsentrasi zat berbahaya di dalam tubuh perokok pasif lebih besar karena racun yang terhisap melalui asap rokok perokok aktif tidak terfilter. Sedangkan racun rokok dalam tubuh perokok aktif terfilter melalui ujung rokok yang dihisap. Namun konsentrasi racun perokok aktif bisa meningkat jika perokok aktif kembali menghirup asap rokok yang ia hembuskan. Namun karena perokok aktif sekaligus menjadi perokok pasif maka dengan sendirinya risiko perokok aktif jauh lebih besar daripada perokok pasif.

C. Pokok Bahasan: Dampak Rokok dari Aspek Ekonomi

Fenomena merokok semakin miris bila kita sandingkan dengan keadaan ekonomi dan kesehatan masyarakat saat ini. Menurut data BPS mengenai survei kesehatan nasional tahun 2011, mengenai distribusi pengeluaran masyarakat termiskin di Indonesia ditemukan data bahwa

pengeluaran sebab konsumsi tembakau menempati urutan ke dua setelah pengeluaran untuk makanan pokok. Pengeluaran untuk konsumsi rokok jauh lebih banyak dibandingkan pengeluaran untuk hal-hal lebih penting seperti untuk pendidikan, kesehatan, gizi dan hal-hal penting lainnya. Ada data yang menarik yang diolah oleh menteri kesehatan tahun 2015, tertulis bahwa setiap harinya ada 48.400.332 orang yang aktif merokok, dengan rata-rata jumlah konsumsi rokok adalah 1 pack (12 batang) perhari. Bila harga 1 pack rokok adalah Rp.12.500,00 maka setiap harinya masyarakat Indonesia yang merokok mengeluarkan uang sebesar 605 milyar lebih. Angka yang sangat besar dan tentu menggiurkan bagi para produsen rokok.

Menurut Menkes, kemiskinan dan merokok terutama bagi penduduk miskin merupakan dua hal yang saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lain. Seseorang yang membakar rokok tiap hari berarti telah kehilangan kesempatan untuk membelikan susu atau makanan lain yang bergizi bagi anak dan keluarganya. Akibat dari itu anaknya tidak dapat tumbuh dengan baik dan kecerdasannya juga tidak cukup berkembang, sehingga kapasitasnya untuk hidup lebih baik di usia

dewasa menjadi sangat terbatas. Selain itu, kemungkinan besar sang ayah juga meninggal oleh karena penyakit yang berhubungan dengan kebiasaan merokok. Demikian seterusnya, sehingga merokok dan kemiskinan merupakan sebuah lingkaran setan.

Oleh sebab itu, perokok tidak hanya menyebabkan pengeluaran besar dari kantong pribadi masyarakat perokok. Pemerintah juga perlu mengeluarkan anggaran yang banyak untuk mengatasi permasalahan kesehatan berupa penyakit yang ditimbulkan akibat konsumsi rokok.

Kerugian secara ekonomi akibat dampak rokok:

- Dampak terhadap ekonomi individu, keluarga dan masyarakat akibat hilangnya pendapatan karena sakit dan tidak dapat bekerja, pengeluaran biaya obat dan biaya perawatan.
- 69% rumah tangga memiliki pengeluaran untuk rokok.
- Rata-rata individu perokok menghabiskan Rp.216.000 untuk membeli tembakau.
- Rata-rata satu perokok per tahun menghabiskan Rp.2.592.000 untuk membeli tembakau.

- Rumah tangga perokok terkaya menghabiskan 7% pendapatannya untuk rokok sementara rumah tangga perokok termiskin menghabiskan 12%.
- Minimal 1 orang anggota rumah tangga yang mengonsumsi tembakau.
- 50% dari perokok jangka panjang akan meninggal karena penyakit akibat rokok.
- Rokok merupakan salah satu penyebab kematian terbesar di dunia. Diperkirakan hingga menjelang 2030 kematian akibat merokok akan mencapai 10 juta per tahunnya dan di negara-negara berkembang diperkirakan tidak kurang 70% kematian yang disebabkan oleh rokok.
- Merokok cenderung menyebabkan merosotnya daya kerja penduduk, yang berakibat pada menurunnya produktivitas perusahaan dan produktivitas nasional. Tiap batang rokok berarti hilangnya waktu kerja produktif sebanyak 10 menit. Pekerja perokok pun jadi cenderung malas dan suka mangkir.

Itulah mengapa sangat penting diberikan perhatian khusus kepada masyarakat terutama masyarakat miskin melalui pemberian Informasi dan Edukasi dengan pelatihan yang diharapkan dapat

meningkatkan kesadaran masyarakat dengan menyebarkan informasi di lingkungan sekitarnya.

REFERENSI

- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah*, Jakarta, 2005.
- Kemendes RI *Pedoman Pengembangan KTR*, Jakarta, 2011.
- Kementerian Kesehatan RI Bekerjasama dengan Pokjandal Posyandu, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Jakarta, 2011.
- Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta, 2011.
- Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan menteri Dalam Negeri tentang *Pedoman Pelaksanaan KTR*. Jakarta, 2011.
- Peraturan Walikota Makassar, Nomor 13 Tahun 2011 tentang *Kawasan Tanpa Rokok*, Makassar, 2011.
- Permenkes No. 40 Tahun 2013 tentang *Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok bagi Kesehatan*, Jakarta, 2013.

LEMBAR KERJA

Pedoman diskusi Kelompok

Dampak-dampak Rokok

1. Peserta dibagi menjadi 3 kelompok.

2. Peserta melakukan diskusi kelompok mengenai dampak-dampak rokok. Kelompok 1 membahas dampak rokok dari aspek kesehatan, kelompok 2 mengenai aspek rokok dari aspek sosial dan kelompok 3 mengenai dampak rokok dari aspek ekonomi.
3. Wakilkelompok dimintamenyajikan hasil diskusi kelompok masing-masing. Pelatih memberi kesempatan kepada peserta lainnya untuk menanggapi setiap selesai penyajian. Berdasar 3 kelompok tersebut, Pelatih memberikan penegasan singkat tentang dampak-dampak rokok.
4. Selanjutnya, masing-masing kelompok diminta menuliskan nama-nama penyakit terkait dampak rokok pada kertas metaplan lalu menempelkan pada tempat yang disediakan. Setiap selesai menempelkan, kelompok lain diminta untuk memberikan tanggapannya. Pelatih melakukan klarifikasi tentang dampak-dampak rokok.

MODUL 5

MEMBANGUN KOMITMEN BELAJAR (BLC)

DAFTAR ISI

I. DESKRIPSI SINGKAT

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

III. POKOK BAHASAN

A. Pokok Bahasan: Mengenal seluruh Peserta, dan Pelatih

B. Pokok Bahasan: Mengetahui Tujuan Pelatihan yang
Diikutinya

C. Pokok Bahasan: Harapan-harapan yang ingin dicapai

D. Pokok Bahasan: Menyepakati Norma Selama Proses
Pelatihan

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN PEMBELAJARAN

REFERENSI

I. DESKRIPSI SINGKAT

Perkenalan antar semua peserta dan pelatih sangat penting dalam proses pelatihan dan merupakan adaptasi awal untuk saling mengenal. Perkenalan akan memperlancar proses belajar, mengingat peserta pelatihan kadang tidak saling mengenal dan berasal dari latar belakang yang berbeda.

Membangun Komitmen Belajar (BLC) adalah salah satu cara mencairkan suasana. Dalam BLC, memberikan stimulus bagi peserta pelatihan agar mampu melibatkan diri, mengungkapkan harapan-harapannya kedepan dengan adanya pelatihan ini. Begitupun dengan nilai-nilai, norma-norma dan aturan selama pelatihan berlangsung disepakati dalam BLC sehingga terbangun komitmen dari semua peserta untuk berperan aktif mencapai tujuan pelatihan.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta dan semua yang terlibat dalam pelatihan menyepakati norma selama proses pelatihan berlangsung.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu:

1. Mengetahui seluruh peserta dan pelatih

2. Mengetahui tujuan pelatihan
3. Menyampaikan harapan-harapan yang ingin dicapai
4. Menyepakati norma selama proses pelatihan

III. POKOK BAHASAN

- A. Pokok Bahasan: Mengenal seluruh Peserta, dan Pelatih
- B. Pokok Bahasan: Mengetahui Tujuan Pelatihan yang Diikutinya
- C. Pokok Bahasan: Harapan-harapan yang ingin dicapai
- D. Pokok Bahasan: Menyepakati Norma Selama Proses Pelatihan

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

PEMBELAJARAN

Jumlah jam yang digunakan dalam modul ini sebanyak 3 jam pelajaran (T = 0 Jpl; P: 3; PL: 0) @45 menit untuk memudahkan proses pembelajaran, dilakukan langkah-langkah kegiatan pembelajaran sebagai berikut:

A. Langkah 1 (30 menit)

1. Pelatih memperkenalkan diri dan mencairkan suasana di ruang pelatihan.
2. Pelatih menyampaikan tujuan umum dan tujuan khusus yang akan dicapai.

3. Pelatih menyampaikan kegiatan yang akan dilaksanakan dalam BLC dan menyampaikan agar proses belajar efektif melalui saling kenal antar semua yang terlibat dalam proses pelatihan.

B. Langkah 2 (30 menit)

1. Masing-masing peserta diminta untuk menuliskan harapannya pada kertas metaplan.
2. Kemudian meminta peserta untuk menempelkan pada tempat yang telah disediakan.
3. Salah satu peserta diminta untuk membacakan harapan yang telah ditempelkan oleh masing-masing peserta.
4. Pelatih memberikan tanggapan terkait tujuan pelatihan yang telah disampaikan sebelumnya.

C. Langkah 3 (45 menit)

1. Pelatih membagi peserta menjadi beberapa kelompok kecil (4 kelompok), masing-masing kelompok mendiskusikan mengenai norma selama proses pelatihan, harapan-harapan yang ingin dicapai, kendala-kendala yang menjadi kekhawatiran dan pemecahan masalahnya.
2. Pelatih meminta masing-masing kelompok menuliskan hasil diskusinya dan disajikan.

D. Langkah 4 (30 menit)

1. Pelatih mempersilahkan peserta lain menanggapi hasil presentasi yang telah dilakukan sebelumnya.
2. Pelatih memberikan tanggapan dan klarifikasi mengenai hasil diskusi.
3. Merangkum hasil diskusi dan menyepakati norma sebagai bentuk komitmen bahwa keberhasilan proses belajar sangat tergantung pada peserta.
4. Pelatih menutup sesi pembelajaran dengan memberikan apresiasi pada peserta.

REFERENSI

Kementerian Kesehatan RI Bekerjasama dengan Pokjanel Posyandu, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Jakarta, 2011.

Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok*, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta, 2011.

MODUL 6

RENCANA TINDAK LANJUT

DAFTAR ISI

- I. DESKRIPSI SINGKAT
- II. TUJUAN PEMBELAJARAN
 - A. Tujuan Pembelajaran Umum
 - B. Tujuan Pembelajaran Khusus
- III. POKOK BAHASAN
 - A. Pokok Bahasan : pengertian dan Ruang Lingkup
RTL
 - B. Pokok Bahasan : Langkah-langkah penyusunan
RTL
 - C. Pokok Bahasan : Penyajian materi
- IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN
PEMBELAJARAN

REFERENSI

LEMBAR KERJA:

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul RTL ini disusun untuk membekali para prokok miskin agar mampu memahami rincian kegiatan dan dapat menyusun RTL yang akan dilaksanakan di lingkungan sekitarnya setelah mengikuti pelatihan.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menyusun rencana tindak lanjut.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu:

1. Menjelaskan ruang lingkup RTL
2. Menjelaskan langkah-langkah penyusunan RTL dan menyusun RTL
3. Menyajikan RTL.

III. POKOK BAHASAN

- A. Pokok bahasan: Pengertian dan ruang lingkup RTL
- B. Pokok bahasan: Langkah-langkah Penyusunan RTL
- C. Pokok bahasan: Penyajian RTL.

IV. LANGKAH-LANGKAH KEGIATAN

PEMBELAJARAN

Jumlah jam yang digunakan dalam modul ini sebanyak 3 jam pelajaran (T = 0 Jpl; P: 3; PL: 0) @45 menit untuk memudahkan proses pembelajaran, dilakukan langkah-langkah kegiatan pembelajaran sebagai berikut.

A. Langkah 1

1. Pelatih memperkenalkan diri.
2. Pelatih menyampaikan tujuan umum dan tujuan khusus.
3. Menggali pendapat peserta tentang pengertian dan ruang lingkup dan langkah-langkah RTL.
4. Berdasarkan pendapat peserta, pelatih menjelaskan pentingnya RTL.

5. Pelatih memberi kesempatan kepada peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas dan pelatih menjawab pertanyaan peserta tersebut.

B. Langkah 2

1. Peserta dibagi kelompok berdasarkan alamatnya.
2. Masing-masing kelompok menyusun RTL.
3. Pelatih berkeliling untuk bertanya dan memberi masukan.

C. Langkah 3

1. Pelatih memilih ketua kelompok untuk menyajikan RTL-nya, diupayakan seluruh kelompok mendapatkan kesempatan untuk menyajikan RTLnya secara bergantian.
2. Pelatih memberi kesempatan kepada peserta lainnya untuk menanggapi penyajian RTL yang disajikan.
3. Pelatih menyampaikan kesimpulan tentang RTL yang telah disusun peserta.

4. Pelatih menutup sesi pembelajaran dengan memberikan apresiasi pada peserta.

V. URAIAN MATERI

A. Pokok Bahasan: Ruang Lingkup RTL

Pengertian RTL merupakan suatu dokumen yang menjelaskan tentang kegiatan - kegiatan yang akan dilakukan, setibanya peserta di wilayah masing –masing dengan memperhitungkan hal-hal yang telah ditetapkan berdasarkan potensi dan sumber daya yang ada.

Oleh karena itu RTL memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Terarah. Setiap kegiatan yang dicantumkan dalam RTL hendaknya terarah untuk mencapai tujuan.
2. Jelas. Isi rencana mudah dimengerti dan ada pembagian tugas yang jelas antara orang-orang yang terlibat di dalam masing-masing kegiatan.
3. Fleksibel. Mudah disesuaikan dengan perkembangan situasi. Oleh karena itu RTL mempunyai kurun waktu relatif singkat.

Ruang lingkup Rencana Tindak lanjut (RTL) sebaiknya minimal:

1. Menetapkan kegiatan apa saja yang akan dilakukan,
2. Menetapkan tujuan setiap kegiatan yang ingin dicapai,
3. Menetapkan sasaran dari setiap kegiatan,
4. Menetapkan metode yang akan digunakan pada setiap kegiatan,
5. Menetapkan waktu dan tempat penyelenggaraan,
6. Menetapkan siapa pelaksana atau penanggung jawab dari setiap kegiatan,
7. Menetapkan besar biaya dan sumbernya.

B. LANGKAH-LANGKAH RTL:

1. Identifikasi dan buat perumusan yang jelas dari semua kegiatan yang akan dilaksanakan.
2. Tentukan apa tujuan dari masing-masing kegiatan yang telah ditentukan.

3. Tentukan sasaran dari masing-masing kegiatan yang telah ditentukan.
4. Tetapkan cara atau metode yang akan digunakan.
5. Perkirakan waktu yang diperlukan untuk setiap kegiatan dan tentukan lokasi yang akan digunakan.
6. Perkirakan besar dan sumber biaya yang diperlukan pada setiap kegiatan.
7. Tetapkan pelaksana kegiatan.

REFERENSI

- Kementerian Kesehatan RI bekerjasama dengan Pokjanel Posyandu, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Jakarta, 2011.
- Kementerian Kesehatan RI, *Kurikulum dan Modul Pelatihan Sanitasi Berbasis Masyarakat (STBM) Bagi Dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Di Indonesia*, Jakarta, 2013.

LEMBAR KERJA

IDENTIFIKASI MASALAH PERILAKU MEROKOK SAAT PENELITIAN

A. Pengkajian

1. Latar belakang perilaku Merokok
 - a. Faktor-faktor reinforce pemicu perilaku merokok
 - b. Usia pertama kali merokok
 - c. Cara memperoleh rokok,dsb.
2. Faktor psiko sosial perilaku merokok
3. Dampak perilaku merokok:
 - a. Kesehatan
 - b. Ekonomi
 - c. Sosial
4. Pengkajian data subjektif, mencakup pertanyaan langsung ataupun tidak langsung sebagai berikut:
 - a. aspek psiko-sosial:

Mengkaji persepsi, pengetahuan, sikap, dan keyakinan informan tentang perilaku merokok melalui item-item pertanyaan berikut:

 - 1.Alasan informan merokok;
 - 2.Sumber informan tentang rokok;
 - 3.Saat pertama kali merokok;

4.Dst....

Mengkaji aspek sosial informan terkait pemicu perilaku merokok, melalui pertanyaan berikut:

1. Apakah informan merokok karena melihat iklan.
2. Apakah karena diajak teman.
3. Apakah karena solidaritas
4. Dst.....

b. Dampak Kesehatan, Sosial, ekonomi

Mengkaji persepsi informan tentang dampak merokok melalui beberapa pertanyaan berikut:

1. Apakah informan biasa batuk, susah bernapas selama merokok;
2. Apakah informan lebih senang beli rokok daripada makanan;
3. Apakah informan merasa bahagia bila merokok bersama teman;
4. Dst.....

c. Alternatif pengembangan Model KIE:

- a. Mengkaji kebijakan pemerintah tentang Perda KTR serta hasil yang diperoleh sejak program tersebut atau dijalankan;
- b. Berdasarkan hasil yang dicapai, apakah signifikan pencapaiannya;

- c. Aspek apa yang menjadi kekurangan sehingga perlu dibenahi;
 - d. Alternatif model bagaimana yang harus dilakukan untuk merubah perilaku merokok.
 - e. Dst.....
5. Pengkajian data objektif

Pengkajian data objektif dilakukan melalui pengkajian afek dan sikap, perilaku, verbalisasi, hubungan interpersonal dan lingkungan. Pengkajian data objektif terutama dilakukan melalui observasi. Seperti:

Lokasi Penelitian:

1. Keadaan fisik,
2. Keadaan rumah perokok,
3. Keadaan tata letak;
4. Situasi interaksi perokok dengan penulis;
5. Interaksi perokok dengan teman kerja.
6. Interaksi dengan teman lokal.
7. Interaksi dengan istri
8. Interaksi dengan anak
9. Interaksi dengan anggota keluarga.

Identifikasi Perilaku Merokok

1. Identitas :

1. Nama Lengkap :
.....
2. Nama Panggilan :
.....
3. Umur :
.....
4. Agama :
.....
5. Lama Perkawinan :
.....
6. Pekerjaan :
.....
7. Jumlah Anak :
.....
8. Jumlah anggota keluarga :
.....

2. Identifikasi Pemicu Perilaku Merokok:

- ☐ Keluarga: orang tua, saudara
- ☐ Pertemanan
- ☐ Iklan
- ☐ Stress
- ☐ Lainnya.....

3. Riwayat keluhan :

Apa saja keluhan perokok dan keluarganya terkait perilaku merokoknya, misalnya: batuk, sesak?

4. identifikasi dampak :

- a. Kesehatan
- b. Sosial
- c. Ekonomi

5. Perhatikan lingkungan, apakah terdapat:

Warung yang menjual rokok ☐ rokok ☐
asbak ☐ng rokok v☐asi d☐

6. Perhatikan Perilaku merokok :

- Merokok dalam rumah ☐ Merokok saat bersama anggota keluarga ☐
- Merokok ketika bersama teman ☐ Merokok saat bekerja ☐ dst...

Adapun pengelompokan data-data hasil pengkajian perilaku merokok masyarakat miskin perkotaan yang mungkin relevan dapat terjadi adalah:

A. Data Subyektif

1. Perokok mengatakan pemicu merokok karena pengaruh teman

2. Perokok mengatakan pemicu merokok karena pengaruh orang tua
3. Perokok mengatakan pemicu merokok karena pengaruh stress
4. Perokok mengatakan pemicu merokok karena pengaruh iklan
5. Perokok mengatakan tidak tahu dampak kesehatan perilaku merokok
6. perokok mengatakan tidak tahu dampak sosial perilaku merokok
7. perokok mengatakan tidak merasa terbebani dengan pengeluaran akibat belanja rokok.

B. Data Obyektif:

1. Tampak merokok dalam rumah
2. Tampak merokok saat bersama anggota keluarga lain
3. Tampak merokok saat berkumpul bersama teman
4. Tampak merokok saat bekerja
5. Dst.

C. Analisis hambatan:

1. Hambatan pengetahuan: minim informasi terkait perilaku merokok,
2. Hambatan dukungan lingkungan: tersedia fasilitas.
3. Hambatan ketidakpedulian perokok dan keluarganya: sikap permisif Keluarga, menganggap rokok hal yang lazim.
4. Faktor penguat: solidaritas pertemanan

7. PENUTUP

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses penelitian untuk mengumpulkan data-data yang akurat dari sasaran sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Dr.SuharniA.Fachrin, S.Pd,.M.Kes.

Suharni, lahir di Cenrana-Bone, 14 Nopember 1970. Ia menempuh pendidikan tinggi di Makassar sejak tahun 1990 untuk pertama kali di Institut Keguruan dan Ilmu Pendidikan/IKIP Ujung Pandang. Saat itu, ia diterima pada program studi Pendidikan Tata Boga/Gizi dan memperoleh gelar sarjana pendidikan pada tahun 1994.

Keinginan yang kuat untuk menuntut ilmu tidak membuat Suharni berhenti di S1, melainkan ia kemudian merantau ke Yogyakarta dan melanjutkan pendidikan di UGM pada tahun 1995. Tetapi, ia memilih disiplin ilmu yang berbeda namun cukup trend yaitu 'Kesehatan Kerja'. Kesabaran dan keuletan untuk maju membuatnya selesai tepat 2 tahun dan memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.Kes) padatahun 1997.

Dalampencapaianprofesionalitasnya, Suharni kemudian mendaftar program S3 pada tahun 2010 dan diterima pada kajian Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Kajian ini diambil untuk memenuhi kepakarannya dan berhasil memperoleh gelar Doktor pada tahun 2015.

Dalam pengembangan karier akademiknya, ia juga mengabdikan pada salah satu institusi pendidikan ternama yaitu Universitas Muslim Indonesia dengan status DPK atau PNS yang diperbantukan. Di institusi inilah Suharni melakukan pendalaman keilmuan melalui Tri Dharma Perguruan Tinggi sebagai kewajiban seorang dosen.

Selain sebagai seorang dosen, Suharni juga merupakan seorang peneliti di bidangnya. Ia telah melakukan berbagai skala penelitian dari level individu hingga level institusional. Berbagai hibah dikti telah diraihinya sejak tahun 2007 hingga 2017 ini, termasuk penelitian proyek yang dilakukan oleh berbagai instansi seperti Balitbangda.

Pada sisi lain, Suharni juga banyak melakukan kegiatan pengabdian masyarakat yang sifatnya jaringan. Melalui statusnya sebagai tenaga konsultan pada yayasan kesehatan, ia banyak melakukan kajian, penyuluhan kesehatan di berbagai daerah sejak tahun 2007 hingga sekarang. Aktivitas ini kemudian berdampak pada kegiatan lainnya yaitu terlibat dalam berbagai kegiatan perumusan kebijakan untuk rekayasa social masyarakat.

Karya monumental juga Suharni tunjukkan selama kariernya. Berbagai karya ilmiah dalam bentuk artikel jurnal mulai dari lokal, nasional, hingga internasional telah dilewatinya. Bahkan, berbagai pertemuan skala lokal, nasional, dan internasional juga telah dihadirinya sejak tahun 2007 hingga sekarang.[*]

Dr. AndiAsrina, SKM, M.Kes.

AndiAsrina, lahir di Bulukumba pada 3 Agustus 1974 oleh pasangan H. A. Aofuddin (alm.) dan Hj. A. Marhumah sebagai anak keenam dari sepuluh bersaudara. Setelah menamatkan pendidikan SD di Bulukumba pada 1986, SMP di Bulukumba pada 1989, SPK Labuang Bajipada 1992, Program Pendidikan Bidan pada 1993.

Sejak tahun 1994 diangkat menjadi PNS di bidang kesehatan dan bertugas di Bulukumba hingga tahun 1997 dan pada tahun 1998 pindah tugas ke Dinas Kesehatan Kota Makassar. Tahun 2000 melanjutkan pendidikan tinggi ke Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Tamalatea Makassar, selesai pada tahun 2003, tahun 2004 kemudian melanjutkan pendidikan Pascasarjana di universitas Hasanuddin jurusan Kesehatan masyarakat, selesai pada 2006.

Sejak tahun 2008 bergabung di Kopertis Wilayah IX Sulawesi, Makassar dan menjadi dosen DPK pada STIK Tamalatea Makassar. Pada 2010 melanjutkan pendidikan Program Doktor (S3) dengan kekhususan bidang Sosiologi di Universitas Negeri Makassar (UNM) dan selesai pada tahun 2014. Juli 2014 pindah tugas sebagai dosen DPK di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Makassar (FKM UMI) hingga sekarang. Selama menjadi dosen DPK, penulis mengemban tugas pokok tridharma perguruan tinggi – mengajar, meneliti dan mengabdikan pada masyarakat.

Diantara karya ilmiah yang pernah dipublikasikan adalah: Mutu Pelayanan PT. Askes Kota Makassar, Perilaku Perokok Pemula (studi kasus pada SMPN 30 Makassar), Faktor-faktor yang berhubungan dengan ketepatan system pencatatan dan pelaporan Terpadu Puskesmas Di Kab. Takalar, Mutu Pelayanan PT. ASKES pada Pasien rawat Jalan di Puskesmas Tamalanrea, Perilaku Perokok Pemula pada Remaja SMPN 30 Makassar, dan Keberhasilan Pengobatan TB Paru dengan

Strategi DOTS di Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar, tahun 2011, Hubungan Pengetahuan dan sikap terhadap Praktek Pemeriksaan VCT (*Voluntary Counseling Testing*) HIV/AIDS pada Pekerja Gedung Teknik Universitas Hasanuddin Gowa, Perilaku Merokok Masyarakat Miskin Perkotaan di Kota Makassar, dan beberapa penelitian lainnya.

Selain pendidikan formal, penulis juga pernah mengikuti pendidikan dan pelatihan diantaranya: Pelatihan Pengembangan Keterampilan Dasar Teknik Instruksional (PEKERTI), Penataran Program Pendekatan terapan/*Applied Approach* (AA), Pelatihan dan Lokakarya Penulisan Ilmiah Dosen Perguruan Tinggi, Pelatihan Pengukuran Tes Penilaian Hasil Belajar Pendidikan Tinggi dosen PTS Kopertis Wilayah IX Sulawesi, Makassar, Pelatihan UKOM.[*]

Ella Andayanie, SKM, M.Kes.

Ella, merupakan penduduk asli Kota Makassar. Ia lahir di Ujung Pandang pada 7 April 1985. Masa kecilnya hingga dewasa dihabiskan di kota ini, termasuk pendidikan dasar hingga menengah atas.

Pada tahun 2002, Ella berhasil mencatatkan namanya sebagai mahasiswa pada perguruan tinggi terbesar di Indonesia Timur yaitu Universitas Hasanuddin. Di perguruan tinggi ini pun, ia tercatat pada salah satu program studi favorit yaitu 'Kesehatan Masyarakat'. Ketekunan dan kesabaran yang dijalani Ella membuatnya dapat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) dalam jangka waktu yang tepat yaitu 4 tahun pada tahun 2006.

Pada tahun 2007, tanpa menunggu lama Ella kemudian kembali lolos sebagai mahasiswa S2 di almamaternya yaitu Unhas. Dalam jangka waktu 2 tahun, ia kembali memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.Kes) pada tahun 2009.

Tak lama setelah memperoleh gelar tersebut, Ella kemudian mencatatkan dirinya sebagai salah satu dosen pada Universitas Muslim Indonesia pada Fakultas Kesehatan Masyarakat hingga sekarang ini.[*]