



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**ANALISIS DETERMINAN UPAYA BERHENTI MEROKOK PADA TENAGA KESEHATAN
DI DINAS KESEHATAN ACEH BARAT DAYA**

**OLEH:
VIRA SAFITRI
NPM: 2307210048**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH**

2025



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**ANALISIS DETERMINAN UPAYA BERHENTI MEROKOK PADA TENAGA KESEHATAN
DI DINAS KESEHATAN ACEH BARAT DAYA**

Tesis ini Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

**OLEH:
VIRA SAFITRI
NPM: 2307210048**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH**

2025

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Vira Safitri

NPM : 2307210048

Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul "**Analisis Determinan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya**" benar-benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, 02 Juli 2025



Vira Safitri

2307210048

ABSTRAK

NAMA : VIRA SAFITRI
NPM : 2307210048
PRODI : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNMUHA
PEMINATAN : ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
ANALISIS DETERMINAN UPAYA BERHENTI MEROKOK PADA TENAGA KESEHATAN
DI DINAS KESEHATAN ACEH BARAT DAYA

Kebiasaan merokok masih menjadi salah satu tantangan utama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, khususnya di kalangan tenaga kesehatan. Hal ini menjadi perhatian serius karena tenaga kesehatan seharusnya berperan sebagai teladan dalam menerapkan perilaku hidup sehat. Fenomena tingginya prevalensi merokok di kalangan tenaga kesehatan berpotensi menurunkan kredibilitas mereka sebagai agen perubahan dalam promosi kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor determinan yang memengaruhi upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Daya. Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain kuantitatif melalui pendekatan *cross-sectional*. Sampel berjumlah 102 orang tenaga kesehatan yang diperoleh dengan teknik *total sampling*.

Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 21–23 Juli 2025 melalui wawancara terstruktur dengan menggunakan kuesioner. Analisis data dilakukan secara bertahap, yaitu analisis univariat untuk menggambarkan distribusi variabel, analisis bivariat dengan uji regresi logistik, serta analisis multivariat dengan regresi logistik berganda untuk mengetahui faktor yang paling dominan memengaruhi upaya berhenti merokok.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa level merokok dan dukungan keluarga merupakan faktor utama yang secara signifikan berpengaruh terhadap upaya berhenti merokok. Tenaga kesehatan dengan kategori perokok sedang memiliki peluang 7,07 kali lebih besar ($p = 0,017$) dan perokok ringan 13,96 kali lebih besar ($p = 0,020$) untuk berhenti merokok dibandingkan perokok berat. Dukungan keluarga meningkatkan peluang berhenti merokok sebesar 15,02 kali ($p = 0,001$). Nilai Pseudo R^2 sebesar 0,55 menunjukkan model mampu menjelaskan 55% variasi upaya berhenti merokok. Variabel lain seperti usia, lama merokok, jenis rokok, dan pengaruh teman tidak berpengaruh signifikan.

Kata Kunci: Upaya Berhenti Merokok, Tenaga Kesehatan, Dukungan Keluarga
Referensi : 79 Buah (Tahun 2011 – Tahun 2025)

ABSTRACT

NAMA : VIRA SAFITRI
NPM : 2307210048
PRODI : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNMUHA
PEMINATAN : ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
ANALYSIS OF DETERMINANTS OF SMOKING QUIT EFFORTS AMONG HEALTH WORKERS IN THE HEALTH SERVICE OF SOUTHWEST ACEH

Smoking habits remain one of the major challenges in improving public health, particularly among healthcare workers who are expected to serve as role models in promoting healthy lifestyles. The high prevalence of smoking among healthcare workers raises serious concerns as it may undermine their credibility as agents of change in health promotion.

This study aimed to analyze the determinants influencing smoking cessation efforts among healthcare workers at the Health Office of Southwest Aceh Regency. A quantitative design with a *cross-sectional* approach was employed, involving a total sample of 102 healthcare workers obtained through a *total sampling* technique.

Data were collected from July 21 to 23, 2025, using structured interviews with standardized questionnaires. Data analysis consisted of univariate analysis to describe variable distribution, bivariate analysis using logistic regression, and multivariate analysis with multiple logistic regression to identify the most dominant influencing factors.

The results revealed that smoking level and family support were the main determinants significantly affecting smoking cessation efforts. Healthcare workers classified as moderate smokers had 7.07 times higher odds ($p = 0.017$) and light smokers had 13.96 times higher odds ($p = 0.020$) of quitting smoking compared to heavy smokers. Family support increased the likelihood of quitting smoking by 15.02 times ($p = 0.001$). The Pseudo R^2 value of 0.55 indicated that the model explained 55% of the variance in smoking cessation efforts. Other variables, including age, smoking duration, cigarette type, and peer influence, showed no significant association.

Keywords: Smoking Cessation Efforts, Health Workers, Family Support
References: 79 sources (2011 – 2025)

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**ANALISIS DETERMINAN UPAYA BERHENTI MEROKOK PADA TENAGA KESEHATAN
DI DINAS KESEHATAN ACEH BARAT DAYA**

Oleh:

VIRA SAFITRI

NPM: 2307210048

Banda Aceh, 02 Juli 2025

Disetujui oleh:

Pembimbing I



Dharina, SKM, MKM, Ph.D

NIDN. 1325048402

Pembimbing II

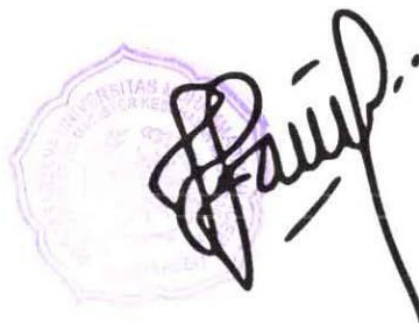


Fahmi Ichwansyah, S.Kp, MPH, Ph.D

NIP. 196810262019122001

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh



Prof. Dr. Ir. Hafnidar A. Rani S.T, M.M., IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng.

NIK. 19700314 200004 2 001

PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS

Tesis dengan judul:

ANALISIS DETERMINAN UPAYA BERHENTI MEROKOK PADA TENAGA KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN ACEH BARAT DAYA

Oleh:

Vira Safitri

NPM: 2307210048

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite Sidang Tesis
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 08 Agustus 2025

Pembimbing I : **Dharina, SKM, MKM, Ph.D**
NIDN.1325048402



Pembimbing II : **Fahmi Ichwansyah, S.Kp, MPH, Ph.D**
NIP. 196810262019122001



Penguji I : **Dr. Hermansyah, SKM, MPH**
NIP. 197202181997031002



Penguji II : **Dr. Radhiah Zakaria, M.Sc**
NIP. 196810262019122001



Mengetahui:

Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh



Prof. Dr. Ir. Hafnidar A. Rani S.T, M.M., IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng.
NIK. 19700314 200004 2 001

BIODATA

Nama : Vira Safitri
Tempat/Tgl Lahir : Blangpidie, 18 Oktober 1982
Alamat : Desa Geulumpang Payong, Kec. Blangpidie, Kab. Aceh Barat
Daya
Pendidikan Terakhir : S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 02 Juli 2025



Vira Safitri

2307210048

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah *Subhnanu Wa Ta'ala* atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “**Analisis Determinan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya**”, shalawat beserta salam senantiasa tercurahkan kepada Rasulullah *Shallahu Wa 'Alaihi Wasalam* yang menjadi suri tauladan dan panutan kita dunia akhirat.

Tesis ini merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Studi MKM-Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh dan secara khusus penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada Suami dan anak – anak tercinta serta Ayahanda Ibunda dan Mertua yang selalu memberikan dukungan dan selalu memberikan do'a dalam setiap langkah kehidupan penulis.

Selanjutnya penulis juga menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Aslam Nur, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Prof. Dr. Ir, Hafnidar A.Rani S.T, M.M., IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh.
3. Ibu Dr. Maidar, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh.
4. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat atas segala ilmu dan pengarahan selama proses pendidikan.
5. Ibu Dharina, SKM, MKM, Ph.D selaku Dosen Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi selama penyusunan tesis ini.
6. Bapak Fahmi Icwansyah, S.Kp, MPH, Ph.D selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan masukan dan koreksi demi kesempurnaan tesis ini.
7. Bapak Dr. Hermansyah, SKM, MPH dan Ibu Dr.Radhiah Zakaria, M.Sc selaku Dosen Penguji yang telah memberikan kritik dan saran yang sangat membangun demi penyempurnaan tesis ini.
8. Bapak Kepala Dinas Kesehatan dan Seluruh Kepala Puskesmas Kabupaten Aceh Barat Daya serta responden yang telah memberikan dukungan dan kontribusinya pada penulisan tesis ini.
9. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Kesehatan Masyarakat atas segala ilmu dan pengarahan selama proses pendidikan.

10. Teman-teman satu angkatan atas segala kebaikan, kebersamaan dan doa serta dukungan moril yang diberikan selama kuliah dan dalam penyelesaian tesis ini.
11. Semua pihak yang telah mendukung penyusunan tesis ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulisan tesis ini masih banyak kekurangan yang sangat membutuhkan saran serta kritik untuk perbaikan tulisan ini. Akhirnya kepada Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* saja semua urusan kita serahkan dan Dia Maha Kuasa atas segala sesuatu.

Terima kasih,

Banda Aceh, 02 Juli 2025



Vira Safitri

2307210048

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	I
ABSTRAK.....	II
ABSTRACT.....	III
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	IV
PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS.....	V
BIODATA.....	VI
KATA PENGANTAR	VII
DAFTAR ISI.....	IX
DAFTAR TABEL	XI
DAFTAR GAMBAR	XII
DAFTAR LAMPIRAN.....	XIII
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 .Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum Penelitian	6
1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	7
1.6 Manfaat Penelitian	8
1.6.1 Manfaat Praktis	8
1.6.2 Manfaat Teoritis	8
1.7 Originalitas Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	14
2.1 Tinjauan Umum Rokok dan Kebiasaan Merokok	14
2.1.1 Definisi Rokok	14
2.1.2 Zat Zat yang Berbahaya dalam Rokok	14
2.1.3 Dampak Rokok Terhadap Kesehatan.....	15
2.1.4 Epidemiologi Merokok di Indonesia dan Global	16
2.1.5 Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)	16
2.2 Upaya Berhenti Merokok	17
2.2.1 Pengertian Upaya Berhenti Merokok.....	17
2.2.2 Dimensi Upaya Berhenti Merokok.....	18
2.2.3 Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan	23
2.2.4 Dampak Upaya Berhenti Merokok Terhadap Kredibilitas Tenaga Kesehatan.....	23

2.3 Faktor yang Mempengaruhi Upaya Berhenti Merokok.....	24
2.3.1 Hubungan Usia dengan Upaya Berhenti Merokok.....	24
2.3.2 Hubungan Stres Psikologi Kerja dengan Upaya Berhenti Merokok	25
2.3.3 Hubungan Pengaruh Rekan Kerja dengan Upaya Berhenti Merokok	25
2.3.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Upaya Berhenti Merokok	26
2.4. Kerangka Teori	27
BAB III KERANGKA KONSEP	30
3.1 Kerangka Konsep	30
3.2 Hipotesis Penelitian	31
3.3 Variabel Penelitian.....	31
3.3.1 Variabel Dependensi	31
3.3.2 Variabel Independen	31
3.4 Definisi Operasional.....	32
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	35
4.1 Desain Penelitian	35
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	35
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	35
4.3.1 <i>Populasi</i>	35
4.3.2 <i>Sampel</i>	36
4.4 Metode Pengumpulan Data	37
4.4.1 <i>Alat Pengumpulan Data</i>	37
4.5 Rancangan Analisis Data	42
4.5.1 <i>Rancangan Analisis Data Univariat</i>	42
4.5.2 <i>Rancangan Analisis Data Bivariat</i>	42
4.5.3 <i>Rancangan Analisis Data Multivariat</i>	43
4.6 Jadwal Penelitian	44
BAB V HASIL PENELITIAN.....	45
5.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya.....	45
5.2 Hasil Penelitian	47
5.2.1 <i>Hasil Analisis Univariat</i>	47
5.2.2 <i>Hasil Analisis Bivariat</i>	48
5.2.3 Hasil Analisis Multivariat	52

BAB VI PEMBAHASAN	55
6.1 Pembahasan	55
6.1.1 Pengaruh Usia dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan.....	55
6.1.2 Pengaruh Lama Merokok dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan	56
6.1.3 Pengaruh Jenis Rokok dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan	58
6.1.4 Pengaruh Level Merokok dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan	60
6.1.5 Pengaruh Stres Psikologi dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan	62
6.1.6 Pengaruh Pengaruh Teman dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan	63
6.1.7 Pengaruh Dukungan Keluarga dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan	64
 BAB VII PENUTUP.....	 67
7.1 Kesimpulan	67
7.2 Saran	68
7.3. Keterbatasan.....	69
 DAFTAR PUSTAKA	 70

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Originalitas Penelitian	10
Tabel 2 Definisi Operasional	32
Tabel 3 Data Tenaga Kesehatan Yang Merokok	36
Tabel 4 Jadwal Penelitian	44
Tabel 5.1 Data Tenaga Kerja di Wilayah Kerja Dinkes Aceh Barat Daya 2025	46
Tabel 5.1 Analisis Univariat	47
Tabel 5.2 Analisis Bivariat	49
Tabel 5.3 Analisis Multivariat	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Integrative Conceptual Model on Factors	28
Gambar 2.2: A social ecological framework depicting the factors that directly or indirectly perpetuate smoking	29
Gambar 3.1: Kerangka Konsep	30
Gambar 5.1 Peta Administrasi Kabupaten Aceh Barat Daya.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

Lampiran 3 Tabel Skor

Lampiran 4 Master Tabel

Lampiran 5 Output Stata

Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian

Lampiran 7 Kode Etik Penelitian

Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dan Surat Selesai Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kebiasaan merokok sangat mempengaruhi kesehatan, karena selain memberi efek buruk kepada perokok itu sendiri, juga akan memberi efek negatif bagi orang-orang di sekitar perokok yang menghirup asap rokok yang mengandung zat-zat yang sangat berbahaya bagi kesehatan (Salsabila et al., 2022). Meskipun sosialisasi mengenai bahaya rokok telah banyak dilakukan, tetapi perilaku merokok masih ditemukan di berbagai kalangan (Utami, 2020). Meta analisis remaja 42 negara menunjukkan peluang merokok 2,18 kali lebih besar bila orang tua juga merokok (Nuha et al., 2023). Pola serupa terlihat pada studi 369 remaja laki-laki di Indonesia bila keluarga merupakan perokok aktif, risiko menjadi perokok naik hampir lima kali (RP 4,8; 95 % CI 2,9-7,9) (Artanti et al., 2024). Dikalangan tenaga kesehatan, *scoping review* Australia menegaskan bahwa smoking in the household tetap menjadi prediktor signifikan, bersaing dengan pengaruh kolega (Salehin et al., 2025).

Meski demikian, beberapa penelitian longitudinal menilai dampak keluarga dapat tersalip oleh teman sebaya pada fase dewasa awal misalnya, kajian di Finlandia menempatkan pengaruh teman dekat lima kali lebih kuat daripada orang tua dalam memprediksi merokok di usia 29 tahun (OR 5,6 vs $\leq 2,0$), walau studi ini di luar rentang tujuh tahun terakhir. Hal ini menunjukkan bahwa intensitas kontak dan *role-model* yang dominan dapat berpindah seiring perkembangan karier dan jejaring sosial tenaga kesehatan.

Kebiasaan merokok masih menjadi salah satu tantangan utama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Alam et al., 2022). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan bahwa merokok adalah penyebab utama kematian yang dapat dicegah (2021 WHO, 2021). Menurut laporan dari badan kesehatan dunia atau WHO tentang konsumsi tembakau di dunia, jumlah perokok aktif mencapai 62,8 juta, sebanyak 40% berasal

dari kalangan ekonomi menengah ke bawah. Angka prevalensi untuk merokok di Indonesia tertinggi ketiga di dunia, dengan kisaran 46,8% laki-laki dan 3,1% perempuan. Berdasarkan klasifikasi usia lebih dari 10 tahun sebagai perokok (2021 WHO, 2021).

ASEAN merupakan kawasan dengan 10% perokok di dunia dimana 46,16% diantaranya berada di Indonesia. Rokok merupakan salah satu penyebab utama kematian di dunia. Secara global, diperkirakan sekitar 100.000 orang remaja mulai merokok setiap harinya dan 250 juta remaja akan terkena penyakit Tobaccorelated (Penyakit yang berhubungan dengan rokok) dan akan meninggal sebelum waktunya jika peristiwa ini terus berlanjut (Bird et al., 2016).

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi merokok pada penduduk usia ≥ 10 tahun masih menunjukkan angka yang tinggi. Sebanyak 22,46% penduduk merokok setiap hari, sedangkan 4,56% merokok hanya pada waktu-waktu tertentu. Meskipun sebagian besar masyarakat (70,2%) tergolong bukan perokok, jumlah perokok aktif secara absolut diperkirakan mencapai sekitar 70 juta orang di seluruh Indonesia.

Di Provinsi Aceh telah diterbitkan qanun yang mengatur tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dengan tujuan melindungi kesehatan masyarakat dari bahaya rokok serta menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat. Qanun ini menetapkan area-area yang dilarang untuk merokok, serta mengatur larangan terhadap penjualan, iklan dan promosi rokok. Namun proporsi perokok di Aceh masih tergolong sangat tinggi (Qanun Prov. NAD No. 4 Tahun, 2020).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Daya tahun 2025 menunjukkan bahwa prevalensi merokok di kalangan tenaga kesehatan mencapai 86%, sebuah angka yang tergolong sangat tinggi. Kondisi ini mengindikasikan adanya kesenjangan antara peran ideal tenaga kesehatan sebagai agen perubahan dalam promosi kesehatan dan realitas perilaku kesehatannya. Aceh Barat Daya, sebagai salah satu kabupaten di Provinsi Aceh, tengah menghadapi tantangan serius terkait tingginya angka perokok

di kalangan tenaga kesehatan. Padahal, tenaga kesehatan diharapkan menjadi teladan dalam penerapan gaya hidup sehat serta berperan aktif dalam mendorong perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat. Tingginya prevalensi ini menjadi indikator bahwa upaya promosi kesehatan internal di lingkungan tenaga kesehatan perlu mendapatkan perhatian khusus melalui strategi intervensi yang tepat sasaran ([Dinkes Aceh Barat Daya, 2025](#)).

Kondisi ini menandakan bahwa strategi promotif dan preventif yang selama ini diterapkan belum sepenuhnya efektif, terutama dalam menysasar faktor-faktor determinan perilaku merokok, khususnya pada tenaga kesehatan laki-laki. Tantangan ini semakin kompleks ketika tenaga kesehatan justru menjadi bagian dari kelompok berisiko yang seharusnya dilindungi. Pada pemerintahan Kabupaten Aceh Barat Daya telah menetapkan Qanun Nomor 2 Tahun 2024 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sebagai langkah strategis untuk melindungi masyarakat dari bahaya paparan asap rokok, baik secara langsung maupun tidak langsung. Qanun ini mengatur penetapan area bebas rokok yang meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar-mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, fasilitas olahraga, dan area umum lainnya yang ditetapkan ([Qanun KTR Kabupaten Aceh Barat Daya, 2024](#)).

Kebijakan ini tidak hanya bertujuan melindungi kelompok rentan seperti anak-anak, remaja, dan ibu hamil, tetapi juga menjadi instrumen pengendalian konsumsi rokok guna menekan angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit terkait tembakau. Pelaksanaan KTR diharapkan mampu menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung perilaku hidup bersih serta sehat di masyarakat. Meskipun secara regulasi telah diatur secara jelas, keberhasilan implementasi kebijakan ini sangat dipengaruhi oleh kepatuhan individu, pengawasan pemerintah, dan dukungan lintas sektor. Oleh karena itu, diperlukan penelitian yang dapat mengevaluasi sejauh mana penerapan KTR di Kabupaten Aceh Barat Daya berjalan efektif dan memberikan dampak nyata terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Meskipun Qanun Kabupaten Aceh Barat Daya Nomor 2 Tahun 2024 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) telah mengatur secara tegas larangan merokok di berbagai area publik, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan dan kantor pemerintahan, kenyataannya di lapangan masih ditemukan tenaga kesehatan, termasuk pegawai di lingkungan Dinas Kesehatan, yang tetap merokok. Kondisi ini menjadi perhatian serius karena tenaga kesehatan memiliki peran strategis sebagai teladan perilaku hidup bersih dan sehat bagi masyarakat. Ketidaksesuaian antara peran sebagai agen perubahan kesehatan dan perilaku pribadi yang tidak sejalan dengan prinsip KTR berpotensi menurunkan kredibilitas program kesehatan, mengurangi efektivitas pesan kesehatan yang disampaikan, serta melemahkan komitmen publik terhadap kebijakan pengendalian tembakau. Fenomena ini menunjukkan adanya tantangan besar dalam implementasi KTR, khususnya dalam hal kepatuhan internal di lingkungan yang seharusnya menjadi contoh utama, sehingga diperlukan kajian lebih mendalam untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok pada tenaga kesehatan di Kabupaten Aceh Barat Daya.

Secara umum prevalensi merokok cenderung tinggi pada tenaga kesehatan berusia produktif, tetapi arah hubungannya tidak selalu konsisten. Studi nasional terhadap 10 457 dokter IGD di Tiongkok menunjukkan odds merokok 1,7 kali lebih besar pada kelompok ≥ 50 tahun dibanding < 35 tahun (Q. Zong et al., 2022). Pola serupa tampak pada tenaga kesehatan di Namibia, proporsi perokok tertinggi berada pada rentang usia 26-34 tahun kemudian menurun pada usia > 35 tahun (Q. Zong et al., 2022).

Sebaliknya *scoping review* 34 makalah di Australia menemukan sebagian penelitian justru menempatkan usia muda (< 35 tahun) sebagai prediktor kuat, sementara studi lain tidak menemukan hubungan berarti sama sekali (Salehin et al., 2025). Variasi ini mencerminkan bahwa faktor usia kerap berinteraksi dengan variabel lain (jenis kelamin, senioritas profesi atau beban kerja) sehingga hasilnya berbeda antar konteks. Merokok sering

dipakai sebagai mekanisme koping terhadap tekanan di tempat kerja. Survei 302 dokter & dokter gigi di Pakistan memperlihatkan prevalensi merokok hampir 50 %, skor stres tinggi, jam kerja >50 jam/minggu dan shift malam >6 kali/bulan secara bermakna menaikkan peluang menjadi perokok ($p < 0,05$) (Chaudhary et al., 2025). Temuan sejalan muncul pada petugas kesehatan di Meksiko, stres kerja sedang-berat berasosiasi dengan ketergantungan nikotin lebih tinggi ($p = 0,011$) (Chaudhary et al., 2025). Hubungan itu diperkuat studi koridor rumah sakit swasta Istanbul tingkat stres kerja berkorelasi positif dengan skor ketergantungan psikologis pada nikotin (Uslu et al., 2024).

Namun demikian, bukti tidak selalu linear *Scoping review* Australia mencatat beberapa riset gagal menemukan kontribusi signifikan stres setelah dimasukkan bersama penentu lain seperti status sosial ekonomi dan budaya organisasi (Salehin et al., 2025). Perbedaan definisi stres (job strain, effort reward imbalance, atau *burn out*) dan alat ukur (PSS, ERI atau kuesioner lokal) kerap menjelaskan hasil yang bertolak belakang.

Namun demikian masih di dapatkan tingginya prevalensi merokok di kalangan tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Daya yang mencapai 86%, meskipun mereka memiliki pengetahuan yang memadai tentang bahaya rokok dan berperan sebagai agen perubahan dalam promosi kesehatan. Fenomena ini menunjukkan adanya paradoks perilaku, di mana pihak yang seharusnya menjadi teladan justru melakukan perilaku yang bertentangan dengan prinsip kesehatan. Kondisi tersebut berpotensi melemahkan kredibilitas tenaga kesehatan di mata masyarakat, mengurangi efektivitas pesan berhenti merokok yang mereka sampaikan, serta menghambat implementasi kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang telah diatur dalam Qanun Nomor 2 Tahun 2024. Mengingat peran strategis tenaga kesehatan dalam mendukung upaya promotif dan preventif, penelitian ini penting dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor determinan kebiasaan merokok, sehingga dapat dirancang intervensi berbasis bukti yang relevan dengan konteks sosial budaya setempat dan

mampu meningkatkan keteladanan tenaga kesehatan sebagai model perilaku hidup sehat.

1.2 Rumusan Masalah

Fenomena merokok di kalangan tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya tahun 2025 merupakan isu penting karena bertentangan dengan peran mereka sebagai agen perubahan dalam mempromosikan gaya hidup sehat. Meskipun memiliki pengetahuan memadai tentang dampak buruk rokok, sebagian tenaga kesehatan tetap merokok, mencerminkan adanya paradoks perilaku kesehatan. Fenomena ini masih jarang dibahas dalam literatur, khususnya di wilayah kabupaten seperti Aceh Barat Daya dengan tantangan sosial budaya tersendiri. Hasil studi diharapkan menjadi dasar solusi strategis untuk meningkatkan keteladanan tenaga kesehatan dan efektivitas promosi kesehatan di masyarakat.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Apakah faktor-faktor yang mempengaruhi upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum Penelitian

Untuk menganalisis determinan yang berhubungan dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya.

1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian

Adapun tujuan khusus dalam penelitian :

1. Untuk mengetahui hubungan usia dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
2. Untuk mengetahui hubungan lama merokok dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
3. Untuk mengetahui hubungan jenis rokok dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;

4. Untuk mengetahui hubungan level merokok dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
5. Untuk mengetahui hubungan stress psikologis dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
6. Untuk mengetahui hubungan pengaruh teman dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
7. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
8. Untuk menemukan faktor yang paling dominan berhubungan dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional untuk menganalisis faktor-faktor determinan yang memengaruhi upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Daya beserta 13 Puskesmas di wilayah kerjanya. Populasi penelitian adalah seluruh tenaga kesehatan yang merupakan perokok aktif, dengan jumlah sampel sebanyak 102 responden yang diambil menggunakan teknik total sampling. Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 21–23 Juli 2025 melalui wawancara terstruktur menggunakan kuesioner standar. Variabel penelitian terdiri dari variabel dependen yaitu upaya berhenti merokok, serta variabel independen yaitu usia, lama merokok, jenis rokok, level merokok, stres psikologis, pengaruh teman, dan dukungan keluarga.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh langsung dari responden melalui instrumen penelitian yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Analisis data dilakukan secara bertahap, yaitu analisis univariat untuk menggambarkan distribusi setiap variabel, analisis bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana untuk mengetahui hubungan antar variabel independen dengan dependen, serta analisis multivariat dengan regresi logistik berganda untuk menentukan faktor yang paling dominan. Uji statistik dilakukan pada taraf kepercayaan 95% dengan tingkat signifikansi $p < 0,05$. Nilai Pseudo R^2 digunakan untuk menilai kelayakan model dalam menjelaskan variasi upaya berhenti merokok berdasarkan faktor-faktor yang diteliti.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini dapat menjadi dasar dalam pengembangan program promosi kesehatan di lingkungan tenaga kesehatan, khususnya yang bertujuan untuk mengurangi prevalensi kebiasaan merokok melalui edukasi dan intervensi berbasis tempat kerja.
2. Memberikan informasi penting bagi pengambil kebijakan di lingkup Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya dalam merancang kebijakan atau regulasi internal terkait pembatasan merokok, terutama di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Membantu institusi kesehatan dalam menyediakan dukungan atau layanan konseling bagi tenaga kesehatan yang ingin berhenti merokok, dengan pendekatan yang sesuai berdasarkan faktor-faktor determinan yang ditemukan dalam penelitian.
4. Dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi upaya berhenti merokok di kalangan tenaga kesehatan, seperti stres kerja, pengaruh rekan kerja, dukungan keluarga, maupun kebiasaan merokok dalam keluarga.

1.6.2 Manfaat Teoritis

1. Penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam memperkaya literatur mengenai determinan kebiasaan merokok, khususnya pada populasi tenaga kesehatan yang selama ini dianggap sebagai panutan dalam gaya hidup sehat.
2. Hasil penelitian ini dapat memperkuat teori-teori perilaku kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan pengaruh faktor lingkungan kerja, psikologis, dan sosial terhadap kebiasaan merokok, serta aplikasinya dalam konteks profesional kesehatan.
3. Penelitian ini dapat menjadi landasan untuk mengembangkan pendekatan atau intervensi spesifik yang berfokus pada upaya berhenti merokok, baik melalui pendekatan edukatif, psikologis, maupun sosial, di lingkungan kerja tenaga kesehatan.
4. Dengan meningkatnya upaya berhenti merokok di kalangan tenaga kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan citra tenaga kesehatan sebagai role model dalam penerapan gaya hidup sehat di masyarakat, sekaligus meningkatkan kredibilitas dalam memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan masyarakat umum.

1.7 Originalitas Penelitian

Berdasarkan tinjauan beberapa studi sebelumnya, terlihat bahwa masing-masing penelitian memiliki fokus dan pendekatan yang berbeda dalam mengkaji perilaku merokok pada tenaga kesehatan. Beberapa studi menekankan eksplorasi makna pengalaman merokok melalui pendekatan kualitatif, sedangkan penelitian ini akan menggunakan pendekatan kuantitatif cross sectional untuk mendapatkan gambaran yang lebih luas dan terukur. Penelitian ini tidak hanya melihat faktor demografi tetapi juga aspek perilaku merokok secara komprehensif.

Beberapa penelitian hanya menguji dua variabel utama, yakni stres dan lingkungan kerja dengan pendekatan korelasional. Sedangkan penelitian ini memiliki keunggulan dalam hal ruang lingkup yang lebih luas, dengan mengkaji berbagai aspek perilaku merokok seperti status, level, usia mulai, durasi, frekuensi, jenis rokok yang digunakan, hingga upaya berhenti merokok, sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai faktor-faktor yang memengaruhi perilaku merokok pada tenaga kesehatan.

Tabel 1 Originalitas Penelitian

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan	Persamaan
1	Huriah & Rahman (2021)	Smoking Behavior on Health Workers in Indonesia: A Phenomenological Study	Kualitatif fenomenologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor psikologis & lingkungan dominan 2. Perokok kesulitan memberi edukasi kepada pasien 	Penelitian ini menggunakan studi kualitatif mendalam dalam konteks Indonesia, sedangkan penelitian yang akan dilakukan menggunakan studi kauntitatif dengan desain cross sectional.	Persamaannya dengan tesis ini adalah sama-sama meneliti perilaku merokok pada tenaga kesehatan, serta menyoroti pengaruh faktor psikologis dan lingkungan terhadap perilaku merokok maupun upaya berhenti merokok.
2	Priano et al. (2025)	Epidemiology of Smoking Habits among Healthcare Workers in a Teaching Hospital in Northern Italy	Cross sectional	Analisis univariat menunjukkan hubungan antara merokok dan beberapa variabel demografi dan pekerjaan seperti kategori	Penelitian ini menggabungkan faktor risiko kerja sedangkan penelitian yang akan dilakukan menganalisis faktor merokok secara	Persamaannya dengan tesis ini yaitu sama-sama menggunakan desain cross-sectional dan berfokus pada tenaga kesehatan, dengan tujuan mengidentifikasi hubungan antara faktor demografi dan pekerjaan

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan	Persamaan
				profesional yang berbeda dan risiko pekerjaan.	keseluruhan	dengan kebiasaan merokok.
3	Lalramdini et al. (2025)	Prevalence and Attitudes Towards Tobacco Use among Healthcare Professionals in Mizoram	Survei daring, Cross Sectional, menggunakan kuesioner GTSS	<ol style="list-style-type: none"> 47,2% menggunakan tembakau Gender, pola makan dan lama kerja berpengaruh terhadap sikap merokok 	Penelitian ini membedakan jenis tembakau yang penelitiannya dilakukan pada tenaga kesehatan, sedangkan penelitian yang akan dilakukan lebih melihat ke faktor yang mempengaruhi tenaga kesehatan menghisap rokok.	Persamaannya dengan tesis ini adalah sama-sama menganalisis prevalensi dan determinan perilaku merokok pada tenaga kesehatan, khususnya terkait jenis tembakau yang digunakan dan faktor sosiodemografi.
4	Oktriansyah et al. (2023)	Hubungan Stres dan Lingkungan dengan Perilaku Merokok	Kuantitatif dengan pendekatan	Ada hubungan yang signifikan antara stress dan lingkungan sosial	Penelitian ini hanya berfokus pada stres dan lingkungan kerja,	Persamaannya dengan tesis ini yaitu sama-sama menekankan hubungan stres psikologis dan lingkungan kerja

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan	Persamaan
		pada Tenaga Kesehatan (Nakes) di Rumah Sakit Ryz Kota X	korelasional.	dengan perilaku merokok ($R = 0.280$, $F = 20.817$ dan signifikansi $p = 0.000$)	sedangkan penelitian yang akan dilakukan menganalisis lebih dalam variabel status merokok, level merokok, lama merokok, frekuensi merokok, jenis rokok dan upaya berhenti merokok yang digunakan sebagai variabel dependen.	dengan perilaku merokok, serta berfokus pada determinasi faktor internal dan eksternal di kalangan tenaga kesehatan.
5	Chaudhary et al. (2025)	Work Stress and Smoking Behavior among Healthcare Professionals in Pakistan	Kuantitatif, Cross-Sectional, menggunakan kuesioner terstruktur	Stres kerja tinggi, jam kerja >50 jam/minggu, dan shift malam >6 kali/bulan meningkatkan risiko merokok secara signifikan pada tenaga kesehatan	Penelitian ini menekankan hubungan stres kerja dengan perilaku merokok, sementara penelitian yang dilakukan menganalisis lebih komprehensif dengan memasukkan variabel usia,	Sama-sama menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional, meneliti populasi tenaga kesehatan, serta menekankan peran faktor psikologis khususnya stres dalam memengaruhi perilaku merokok. Kedua penelitian ini

No	Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan Penelitian	Perbedaan	Persamaan
					<p>lama merokok, jenis rokok, level merokok, stres psikologis, pengaruh teman, dan dukungan keluarga terhadap upaya berhenti merokok.</p>	<p>bertujuan untuk mengidentifikasi faktor determinan yang berhubungan dengan kebiasaan merokok maupun upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan, sehingga hasilnya dapat dijadikan dasar penyusunan strategi intervensi berbasis bukti untuk mendukung keberhasilan program berhenti merokok di kalangan tenaga medis.</p>

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Rokok dan Kebiasaan Merokok

2.1.1 Definisi Rokok

Rokok merupakan salah satu produk hasil tembakau yang digunakan dengan cara dibakar dan dihisap asapnya (Johan, 2023). Di Indonesia bentuk rokok yang umum dikonsumsi adalah rokok kretek dan rokok putih, baik dalam bentuk filter maupun tanpa filter. Selain itu rokok elektrik dan tembakau alternatif lainnya mulai meningkat penggunaannya, terutama di kalangan usia muda (Alam et al., 2022). Rokok digolongkan sebagai produk adiktif karena mengandung nikotin yang menyebabkan ketergantungan secara fisik dan psikologis (Sriyanto & Pangestu, 2022).

Menurut 2021 WHO (2021) rokok adalah produk tembakau yang paling umum digunakan dan menjadi faktor utama penyebab kematian yang dapat dicegah. Di Indonesia pengaturan definisi dan pengendalian rokok tertuang dalam PP No. 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan yang mendefinisikan rokok sebagai produk hasil olahan tembakau yang dimaksudkan untuk dihisap atau dihirup, termasuk rokok elektrik dan produk sejenisnya (PP RI No.109, 2012).

2.1.2 Zat Zat yang Berbahaya dalam Rokok

Asap rokok mengandung lebih dari 7.000 bahan kimia, di mana sekitar 250 bersifat toksik dan lebih dari 70 di antaranya telah terbukti sebagai zat karsinogenik (2021 WHO, 2021). Di antara zat berbahaya tersebut, nikotin adalah zat utama yang menyebabkan ketergantungan. Zat ini memengaruhi sistem saraf pusat, menyebabkan efek relaksasi semu dan memperkuat keinginan untuk terus merokok. Tar merupakan residu yang menempel di paru-paru dan berkontribusi terhadap kanker paru dan penyakit paru kronik. Karbon Asap rokok mengandung lebih dari 7.000 bahan kimia, dimana sekitar 250 bersifat toksik dan lebih dari 70 di

antaranya telah terbukti sebagai zat karsinogenik (2021 WHO, 2021). Di antara zat berbahaya tersebut, nikotin adalah zat utama yang menyebabkan ketergantungan. Zat ini memengaruhi sistem saraf pusat, menyebabkan efek relaksasi semu dan memperkuat keinginan untuk terus merokok. Tar merupakan residu yang menempel di paru-paru dan berkontribusi terhadap kanker paru dan penyakit paru kronik. Karbon monoksida mengikat hemoglobin dalam darah lebih kuat daripada oksigen, sehingga mengurangi kapasitas darah untuk membawa oksigen.

Selain itu terdapat zat berbahaya lain seperti arsenik, benzena, formaldehida, kadmium dan hidrogen sianida. Paparan jangka panjang terhadap zat-zat ini tidak hanya berdampak pada perokok aktif, tetapi juga perokok pasif yang terpapar asap rokok di lingkungan kerja, rumah dan ruang publik (U.S. Department of Health and Human Services, 2020). Bahkan, risiko gangguan kesehatan dari perokok pasif dapat serupa dengan perokok aktif bila terpapar secara terus-menerus.

2.1.3 Dampak Rokok Terhadap Kesehatan

Merokok berkontribusi signifikan terhadap beban penyakit tidak menular (PTM) seperti kanker, penyakit jantung, stroke dan gangguan pernapasan. Menurut data [Global Burden of Disease Collaborative Network \(2020\)](#), merokok merupakan faktor risiko utama ketiga yang menyebabkan kematian dini dan disabilitas secara global. Di Indonesia, rokok juga menjadi salah satu penyebab kematian terbanyak akibat penyakit jantung koroner dan PPOK ([Kementerian Kesehatan RI, 2021](#)).

Selain dampak pada sistem pernapasan dan kardiovaskular, rokok juga berpengaruh terhadap kesuburan, kehamilan serta sistem kekebalan tubuh. Merokok pada perempuan hamil meningkatkan risiko kelahiran prematur, berat bayi lahir rendah, hingga kematian janin. Pada individu dengan penyakit kronis, kebiasaan merokok dapat memperparah kondisi dan mengganggu efektivitas pengobatan. Selain itu, kebiasaan merokok di kalangan tenaga kesehatan juga menghambat mereka dalam memberikan edukasi berhenti merokok secara efektif, karena adanya konflik peran dan penurunan kredibilitas di mata pasien.

2.1.4 Epidemiologi Merokok di Indonesia dan Global

Menurut laporan dari badan kesehatan dunia atau WHO tentang konsumsi tembakau di dunia, jumlah perokok aktif mencapai 62,8 juta, sebanyak 40% berasal dari kalangan ekonomi menengah ke bawah. Angka prevalensi untuk merokok di Indonesia tertinggi ketiga di dunia, dengan kisaran 46,8% laki-laki dan 3,1% perempuan. Berdasarkan klasifikasi usia lebih dari 10 tahun sebagai perokok (2021 WHO, 2021).

Berdasarkan hasil Rikesdas (2018) proporsi perokok pada penduduk usia ≥ 10 tahun di Indonesia sebesar 24,3%. Angka ini menunjukkan bahwa hampir seperempat penduduk Indonesia dalam kelompok usia tersebut adalah perokok aktif. Data ini mencerminkan tingginya tingkat kebiasaan merokok di berbagai kelompok umur dan wilayah di Indonesia. Proporsi ini dihitung dari seluruh populasi usia ≥ 10 tahun yang melaporkan pernah atau masih aktif merokok pada saat survei dilakukan.

Provinsi Aceh menduduki posisi tertinggi dalam proporsi perokok dibanding seluruh provinsi lain di Indonesia. Proporsi perokok usia ≥ 10 tahun di Aceh mencapai 24,0% yang angkanya hanya sedikit lebih rendah dari rata-rata nasional (Rikesdas, 2018). Di Aceh telah diterbitkan qanun yang mengatur tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dengan tujuan melindungi kesehatan masyarakat dari bahaya rokok serta menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat. Qanun ini menetapkan area-area yang dilarang untuk merokok, serta mengatur larangan terhadap penjualan, iklan dan promosi rokok. Namun proporsi perokok di Aceh masih tergolong sangat tinggi (Qanun Prov. NAD No. 4 Tahun, 2020).

2.1.5 Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan kebijakan yang bertujuan menciptakan lingkungan sehat dan melindungi masyarakat dari paparan asap rokok. Berdasarkan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan PP No. 109 Tahun 2012, KTR harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan, tempat belajar-mengajar, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja dan tempat umum lainnya (PP RI No.109, 2012).

Meskipun regulasi ini telah diberlakukan secara nasional, tingkat implementasi KTR di daerah sangat bervariasi. Beberapa daerah seperti Jakarta dan Bali cukup ketat dalam pengawasan, namun banyak daerah lain termasuk Aceh masih menghadapi hambatan seperti keterbatasan sumber daya pengawas, rendahnya kesadaran masyarakat, serta lemahnya sanksi terhadap pelanggaran (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Di Aceh, misalnya telah diterbitkan *Qanun No. 4 Tahun 2020* tentang KTR, namun pengawasan dan penegakan hukum masih belum optimal.

Efektivitas KTR bergantung pada koordinasi lintas sektor, termasuk dukungan dari tenaga kesehatan. Sayangnya, jika tenaga kesehatan sendiri masih memiliki kebiasaan merokok, maka penerapan KTR bisa menjadi tidak konsisten atau bahkan diabaikan.

2.2 Upaya Berhenti Merokok

2.2.1 Pengertian Upaya Berhenti Merokok

Pada upaya berhenti merokok mengacu pada tindakan atau niat individu untuk menghentikan kebiasaan merokok, baik melalui usaha sendiri maupun menggunakan bantuan layanan medis. Indikator umum untuk mengukur upaya berhenti meliputi:

- Pernah mencoba berhenti ≥ 1 kali dalam 12 bulan terakhir.
- Durasi upaya berhenti (misalnya ≥ 24 jam).
- Penggunaan bantuan seperti konseling, farmakoterapi atau layanan berhenti merokok.

Dalam studi [Huriah & Rahman \(2021\)](#), ditemukan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan memiliki keinginan untuk berhenti merokok, namun merasa sulit karena lingkungan kerja yang tidak mendukung dan minimnya akses ke program berhenti merokok. [2021 WHO \(2021\)](#) juga menekankan pentingnya fasilitas kesehatan untuk menyediakan layanan berhenti merokok yang mudah diakses, termasuk oleh tenaga medis itu sendiri.

2.2.2 Dimensi Upaya Berhenti Merokok

a. Status Merokok

Status merokok mengklasifikasikan individu ke dalam kelompok berdasarkan perilaku konsumsi rokok saat ini. Umumnya, status ini dibagi menjadi tiga kategori:

- Perokok aktif (current smoker): individu yang masih merokok (baik setiap hari maupun kadang-kadang).
- Perokok pasif (former smoker): pernah merokok namun sudah berhenti pada waktu pengambilan data.
- Bukan perokok (never smoker): belum pernah merokok atau pernah mencoba namun tidak berlanjut secara teratur.

Status ini membantu peneliti mengidentifikasi pola risiko dan mengukur prevalensi rokok dalam populasi. Dalam studi [Huriah & Rahman \(2021\)](#) di kalangan tenaga kesehatan di Indonesia, ditemukan bahwa beberapa perokok aktif memiliki kesadaran risiko, namun belum memiliki motivasi untuk berhenti karena tekanan pekerjaan dan pengaruh sosial di lingkungan kerja.

b. Level Merokok

Level merokok merujuk pada jumlah batang rokok yang dikonsumsi dalam periode tertentu, biasanya per hari. Kategori umum yang digunakan adalah:

- Ringan: <10 batang/hari
- Sedang: 10–19 batang/hari
- Berat: ≥20 batang/hari

Tingkat konsumsi ini dikaitkan dengan besarnya paparan terhadap nikotin dan zat beracun lainnya. Studi oleh [Qiao Zong et al. \(2022\)](#) pada tenaga medis di Tiongkok menunjukkan bahwa perokok berat lebih cenderung memiliki gejala kecemasan dan kelelahan dibanding perokok ringan. Selain itu, semakin tinggi level merokok, semakin besar tantangan untuk berhenti karena ketergantungan yang lebih kuat terhadap nikotin.

c. Lama Merokok

Durasi merokok adalah panjang waktu (dalam tahun) seseorang telah merokok sejak mulai melakukannya secara teratur. Aspek ini mencerminkan paparan jangka panjang terhadap zat adiktif dalam rokok dan sering dikaitkan dengan risiko penyakit kronik seperti kanker dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

Dalam penelitian [Lalramdini et al. \(2025\)](#), ditemukan bahwa mayoritas tenaga kesehatan yang merokok telah memiliki kebiasaan tersebut lebih dari 10 tahun dan sebagian besar mengembangkan kebiasaan merokok sejak usia remaja atau masa pendidikan kesehatan. Lama merokok juga penting dalam menghitung indeks pack-year sebagai indikator klinis.

d. Frekuensi Merokok

Frekuensi merokok menunjukkan seberapa sering seseorang mengonsumsi rokok dalam periode tertentu. Kategori umum dalam survei adalah:

- Harian (daily smoker): merokok setiap hari.
- Kadang-kadang (occasional smoker): merokok beberapa hari dalam seminggu atau hanya dalam situasi tertentu.
- Tidak rutin (non-daily): merokok kurang dari 1 batang per hari atau hanya pada acara sosial.

Frekuensi ini sering kali dipengaruhi oleh situasi sosial, stres dan aksesibilitas terhadap rokok. Studi oleh [Priano et al. \(2025\)](#) menunjukkan bahwa tenaga kesehatan yang bekerja dalam sistem shift cenderung merokok lebih sering karena tekanan pekerjaan dan ketidakstabilan emosional.

e. Jenis Rokok

Jenis rokok yang dikonsumsi dapat bervariasi tergantung pada preferensi individu, ketersediaan dan persepsi risiko. Jenis rokok yang umum dikonsumsi meliputi:

- Rokok kretek
- Rokok filter/non-filter
- Rokok elektrik (vape)
- Produk tembakau alternatif seperti tembakau kunyah atau heated tobacco product (HTP)

Menurut [2021 WHO \(2021\)](#), produk tembakau baru seperti rokok elektrik dan HTP semakin populer, terutama di kalangan tenaga kesehatan muda. Studi oleh [Salehin et al. \(2025\)](#) di Australia menunjukkan bahwa meskipun rokok elektrik dipersepsikan lebih aman, namun masih mengandung nikotin dan zat toksik lainnya, serta berpotensi menimbulkan ketergantungan yang serupa.

f. Stress Psikologis

Stres psikologis merupakan salah satu faktor yang sering dikaitkan dengan perilaku merokok, terutama di kalangan tenaga kesehatan yang memiliki beban kerja tinggi. Merokok sering digunakan sebagai mekanisme koping untuk mengurangi ketegangan emosional akibat tekanan pekerjaan, tuntutan pelayanan, serta kondisi lingkungan kerja yang menantang ([Chaudhary et al., 2025](#)). Penelitian di Pakistan terhadap 302 dokter dan dokter gigi menunjukkan bahwa skor stres tinggi, jam kerja lebih dari 50 jam per minggu, serta frekuensi shift malam lebih dari enam kali per bulan secara signifikan meningkatkan kemungkinan menjadi perokok ($p < 0,05$) ([Chaudhary et al., 2025](#)).

Temuan serupa dilaporkan pada petugas kesehatan di Meksiko, di mana stres kerja tingkat sedang hingga berat berhubungan dengan tingkat ketergantungan nikotin yang lebih tinggi (Uslu et al., 2024). Hal ini mengindikasikan bahwa stres psikologis dapat memengaruhi intensitas merokok, baik dalam jumlah konsumsi rokok maupun durasi kebiasaan tersebut.

Namun, hubungan antara stres psikologis dan kebiasaan merokok tidak selalu bersifat linear dan konsisten di semua penelitian. Beberapa studi mencatat bahwa pengaruh stres dapat berkurang atau tidak signifikan ketika dianalisis bersama faktor lain seperti dukungan sosial, status ekonomi, dan budaya organisasi (Salehin et al., 2025). Perbedaan definisi stres—misalnya *job strain*, *effort-reward imbalance*, atau *burn out*—serta variasi alat ukur seperti Perceived Stress Scale (PSS) atau kuesioner lokal juga memengaruhi hasil penelitian (Oktriansyah et al., 2023). Dalam konteks tenaga kesehatan, keberadaan stres psikologis yang tidak diimbangi dengan strategi koping adaptif dapat memperkuat ketergantungan terhadap rokok, sehingga intervensi pengendalian tembakau sebaiknya tidak hanya fokus pada edukasi bahaya rokok, tetapi juga pada manajemen stres di lingkungan kerja melalui konseling, pengaturan beban kerja, dan dukungan psikososial yang memadai.

g. Pengaruh Teman dan Dukungan Keluarga

Lingkungan sosial di tempat kerja, khususnya pengaruh teman sejawat, memiliki kontribusi signifikan terhadap pembentukan dan keberlanjutan kebiasaan merokok. Norma sosial yang permisif terhadap perilaku merokok di kalangan tenaga kesehatan berpotensi mendorong perilaku tersebut, baik melalui ajakan eksplisit maupun peniruan perilaku (*modelling*) dari rekan kerja (Rahman & Huriah, 2021). Kajian *scoping review* di Australia mengidentifikasi bahwa keberadaan rekan kerja yang merokok merupakan prediktor kuat tingginya prevalensi merokok pada tenaga kesehatan (Salehin et al., 2025). Penelitian di lingkungan tenaga medis di

Asia juga menunjukkan bahwa pengaruh teman sebaya merupakan determinan utama perilaku merokok (Rahman & Huriah, 2021). Temuan ini diperkuat oleh studi di Belanda yang melaporkan bahwa dukungan rekan kerja dalam program penghentian merokok meningkatkan keberhasilan berhenti hingga periode tindak lanjut 12 bulan, mengindikasikan bahwa pengaruh teman dapat bersifat ganda, yaitu sebagai faktor risiko maupun faktor protektif tergantung pada norma yang berlaku di lingkungan kerja (Yuan et al., 2023). Meskipun demikian, tidak semua penelitian menemukan hubungan langsung yang signifikan antara pengaruh teman dan perilaku merokok setelah mengendalikan variabel perancu seperti usia, status depresi, dan beban kerja (Q. Zong et al., 2022). Hal tersebut menunjukkan bahwa pengaruh teman kemungkinan berinteraksi dengan faktor psikologis maupun struktural di lingkungan kerja.

Selain pengaruh teman, dukungan keluarga juga merupakan faktor protektif penting terhadap kebiasaan merokok. Dukungan ini dapat berbentuk dukungan emosional, penetapan aturan rumah tangga, serta komunikasi yang konsisten dalam menolak perilaku merokok. Analisis data *Health Behavior in School-aged Children (HBSC)* tahun 2017/2018 yang mencakup 42 negara menunjukkan bahwa individu dengan tingkat dukungan keluarga rendah memiliki rasio prevalensi merokok 1,8–2,2 kali lebih tinggi dibandingkan mereka yang memperoleh dukungan tinggi (Zaborskis et al., 2021). Studi di Amerika Serikat pada populasi dengan gangguan kesehatan mental melaporkan bahwa sikap keluarga yang negatif terhadap rokok meningkatkan peluang berhenti merokok sebesar 30% (Catherine S. Nagawa et al., 2022).

Dalam konteks tenaga kesehatan, keberadaan dukungan keluarga yang konsisten dapat memperkuat motivasi untuk berhenti merokok dan menurunkan ketergantungan nikotin melalui penguatan kontrol sosial positif. Namun, efektivitas dukungan keluarga tidak selalu signifikan dalam semua intervensi. Penelitian di Belanda menemukan bahwa dukungan

pasangan atau keluarga tidak berhubungan secara bermakna dengan keberhasilan berhenti merokok jangka panjang (Yuan et al., 2023).

Hal ini mengindikasikan bahwa intervensi penghentian merokok sebaiknya memadukan keterlibatan aktif keluarga dengan dukungan dari lingkungan kerja, sehingga tercipta sinergi antara kontrol sosial di rumah dan dukungan kelompok sebaya di tempat kerja untuk meningkatkan keberhasilan program pengendalian tembakau.

2.2.3 Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dianggap sebagai agen perubahan yang seharusnya memberikan contoh perilaku hidup sehat. Namun, prevalensi merokok di kalangan tenaga kesehatan masih cukup tinggi (Illahi et al., 2022). Hal ini menciptakan paradoks, dimana mereka yang memiliki pengetahuan mendalam tentang bahaya merokok justru tetap terlibat dalam perilaku ini. Perilaku tersebut dapat memengaruhi kredibilitas mereka dalam memberikan edukasi kepada masyarakat (Hakim, 2023).

Stres kerja dan tekanan sosial merupakan faktor utama yang mendorong perilaku merokok di kalangan tenaga Kesehatan (Oktriansyah et al., 2023). Studi lain oleh menemukan bahwa kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) yang kurang efektif di fasilitas kesehatan meningkatkan prevalensi merokok di kalangan tenaga medis (Arsania & Gurning, 2024).

2.2.4 Dampak Upaya Berhenti Merokok Terhadap Kredibilitas Tenaga Kesehatan

Perilaku merokok di kalangan tenaga kesehatan memiliki dampak langsung terhadap kredibilitas mereka sebagai panutan dalam promosi Kesehatan (Mamahit et al., 2022). Sebagai role model, tenaga kesehatan diharapkan dapat menunjukkan gaya hidup sehat yang mendukung pesan-pesan kesehatan yang mereka sampaikan kepada masyarakat. Namun, ketika tenaga kesehatan sendiri merokok, hal ini dapat menimbulkan ketidakpercayaan di antara pasien dan komunitas yang mereka layani. Pasien

mungkin mempertanyakan konsistensi antara nasihat kesehatan yang diberikan dan perilaku pribadi tenaga Kesehatan (Sainal & Murni, 2022).

Selain itu, kebiasaan merokok dapat mengurangi efektivitas tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas edukasi, terutama dalam konteks kampanye berhenti merokok (Ramadhan, 2023). Ketika masyarakat melihat bahwa tenaga kesehatan yang merokok tidak mampu mengatasi kebiasaan mereka sendiri, mereka mungkin merasa bahwa pesan untuk berhenti merokok tidak realistis atau sulit dicapai. Hal ini tidak hanya merusak kredibilitas individu tenaga kesehatan tetapi juga institusi kesehatan secara keseluruhan (Nurul Isnaini, 2021).

Dampak lainnya adalah potensi berkurangnya produktivitas kerja dan meningkatnya risiko kesehatan di antara tenaga kesehatan yang merokok (Damayanti et al., 2024). Ketidakhadiran akibat penyakit terkait merokok dapat memengaruhi ketersediaan layanan kesehatan untuk kalangan masyarakat. Oleh sebab itu, sangatlah penting bagi tenaga kesehatan agar tidak hanya memahami bahaya merokok tetapi juga menjauhi kebiasaan ini demi menjaga kredibilitas, efektivitas dan kesehatan mereka sendiri (Suiraoaka et al., 2024).

2.3 Faktor yang Mempengaruhi Upaya Berhenti Merokok

2.3.1 Hubungan Usia dengan Upaya Berhenti Merokok

Usia merupakan salah satu faktor demografis yang memengaruhi upaya berhenti merokok, baik dari segi inisiasi, frekuensi, maupun durasi konsumsi rokok. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia muda cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk memulai kebiasaan merokok karena pengaruh teman sebaya, rasa ingin tahu, dan dorongan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial (Rahman & Huriyah, 2021). Sebaliknya, pada kelompok usia yang lebih tua, kebiasaan merokok biasanya telah terbentuk sejak lama dan menjadi bagian dari pola hidup sehari-hari,

sehingga tingkat ketergantungan nikotin lebih tinggi dan motivasi untuk berhenti merokok relatif rendah (Salehin et al., 2025).

Studi nasional di Tiongkok menunjukkan bahwa tenaga kesehatan berusia ≥ 50 tahun memiliki peluang merokok 1,7 kali lebih besar dibandingkan yang berusia < 35 tahun (Q. Zong et al., 2022). Namun, penelitian di Namibia menemukan prevalensi tertinggi justru pada usia 26–34 tahun, yang menggambarkan bahwa hubungan usia dan kebiasaan merokok dapat bervariasi antar konteks sosial dan budaya (Q. Zong et al., 2022).

2.3.2 Hubungan Stres Psikologi Kerja dengan Upaya Berhenti Merokok

Merokok sering dipakai sebagai mekanisme koping terhadap tekanan di tempat kerja. Survei 302 dokter & dokter gigi di Pakistan memperlihatkan prevalensi merokok hampir 50 %, skor stres tinggi, jam kerja > 50 jam/minggu dan shift malam > 6 kali/bulan secara bermakna menaikkan peluang menjadi perokok ($p < 0,05$) (Chaudhary et al., 2025). Temuan sejalan muncul pada petugas kesehatan di Meksiko, stres kerja sedang-berat berasosiasi dengan ketergantungan nikotin lebih tinggi ($p = 0,011$) (Chaudhary et al., 2025). Hubungan itu diperkuat studi koridor rumah sakit swasta Istanbul tingkat stres kerja berkorelasi positif dengan skor ketergantungan psikologis pada nikotin (Uslu et al., 2024).

Namun demikian, bukti tidak selalu linear *Scoping review* Australia mencatat beberapa riset gagal menemukan kontribusi signifikan stres setelah dimasukkan bersama penentu lain seperti status sosial ekonomi dan budaya organisasi (Salehin et al., 2025). Perbedaan definisi stres (job strain, effort reward imbalance, atau *burn out*) dan alat ukur (PSS, ERI atau kuesioner lokal) kerap menjelaskan hasil yang bertolak belakang.

2.3.3 Hubungan Pengaruh Rekan Kerja dengan Upaya Berhenti Merokok

Lingkungan sosial di fasilitas kesehatan memiliki peran ganda sebagai pemicu (norma permisif) sekaligus penopang berhenti merokok. *Scoping review* Australia menegaskan bahwa smoking among peers/colleagues ialah

prediktor kuat bagi tingginya prevalensi di kalangan dokter dan perawat (Salehin et al., 2025). Literatur regional di Asia juga mengidentifikasi pengaruh teman sekerja sebagai salah satu determinan utama perilaku merokok tenaga kesehatan (Rahman & Huriah, 2021).

Bukti intervensional datang dari studi berhenti merokok dilingkungan kerja Belanda, dukungan rekan satu pelatihan meningkatkan keberhasilan quit-rate hingga 12 bulan, melebihi pengaruh teman & keluarga yang tidak signifikan (Yuan et al., 2023). Di sisi lain survei besar dokter darurat di Tiongkok tidak menemukan variabel dukungan rekan sebagai determinan independen setelah dikontrol faktor usia, depresi dan beban shift menunjukkan bahwa pengaruh rekan kerja dapat teredam bila tekanan organisasi lebih dominan (Qiao Zong et al. (2022).

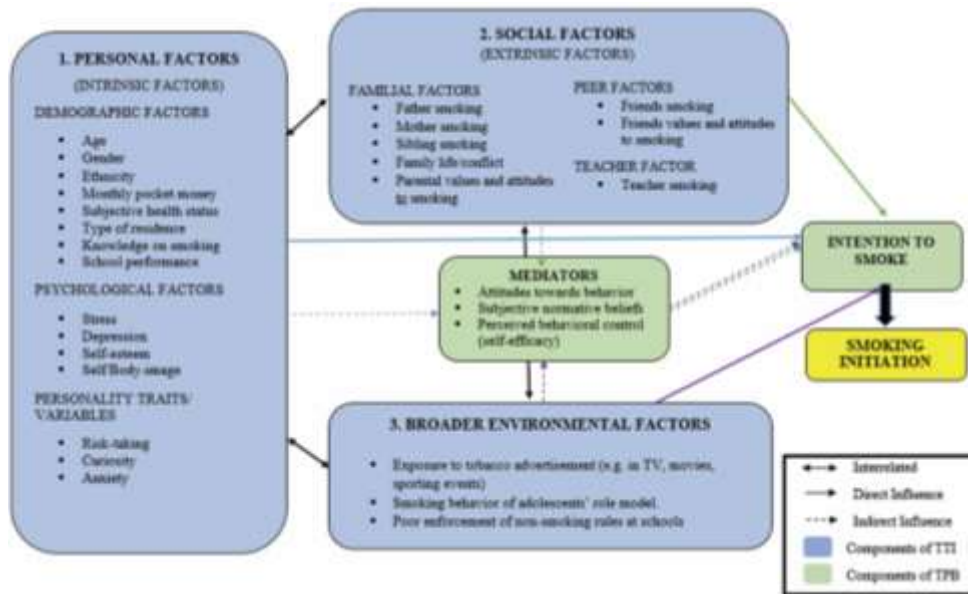
2.3.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Upaya Berhenti Merokok

Keluarga melalui komunikasi aturan rumah dan *emotional bonding* dapat menjadi proteksi penting. Analisis struktural pada sampel nasional AS dengan gangguan kesehatan mental menemukan bahwa sikap keluarga/teman yang negatif terhadap rokok meningkatkan peluang berhenti 30 % (Catherine S Nagawa et al., 2022). Studi multi negara HBSA 2017/2018 (42 negara) juga melaporkan *prevalence ratio* 1,8-2,2 kali lebih tinggi untuk remaja dengan dukungan keluarga rendah. Sedangkan survei nasional Korea menunjukkan makan bersama keluarga berkorelasi dengan prevalensi perokok lebih rendah ($p < 0,0001$) (Zaborskis et al., 2021). Walau begitu, efek dukungan keluarga tidak selalu kuat. Dalam program berhenti merokok di Belanda tadi, dukungan pasangan/keluarga tidak berhubungan dengan quit success jangka panjang (Yuan et al., 2023). Perbedaan desain intervensi, intensitas keterlibatan dan norma budaya keluarga diyakini memengaruhi konsistensi hasil.

2.4. Kerangka Teori

Kerangka teori ini menggambarkan interaksi antara berbagai faktor pribadi, sosial dan lingkungan yang memengaruhi niat dan perilaku merokok, khususnya melalui pendekatan gabungan Theory of Planned Behavior (TPB) dan Theory of Triadic Influence (TTI). Pada bagian pertama, faktor pribadi (personal factors) seperti usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, kesehatan mental (depresi, stres), serta sifat kepribadian (seperti kecemasan dan kecenderungan mengambil risiko) berperan penting dalam membentuk sikap individu terhadap merokok. Selanjutnya, faktor sosial (social factors) meliputi pengaruh dari keluarga (misalnya ayah atau ibu yang merokok), teman sebaya, serta guru, yang dapat menanamkan nilai dan norma sosial yang mendukung atau menolak perilaku merokok. Kemudian, faktor lingkungan yang lebih luas (broader environmental factors), seperti paparan iklan rokok, perilaku merokok di lingkungan sekitar, serta lemahnya penegakan aturan bebas rokok di sekolah, juga memberikan tekanan eksternal terhadap keputusan merokok.

Semua faktor tersebut tidak serta merta memicu perilaku merokok secara langsung, melainkan bekerja melalui mediator psikologis yang menjadi inti dari TPB, yaitu sikap terhadap perilaku merokok, keyakinan normatif (tekanan sosial), dan kendali perilaku yang dirasakan (self-efficacy). Mediator ini kemudian membentuk niat untuk merokok (intention to smoke) yang merupakan prediktor utama terjadinya inisiasi merokok (smoking initiation). Dengan demikian, bagan ini menunjukkan bahwa keputusan seseorang untuk mulai merokok bukanlah hasil dari satu faktor tunggal, melainkan akibat dari pengaruh multilevel yang saling berinteraksi dan dimediasi oleh proses kognitif dan psikologis. Pendekatan ini mendukung pentingnya intervensi yang holistik dan terintegrasi dalam pencegahan merokok.

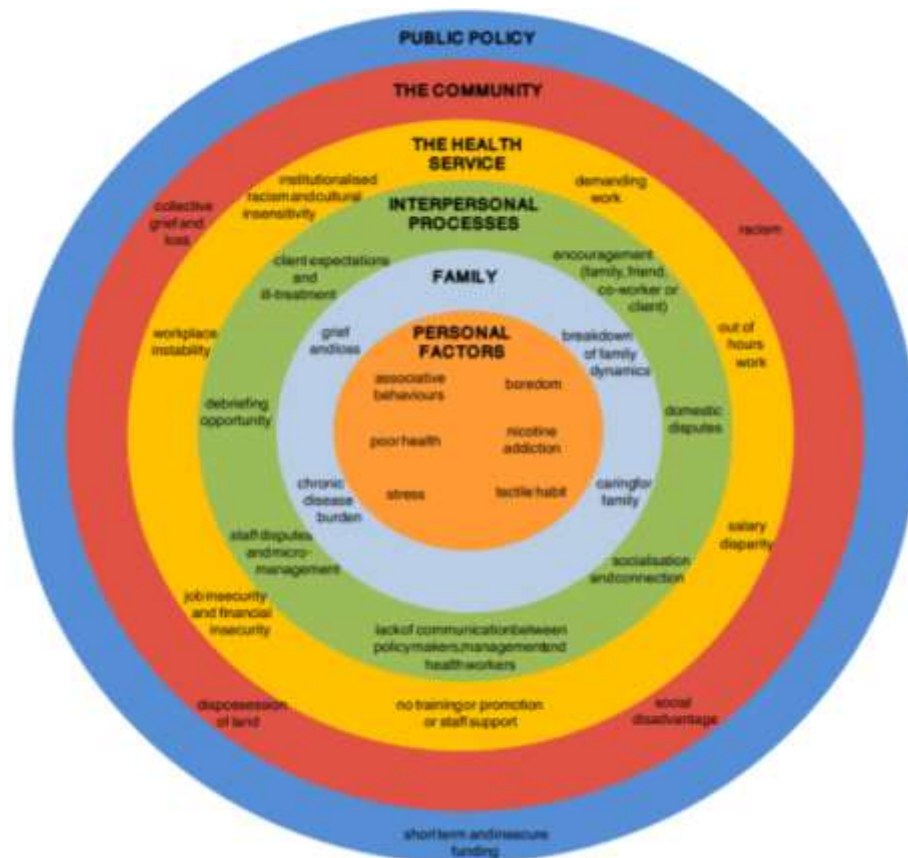


Gambar 2. 1: **Integrative Conceptual Model on Factors**

Source: Talip et al. (2016)

Kerangka teori ini menggambarkan interaksi antara berbagai faktor pribadi, sosial dan lingkungan yang memengaruhi niat dan perilaku merokok, khususnya melalui pendekatan gabungan Theory of Planned Behavior (TPB) dan Theory of Triadic Influence (TTI). Pada bagian pertama, faktor pribadi (personal factors) seperti usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, kesehatan mental (depresi, stres), serta sifat kepribadian (seperti kecemasan dan kecenderungan mengambil risiko) berperan penting dalam membentuk sikap individu terhadap merokok. Selanjutnya, faktor sosial (social factors) meliputi pengaruh dari keluarga (misalnya ayah atau ibu yang merokok), teman sebaya, serta guru yang dapat menanamkan nilai dan norma sosial yang mendukung atau menolak perilaku merokok. Kemudian, faktor lingkungan yang lebih luas (broader environmental factors), seperti paparan iklan rokok, perilaku merokok di lingkungan sekitar, serta lemahnya penegakan aturan bebas rokok di sekolah juga memberikan tekanan eksternal terhadap keputusan merokok.

Semua faktor tersebut tidak serta merta memicu perilaku merokok secara langsung, melainkan bekerja melalui mediator psikologis yang menjadi inti dari TPB, yaitu sikap terhadap perilaku merokok, keyakinan normatif (tekanan sosial) dan kendali perilaku yang dirasakan (self-efficacy). Mediator ini kemudian membentuk niat untuk merokok (intention to smoke), yang merupakan prediktor utama terjadinya inisiasi merokok (smoking initiation). Dengan demikian, bagan ini menunjukkan bahwa keputusan seseorang untuk mulai merokok bukanlah hasil dari satu faktor tunggal, melainkan akibat dari pengaruh multilevel yang saling berinteraksi dan dimediasi oleh proses kognitif dan psikologis. Pendekatan ini mendukung pentingnya intervensi yang holistik dan terintegrasi dalam pencegahan merokok.



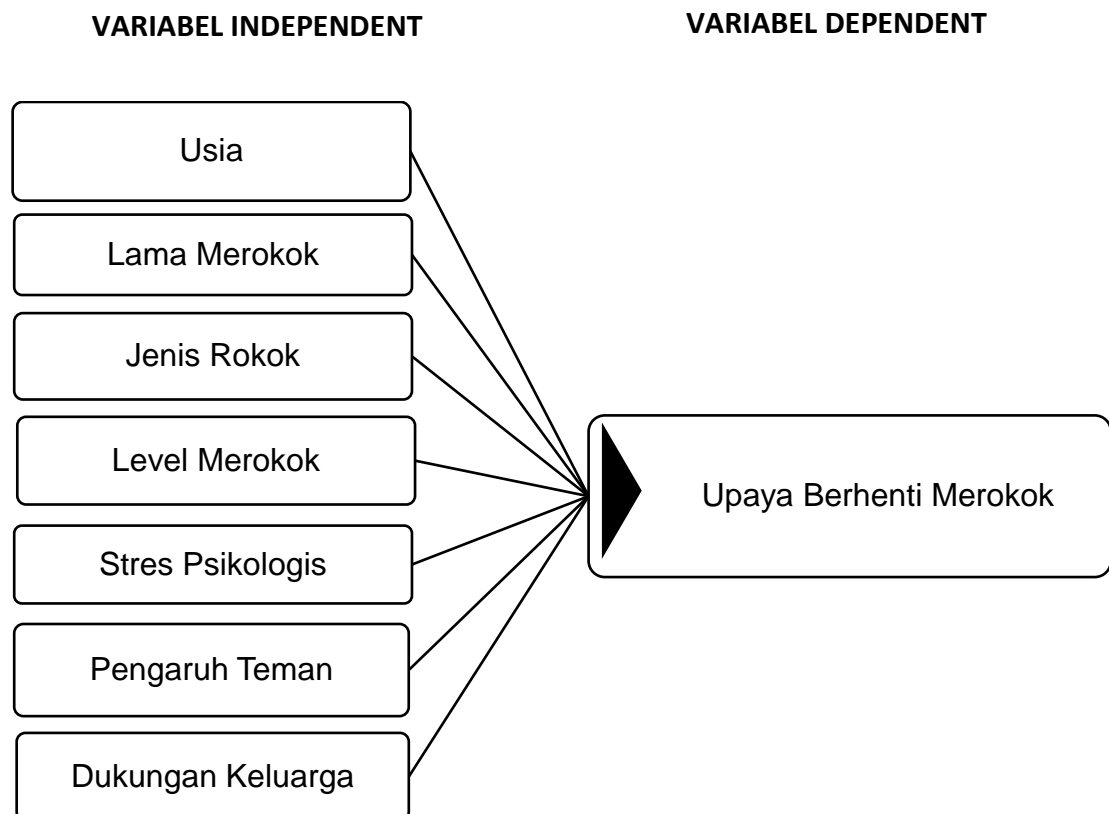
Gambar 2. 2: A social ecological framework depicting the factors that directly or indirectly perpetuate smoking

Source: Dawson et al. (2012)

BAB III
KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Pola pikir penelitian ini menjelaskan korelasi antara berbagai faktor dengan kebiasaan merokok pada tenaga kesehatan di dinas Kesehatan Aceh Barat Daya. Faktor-faktor yang dianalisis mencakup usia, stres psikologis, pengaruh teman, dan dukungan keluarga. Kerangka ini mengaitkan setiap faktor tersebut sebagai determinan yang potensial memengaruhi kebiasaan merokok pada tenaga kesehatan. Studi ini bermaksud untuk mengetahui faktor-faktor yang paling berpengaruh akan kebiasaan merokok.



Gambar 3.1: Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ha : ada hubungan usia dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
2. Ha : ada hubungan lama merokok dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
3. Ha : ada hubungan jenis rokok dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
4. Ha : ada hubungan level merokok dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
5. Ha : ada hubungan stres psikologis dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
6. Ha : ada hubungan pengaruh teman dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
7. Ha : ada hubungan dukungan keluarga dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;
8. Ha : ada hubungan faktor yang paling dominan dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya;

3.3 Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya.

3.3.2 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah usia, lama merokok, jenis rokok, level merokok, stres psikologis, pengaruh teman dan dukungan keluarga.

3.4 Definisi Operasional

Tabel 2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1	Upaya Berhenti Merokok	Segala bentuk tindakan, strategi, niat, atau intervensi yang dilakukan oleh perokok untuk menghentikan kebiasaan merokok	Wawancara	Kuesioner	- Ya - Tidak Sumber: (Sreeramareddy et al., 2024)	Ordinal
Variabel Independen						
1	Usia	Usia seseorang yang menjadi subjek dalam penelitian, dihitung dalam satuan tahun penuh berdasarkan tanggal lahir hingga tanggal pengisian kuesioner atau saat wawancara dilakukan.	Wawancara	Kuesioner	- 20 – 39 Tahun - 40 – 59 Tahun Sumber: (WHO, 2015)	Rasio
2	Lama Merokok	Durasi waktu (dalam tahun atau bulan) seseorang telah merokok secara rutin sejak pertama kali mulai merokok hingga saat ini	Wawancara	Kuesioner	- <10 tahun - >=10 tahun (Septiani, 2022)	Ordinal
3	Jenis Rokok yang Dikonsumsi	Berbagai bentuk produk tembakau yang dikonsumsi dengan cara dibakar dan dihisap	Wawancara	Kuesioner	- Filter - Kretek Sumber: (Kemenkes RI, 2023)	Nominal

4	Level Merokok	Tingkatan atau kategori yang digunakan untuk menggambarkan jumlah konsumsi rokok dan/atau intensitas merokok seseorang dalam periode tertentu	Wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> - Ringan (1–10 batang) - Sedang (11–20 batang) - Berat (>20 batang) <p>Sumber: (Umbas et al., 2019)</p>	Ordinal
5	Stres Psikologis	Kondisi ketegangan mental atau emosional yang muncul ketika seseorang menghadapi tekanan, tuntutan, atau situasi yang dianggap melebihi kemampuan untuk mengatasi atau menyesuaikan	Wawancara	<p>Kuesioner PSS</p> <p>Cronbach's alpha 0,930</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Normal = skor 0-7 - Stres ringan = skor 8-11 - Stres sedang = skor 12-15 - Stres berat = skor >15 - Sumber: (Sumampouw et al., 2024) 	Ordinal
6	Pengaruh Teman	Sejauh mana perilaku, sikap, atau kebiasaan rekan kerja memengaruhi keputusan atau tindakan seseorang pada kebiasaan mengkonsumsi rokok	Ditanyakan langsung	<p>Kuesioner</p> <p>Cronbach's alpha 0,799</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kurang Baik (skor <5) - Baik (skor ≥5) <p>Sumber : (Weta & Rumondor, 2019)</p>	Ordinal

7	Dukungan Keluarga	Bantuan, perhatian, dan dorongan yang diberikan oleh anggota keluarga (orang tua, pasangan, saudara, atau anak) kepada seseorang Untuk tidak merokok	Wawancara	Kuesioner Cronbach's alpha 0,752	<ul style="list-style-type: none"> - Kurang Mendukung (skor <5) - Mendukung (skor ≥5) <p>Sumber :(Weta & Rumondor, 2019)</p>	Ordinal
---	-------------------	--	-----------	--	---	---------

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Kajian ini menerapkan desain kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Penelitian ini bertujuan agar menganalisis komponen di dalamnya yang berpengaruh terhadap upaya berhenti merokok di kalangan tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya dan 13 Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya. Desain penelitian ini memungkinkan peneliti untuk mengumpulkan data pada satu titik waktu untuk memperoleh gambaran tentang prevalensi kebiasaan merokok di antara tenaga kesehatan, serta mengidentifikasi komponen yang berpengaruh terhadap pola konsumsi rokok tersebut. Studi ini juga bertujuan guna mengevaluasi faktor-faktor demografis, psikososial dan lingkungan yang mungkin berhubungan dengan upaya berhenti merokok, serta memberikan dasar untuk upaya intervensi yang dapat mengurangi kebiasaan merokok pada tenaga kesehatan.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya dan semua Puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya. Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 21- 23 bulan Juli 2025 selama 3 hari.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan yang merokok sebanyak 102 orang di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya dan seluruh tenaga kesehatan yang bekerja di semua Puskesmas yang ada di Kabupaten Aceh Barat Daya sejumlah 13 Puskesmas.

Tabel Data Tenaga Kesehatan Yang Merokok

No	Instansi	Tenaga Kesehatan Yang Merokok
1.	Dinas Kesehatan	13
2.	Puskesmas Lembah Sabil	8
3.	Puskesmas Manggeng	16
4.	Puskesmas Bineh Krueng	4
5.	Puskesmas Tangan – Tangan	8
6.	Puskesmas Lhang	3
7.	Puskesmas Blangpidie	3
8.	Puskesmas Susoh	8
9.	Puskesmas Sangkalan	5
10.	Puskesmas Alue Sungai Pinang	5
11.	Puskesmas Alue Pisang	7
12.	Puskesmas Kuala Batee	8
13.	Puskesmas Babahrot	10
14.	Puskesmas Ie Mirah	4
TOTAL		102

4.3.2 Sampel

Dalam penelitian ini, teknik Total Sampling digunakan dengan melibatkan seluruh populasi sebagai sampel sebanyak 102 orang. Proses ini merupakan langkah awal dalam identifikasi untuk memastikan bahwa setiap individu yang dijadikan sampel benar-benar sesuai dengan tujuan penelitian. Peneliti secara langsung mengunjungi lokasi, melakukan observasi, serta melakukan konfirmasi kepada responden maupun pihak terkait guna memastikan bahwa karakteristik sampel memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Pendekatan ini dilakukan untuk menjamin keakuratan dan relevansi data yang diperoleh, sehingga hasil penelitian mampu merepresentasikan

kondisi kesehatan di lapangan secara faktual sesuai dengan fokus studi yang dirancang.

Kriteria Inklusi dan eksklusi pada penelitian ini :

- Kriteria Inklusi :
 - Laki - laki yang berlatarbelakang pendidikan kesehatan
 - Laki – laki yang merokok aktif
 - Laki - laki yang bersedia menandatangani informed consent

- Kriteria Eksklusi :
 - Laki-laki yang berlatarbelakang pendidikan non kesehatan
 - Laki-laki yang sudah berhenti merokok permanen
 - Laki-laki yang tidak pernah merokok
 - Laki-laki yang tidak bersedia menandatangani informed consent

4.4 Metode Pengumpulan Data

Data yang diperoleh dari observasi atau peninjauan langsung ke lapangan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner yang telah disusun sebelumnya. Data pada penelitian ini meliputi karakteristik responden, serta variabel-variabel yang akan diteliti terkait dengan faktor yang berhubungan dengan kebiasaan merokok pada tenaga kesehatan. Proses pengumpulan data dilakukan dengan bantuan tiga orang enumerator yang telah mendapatkan pelatihan sebelumnya agar pelaksanaan wawancara berjalan sesuai prosedur dan menghasilkan data yang valid.

4.4.1 Alat Pengumpulan Data

a. Kuesioner Perceived Stress Scale (PSS)

Perceived Stress Scale (PSS) adalah instrumen psikometrik yang digunakan untuk mengukur tingkat persepsi stres seseorang dalam periode waktu tertentu, dengan menilai respons kognitif dan emosional terhadap situasi yang dipersepsikan penuh tekanan. Instrumen ini menggunakan format pertanyaan

sederhana, mudah dipahami, dan telah teruji validitas serta reliabilitasnya pada berbagai populasi.

Dalam penelitian ini, pengukuran stres psikologis menggunakan skor total PSS yang kemudian dikategorikan sebagai berikut: normal (skor 0–7), stres ringan (skor 8–11), stres sedang (skor 12–15), dan stres berat (skor >15). Skor ini diperoleh dari penjumlahan nilai jawaban responden pada setiap item kuesioner, di mana setiap respons “Ya” atau pilihan yang mengindikasikan adanya persepsi stres diberi skor sesuai bobot pada pedoman PSS (Sumampouw *et al.*, 2024). Kategori ini digunakan untuk mengelompokkan tingkat stres responden secara terukur sehingga dapat dianalisis hubungannya dengan keberhasilan atau hambatan dalam upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya.

Melakukan validasi tiga versi dari Perceived Stress Scale (PSS) pada populasi pasien dengan penyakit jantung yang merokok di Hong Kong. Studi ini menemukan bahwa validitas konstruk PSS didukung melalui analisis konfirmatori faktor (CFA) yang memperkuat struktur dua faktor, yaitu faktor positif dan negatif. Hasil pengujian reliabilitas menunjukkan nilai Cronbach’s alpha yang memadai untuk PSS-14 ($\alpha = 0,85$; positif: 0,86; negatif: 0,77) dan PSS-10 (α sekitar 0,83; positif: 0,83; negatif: 0,76), sementara PSS-4 memiliki reliabilitas yang lebih rendah dengan $\alpha = 0,67$ dan negatif sebesar 0,51. Temuan ini menjadi dasar kuat dalam subbab validasi kuesioner pada penelitian yang menggunakan instrumen PSS (Leung *et al.*, 2010).

b. Kuesioner Pengaruh Teman terhadap Perilaku Merokok

Kuesioner pengaruh teman adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur sejauh mana interaksi sosial, norma kelompok, dan perilaku rekan kerja atau teman sebaya memengaruhi perilaku individu, termasuk dalam hal merokok. Instrumen ini disusun dalam bentuk pernyataan yang menilai aspek dukungan, ajakan, atau tekanan dari teman terhadap perilaku merokok. Kuesioner ini telah terbukti valid dan reliabel dalam berbagai penelitian sosial dan kesehatan. Dalam penelitian ini, hasil pengukuran dikategorikan menjadi baik (skor >5), yang

menunjukkan pengaruh teman dalam kategori rendah sehingga tidak menjadi hambatan signifikan untuk berhenti merokok, dan kurang baik (skor <5), yang menunjukkan pengaruh teman dalam kategori tinggi sehingga berpotensi menjadi hambatan besar dalam keberhasilan berhenti merokok. Skor diperoleh dari penjumlahan nilai pada setiap item, di mana setiap jawaban yang mengindikasikan adanya pengaruh teman terhadap perilaku merokok diberi skor sesuai bobot yang telah ditetapkan.

Berdasarkan hasil uji validitas pada penelitian mengenai pengaruh kontrol diri dan konformitas teman sebaya terhadap perilaku merokok remaja putri di Kota Samarinda, seluruh butir pernyataan pada ketiga skala penelitian menunjukkan nilai koefisien korelasi item–total yang melampaui nilai r-tabel pada taraf signifikansi 5%, sehingga secara statistik dinyatakan valid dan memenuhi kriteria kelayakan pengukuran. Hasil pengujian reliabilitas internal melalui koefisien Cronbach’s alpha menunjukkan nilai sebesar 0,885 untuk skala kontrol diri, 0,792 untuk skala konformitas teman sebaya, dan 0,870 untuk skala perilaku merokok. Seluruh nilai tersebut berada pada kategori reliabilitas baik hingga sangat baik, yang mengindikasikan bahwa instrumen memiliki konsistensi internal yang tinggi serta validitas konstruk yang memadai untuk mengukur variabel-variabel yang diteliti secara akurat dalam konteks populasi sasaran.

4.4.2 Uji Validitas dan Reliabilita

Uji validitas dan reabilitas dilakukan sebelum penelitian dilaksanakan agar diperoleh item-item pertanyaan yang valid dan konsisten. Uji validitas dan reabilitas dilakukan pada 30 responden. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui apakah alat ukur yang digunakan valid, valid artinya alat ukur yang digunakan tepat untuk mengukur sebuah variabel yang mau di teliti. Sedangkan reliabilitas adalah ketetapan alat ukur, alat ukur yang digunakan saat ini pada waktu dan tempat tertentu akan sama apabila digunakan pada waktu dan tempat yang berbeda (Budiastuti, 2018).

1. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan pada masing-masing dimensi dengan *metode product moment pearson correlation*. Analisis dilakukan dengan mengkorelasikan masing-masing skor item dengan skor total. Skor total adalah penjumlahan dari keseluruhan item. Pengujian menggunakan uji dua sisi dengan taraf signifikan 0,05 yang memiliki nilai r table sebesar 0,361 untuk sampel 30 orang. Dikatakan valid jika r hitung > r table, sedangkan jika nilai r hitung < r table maka pertanyaan tidak valid. Hasil uji validitas pada tiga variabel pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel.

Tabel 1. Hasil Uji Validitas Pada Stres Psikologis

No	Koef.Korelasi	r table	Keterangan
1	0,753	0,361	Valid
2	0,755		Valid
3	0,800		Valid
4	0,731		Valid
5	0,783		Valid
6	0,840		Valid
7	0,867		Valid
8	0,767		Valid
9	0,797		Valid
10	0,837		Valid

Sumber: Data Primer dengan uji statistic

Tabel 2. Hasil Uji Validitas Pada Variabel Pengaruh

No	Koef.Korelasi	r table	Keterangan
1	0,859	0,361	Valid
2	0,832		Valid
3	0,652		Valid
4	0,848		Valid
5	0,384		Valid
6	0,484		Valid
7	0,377		Valid
8	0,708		Valid

Sumber: Data Primer dengan uji statistic

Tabel 3. Hasil Uji Validitas Pada Variabel Pengaruh Keluarga

No	Koef.Korelasi	r table	Keterangan
1	0,749	0,361	Valid
2	0,827		Valid
3	0,545		Valid
4	0,607		Valid
5	0,370		Valid
6	0,545		Valid
7	0,605		Valid
8	0,604		Valid

Sumber: Data Primer dengan uji statistic

Berdasarkan tabel 1 sampai table 3 di atas menunjukkan hasil uji validitas pada 10 pertanyaan pada variabel stress psikologis, dan delapan pertanyaan pada variabel pengaruh teman dan pengaruh keluarga. Dapat diperoleh kesimpulan bahwa seluruh item pertanyaan dalam variabel yang diuji validitasnya dinyatakan valid karena nilai r hitung > r table (r tabel 0,361) dan dapat digunakan untuk pengambilan data.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan agar diperoleh intrumen yang reliable dalam arti harus memiliki tingkat konsistensi dan kemantapan. Intrumen yang reliable bila digunakan beberapa kali untuk menguykur hal yang sama akan menghasilkan data yang sama. Hasil reliabilitas dapat dilihat pada tabel 4 berikut ini.

Tabel 4. Hasil Uji Reliabilitas Terhadap Tiga Variabel

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	Batasan	Keterangan
Stres Psikologis	0,930	0,7	<i>Reliable</i>
Pengaruh Teman	0,799		<i>Reliable</i>
Pengaruh Keluarga	0,752		<i>Reliable</i>

Sumber : Data Primer dengan uji statistic

Pada table tersebut menunjukkan hasil uji reliabilitas pada variabel stress psikologis, pengaruh teman, dan pengaruh keluarga. Hasil uji reliabilitas dengan

metode Cronbach's Alpha (menggunakan program uji statistik) menunjukkan nilai Cronbach's Alpha pada masing-masing variabel berada pada nilai $> 0,7$ yang artinya semua variabel reliable.

4.5 Rancangan Analisis Data

4.5.1 Rancangan Analisis Data Univariat

Analisis data univariat hanya melihat tabel distribusi frekuensi menggunakan aplikasi excel.

4.5.2 Rancangan Analisis Data Bivariat

Analisis data bivariat menggunakan uji logistik regresi dan ordinal logistik regresi antara variabel independent dengan variabel dependent satu persatu. Data dianalisis menggunakan aplikasi STATA Versi 17 (StataCorp, 2021). Model yang digunakan adalah metode enter, atau forced-entry, yang memasukkan seluruh variabel independen ke dalam model regresi logistik secara simultan (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013).

1. $OR = 1$: Tidak ada hubungan antara paparan dan hasil. Peluang terjadinya hasil sama pada kedua kelompok.
2. $OR > 1$: Ada hubungan positif antara paparan dan hasil. Kelompok yang terpapar memiliki peluang lebih tinggi untuk mengalami hasil tersebut dibandingkan kelompok yang tidak terpapar. Semakin tinggi nilai OR, semakin kuat hubungan positifnya.
3. $OR < 1$: Ada hubungan negatif antara paparan dan hasil. Kelompok yang terpapar memiliki peluang lebih rendah untuk mengalami hasil tersebut dibandingkan kelompok yang tidak terpapar. Semakin rendah nilai OR, semakin kuat hubungan negatifnya.

p-value menunjukkan tingkat signifikansi hasil analisis, dimana nilai $p < 0,05$ menandakan bahwa pengaruh variabel tersebut signifikan secara statistik dan kecil kemungkinan terjadi karena kebetulan (Field, 2018; Pallant, 2020). Sebaliknya, jika $p\text{-value} \geq 0,05$, maka tidak ada cukup bukti untuk menyatakan bahwa hubungan yang terdeteksi tidak disebabkan oleh kebetulan, sehingga pengaruhnya dianggap tidak signifikan.

4.5.3 Rancangan Analisis Data Multivariat

Dalam analisis multivariat menggunakan uji multiple ordinal logistic regression. dan uji multiple logistik regression digunakan untuk mengetahui hubungan antara beberapa variabel independen (bebas) terhadap satu variabel dependen (terikat) yang bersifat kategorik (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013).

Tujuan utama dari penggunaan uji multiple logistic regression adalah untuk (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013) :

1. Mengetahui variabel-variabel mana yang secara signifikan berpengaruh terhadap outcome dengan mengontrol efek dari variabel lain.
2. Mengukur kekuatan hubungan antar variabel bebas dan variabel terikat, biasanya dalam bentuk Odds Ratio (OR) yang menunjukkan seberapa besar risiko atau peluang kejadian suatu outcome ketika seseorang terpapar variabel tertentu.
3. Membangun model prediktif untuk memperkirakan kemungkinan terjadinya suatu peristiwa berdasarkan kombinasi faktor-faktor tertentu.
4. Mengontrol variabel perancu (confounding) yakni variabel yang bisa mengganggu hubungan antara variabel bebas utama dan variabel terikat.

4.6 Jadwal Penelitian

Tabel 4 Jadwal Penelitian

Penelitian dalam tesis mahasiswa Tahun Ajaran 2024/2025

Keterangan	Februari Minggu ke-				Maret Minggu ke-				April Minggu ke-				Mei Minggu ke-				Juni Minggu ke-				Juli Minggu ke-				Agustus Minggu ke-			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Mengumpulkan referensi dan menyiapkan materi	■	■	■	■																								
2. Konsultasi s/d persetujuan proposal penelitian					■	■	■	■	■	■	■	■																
3. Pendaftaran proposal													■	■	■	■												
4. Seminar proposal																	■	■	■	■								
5. Proses bimbingan dan revisi proposal dengan pembimbing dan penguji																	■	■	■	■	■	■	■	■				
6. Penelitian dan analisis data																					■	■	■	■	■	■	■	■
7. Penyusunan tesis																									■	■	■	■
8. Konsultasi hasil penelitian dengan pembimbing																									■	■	■	■
9. Penjadwalan seminar progres																									■	■	■	■

Judul Penelitian “Analisis Determinan Kebiasaan Merokok pada tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya”

Mengetahui:
Dosen Pembimbing I

Dosen Pembimbing II

Banda Aceh, 02-07-2025
Mahasiswa

(Dharina Baharuddin, SKM, MKM, Ph.D)

(Dr.Fahmi Ichwansyah, S.Kp, MPH, Ph.D)

(Vira Safitri)

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya

Kabupaten Aceh Barat Daya terletak dibagian pantai barat selatan provinsi Aceh, secara astronomis terletak pada 3005 sampai 3080 Lintang Utara dan 96023'02' Bujur Timur, dengan luas wilayah berkisar $\pm 1.882,05\text{Km}^2$. Kabupaten Aceh Barat Daya merupakan suatu daerah yang diapit oleh perbukitan dan lautan. Terdiri dari 9 Kecamatan, 152 desa dan 13 Puskesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Daya adalah instansi pemerintah daerah yang bertugas mengelola urusan kesehatan di wilayahnya. Fungsi utama Dinas Kesehatan meliputi perumusan dan pelaksanaan kebijakan kesehatan, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan dasar, serta pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan. Selain itu, Dinas juga bertanggung jawab dalam administrasi dan evaluasi program kesehatan untuk meningkatkan kualitas dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Aceh Barat Daya. Secara administratif 13 Puskesmas di 9 Kecamatan yaitu :

1. Puskesmas Lembah Sabil Kecamatan Manggeng
2. Kecamatan Manggeng Kecamatan Manggeng
3. Puskesmas Bineh Krueng Kecamatan Tangan-Tangan
4. Puskesmas Tangan-Tangan Kecamatan Tangan-Tangan
5. Puskesmas Lhang Kecamatan Setia
6. Puskesmas Susoh Kecamatan Susoh
7. Puskesmas Sangkalan Kecamatan Susoh
8. Puskesmas Blangpidie Kecamatan Blangpidie
9. Puskesmas Alue Sungai Pinang Kecamatan Jeumpa
10. Puskesmas Alue Pisang Kecamatan Kuala Batee
11. Puskesmas Kuala Batee Kecamatan Kuala Batee
12. Puskesmas Babahrot Kecamatan Babahrot
13. Puskesmas Ie Mirah Kecamatan Babahrot

Gambar 5.1 Peta Administrasi Kabupaten Aceh Barat Daya Provinsi Aceh



Tabel 5.1 Data Tenaga Kerja di Wilayah Kerja Dinkes Aceh Barat Daya 2025

No	Instansi	Jumlah Tenaga Kerja	Lk	Jumlah Tenaga Kesehatan	Tenaga Kesehatan Yang Merokok
1	Dinkes Abdya	87	30	19	13
2	Puskesmas Lembah Sabil	90	11	9	8
3	Puskesmas Manggeng	145	25	19	16
4	Puskesmas Bineh Krueng	65	6	4	4
5	Puskesmas Tangan-Tangan	99	11	8	8
6	Puskesmas Lhang	58	4	3	3
7	Puskesmas Blangpidie	103	5	4	3
8	Puskesmas Susoh	120	13	10	8
9	Puskesmas Sangkalan	82	7	6	5
10	Puskesmas Alue Sungai Pinang	89	6	5	5
11	Puskesmas Alue Pisang	73	11	8	7
12	Puskesmas Kuala Batee	114	16	9	8
13	Puskesmas Babahrot	106	15	11	10
14	Puskesmas Ie Mirah	32	7	4	4
TOTAL		1.263	167	119	102

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Hasil Analisis Univariat

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya dan Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.2 Analisis Univariat Determinan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya

No	Variabel	Frekuensi (F)	Persentase (%)
1.	Upaya Berhenti Merokok		
	Tidak	35	34.31
	Ada	67	65.69
2.	Usia		
	40 – 59 Tahun	54	52,94
	20 – 39 Tahun	48	47,06
3	Lama Merokok		
	≥10 Tahun	85	83.33
	<10 Tahun	17	16.67
4	Jenis Rokok		
	Kretek	19	18.63
	Filter	83	81.37
5	Level Merokok		
	Berat	27	26.47
	Sedang	55	53.92
	Ringan	20	19.61
6	Stres Psikologis		
	Stres Berat	18	17.65
	Stres Sedang	20	19.61
	Stres ringan	27	26.47
	Normal	37	36.27
7	Pengaruh Teman		
	Kurang Baik	59	57.84
	Baik	43	42.16
8	Dukungan keluarga		
	Kurang Baik	31	30.39
	Baik	71	69.61

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan data dari 102 responden, mayoritas berada pada rentang usia 40–59 tahun sebanyak 54 responden (52,94%), sedangkan sebagian kecil berada pada rentang usia 20–39 tahun sebanyak 48 responden (47,06%). Rentang usia responden dalam penelitian ini berada antara 20 hingga 59 tahun, dengan kecenderungan usia responden yang lebih banyak pada kategori usia 40 tahun ke atas.

Pada variabel lama merokok, hampir seluruh dari responden merokok selama ≥ 10 tahun berjumlah 85 responden (83.33%) dan sangat sedikit pada umur < 10 tahun berjumlah 17 responden (16.67%). Pada variabel jenis rokok yang dikonsumsi, hampir seluruh dari responden mengonsumsi rokok filter berjumlah 83 responden (82.37%) dan sangat sedikit mengonsumsi rokok kretek berjumlah 19 responden (18.63%).

Pada variabel level merokok, sebagian besar responden merokok dengan kategori sedang berjumlah 55 responden (53.92%) dan sangat sedikit pada level ringan berjumlah 20 responden (19.61%). Pada variabel upaya berhenti merokok, sebagian besar responden mempunyai Upaya untuk berhenti merokok berjumlah 67 responden (65.69%) dan sebagian kecil tidak memiliki upaya berhenti merokok berjumlah 35 responden (34.31%).

Pada variabel stres psikologi, hampir setengah dari responden tidak mengalami stres berjumlah 37 responden (36.27%) dan sangat sedikit yang mengalami stres berat berjumlah 18 responden (17.65%). Pada variabel pengaruh teman, sebagian besar responden mempunyai pengaruh kurang baik berjumlah 59 responden (57.84%) dan sebagian kecil yang mempunyai pengaruh baik berjumlah 43 responden (42.16%). Pada variabel dukungan keluarga, sebagian besar responden mempunyai dukungan baik berjumlah 71 responden (69.61%) dan sebagian kecil tidak mendukung berjumlah 31 responden (30.39%).

5.2.2 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat berikut dilakukan crosstab untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independent serta menghasilkan nilai besarnya risiko.

Tabel 5.3 Analisis Bivariat Faktor yang Mempengaruhi Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya

No.	Hasil Ukur	Upaya Berhenti Merokok						
		Ada		Tidak		OR	95%CI	p-value
		n	%	n	%			
1.	Usia 20 – 39 Tahun 40 – 59 Tahun	45 22	93,75 40,74	3 32	6,25 59,26	21.81	6.01 – 79.15	0,001
2.	Lama Merokok <10 Tahun ≥10 tahun	15 52	88.24 61.18	2 33	11.76 38.82	4.75	1.02 - 22.16	0.047
3.	Level Merokok Sedang Ringan Berat	45 17 5	81.82 85.00 18.52	10 3 22	18.18 15.00 81.48	19.8 24.93	6.03 – 64.98 5.21 – 119.25	0.001 0.001
4.	Jenis Rokok Filter Kretek	64 3	77.11 15.79	19 16	22.89 84.21	17.96	4.72 – 68.28	0.001
5.	Stres Psikologis Normal Stres ringan Stres Sedang Stres Berat	33 25 7 2	89.19 92.59 35.00 11.11	4 2 13 16	10.81 7.41 65.00 88.89	66 99.99 4.30	10.91 – 399. 12.77 – 782.99 0.76 – 24.38	0.001 0.001 0.099
6.	Pengaruh Teman Baik Kurang Baik	36 31	83.72 52.54	7 28	16.28 47.46	4.64	1.78 - 12.10	0.002
7.	Dukungan Keluarga Mendukung Kurang Mendukung	62 5	87.32 16.13	9 26	12.68 83.87	35.82	10.94 - 117.19	0.001

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel 5.2 Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa pada kelompok usia 20–39 tahun, sebanyak 45 responden (93,75%) menunjukkan upaya berhenti merokok, sedangkan di usia 40–59 tahun hanya 32 responden (40,74%) yang berupaya berhenti. Sebaliknya, responden usia tua lebih banyak yang tidak berupaya berhenti, yakni 59 orang (59,26%). Hasil analisis menunjukkan bahwa responden usia

muda memiliki peluang 21,81 kali lebih besar untuk berupaya berhenti dibandingkan kelompok usia tua (OR=21,81; 95% CI=6,01–79,15; p=0,001). Ini berarti usia muda merupakan faktor penting yang sangat mendukung motivasi berhenti merokok. Hal ini sejalan dengan teori perkembangan psikososial yang menyatakan bahwa individu pada usia muda lebih mudah beradaptasi dan memiliki motivasi tinggi untuk perubahan gaya hidup demi kesehatan masa depan.

Responden yang merokok kurang dari 10 tahun menunjukkan upaya berhenti merokok sebanyak 15 orang (88,24%), lebih tinggi dibandingkan responden yang merokok selama 10 tahun atau lebih, yaitu 52 orang (61,18%). Sebaliknya, kelompok yang merokok lebih lama lebih banyak yang tidak berupaya berhenti (38,82%). Analisis statistik menunjukkan bahwa peluang memiliki upaya berhenti pada kelompok merokok <10 tahun adalah 4,75 kali lebih besar dibanding kelompok yang merokok ≥ 10 tahun (OR=4,75; 95% CI=1,02–22,16; p=0,047). Peluang ini mengindikasikan bahwa durasi merokok yang lebih pendek sangat berpengaruh dalam mendorong upaya berhenti. Hal ini sesuai dengan pengetahuan bahwa semakin lama paparan nikotin, semakin kuat ketergantungan fisik dan psikologis yang menyulitkan upaya berhenti.

Upaya berhenti merokok paling tinggi terjadi pada perokok dengan level ringan dan sedang, yaitu sebanyak 17 orang (85,00%) dan 45 orang (81,82%), dibandingkan dengan perokok berat yang hanya 5 orang (18,52%). Sebaliknya, responden dengan level berat memiliki jumlah tidak berupaya berhenti paling banyak, yaitu 22 orang (81,48%). Peluang untuk berupaya berhenti merokok pada level sedang dan ringan masing-masing 19,8 kali dan 24,93 kali lebih besar dibanding perokok berat (OR=19,8; 95% CI=6,03–64,98; p=0,001; OR=24,93; 95% CI=5,21–119,25; p=0,001). Ini menunjukkan bahwa tingkat kecanduan yang lebih rendah secara signifikan meningkatkan motivasi dan kemampuan untuk mencoba berhenti merokok. Teorinya, individu dengan kecanduan ringan hingga sedang cenderung berada pada tahap kesiapan lebih tinggi dalam proses perubahan perilaku.

Sebagian besar responden perokok filter menunjukkan upaya berhenti merokok, sebanyak 643 orang (77,11%), sementara hanya 19 orang (15,79%) perokok kretek yang berupaya berhenti. Di sisi lain, responden yang tidak berupaya berhenti

lebih banyak ditemukan pada perokok kretek, yakni 84 orang (84,21%), dibandingkan 16 orang (22,89%) pada perokok filter. Peluang untuk berupaya berhenti pada perokok filter adalah 17,96 kali lebih besar dari pada perokok kretek (OR=17,96; 95% CI=4,72–68,28; p=0,001). Hal ini mengindikasikan bahwa jenis rokok sangat mempengaruhi motivasi berhenti, dimana kandungan zat adiktif dan nikotin yang lebih tinggi pada rokok kretek membuat ketergantungan lebih kuat dan menghambat upaya berhenti. Secara ilmiah, perbedaan ini sejalan dengan model biopsikososial kecanduan yang menegaskan faktor zat dalam produk rokok memengaruhi perilaku berhenti.

Responden dengan kondisi psikologis normal (skor 3) dan stres ringan (skor 2) menunjukkan upaya berhenti merokok yang tinggi, yaitu 332 orang (89,19%) dan 7 orang (92,59%), sedangkan kelompok dengan stres sedang dan berat hanya sedikit yang berupaya berhenti, masing-masing 2 orang (35,00%) dan 4 orang (11,11%). Sebaliknya, kelompok stres berat memiliki jumlah responden yang tidak berupaya berhenti merokok paling banyak, yaitu 32 orang (88,89%). Peluang berupaya berhenti merokok pada kelompok stres ringan dan normal secara signifikan lebih besar, dengan OR masing-masing 10,91 (95% CI=12,77–782,99; p=0,001) dan 66,00 (95% CI=10,91–399,00; p=0,001), dibanding kelompok stres berat. Hal ini menegaskan bahwa tingkat stres psikologis yang rendah mendukung pengendalian diri dan motivasi berhenti, sedangkan stres berat cenderung menghambat upaya tersebut karena rokok digunakan sebagai mekanisme koping.

Kelompok responden yang mendapatkan pengaruh teman baik menunjukkan upaya berhenti merokok sebanyak 36 orang (83,72%), jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok dengan pengaruh teman kurang baik, yang hanya 31 orang (52,54%) yang berupaya berhenti. Sebaliknya, kelompok pengaruh teman kurang baik memiliki persentase tidak berupaya berhenti yang cukup besar, yaitu 28 orang (47,46%). Peluang untuk berupaya berhenti pada kelompok dengan pengaruh teman baik 4,64 kali lebih besar dibanding yang mendapat pengaruh teman kurang baik (OR=4,64; 95% CI=1,78–12,10; p=0,002). Ini menunjukkan pentingnya dukungan sosial dari lingkungan pertemanan sebagai faktor motivasi kuat dalam upaya berhenti merokok.

Teori pembelajaran sosial menjelaskan bahwa perilaku teman dapat memengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam berhenti merokok.

Dukungan keluarga memberikan dampak positif yang kuat terhadap upaya berhenti merokok, terlihat dari 62 orang (87,32%) responden yang mendapat dukungan keluarga berupaya berhenti, dibandingkan hanya 5 orang (16,13%) pada kelompok yang kurang mendapat dukungan. Responden yang tidak berupaya berhenti pada kelompok mendapat dukungan berjumlah 9 orang (12,68%), sementara pada yang kurang mendapat dukungan jauh lebih banyak, yaitu 26 orang (83,87%). Peluang berupaya berhenti pada responden yang mendapat dukungan keluarga 35,82 kali lebih besar daripada yang kurang mendapat dukungan (OR=35,82; 95% CI=10,94–117,19; p=0,001). Hal ini menegaskan bahwa dukungan keluarga sebagai sumber motivasi dan bantuan emosional sangat berperan dalam keberhasilan perubahan perilaku, sesuai dengan teori ekologi perilaku yang menempatkan lingkungan keluarga sebagai faktor penting dalam proses perubahan individu.

5.2.3 Hasil Analisis Multivariat

Dalam analisis multivariat, kami memasukkan variabel-variabel yang sebelumnya menunjukkan hubungan signifikan pada analisis bivariat dengan kriteria p-value < 0,05.

Tabel 5.4 Analisis Multivariat Faktor yang Mempengaruhi Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya

No	Variabel	OR	95%CI	p-value
1.	Usia 20 – 39 Tahun	4.24	0.73 – 24.49	0.106
2.	Lama Merokok < 10 tahun	0.56	0.07 – 4.24	0.577
3.	Level Merokok Sedang Ringan	7.07 13.96	1.40 – 35.49 1.50 – 129.94	0.017 0.020
4.	Jenis Rokok Filter	3.53	0.49 – 25.27	0.209
5.	Pengaruh Teman Baik	1.34	0.28 – 6.32	0.704
6.	Dukungan Keluarga Mendukung	15.02	3.30 – 68.37	0.001

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel 5.3, hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa dari beberapa variabel yang diuji, hanya level merokok dan dukungan keluarga yang memiliki pengaruh signifikan terhadap upaya berhenti merokok. Pada variabel level merokok, responden dengan intensitas sedang memiliki peluang 7,07 kali lebih besar untuk berupaya berhenti merokok dibandingkan dengan perokok berat, sedangkan perokok ringan memiliki peluang 13,96 kali lebih besar upaya berhenti merokok dibandingkan dengan perokok berat. Hal ini mengindikasikan bahwa tingkat kecanduan yang lebih rendah memudahkan individu untuk melakukan perubahan perilaku berhenti merokok.

Selain itu, dukungan keluarga menunjukkan pengaruh paling kuat di antara variabel yang diuji, dengan peluang upaya berhenti sebesar 15,02 kali lebih besar bagi mereka yang mendapat dukungan keluarga dibanding yang tidak. Dukungan keluarga berperan penting dalam memberikan motivasi dan dorongan emosional yang mendukung keberhasilan upaya berhenti merokok, sehingga menjadi faktor utama yang perlu diperhatikan dalam program intervensi.

Variabel usia, lama merokok, jenis rokok, dan pengaruh teman tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan upaya berhenti setelah dikontrol dalam model multivariat. Meskipun beberapa variabel ini tampak berpengaruh pada analisis bivariat, pengaruhnya melemah saat mempertimbangkan variabel lain secara simultan, sehingga tidak dapat dianggap sebagai faktor independen yang memengaruhi upaya berhenti.

Nilai Pseudo R^2 sebesar 0,55 menunjukkan bahwa model regresi ini mampu menjelaskan sekitar 55% variasi upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan di Aceh Barat Daya. Artinya, kombinasi variabel level merokok dan dukungan keluarga bersama variabel lainnya cukup kuat dalam menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi motivasi berhenti merokok. Namun, masih terdapat 45% variasi yang dipengaruhi oleh faktor lain di luar model ini, sehingga penelitian lanjutan dan intervensi yang lebih komprehensif tetap diperlukan.

Secara keseluruhan, hasil ini menegaskan pentingnya fokus intervensi pada pengurangan intensitas merokok dan peningkatan dukungan keluarga untuk mendorong keberhasilan berhenti merokok. Pendekatan yang melibatkan lingkungan

keluarga sebagai pendukung utama serta upaya pengendalian kecanduan dapat meningkatkan motivasi dan keberhasilan individu dalam berhenti merokok, khususnya di kalangan tenaga kesehatan yang menjadi teladan dalam promosi kesehatan di Aceh Barat Daya.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan

6.1.1 Pengaruh Usia dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan

Pada analisis multivariat, usia 20–39 tahun memiliki peluang 4,24 kali lebih besar untuk berupaya berhenti merokok dibanding usia 40–59 tahun, namun hasil ini tidak signifikan ($p=0,106$; 95% CI=0,73–24,49). Ini menunjukkan bahwa meskipun tenaga kesehatan muda secara teori lebih terbuka pada perubahan perilaku sehat, faktor usia tidak menjadi prediktor independen yang kuat untuk upaya berhenti setelah dikontrol faktor lain. Dalam profesi kesehatan, hal ini bisa berarti bahwa kesadaran usia muda tidak otomatis menjamin upaya berhenti, karena faktor lain seperti kecanduan dan dukungan sosial lebih menentukan.

Berbagai penelitian menunjukkan adanya pengaruh yang tidak konsisten antara usia dan keberhasilan berhenti merokok. Sebuah studi nasional Korea selama 11 tahun menemukan bahwa kelompok usia ≥ 65 tahun memiliki tingkat keberhasilan berhenti merokok lebih tinggi dibandingkan kelompok usia 40–64 atau 19–39 (tingkat berhenti mencapai 78,6 % di usia ≥ 65) (Kim et al., 2021). Namun, penelitian rinci dari klinik berhenti merokok juga menyatakan bahwa pada orang tua dengan ketergantungan nikotin sedang atau tinggi, keberhasilan berhenti cenderung lebih rendah tanpa intervensi intensif (Fahey et al., 2023).

Studi lainnya pada pasien lansia pola fungsi sehari-hari yang sukses menunjukkan bahwa berhenti merokok di usia lanjutan tetap bermanfaat bagi kualitas hidup, meskipun efek pada upaya berhenti secara perilaku kurang konsisten (Timmermans et al., 2018). Sementara itu, data dari klinik di Turki menyebutkan bahwa keberhasilan berhenti di kelompok usia lanjut (≥ 60) mencapai 41 %, lebih tinggi daripada kelompok dewasa yang lebih muda (35,4 %) ketika terapi NRT digunakan (Scholz et al., 2016).

Berdasarkan pembahasan diatas peneliti berasumsi bahwa, semakin bertambahnya usia terutama memasuki usia 45 tahun ke atas, seseorang cenderung memiliki kebiasaan merokok yang lebih mengakar dan sulit diubah. Pada kelompok usia ini merokok bukan hanya menjadi kebiasaan fisik, tetapi juga telah menjadi

bagian dari mekanisme koping terhadap stres, tekanan kerja atau masalah kesehatan lain yang mungkin muncul seiring bertambahnya usia. Selain itu, pada usia tersebut persepsi terhadap risiko kesehatan yang ditimbulkan oleh merokok bisa jadi dianggap sudah tidak relevan atau motivasi untuk berubah menurun karena merasa sudah terlambat untuk memperbaiki pola hidup.

Peneliti juga berasumsi bahwa pada kelompok usia yang lebih tua, terdapat kemungkinan lebih rendah untuk mengakses program berhenti merokok atau kurang terpapar edukasi kesehatan yang memadai terkait bahaya merokok dan pentingnya berhenti. Selain itu, adanya tanggung jawab keluarga dan pekerjaan yang tinggi dapat menghambat niat atau upaya aktif untuk berhenti merokok. Sebaliknya, pada kelompok usia muda, pengaruh sosial, tren hidup sehat dan kemudahan mendapatkan informasi serta intervensi medis mungkin lebih besar, sehingga peluang untuk berupaya berhenti merokok pun meningkat.

6.1.2 Pengaruh Lama Merokok dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan

Tenaga Kesehatan yang merokok kurang dari 10 tahun memiliki peluang 0,56 kali untuk berupaya berhenti dibanding yang merokok lebih lama, namun ini tidak signifikan secara statistik ($p=0,577$; 95% CI=0,07–4,24). Hasil ini menunjukkan bahwa durasi merokok tidak berperan sebagai faktor independen dalam mendorong upaya berhenti di kalangan tenaga kesehatan. Meskipun lama merokok biasanya diasosiasikan dengan tingkat kecanduan, dalam konteks tenaga kesehatan, mungkin faktor lain seperti intensitas merokok atau tekanan sosial lebih memengaruhi keputusan untuk berhenti.

Penelitian yang dilakukan oleh [Siewchaisakul et al. \(2020\)](#) temuan memberikan gambaran langsung mengenai hubungan antara lama merokok dan transisi menuju tindakan berhenti di masyarakat umum. Studi ini menerapkan model Markov berbasis Trans-theoretical Model (TTM) dan menemukan bahwa lama merokok yang lebih panjang secara signifikan mengurangi kemungkinan seseorang beralih dari fase “preparation” ke action (AOR = 0,74; 95 % CI: 0,52–0,99) ini mendukung hipotesis bahwa riwayat merokok jangka panjang menurunkan

probabilitas inisiatif berhenti, yang bila ditransfer ke kontekstual tenaga kesehatan, mempertegas bahwa durasi merokok tinggi menjadi hambatan signifikan.

Selain itu penelitian [Naik et al. \(2021\)](#) di India menunjukkan bahwa tenaga kesehatan dengan tingkat ketergantungan nikotin sedang hingga tinggi justru lebih sulit melakukan upaya berhenti meski terjadi peningkatan kesadaran terhadap bahaya merokok selama pandemi (AOR untuk nikotin tergantung sedang-tinggi sebagai referensi). Temuan ini memperkuat pandangan bahwa ketergantungan yang berkembang seiring durasi merokok menjadi modal biologis yang menghambat usaha berhenti.

Kajian sistematis oleh [Evenhuis et al. \(2023\)](#) *Factors associated with cessation of smoking in health professionals: a scoping review* menyebutkan bahwa faktor-faktor seperti usia, lingkungan kerja dan stigma merokok berpengaruh terhadap upaya berhenti, namun secara eksplisit durasi merokok jarang dianalisis secara langsung sebagai prediktor dalam studi tersebut. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan penelitian yang penting: perlunya literatur lebih lanjut yang memasukkan durasi merokok sebagai variabel utama dalam populasi tenaga kesehatan.

Penelitian sistematis yang mencakup intervensi berhenti merokok pada tenaga kesehatan telah menemukan bahwa berbagai pendekatan, termasuk studi kohort quasi-eksperimental dan uji klinis, secara umum menunjukkan hasil positif dalam meningkatkan angka berhenti merokok di kalangan tenaga kesehatan, meskipun proporsi keberhasilannya bervariasi antar studi ([La Torre et al., 2020](#)). Namun, belum banyak literatur yang secara khusus mengeksplorasi bagaimana lama durasi merokok (tahun merokok) berpengaruh terhadap frekuensi atau keberhasilan upaya berhenti dalam kelompok ini.

Sebuah survei lintas sektoral di Arab Saudi yang melibatkan tenaga kesehatan dari berbagai profesi menemukan bahwa prevalensi merokok cukup signifikan dan bahwa sebagian besar perokok berada pada tingkat ketergantungan nikotin ringan, sedang, hingga tinggi diukur melalui skala FTND namun survei tersebut tidak secara eksplisit membahas hubungan antara durasi merokok dan upaya berhenti ([Mahdi et al., 2018](#)). Hal ini menandakan kebutuhan untuk

mengeksplorasi lebih dalam aspek durasi merokok sebagai faktor prediktor upaya berhenti.

Berdasarkan pembahasan diatas peneliti berasumsi bahwa, lama merokok pada tenaga kesehatan berpengaruh terhadap keberhasilan atau upaya mereka untuk berhenti merokok. Tenaga kesehatan yang telah merokok dalam jangka waktu yang lama diasumsikan memiliki tingkat ketergantungan nikotin yang lebih tinggi, sehingga proses untuk menghentikan kebiasaan merokok akan lebih sulit. Selain itu, kebiasaan merokok yang sudah mengakar dalam rutinitas sehari-hari berpotensi memengaruhi motivasi serta kemampuan mereka untuk memutuskan dan mempertahankan keputusan berhenti merokok.

Peneliti juga berasumsi bahwa tenaga kesehatan yang memiliki kebiasaan merokok lebih singkat akan lebih mudah untuk menghentikan perilaku tersebut karena ketergantungan fisik dan psikologis yang belum terlalu kuat. Peneliti juga mengasumsikan bahwa faktor-faktor lain seperti pengetahuan medis, kesadaran akan risiko kesehatan, serta dukungan dari lingkungan kerja akan berperan sebagai faktor pendukung atau penghambat dalam proses berhenti merokok, namun pengaruh lama merokok tetap menjadi variabel yang dominan dalam menentukan keberhasilan upaya tersebut.

6.1.3 Pengaruh Jenis Rokok dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan

Perokok filter memiliki peluang 3,53 kali lebih besar untuk berupaya berhenti dibanding perokok kretek, tetapi hasil ini tidak signifikan ($p=0,209$; 95% CI=0,49–25,27). Dalam konteks tenaga kesehatan, jenis rokok mungkin kurang berperan langsung dalam upaya berhenti ketika sudah dikontrol variabel lain. Meskipun rokok kretek diketahui mengandung zat yang lebih adiktif, faktor intensitas merokok dan dukungan keluarga tampaknya lebih dominan dalam memengaruhi perilaku berhenti.

Jenis rokok baik konvensional (kretek dan rokok putih), elektrik (vape), maupun heated tobacco products (HTP) dapat memengaruhi upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan melalui beberapa mekanisme. Rokok kretek

misalnya, diketahui mengandung kadar nikotin, tar dan karbon monoksida yang secara signifikan lebih tinggi dibanding rokok konvensional, sehingga meningkatkan ketergantungan dan memperberat upaya berhenti. Sebaliknya, rokok elektrik dan HTP sering dipandang sebagai alternatif "lebih aman", tetapi bukti menunjukkan keluhan fisik pada pengguna bisa berbeda misalnya pengguna HTP dilaporkan memiliki persentase keluhan minimal yang lebih tinggi (72 %) dibanding pengguna rokok konvensional atau elektrik (Siagian et al., 2024), sehingga persepsi akan risiko dan ketergantungan nikotin dapat berbeda berdasarkan jenis rokok yang digunakan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian nasional yang dilakukan pada periode 2021–2023, yang menunjukkan bahwa penggunaan produk tembakau alternatif termasuk tembakau kunyah cenderung menurunkan peluang berhenti merokok dibandingkan pengguna rokok biasa, meskipun penelitian tersebut tidak secara khusus memisahkan e-cigarette dan HTP (Sadarang, 2021). Dalam konteks tenaga kesehatan, perbedaan jenis rokok dapat memengaruhi tingkat ketergantungan nikotin, persepsi bahaya, serta strategi intervensi yang diperlukan. Oleh karena itu, program berhenti merokok yang ditujukan untuk tenaga kesehatan perlu mempertimbangkan jenis rokok yang digunakan, karena faktor ini dapat menjadi penentu penting dalam keberhasilan upaya penghentian kebiasaan merokok.

Beberapa penelitian terkini mendukung manfaat penggunaan e-cigarette berbasis nikotin sebagai alat bantu berhenti merokok, namun juga menunjukkan keterbatasannya. Sebagai contoh, meta-analisis RCT dari 2023 menemukan bahwa e-cigarette nikotin secara signifikan lebih efektif dalam mencapai abstinensia dibandingkan terapi konvensional seperti NRT atau terapi perilaku (RR 1,77; 95 % CI 1,29–2,44) (Levett et al., 2023). Di sisi lain, studi longitudinal di Jepang (2019–2021) membuktikan bahwa penggunaan heated tobacco products (HTP) tidak membantu proses berhenti dan justru dikaitkan dengan peningkatan risiko relaps, khususnya di antara mantan perokok, pekerja penuh waktu, dan kelompok usia muda (APR relaps hingga 2,09) (Odani et al., 2023). Niemikian, hasil studi ini menunjukkan bahwa e-cigarette nikotin dapat memiliki potensi dalam intervensi penghentian, sedangkan HTP tampaknya tidak efektif dan bahkan berisiko mengganggu upaya berhenti merokok.

Berdasarkan pembahasan diatas peneliti berasumsi bahwa, jenis rokok yang dikonsumsi oleh tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam menentukan kemudahan atau kesulitan upaya berhenti merokok. Peneliti berpendapat bahwa tenaga kesehatan yang menggunakan rokok konvensional, terutama rokok kretek dengan kandungan nikotin dan tar tinggi, cenderung memiliki tingkat ketergantungan yang lebih kuat sehingga memerlukan usaha yang lebih besar untuk berhenti. Sementara itu, pengguna rokok elektrik atau heated tobacco products (HTP) mungkin memiliki persepsi risiko yang lebih rendah terhadap kesehatan, sehingga motivasi mereka untuk berhenti merokok bisa berkurang meskipun ketergantungan nikotin tetap ada.

Peneliti juga berasumsi jenis rokok juga memengaruhi respons terhadap intervensi berhenti merokok. Peneliti mengasumsikan bahwa pengguna rokok konvensional mungkin lebih merespons baik terhadap pendekatan farmakologis dan konseling intensif, sementara pengguna rokok elektrik atau HTP mungkin memerlukan strategi yang lebih fokus pada perubahan persepsi risiko dan edukasi bahaya. Selain itu, tenaga kesehatan yang menggunakan lebih dari satu jenis rokok (dual use) diasumsikan memiliki hambatan lebih besar untuk berhenti karena adanya pola penggunaan ganda yang memperkuat ketergantungan nikotin dan perilaku merokok itu sendiri.

6.1.4 Pengaruh Level Merokok dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan

Level merokok menjadi variabel signifikan dalam model ini. Tenaga kesehatan dengan level merokok sedang memiliki peluang 7,07 kali ($p=0,017$; 95% CI=1,40–35,49), dan yang ringan memiliki peluang 13,96 kali ($p=0,020$; 95% CI=1,50–129,94) lebih besar untuk berupaya berhenti dibanding perokok berat. Ini menegaskan bahwa walaupun tenaga kesehatan biasanya punya pengetahuan tentang bahaya rokok, tingkat ketergantungan nikotin yang tinggi masih menjadi hambatan utama untuk berhenti. Semakin ringan kecanduan, semakin besar motivasi dan kemampuan mereka untuk mencoba berhenti merokok.

Kajian skoping terhadap tenaga kesehatan ditemukan bahwa mereka yang memiliki konsumsi tembakau rendah di baseline lebih mungkin berhasil berhenti merokok, sementara beban kerja dan shift malam justru mengurangi peluang berhenti (Evenhuis et al., 2023). Tinjauan sistematis meta-analisis pada intervensi penghentian merokok bagi pekerja kesehatan (2020–2023), intervensi yang mencakup terapi farmakologis dan konseling menimbulkan tingkat keberhasilan abstinensia sekitar 21 %, khususnya efektif pada perokok dengan level konsumsi yang lebih rendah (La Torre et al., 2020). Kedua penelitian tersebut saling memperkuat kenyataan bahwa level merokok berat vs ringan merupakan prediktor kunci dalam respons terhadap intervensi berhenti merokok pada tenaga kesehatan.

Dari perspektif praktis, hasil-hasil tersebut menunjukkan bahwa program berhenti merokok di kalangan tenaga kesehatan perlu menyesuaikan pendekatan berdasarkan tingkat konsumsi nikotin individu. Bagi perokok berat, intervensi intensif seperti kombinasi konseling perilaku, terapi farmakologis (misalnya NRT atau bupropion) dan sistem pemantauan berkala sangat krusial (Alonso et al., 2020). Sementara itu, perokok ringan bisa difasilitasi melalui pendekatan konseling singkat dan motivasi yang lebih ringan serta dukungan struktural seperti kebijakan bebas asap di lingkungan kerja dan pengurangan beban kerja untuk meningkatkan peluang berhenti lebih efisien (WHO, 2021).

Berdasarkan pembahasan di atas peneliti berasumsi bahwa, level merokok pada tenaga kesehatan berpengaruh langsung terhadap keberhasilan upaya berhenti merokok. Peneliti berpendapat bahwa tenaga kesehatan yang termasuk dalam kategori perokok berat memiliki tingkat ketergantungan nikotin yang lebih tinggi, sehingga membutuhkan strategi intervensi yang lebih intensif dan waktu yang lebih lama untuk mencapai keberhasilan berhenti. Tingginya frekuensi konsumsi rokok diasumsikan membuat individu lebih rentan terhadap gejala putus nikotin yang berat, seperti gangguan konsentrasi, mudah marah, dan peningkatan stres, yang pada akhirnya menjadi hambatan dalam mempertahankan abstinensia.

Peneliti juga berasumsi bahwa tenaga kesehatan dengan level merokok ringan atau sedang memiliki peluang lebih besar untuk berhenti merokok karena tingkat ketergantungan yang lebih rendah dan kemampuan adaptasi yang lebih baik

terhadap perubahan perilaku. Peneliti berpendapat bahwa kelompok ini lebih responsif terhadap intervensi seperti konseling singkat, edukasi bahaya rokok dan dukungan lingkungan kerja yang bebas asap. Selain itu, peneliti juga mengasumsikan bahwa faktor motivasi intrinsik, kesadaran akan risiko kesehatan dan komitmen profesional sebagai tenaga kesehatan akan lebih mudah dimanfaatkan untuk mendorong perubahan perilaku pada perokok dengan konsumsi rendah hingga sedang dibandingkan pada perokok berat.

6.1.5 Pengaruh Stres Psikologi dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan

Variabel stres psikologis pada analisis bivariat menunjukkan hubungan signifikan dengan upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan, di mana tenaga kesehatan dengan stres ringan dan sedang memiliki peluang 10,91 kali ($p=0,001$) dan 12,77 kali ($p=0,001$) lebih besar untuk berupaya berhenti dibanding yang stres berat. Namun, variabel ini tidak diuji pada analisis multivariat karena pengaruhnya kurang dominan dibanding level merokok dan dukungan keluarga. Meski demikian, stres tetap penting sebagai faktor yang memengaruhi motivasi berhenti merokok pada tenaga kesehatan.

Tingkat stres yang tinggi, baik sedang maupun berat, secara konsisten ditemukan sebagai faktor penghambat signifikan dalam upaya berhenti merokok di kalangan tenaga kesehatan. Studi oleh [Kim et al. \(2019\)](#) menemukan bahwa upaya berhenti merokok seringkali gagal pada individu dengan tingkat stres yang tinggi. Sejalan dengan itu, penelitian oleh [Bar-Zeev et al. \(2023\)](#) menunjukkan bahwa peningkatan stres yang nyata berpengaruh erat dengan peningkatan konsumsi rokok sebagai mekanisme koping sehingga mengurangi peluang berhenti. Burnout tingkat tinggi juga berkorelasi dengan kebiasaan merokok yang lebih tinggi dan pengurangan keberhasilan berhenti ([Papakala et al., 2023](#)).

Berdasarkan pembahasan diatas peneliti berasumsi bahwa, stres psikologis terutama pada tingkat sedang dan berat berpotensi menurunkan motivasi individu untuk melakukan perubahan perilaku, termasuk dalam hal berhenti merokok. Dalam kondisi stres yang tinggi individu cenderung menjadikan rokok sebagai

mekanisme pelarian atau cara untuk mengatasi tekanan emosional yang dirasakan. Oleh karena itu keinginan untuk berhenti merokok menjadi tidak prioritas, bahkan dapat dianggap sebagai tambahan beban mental. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku merokok bukan semata karena ketergantungan nikotin, tetapi juga erat kaitannya dengan kondisi psikologis seseorang.

Peneliti juga berasumsi bahwa di lingkungan tenaga kesehatan, stres sering kali muncul akibat tekanan pekerjaan, beban tanggung jawab dan kelelahan emosional yang berkepanjangan. Dalam situasi seperti ini, dukungan psikososial menjadi sangat penting untuk mendorong upaya berhenti merokok. Oleh karena itu, program penghentian merokok yang hanya fokus pada aspek fisik atau edukatif saja kemungkinan besar tidak akan efektif jika tidak dibarengi dengan intervensi yang menysasar manajemen stres dan kesehatan mental. Peneliti memandang perlunya pendekatan holistik yang mencakup dukungan emosional, konseling stres serta pembentukan lingkungan kerja yang lebih sehat secara psikologis.

6.1.6 Pengaruh Pengaruh Teman dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan

Pengaruh teman baik memiliki peluang 1,34 kali untuk mendorong upaya berhenti dibanding pengaruh teman kurang baik, namun tidak signifikan ($p=0,704$; 95% CI=0,28–6,32). Di kalangan tenaga kesehatan, meskipun lingkungan sosial penting, dukungan keluarga dan faktor individual seperti tingkat kecanduan tampaknya lebih berperan daripada pengaruh teman sejawat dalam memotivasi upaya berhenti merokok.

Temuan ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh [Joo et al. \(2020\)](#) meneliti faktor-faktor keberhasilan berhenti merokok jangka panjang di kalangan mahasiswa universitas. Penelitian ini menemukan bahwa pengaruh teman merokok merupakan prediktor terkuat terhadap kegagalan berhenti merokok jangka panjang (OR = 8,64; 95% CI = 1,75–42,80). Penelitian tersebut menegaskan bahwa paparan terhadap teman sebaya yang merokok memperbesar kemungkinan untuk terus merokok dibandingkan berhenti.

Penelitian ini juga di dukung oleh literatur yang ditulis [Rahman Arif \(2021\)](#) mengenai perilaku merokok tenaga kesehatan di Asia. Kajian ini mengidentifikasi bahwa pengaruh teman dan keluarga merupakan salah satu alasan utama mengapa tenaga kesehatan tetap merokok, meskipun mereka memahami bahaya rokok. Dalam lingkungan kerja ketika merokok dianggap lumrah atau tidak ditegur, maka tenaga kesehatan akan cenderung mempertahankan kebiasaan tersebut.

Berdasarkan pembahasan diatas peneliti berasumsi bahwa, pengaruh sosial dari lingkungan teman sebaya memiliki peran yang sangat kuat dalam membentuk perilaku merokok, bahkan pada kelompok tenaga kesehatan yang secara profesional memahami risiko kesehatan dari merokok. Ketika seseorang berada di lingkungan yang permisif atau bahkan mendukung perilaku merokok, maka motivasi untuk berhenti cenderung melemah, sebaliknya lingkungan yang mendukung gaya hidup sehat dapat mendorong individu untuk mengambil keputusan berhenti merokok. Peneliti memandang bahwa dorongan internal untuk berhenti tidak cukup tanpa didukung oleh suasana sosial yang kondusif.

Pandangan lain yang mendasari temuan ini adalah bahwa tenaga kesehatan juga rentan terhadap tekanan kelompok (peer pressure) meskipun memiliki latar belakang kesehatan. Dalam konteks ini, peneliti berasumsi bahwa upaya berhenti merokok bukan hanya persoalan pengetahuan, melainkan juga terkait erat dengan dinamika pengaruh sosial, penerimaan kelompok dan kebutuhan untuk merasa diterima. Oleh karena itu, intervensi berhenti merokok yang efektif harus mempertimbangkan faktor sosial di lingkungan kerja, seperti kampanye yang melibatkan teman sebaya dan penciptaan komunitas non-perokok di tempat kerja.

6.1.7 Pengaruh Dukungan Keluarga dengan Upaya Berhenti Merokok pada Tenaga Kesehatan

Variabel ini menunjukkan pengaruh paling kuat dan signifikan, di mana tenaga kesehatan yang mendapat dukungan keluarga memiliki peluang 15,02 kali lebih besar untuk berupaya berhenti ($p=0,001$; 95% CI=3,30–68,37). Hal ini menegaskan bahwa di tengah tekanan dan stres pekerjaan kesehatan, dukungan keluarga menjadi sumber utama motivasi dan kekuatan untuk melakukan

perubahan perilaku. Dukungan emosional dan sosial dari keluarga sangat penting untuk membantu tenaga kesehatan mengatasi kecanduan dan melanjutkan usaha berhenti.

Temuan ini sejalan dengan studi oleh [C. S. Nagawa et al. \(2022\)](#) yang menemukan bahwa dukungan dari keluarga dan teman terutama sikap negatif terhadap merokok merupakan faktor kunci dalam memicu usaha berhenti merokok. Selain itu, uji longitudinal yang dipublikasikan di *PMC* menunjukkan bahwa persepsi adanya dukungan sosial dari orang terdekat meningkatkan kemungkinan berhasil berhenti merokok secara signifikan ([Lee Westmaas et al., 2022](#)). Sebuah systematic review intervensi berbasis keluarga juga melaporkan bahwa program cessation yang melibatkan keluarga menunjukkan peningkatan upaya berhenti, meskipun hasilnya beragam tergantung bentuk intervensi ([Hubbard et al., 2016](#)).

Namun, tidak semua studi menemukan dukungan keluarga berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan berhenti merokok. Beberapa kajian intervensi keluarga tidak menunjukkan perbedaan signifikan dalam upaya penghentian merokok, jika keluarga tidak secara aktif dilatih atau melibatkan diri dalam proses intervensi. Selain itu review dari pengalaman komunitas online menemukan bahwa bagi beberapa individu terutama yang belum siap berhenti, dukungan keluarga atau teman tidak selalu memicu komitmen berhenti jika motivasi internal belum kuat ([Struik et al., 2022](#)).

Berdasarkan pembahasan diatas peneliti berasumsi bahwa, temuan ini mengarah pada pandangan bahwa dukungan keluarga memiliki peran sentral dalam membentuk motivasi internal tenaga kesehatan untuk berhenti merokok. Peneliti meyakini bahwa keluarga tidak hanya berfungsi sebagai sistem pendukung emosional, tetapi juga sebagai agen penguat perilaku sehat. Ketika seseorang merasakan keterlibatan, perhatian dan dorongan positif dari anggota keluarga, maka muncul perasaan tanggung jawab terhadap kesehatan diri maupun lingkungan sekitarnya, termasuk keluarga sendiri. Hal ini mendorong individu untuk mempertimbangkan perubahan gaya hidup yang lebih sehat, salah satunya dengan berhenti merokok.

Di sisi lain, peneliti juga berasumsi bahwa kurangnya dukungan keluarga bisa menyebabkan tenaga kesehatan merasa tidak memiliki alasan kuat atau dukungan yang cukup untuk memulai atau mempertahankan upaya berhenti merokok. Lingkungan keluarga yang permisif atau bahkan tidak peduli terhadap kebiasaan merokok justru bisa memperkuat perilaku adiktif tersebut. Oleh karena itu, intervensi berhenti merokok yang melibatkan keluarga atau dukungan sosial terdekat menjadi strategi penting yang layak dipertimbangkan dalam kebijakan pengendalian rokok di kalangan tenaga kesehatan.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa dalam model multivariat, hanya level merokok dan dukungan keluarga yang berpengaruh signifikan terhadap upaya berhenti merokok pada tenaga kesehatan di Aceh Barat Daya. Tenaga kesehatan dengan level merokok sedang memiliki peluang 7,07 kali ($p=0,017$; 95% CI=1,40–35,49) dan perokok ringan 13,96 kali ($p=0,020$; 95% CI=1,50–129,94) lebih besar untuk berupaya berhenti dibanding perokok berat. Selain itu, tenaga kesehatan yang mendapat dukungan keluarga memiliki peluang 15,02 kali lebih besar ($p=0,001$; 95% CI=3,30–68,37) untuk melakukan upaya berhenti dibanding yang kurang mendapat dukungan. Hal ini menegaskan bahwa intervensi efektif harus fokus pada pengurangan intensitas merokok sekaligus memperkuat dukungan sosial dari keluarga.

Sementara variabel lain seperti usia, lama merokok, jenis rokok, pengaruh teman, dan stres psikologis tidak menunjukkan pengaruh signifikan dalam analisis multivariat, meskipun stres signifikan pada analisis bivariat. Hal ini mengindikasikan bahwa faktor-faktor tersebut kurang berdampak secara independen terhadap upaya berhenti bila dipertimbangkan bersama variabel lain. Oleh karena itu, program berhenti merokok untuk tenaga kesehatan di Aceh Barat Daya perlu mengutamakan strategi yang menurunkan tingkat kecanduan dan memperkuat dukungan keluarga sebagai kunci keberhasilan dalam meningkatkan upaya berhenti merokok.

7.2 Saran

a. Bagi Manajemen Fasilitas Kesehatan (Dinkes/Puskesmas)

- Membuat program "Stop Merokok Sehat Bersama" khusus untuk tenaga kesehatan dengan jadwal tetap, misalnya setiap 3 bulan sekali.
- Melibatkan tenaga medis (dokter umum, psikolog klinis) untuk memberikan konseling individu dan kelompok.
- Menyediakan akses ke terapi farmakologis (seperti nikotin patch) secara gratis atau bersubsidi.
- Monitoring rutin setiap bulan terhadap peserta program untuk melihat perkembangan upaya berhenti merokok.

b. Untuk Atasan atau Pimpinan

- Membuat SK internal tentang larangan merokok di lingkungan kerja, disertai sistem sanksi bertahap: teguran lisan, teguran tertulis, hingga evaluasi kinerja.
- Membentuk tim pengawas internal yang bertugas melakukan patroli rutin setiap jam istirahat dan mendokumentasikan pelanggaran.
- Pemasangan spanduk dan poster larangan merokok di seluruh titik strategis seperti ruang tunggu, musholla, toilet dan ruang staf.
- Sosialisasi internal minimal dua kali setahun melalui apel pagi atau forum koordinasi staf.

c. Untuk Peneliti Selanjutnya

- Melakukan penelitian longitudinal untuk menilai keberlanjutan keberhasilan program berhenti merokok pada tenaga kesehatan, minimal dalam periode 1–2 tahun setelah intervensi.
- Mengeksplorasi faktor psikososial, beban kerja dan jenis rokok yang digunakan sebagai variabel prediktor keberhasilan berhenti merokok.
- Mengembangkan dan menguji efektivitas intervensi berbasis teknologi, seperti aplikasi pendamping berhenti merokok yang terintegrasi dengan pengingat, catatan perkembangan dan fitur konseling daring.
- Melakukan analisis biaya-manfaat (cost-effectiveness) dari berbagai strategi berhenti merokok di fasilitas kesehatan untuk menentukan model intervensi yang paling efisien.
- Penelitian selanjutnya disarankan untuk menambah jumlah sampel yang lebih besar dan beragam agar hasil yang diperoleh lebih representatif dan akurat.

7.3. Keterbatasan

- Ukuran sampel terbatas (102 responden, total sampling di satu kabupaten), sehingga generalisasi hasil penelitian ke wilayah lain masih terbatas.
- Variabel yang diteliti terbatas (usia, lama merokok, jenis rokok, level merokok, stres psikologis, pengaruh teman, dukungan keluarga), belum mencakup faktor organisasi, budaya kerja, maupun aspek kebijakan yang juga bisa memengaruhi upaya berhenti merokok.
- Keterbatasan waktu pengumpulan data hanya 3 hari mungkin tidak sepenuhnya merepresentasikan variasi kondisi responden.

DAFTAR PUSTAKA

- Alam N., Oktiani B.W. & Sarifah N.J.D., **Pengaruh Jenis, Lama, Dan Jumlah Rokok Yang Dikonsumsi Terhadap Nilai Indeks Smoker's Melanosis Perokok Dewasa**, 2022;6(3).
- Alonso D.L., Pérez R., Okio C. & Castillo E., **Assessment of mining activity on arsenic contamination in surface water and sediments in southwestern area of Santurbán paramo, Colombia**, *J Environ Manage*, 2020;264:110478.
- Artanti K.D., Arista R.D. & Fazmi T.I.K.J.J.o.P.H.R., **The influence of social environment and facility support on smoking in adolescent males in Indonesia**, 2024;13(1):22799036241228091.
- Bar-Zeev Y., Shauly-Aharonov M., Neumark Y. & Hirshoren N., **Changes in Smoking Behavior, Stress, and Sleep Duration Among Israeli Hospital Workers During the COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Study**, *Nicotine Tob Res*, 2023;25(2):274-281.
- Bird Y., Staines-Orozco H. & Moraros J.J.I.j.f.e.i.h., **Adolescents' smoking experiences, family structure, parental smoking and socio-economic status in Ciudad Juárez, Mexico**, 2016;15:1-9.
- Budiastuti, D., & Bandur, A. (2018). **Validitas dan reliabilitas penelitian**. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Chaudhary F.A., Shakoore A., Fareed M.A., Khattak O., Alqarni M.S., Issrani R. & Alsharari T.J.T.I.D., **Association of sociodemographic and occupational stress factors with smoking behavior among healthcare professionals: The mediating role of physical exercise**, 2025;23:10.18332/tid/204007.
- Dawson A.P., Cargo M., Stewart H., Chong A. & Daniel M., **"I know it's bad for me and yet I do it": exploring the factors that perpetuate smoking in Aboriginal Health Workers--a qualitative study**, *BMC Health Serv Res*, 2012;12:102.
- Evenhuis A., Occhipinti S., Jones L. & Wishart D., **Factors associated with cessation of smoking in health professionals: a scoping review**, *Glob Health Action*, 2023;16(1):2216068.
- Fahey M.C., Dahne J., Wahlquist A.E. & Carpenter M.J., **The Impact of Older Age on Smoking Cessation Outcomes After Standard Advice to Quit**, *J Appl Gerontol*, 2023;42(7):1477-1485.

- Global Burden of Disease Collaborative Network, **Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020). Global Burden of Disease Study 2019.**, 2020.
- Hubbard G., Gorely T., Ozakinci G., Polson R. & Forbat L., **A systematic review and narrative summary of family-based smoking cessation interventions to help adults quit smoking**, *BMC Fam Pract*, 2016;17:73.
- Huriah T. & Rahman A., editors. Smoking Behavior on Health Workers in Indonesia: A Phenomenological Study. 4th International Conference on Sustainable Innovation 2020–Health Science and Nursing (ICoSIHSN 2020); 2021: Atlantis Press.
- Johan A.J.E.J.P.M., **Asap Rokok Merugikan Bagi Kesehatan Tubuh Manusia**, 2023;1(6):555-558.
- Joo H., Cho M.H., Cho Y., Joh H.-K. & Kim J.W.J.M., **Predictors of long-term smoking cessation among smokers enrolled in a university smoking cessation program: a longitudinal study**, 2020;99(5):e18994.
- Kemenkes RI. **Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 Dalam Angka**, Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023.
- Kementerian Kesehatan RI, **Kementerian Kesehatan RI. (2021). Profil Kesehatan Indonesia 2020.**, 2021.
- Kim S.-J., Chae W., Park W.-H., Park M.-H., Park E.-C. & Jang S.-I.J.B.P.H., **The impact of smoking cessation attempts on stress levels**, 2019;19(1):267.
- Kim Y., Lee J.S., Cho W.-K.J.I.j.o.e.r. & health p., **Factors associated with successful smoking cessation according to age group: findings of an 11-year Korea National Survey**, 2021;18(4):1576.
- La Torre G., Tiberio G., Sindoni A., Dorelli B. & Cammalleri V., **Smoking cessation interventions on health-care workers: a systematic review and meta-analysis**, *PeerJ*, 2020;8:e9396.
- Lalramdini C., Lalremsanga H., Saikia L., Lalthanthuami H., Alajangi L., Kukkapalli M.J.I.J.o.P.H.R. & Development, **A Cross-Sectional Study on the Prevalence and Attitudes towards Tobacco Use among Healthcare Professionals in Mizoram**, 2025;16(1).
- Lee Westmaas J., Chantaprasopsuk S., Bontemps-Jones J., Stephens R.L., Thorne C. & Abroms L.C., **Longitudinal analysis of peer social support and quitting**

Smoking: Moderation by sex and implications for cessation interventions, *Prev Med Rep*, 2022;30:102059.

- Leung, D. Y. P., Lam, T. H., & Chan, S. S. C. (2010). **Validation of three versions of the Perceived Stress Scale in Chinese cardiac patients who smoke.** *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 51–58.
- Levett J.Y., Filion K.B., Reynier P., Prell C. & Eisenberg M.J., **Efficacy and Safety of E-Cigarette Use for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials,** *Am J Med*, 2023;136(8):804-813.e4.
- Ma J.-B. & Wáng Y.X.J.J.J.o.T.D., **Chest radiograph prevalence of vertebral deformity among young and middle-aged population of mixed city dwellers and rural residents,** 2022;14(12):4685.
- Mahdi H.A., Elmorsy S.A., Melebari L.A., Al-Masudi S.M., Sharbini D.A., Najjar A.G. & Al-Talhi A.M., **Prevalence and intensity of smoking among healthcare workers and their attitude and behavior towards smoking cessation in the western region of Saudi Arabia: A Cross-sectional study,** *Tob Prev Cessat*, 2018;4:30.
- Nagawa C.S., Pbert L., Wang B., Cutrona S.L., Davis M., Lemon S.C. & Sadasivam R.S., **Association between family or peer views towards tobacco use and past 30-day smoking cessation among adults with mental health problems,** *Prev Med Rep*, 2022;28:101886.
- Nagawa C.S., Pbert L., Wang B., Cutrona S.L., Davis M., Lemon S.C. & Sadasivam R.S.J.P.M.R., **Association between family or peer views towards tobacco use and past 30-day smoking cessation among adults with mental health problems,** 2022;28:101886.
- Naik B.N., Biswas B., Singh C., Pandey S., Nirala S.K. & Chaudhary N., **Tobacco use pattern and quitting behaviour among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: Insights from a pan India online survey,** *Clin Epidemiol Glob Health*, 2021;12:100838.
- Nuha R.U., Demartoto A., Prasetya H.J.J.o.H.P. & Behavior, **Meta analysis: the effects of parental smokers, peer smokers, and stress on smoking behavior in teenagers,** 2023;8(3):177-193.
- Odani S., Tsuno K., Agaku I.T. & Tabuchi T., **Heated tobacco products do not help smokers quit or prevent relapse: a longitudinal study in Japan,** *Tob Control*, 2023.

- Oktriansyah R., Widyorini E. & Rahayu E.J.L., **Hubungan stres dan lingkungan dengan perilaku merokok pada tenaga kesehatan (Nakes) di Rumah Sakit RYZ Kota X**, 2023;19(2):117-122.
- Papakala E., Zarogiannis S.G. & Hatzoglou C.J.P., **Change in smoking behavior and burnout syndrome among healthcare workers during the COVID-19 pandemic**, 2023;36(4).
- PP RI No.109 T., **Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 109 Tahun 2012**, 2012.
- Priano L., Montecucco A., Dini G., Rahmani A., Manca A., Mandolini L., *et al.*, **Epidemiology of smoking habits among healthcare workers employed in a regional reference teaching hospital in Northern Italy: a cross-sectional study**, 2025;65(4):E574.
- Qanun Prov. NAD No. 4 Tahun, **Qanun Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Nomor 4 Tahun 2020 tentang Kawasan Tanpa Rokok.**, 2020.
- Rahman A. & Huriah T., **The smoking behavior of health workers in Asia: a literature review**, 2021.
- Rahman Arif H.T., **The smoking behavior of health workers in Asia: a literature review**, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 2021;24(2):118-130.
- Rikesdas, **Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018**, 2018.
- Sadarang R.A.I., **Factors Associated With Quitting Smoking in Indonesia**, *J Prev Med Public Health*, 2021;54(2):137-144.
- Salehin M., Lam L., Rahman M.A.J.I.J.o.E.R. & Health P., **Smoking Among Healthcare Professionals in Australia: A Scoping Review**, 2025;22(1):113.
- Salsabila N.N., Indraswari N. & Sujatmiko B.J.J.E.K.I., **Gambaran Kebiasaan Merokok Di Indonesia Berdasarkan Indonesia Family Life Survey 5 (Ifis 5)**, 2022;7(1):2.
- Scholz J., Santos P.C.J.L., Buzo C.G., Lopes N.H.M., Abe T.M.O., Gaya P.V., *et al.*, **Effects of aging on the effectiveness of smoking cessation medication**, 2016;7(21):30032.
- Septiani R.J.B.I.J.I.M.S.K., **Hubungan Lama Merokok dan Frekuensi Merokok dengan Kadar Hemoglobin (Hb) Pada Perokok Aktif**, 2022;14(1).

- Siagian H., Imran L., Nirawaty N. & Perwitasari P.J.J.K.T., **Analisis Perilaku Merokok, Dampak Kesehatan dan Strategi Pengendalian Tembakau**, 2024;11(1):29-40.
- Siewchaisakul P., Luh D.L., Chiu S.Y.H., Yen A.M.F., Chen C.D. & Chen H.H., **Smoking cessation advice from healthcare professionals helps those in the contemplation and preparation stage: An application with transtheoretical model underpinning in a community-based program**, *Tob Induc Dis*, 2020;18:57.
- Sreeramareddy C.T., Kuan L.P.J.J.o.E. & Health G., **Smoking Cessation and Utilization of Cessation Assistance in 13 low-and middle-income countries-changes between Two Survey Rounds of Global Adult Tobacco Surveys, 2009–2021**, 2024;14(3):1257-1267.
- Sriyanto A. & Pangestu A.P.J.J.P.B.D.C., **Dampak Konsumsi Rokok Konvensional Dan Rokok Elektrik Terhadap Kesehatan, Penerimaan Negara**, 2022;6(2):428-450.
- Struik L., Khan S., Assoiants A. & Sharma R.H., **Assessment of Social Support and Quitting Smoking in an Online Community Forum: Study Involving Content Analysis**, *JMIR Form Res*, 2022;6(1):e34429.
- Sumampouw M.N., Bawoel A.A., Lantemona Y.N. & Pitoy F.F.J.K.J.o.N., **TINGKAT STRES, KEBIASAAN MAKAN, SIKLUS MENSTRUASI DAN KETERHUBUNGANYA DENGAN TINGKAT KEPARAHAN ACNE VULGARIS PADA MAHASISWI**, 2024;6(2):24-32.
- Talip T., Murang Z., Kifli N. & Naing L., **Systematic Review of Smoking Initiation among Asian Adolescents, 20052015: Utilizing the Frameworks of Triadic Influence and Planned Behavior**, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2016;17(7):3341-55.
- Timmermans E.J., Huisman M., Kok A.A.L. & Kunst A.E., **Smoking Cessation and 16-year Trajectories of Functional Limitations Among Dutch Older Adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam**, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2018;73(12):1722-1728.
- U.S. Department of Health and Human Services, **U.S. Department of Health and Human Services. (2020). Smoking and Health: Report of the Surgeon General.**, 2020.
- Umbas I.M., Tuda J. & Numansyah M.J.J.K., **Hubungan antara merokok dengan hipertensi di Puskesmas Kawangkoan**, 2019;7(1):1-8.

- Uslu N.Z., Karaman I., Oral A., Torun S.D. & Kalamanoğlu Balci M., **Correlates of Smoking, Work Stress, and Mindful Awareness among Private Hospital Workers in Istanbul**, *Subst Use Misuse*, 2024;59(5):743-751.
- Utami N.J.M.K.M.I., **Pengaruh kebiasaan merokok orang tua terhadap perilaku merokok remaja di Indonesia**, 2020;16(3):327-335.
- Weta H. & Rumondor J.A., **Hubungan Dukungan Lingkungan Sosial Dengan Perilaku Merokok Di Sma Makassar Raya**: STIK Stella Maris; 2019.
- WHO, **Tobacco**. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, 2021.
- WHO, **WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products**, 2021.
- WHO, **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021: Addressing new and emerging products**. World Health Organization. , 2021.
- WHO, **World Health Organization (WHO). (2021). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic.**, 2021.
- Yuan P., Westmaas J.L., Thrul J., Toussaert S., Hilton J.F., White J.S.J.N. & Research T., **Effectiveness of peer-support interventions for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis**, 2023;25(9):1515-1524.
- Zaborskis A., Kavaliauskienė A., Eriksson C., Klemėra E., Dimitrova E., Melkumova M., *et al.*, **Family support as smoking prevention during transition from early to late adolescence: A study in 42 countries**, 2021;18(23):12739.
- Zong Q., Li H., Jiang N., Gong Y., Zheng J. & Yin X., **Prevalence and determinants of smoking behavior among physicians in emergency department: A national cross-sectional study in China**, *Front Public Health*, 2022;10:980208.
- Zong Q., Li H., Jiang N., Gong Y., Zheng J. & Yin X.J.F.i.P.H., **Prevalence and determinants of smoking behavior among physicians in emergency department: A national cross-sectional study in China**, 2022;10:980208.

Lampiran 1

INFORMASI KEPADA RESPONDEN (Informed Consent)

Assalamualaikum Wr.Wb

Saya Vira Safitri, atas nama peneliti mahasiswa tingkat akhir Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh bermaksud mengadakan penelitian mengenai Analisis Determinan Kebiasaan Merokok pada Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya.

Dengan penelitian ini diharapkan akan diketahui faktor apa saja yang mempengaruhi kebiasaan merokok pada tenaga kesehatan. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan pertimbangan pihak terkait dalam menentukan program pencegahan.

Keikutsertaan Bpk/Sdr dalam penelitian ini adalah secara sukarela dan menguntungkan semua pihak baik responden, peneliti, pelayan kesehatan dan masyarakat luas. Setelah Anda setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan menandatangani pernyataan persetujuan responden, maka Anda akan diwawancarai oleh kami sebagai peneliti.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini akan dirahasiakan oleh tim peneliti dan tidak terbuka bagi masyarakat atau pihak lain tanpa persetujuan peneliti. Laporan yang akan dihasilkan dalam penelitian ini tidak akan mencantumkan identitas penderita yang bersangkutan. Demikian informasi kami sampaikan, terimakasih atas kesediaan Anda menjadi responden.

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Lampiran 2

KUESIONER ANALISIS DETERMINAN UPAYA BERHENTI MEROKOK PADA TENAGA KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN ACEH BARAT DAYA

Informasi Responden

No responden :
Inisial :
Asal Puskesmas/Dinas Kesehatan :
Usia : _____ tahun

Kebiasaan Merokok dan Penggunaan Tembakau (Kuesioner SKI 2023)

(Kemenkes RI, 2023)

1. Pada umur berapa anda mulai merokok setiap hari? _____ (jika tidak ingat isikan tahun mulai merokok)
2. Sebutkan jenis rokok yang biasa anda hisap?
 - a. Filter
 - b. Kretek
 - c. Elektrik
 - d. Linting
 - e. Lainnya
3. Rata-rata berapa batang rokok biasanya saudara konsumsi perhari?batang perhari
4. Apakah Anda berkeinginan untuk berhenti/tidak merokok sama sekali?

Kuesioner *Perceived Stress Scale* (PSS)

No	Pertanyaan	0 (tidak pernah)	1 (hampir tidak pernah)	2 (kadang-kadang)	3 (cukup sering)	4 (terlalu sering)
1	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda menjadi bingung karena sesuatu yang terjadi secara tiba-tiba?					
2	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah merasa tidak mampu untuk mengendalikan hal-hal yang penting dalam kehidupan Anda?					
3	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda merasa gugup atau stres?					
4	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda merasa yakin akan kemampuan Anda untuk menangani masalah pribadi?					
5	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah merasa bahwa segala sesuatunya berjalan lancar?					
6	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah merasa bahwa Anda tidak bisa menguasai semua hal yang harus Anda lakukan?					
7	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah mampu mengendalikan hal-hal yang menyakitkan dalam hidup Anda?					
8	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda merasakan bahwa Anda sangat bahagia dan sukses?					
9	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah merasa marah karena sesuatu yang terjadi di luar kendali Anda?					
10	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda merasakan bahwa kesulitan-kesulitan menumpuk sebegitu tingginya sehingga Anda tidak bisa mengatasinya?					

- Keterangan:
- Normal = 0-7
- Stres ringan = 8-11
- Stres sedang = 12-15
- Stres berat = >15

Kuesioner: Pengaruh Teman terhadap Perilaku Merokok

No	Pernyataan	0=Ya	1=Tidak
1	Teman saya mengatakan bahwa merokok itu nikmat.		
2	Teman saya mengatakan bahwa merokok dapat memperlambat pergaulan saat berkumpul dengan mereka.		
3	Teman saya memberikan perhatian kepada saya, apabila saya ikut merokok.		
4	Teman saya mengatakan saya terlihat jantan saat merokok.		
5	Teman saya selalu menraktir saya untuk merokok.		
6	Jika saya tidak punya uang untuk membeli rokok, maka teman saya akan memberikannya.		
7	Saya selalu terpengaruh ajakan teman untuk merokok.		
8	Jika saya merasa stres, maka saya menerima saran teman untuk merokok.		

Sumber :Weta & Rumondor (2019)

Keterangan :

Baik (skor ≥ 5)

Kurang Baik (skor < 5)

Dukungan Keluarga

No	Pernyataan	1=Ya	0=Tidak
1	Keluarga memberikan informasi kepada saya tentang bahaya merokok		
2	Keluarga memberitahukan kepada saya tentang bagaimana cara agar tidak merokok		
3	Keluarga memberikan pujian atas usaha saya untuk tidak merokok		
4	Keluarga memberikan apresiasi kepada saya apabila saya berhenti merokok		
5	Dukungan dari keluarga yang membuat saya untuk tidak merokok		
6	Keluarga mendampingi saya bila ada masalah		
7	Keluarga mendorong saya untuk terbuka bila ada masalah		
8	Keluarga memperhatikan lingkungan tempat saya bergaul		

Sumber :Weta & Rumondor (2019)

Keterangan

Baik (skor ≥ 5)

Kurang Baik (skor < 5)

Lampiran 3

TABEL SKOR

No	Variabel	Nomor Urut Pertanyaan	Bobot Skor	Kategori
Variabel dependen				
	Upaya Berhenti Merokok	4	1 = Ya, 0 = Tidak	Ya Tidak
Variabel Independen				
1.	Lama Merokok	1	Isian langsung	<10 tahun >=10 tahun
2.	Jenis Rokok yang Dikonsumsi	2 (a-e)	Jumlah jenis dipilih	Rokok Filter Rokok Kretek
3.	Level Merokok per Hari/Minggu	3	0 = Ringan (1–10 batang) 1 = Sedang (11–20 batang) 2 = Berat (>20 batang)	Ringan Sedang Berat
4.	Usia Responden	-	Isian langsung	-
5.	Stres Psikologis (PSS)	1–10	0–4	- Normal = skor 0-7 - Stres ringan = skor 8-11 - Stres sedang = skor 12-15 - Stres berat = skor >15
6.	Pengaruh Teman	1–8	1 = Ya, 0 = Tidak	Baik \geq 5, Kurang Baik < 5
7.	Dukungan Keluarga	1–8	1 = Ya, 0 = Tidak	Baik \geq 5, Kurang Baik < 5

Lampiran 4

Master Tabel

Lampiran 5

OUTPUT STATA

. alpha no1 no2 no3 no4 no5 no6 no7 no8 no9 n010

Test scale = mean(unstandardized items)

Average interitem covariance: .6781865
 Number of items in the scale: 10
 Scale reliability coefficient: 0.9306

. alpha no1 no2 no3 no4 no5 no6 no7 no8 no9 n010, item

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
no1	30	+	0.7535	0.7082	.7222542	0.9257
no2	30	+	0.7559	0.7054	.7102171	0.9251
no3	30	+	0.8006	0.7496	.6801086	0.9224
no4	30	+	0.7319	0.6515	.6739783	0.9284
no5	30	+	0.7834	0.7139	.6555236	0.9250
no6	30	+	0.8405	0.7973	.6667944	0.9199
no7	30	+	0.8676	0.8215	.6284802	0.9185
no8	30	+	0.7673	0.6959	.6642401	0.9258
no9	30	+	0.7979	0.7536	.6981481	0.9229
n010	30	+	0.8372	0.7980	.6821201	0.9205
Test scale					.6781865	0.9306

. alpha no1 no2 no3 no4 no5 no6 no7 no8

Test scale = mean(unstandardized items)

Average interitem covariance: .0818144
 Number of items in the scale: 8
 Scale reliability coefficient: 0.7998

. alpha no1 no2 no3 no4 no5 no6 no7 no8, item

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
no1	30	+	0.8597	0.7944	.0691845	0.7320
no2	30	+	0.8325	0.7537	.0700602	0.7376
no3	30	+	0.6526	0.5198	.0815545	0.7759
no4	30	+	0.8480	0.7747	.068856	0.7336
no5	30	+	0.3841	0.2084	.0975917	0.8196
no6	30	+	0.4849	0.3127	.0914067	0.8069
no7	30	+	0.3776	0.1970	.0979748	0.8220
no8	30	+	0.7086	0.5887	.0778872	0.7651
Test scale					.0818144	0.7998

. alpha no1 no2 no3 no4 no5 no6 no7 no8

Test scale = mean(unstandardized items)
Reversed items: no2 no7

Average interitem covariance: .0426519
Number of items in the scale: 8
Scale reliability coefficient: 0.7525

. alpha no1 no2 no3 no4 no5 no6 no7 no8, item

Test scale = mean(unstandardized items)

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
no1	30	+	0.7491	0.6199	.0364532	0.6910
no2	30	-	0.8274	0.7124	.0315271	0.6650
no3	30	+	0.5459	0.4181	.0461959	0.7335
no4	30	+	0.6074	0.4725	.043514	0.7235
no5	30	+	0.3704	0.1537	.0512315	0.7831
no6	30	+	0.5459	0.4181	.0461959	0.7335
no7	30	-	0.6052	0.4880	.0445539	0.7236
no8	30	+	0.6042	0.4045	.0415435	0.7391
Test scale					.0426519	0.7525

Uji univariat

. tab upaya_berhenti_merokok

Upaya Berhenti Merokok	Freq.	Percent	Cum.
tidak	35	34.31	34.31
ada	67	65.69	100.00
Total	102	100.00	

. tab usia

Usia	Freq.	Percent	Cum.
40-59 Tahun	54	52.94	52.94
20-39 Tahun	48	47.06	100.00
Total	102	100.00	

. tab lama_merokok

Lama Merokok	Freq.	Percent	Cum.
>10 Tahun	85	83.33	83.33
<10 Tahun	17	16.67	100.00
Total	102	100.00	

. tab level_merokok

Level Merokok	Freq.	Percent	Cum.
Berat	27	26.47	26.47
Sedang	55	53.92	80.39
Ringan	20	19.61	100.00
Total	102	100.00	

. tab jenis_rokok

Jenis Rokok	Freq.	Percent	Cum.
Kretek	19	18.63	18.63
Filter	83	81.37	100.00
Total	102	100.00	

. tab stres_psikologis

Stres Psikologis	Freq.	Percent	Cum.
Berat	18	17.65	17.65
Sedang	20	19.61	37.25
Ringan	27	26.47	63.73
Normal	37	36.27	100.00
Total	102	100.00	

. tab pengaruh_teman

Pengaruh Teman	Freq.	Percent	Cum.
Kurang Baik	59	57.84	57.84
Baik	43	42.16	100.00
Total	102	100.00	

. tab dukungan_keluarga

Dukungan Keluarga	Freq.	Percent	Cum.
kurang baik	31	30.39	30.39
Baik	71	69.61	100.00
Total	102	100.00	

Uji bivariante

```
. tab usia upaya_berhenti_merokok, row
```

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Usia	Upaya Berhenti Merokok		Total
	tidak	ada	
40-59 Tahun	32 59.26	22 40.74	54 100.00
20-39 Tahun	3 6.25	45 93.75	48 100.00
Total	35 34.31	67 65.69	102 100.00

```
. logit upaya_berhenti_merokok ib(0).usia, or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -65.595639
Iteration 1: log likelihood = -48.774773
Iteration 2: log likelihood = -47.738737
Iteration 3: log likelihood = -47.720668
Iteration 4: log likelihood = -47.720655
Iteration 5: log likelihood = -47.720655
```

Logistic regression

```
Number of obs = 102
LR chi2(1) = 35.75
Prob > chi2 = 0.0000
Pseudo R2 = 0.2725
```

Log likelihood = -47.720655

upaya_berhenti_merokok	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
usia						
20-39 Tahun	21.81818	14.34469	4.69	0.000	6.014277	79.15051
_cons	.6875	.1904072	-1.35	0.176	.3995098	1.18309

Note: _cons estimates baseline odds.

. tab lama_merokok upaya_berhenti_merokok, row

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Lama Merokok	Upaya Berhenti Merokok		Total
	tidak	ada	
>10 Tahun	33 38.82	52 61.18	85 100.00
<10 Tahun	2 11.76	15 88.24	17 100.00
Total	35 34.31	67 65.69	102 100.00

. logit upaya_berhenti_merokok ib(0).lama_merokok, or

Iteration 0: log likelihood = -65.595639
 Iteration 1: log likelihood = -62.996975
 Iteration 2: log likelihood = -62.933704
 Iteration 3: log likelihood = -62.933513
 Iteration 4: log likelihood = -62.933513

Logistic regression

Number of obs = 102
 LR chi2(1) = 5.32
 Prob > chi2 = 0.0210
 Pseudo R2 = 0.0406

Log likelihood = -62.933513

upaya_berhenti_merokok	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
lama_merokok <10 Tahun	4.759615	3.736224	1.99	0.047	1.021861	22.16929
_cons	1.575758	.3507036	2.04	0.041	1.018695	2.437443

Note: _cons estimates baseline odds.

. tab level_merokok upaya_berhenti_merokok, row

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

Level Merokok	Upaya Berhenti Merokok		Total
	tidak	ada	
Berat	22 81.48	5 18.52	27 100.00
Sedang	10 18.18	45 81.82	55 100.00
Ringan	3 15.00	17 85.00	20 100.00
Total	35 34.31	67 65.69	102 100.00

. logit upaya_berhenti_merokok ib(0).level_merokok, or

Iteration 0: log likelihood = -65.595639
 Iteration 1: log likelihood = -47.595622
 Iteration 2: log likelihood = -47.469983
 Iteration 3: log likelihood = -47.469316
 Iteration 4: log likelihood = -47.469316

Logistic regression

Number of obs = 102
 LR chi2(2) = 36.25
 Prob > chi2 = 0.0000
 Pseudo R2 = 0.2763

Log likelihood = -47.469316

upaya_berhenti_merokok	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
level_merokok Sedang	19.8	12.006	4.92	0.000	6.03292	64.98345
Ringan	24.93333	19.90941	4.03	0.000	5.21304	119.2531
_cons	.2272727	.1125986	-2.99	0.003	.0860664	.600152

Note: _cons estimates baseline odds.

. tab jenis_rokok upaya_berhenti_merokok, row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

Jenis Rokok	Upaya Berhenti Merokok		Total
	tidak	ada	
Kretek	16 84.21	3 15.79	19 100.00
Filter	19 22.89	64 77.11	83 100.00
Total	35 34.31	67 65.69	102 100.00

. logit upaya_berhenti_merokok ib(0). jenis_rokok, or

Iteration 0: log likelihood = -65.595639
 Iteration 1: log likelihood = -52.972147
 Iteration 2: log likelihood = -52.938133
 Iteration 3: log likelihood = -52.937997
 Iteration 4: log likelihood = -52.937997

Logistic regression

Number of obs = 102
 LR chi2(1) = 25.32
 Prob > chi2 = 0.0000
 Pseudo R2 = 0.1930

Log likelihood = -52.937997

upaya_berhenti_merokok	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
jenis_rokok						
Filter	17.96491	12.23844	4.24	0.000	4.726627	68.28084
_cons	.1875	.1179662	-2.66	0.008	.0546343	.6434831

Note: _cons estimates baseline odds.

. tab stres_psikologis upaya_berhenti_merokok, row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

Stres Psikologis	Upaya Berhenti Merokok		Total
	tidak	ada	
Berat	16 88.89	2 11.11	18 100.00
Sedang	13 65.00	7 35.00	20 100.00
Ringan	2 7.41	25 92.59	27 100.00
Normal	4 10.81	33 89.19	37 100.00
Total	35 34.31	67 65.69	102 100.00

. logit upaya_berhenti_merokok ib(0). stres_psikologis, or

Iteration 0: log likelihood = -65.595639
 Iteration 1: log likelihood = -39.65093
 Iteration 2: log likelihood = -39.038485
 Iteration 3: log likelihood = -39.031353
 Iteration 4: log likelihood = -39.031352

Logistic regression

Number of obs = 102
 LR chi2(3) = 53.13
 Prob > chi2 = 0.0000
 Pseudo R2 = 0.4050

Log likelihood = -39.031352

upaya_berhenti_merokok	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
stres_psikologis						
Sedang	4.307692	3.810008	1.65	0.099	.761002	24.38392
Ringan	99.99997	105	4.39	0.000	12.77139	782.9994
Normal	66	60.59084	4.56	0.000	10.91702	399.0098
_cons	.125	.09375	-2.77	0.006	.0287415	.5436397

Note: _cons estimates baseline odds.

. tab pengaruh_teman upaya_berhenti_merokok, row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

Pengaruh Teman	Upaya Berhenti Merokok		Total
	tidak	ada	
Kurang Baik	28 47.46	31 52.54	59 100.00
Baik	7 16.28	36 83.72	43 100.00
Total	35 34.31	67 65.69	102 100.00

. logit upaya_berhenti_merokok ib(0). pengaruh_teman, or

Iteration 0: log likelihood = -65.595639
 Iteration 1: log likelihood = -60.03282
 Iteration 2: log likelihood = -59.92295
 Iteration 3: log likelihood = -59.922932
 Iteration 4: log likelihood = -59.922932

Logistic regression

Number of obs = 102
 LR chi2(1) = 11.35
 Prob > chi2 = 0.0008
 Pseudo R2 = 0.0865

Log likelihood = -59.922932

upaya_berhenti_merokok	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
pengaruh_teman						
Baik	4.645161	2.269043	3.14	0.002	1.783243	12.10016
_cons	1.107143	.2886488	0.39	0.696	.6641751	1.845545

Note: _cons estimates baseline odds.

. tab dukungan_keluarga upaya_berhenti_merokok, row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

Dukungan Keluarga	Upaya Berhenti Merokok		Total
	tidak	ada	
kurang baik	26 83.87	5 16.13	31 100.00
Baik	9 12.68	62 87.32	71 100.00
Total	35 34.31	67 65.69	102 100.00

. logit upaya_berhenti_merokok ib(0). dukungan_keluarga, or

Iteration 0: log likelihood = -65.595639
 Iteration 1: log likelihood = -40.917043
 Iteration 2: log likelihood = -40.689836
 Iteration 3: log likelihood = -40.688822
 Iteration 4: log likelihood = -40.688822

Logistic regression

Number of obs = 102
 LR chi2(1) = 49.81
 Prob > chi2 = 0.0000
 Pseudo R2 = 0.3797

Log likelihood = -40.688822

upaya_berhenti_merokok	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	
dukungan_keluarga						
Baik	35.82222	21.66287	5.92	0.000	10.94972	117.1931
_cons	.1923077	.0939087	-3.38	0.001	.0738471	.5007948

Note: _cons estimates baseline odds.

Uji multivariate tanpa variabel tidak signifikan (stress psikologis)

```
. logit upaya_berhenti_merokok ib(0).usia ib(0).lama_merokok ib(0). level_merokok ib(0).jenis_rokok ib(0)
> ).pengaruh_teman ib(0).dukungan_keluarga, or
```

```
Iteration 0: log likelihood = -65.595639
Iteration 1: log likelihood = -30.200147
Iteration 2: log likelihood = -29.248262
Iteration 3: log likelihood = -29.230956
Iteration 4: log likelihood = -29.230927
Iteration 5: log likelihood = -29.230927
```

Logistic regression

```
Number of obs = 102
LR chi2(7) = 72.73
Prob > chi2 = 0.0000
Pseudo R2 = 0.5544
```

Log likelihood = -29.230927

upaya_berhenti_merokok	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]
usia					
20-39 Tahun	4.242527	3.795468	1.62	0.106	.7347154 24.49798
lama_merokok					
<10 Tahun	.5628408	.5801865	-0.56	0.577	.0746365 4.244433
level_merokok					
Sedang	7.072802	5.821715	2.38	0.017	1.409148 35.49985
Ringan	13.96996	15.89598	2.32	0.020	1.501893 129.9425
jenis_rokok					
Filter	3.533509	3.547181	1.26	0.209	.4939819 25.27559
pengaruh_teman					
Baik	1.349362	1.06353	0.38	0.704	.2878957 6.324436
dukungan_keluarga					
Baik	15.02518	11.61676	3.50	0.000	3.301495 68.37991
_cons	.0150394	.0175719	-3.59	0.000	.001523 .1485147

Note: _cons estimates baseline odds.

Lampiran 6

Dokumentasi Penelitian













Kode Etik Penelitian



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

Jln. Kampus Muhammadiyah No.93, Batoh, Lueng Bata, Kota Banda Aceh, Kode Pos : 23245
E-Mail : sekretariatkep@unmuha.ac.id | Tlpn : (0651) 31054 | Hp: (+62) 81360208187



PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL

Nomor: 08/EA/KEPK/Unmuha/VII/2025

Protokol Penelitian yang Berjudul: "Analisis Determinan Kebiasaan Merokok Pada Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya"

Research Protocol Entitled: "Analysis Determinants of Smoking Habits among Healthcare Workers in the Aceh Barat Daya Health Service"

Peneliti Utama : Vira Safitri, SKM
Principal Investigator

Pembimbing/Peneliti Lain : Dharina, SKM., MKM., Ph.D
Supervisor/ Other investigators Fahmi Ichwansyah, S.Kp, MPH, Ph.D

Nama Institusi : Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana
Name of the institution Universitas Muhammadiyah Aceh

Dinyatakan layak etik sesuai 7(tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2026. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indicator setiap standar. Pernyataan laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 18 July 2025 sampai dengan tanggal 18 July 2026.

Has been approved by the ethical Clearance Committee as it is ethically in accordance with the 7 (seven) WHO 2011 Standards, that includes 1) Social Value, 2) Scientific Value, 3) Equalization of burden and benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Consent Prior to Explanation, that refers to CIOMS 2016 Guidelines. This is as indicated by the fulfilment of all indicators in each standard. This ethical Approval is valid for the period of July 18, 2025 until July 18, 2026.

Banda Aceh, 18 Juni, 2025
Komite Etik Penelitian Kesehatan
Ketua,



Fahmi Ichwansyah, S.Kp., M.P.H. PhD
NIP. 196609051989021001

Lampiran 8

Surat Izin dan Selesai Penelitian



PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No.0012/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh 23245
Telp/Fax: 0651-31053 / 0651-31053
Website: <http://mkm.umma.ac.id> | E-mail: mkm@umma.ac.id

No : 364/UM.MKM.M/VII/2025
Lamp : -
Hal : Permohonan Izin Rekomendasi Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Daya
di
Tempat

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

N a m a : **Vira Safitri**
NPM : 2307210048
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Judul Tesis : **"ANALISIS DETERMINAN KEBIASAAN MEROKOK PADA TENAGA KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN ACEH BARAT DAYA"**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatian bapak/ibu kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Banda Aceh, 21 Juli 2025

Ka. Prodi MKM,

Dr. Maidar, M.Kes

SURAT SELESAI PENELITIAN



PEMERINTAH KABUPATEN ACEH BARAT DAYA
DINAS KESEHATAN

Jalan Bukit Hijau Komplek Perkantoran Abdya Blangpidie 23764
Telepon (0659), 93026, Email :dinkes@acehbaratdayakab.go.id

Blangpidie, 28 Juli 2025 M
03 Safar 1447 H

Nomor : 400.711540
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Izin Penelitian

Yang Terhormat :
Ketua Program Studi
Magister Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh
di -

Tempat

Sehubungan dengan surat dari Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh Nomor : 364/UM.MKM.M/VII/2025 Tanggal 21 Juli 2025 Perihal Permohonan Izin Rekomendasi Penelitian berjudul "**Analisis Determinan Kebiasaan Merokok Pada Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan Aceh Barat Daya**".

Terkait hal tersebut diatas pada dasarnya kami tidak keberatan dan memberikan izin kepada saudari Vira Safitri mahasiswa program studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh untuk melakukan penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Daya selagi tidak melanggar aturan dan ketentuan yang berlaku pada Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Barat Daya.

Demikian disampaikan, atas kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

PIN KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN ACEH BARAT DAYA
DINAS
KESEHATAN
dr. ADI ARULAN MUNDA
Pembina
NIP. 197508082008041001