

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN,
SIKAP DAN TINDAKAN MEROKOK PADA REMAJA
DI DESA JATI KABUPATEN GARUT**

**(The Influence of Health Education on Knowledge, Attitude and Practice
of Smoking in Adolescents in Jati Village Garut Regency)**

Faisal Kholid Fahdi, Henni Djuhaeni, Ahmad Yamin

Universitas Padjadjaran Bandung

ABSTRAK

Perilaku kesehatan yang nantinya akan memengaruhi kualitas hidup seseorang melalui faktor *predisposing, reinforcing, enabling*. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat pengaruh pendidikan kesehatan melalui metode *precede proceed model* pada remaja merokok di Desa Jati wilayah kerja Puskesmas Tarogong Kaler Kabupaten Garut Jawa Barat.

Desain penelitian yang digunakan adalah eksperimen semu (*quasy exsperiment*) dengan rancangan *non randomized control group design with pretest and posttest*. Intervensi pendidikan kesehatan dengan metode *precede proceed model* pada remaja merokok. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan September 2014 selama kurang lebih tiga minggu di Desa Jati wilayah kerja Puskesmas Tarogong Kabupaten Garut Jawa Barat. Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *simple random sampling*, jumlah sampel yang diambil 80 sampel terbagi menjadi 40 kelompok intervensi dan 40 kelompok control.

Hasil penelitian menunjukkan kelompok intervensi yang mendapatkan Pendidikan Kesehatan melalui *precede proceed model* mengalami peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi dengan nilai $p < 0,05$.

Kata kunci : merokok, *precede proceed model*, pengetahuan, sikap dan tindakan

PENDAHULUAN

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa *benzo(a)pyrene* dalam rokok antara 20-40 nanogram persatu batang rokok. *Benzo(a)pyrene* menyebabkan gen P53 (*tumor supresor genez*) bermutasi, yang semula berfungsi melindungi sel dari kanker menjadi gen penyebab kanker. Kanker paru di Amerika Serikat menjadi penyebab utama kematian, menurut data ACS (*American Cancer Society*), lebih dari 419.000

orang mati akibat kanker paru, dan 85% - 90% berhubungan dengan merokok (Maya and Karen Maser, 2013).

Menurut WHO (2008), remaja adalah anak yang telah mencapai umur 10 sampai 18 tahun untuk perempuan dan 12 sampai 20 tahun untuk anak laki-laki, atau sudah menikah dan mempunyai tempat untuk tinggal. Merokok pada remaja umumnya semakin lama akan semakin meningkat sesuai dengan tahap perkembangannya yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi dan intensitas merokok, dan sering mengakibatkan remaja mengalami ketergantungan nikotin (Laventhal dan Cleary dalam Mc Gee, 2005).

Perilaku merokok pada remaja menjadi hal yang sangat biasa dan lazim, fakta ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama dan menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan. Hasil epidemiologi penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa paparan karsinogen tembakau di paru-paru pada usia dini mengalami faktor risiko yang cukup besar untuk mengalami kanker paru-paru (John K. Wiencke and Karl T. Kalsey, 2005).

Fenomena perokok laki-laki jauh lebih tinggi dibandingkan perempuan jika diuraikan menurut umur, prevalensi perokok laki-laki paling tinggi pada umur 15 sampai 19 tahun. Remaja laki-laki pada umumnya mengkonsumsi 11 sampai 20 batang/hari (49,8%) dan yang mengkonsumsi lebih dari 20 batang/hari sebesar 5,6%. Badan kesehatan dunia WHO menyebutkan 1 dari 10 kematian pada orang dewasa disebabkan karena merokok. Jika hal ini berlanjut, maka bisa dipastikan bahwa 10 juta orang akan meninggal karena rokok setiap tahunnya pada tahun 2020, dengan 70% kasus terjadi di negara berkembang seperti Indonesia. Pada tahun 2005 terdapat

5,4 juta kematian akibat merokok atau rata-rata satu kematian setiap 6 detik.. Merokok adalah penyebab hampir 90% kanker paru, 75% penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), dan juga menjadi 25% penyebab dari serangan jantung (Depkes, 2011).

Undang-undang No 36 tahun 2009 tentang kesehatan khususnya pasal 113 sampai dengan pasal 116 disimpulkan bahwa semua zat adiktif yang mengganggu kesehatan tidak diperbolehkan. Hal ini jelas menunjukkan keseriusan pemerintah dalam pengendalian dampak tembakau. Kebijakan kawasan bebas asap rokok, telah diidentifikasi sebagai intervensi efektif di tingkat daerah dalam strategi pengendalian penyakit tidak menular (PTM).

Sebagai perawat komunitas yang mempunyai peranan penting dalam upaya meningkatkan kesehatan di masyarakat terutama kepada remaja diantaranya melalui upaya promotif, preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Sebagai pendidik dalam upaya melakukan promosi kesehatan perawat komunitas melakukan kerjasama dan berkoordinasi dengan semua elemen terkait yang turut membantu dalam proses penanganan masalah merokok pada remaja.

Pendidikan kesehatan sangat diperlukan untuk menggugah kesadaran memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik bagi dirinya sendiri, keluarga maupun masyarakat. Proses pendidikan kesehatan dalam mencapai tujuan melalui perubahan perilaku remaja yang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya yaitu materi atau pesan yang disampaikan alat bantu atau alat peraga pendidikan yang dipakai, metode yang

digunakan serta petugas atau pendidik yang melakukan promosi kesehatan (Notoatmodjo, 2005).

Metode pendekatan yang dianggap efektif dalam hal tersebut adalah metode *precede proceed model* karena sejauh ini remaja dengan perilaku merokok harus dilakukan tahapan pengkajian yang mengarah kepada isu kesehatan dan kualitas hidup remaja secara menyeluruh. Perilaku remaja ditentukan atau terbentuk oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pendukung (*enabling factor*), faktor pendorong (*reinforcing factor*). *Precede proceed model* merupakan penetapan prioritas masalah dalam fase diagnosis untuk keberhasilan suatu program dalam menetapkan sasaran kriteria kebijakan implementasi dan evaluasi. Terdapat sembilan tahapan dalam pelaksanaan teori model ini untuk meningkatkan perilaku remaja dalam menanggulangi kebiasaan merokok (Green L, 2005).

Indonesia merupakan negara berkembang yang memiliki tingkat konsumsi rokok dan produksi rokok yang tinggi sekitar 6,6% dari konsumsi rokok di seluruh dunia dengan tingkat konsumsi sebesar 215 miliar batang rokok, menduduki peringkat ke tiga di dunia sesudah India (463,5 miliar batang) dan Cina (1.697,3 miliar batang). Saat ini jumlah perokok di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya, walaupun pemerintah berupaya terus untuk menekan angka perokok dengan menaikkan bea cukai rokok sampai membatasi iklan rokok di media (Larasati, 2013).

Jawa Barat merupakan provinsi dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia yaitu 45.826.775 jiwa dengan jumlah 17 kabupaten dan 9 kota. Persentase perokok berusia 10 tahun ke atas di Jawa Barat yaitu 26,7% jauh lebih tinggi dibandingkan dengan persentase perokok secara nasional yaitu 23,7%. (Risksdas, 2013).

Salah satu kabupaten di Jawa Barat yang memiliki jumlah penduduk sebanyak 2.464.011 jiwa yang terdiri dari 42 kecamatan yang membawahi 419 desa dan 23 kelurahan adalah kabupaten Garut. Kabupaten Garut merupakan sentra penghasil tembakau terbesar di Jawa Barat, terdapat 236 kelompok tani tembakau dengan jumlah petani sekitar 11 ribu orang dengan luas lahan pertanian tembakau mencapai 8.100 hektar. Kabupaten Garut dengan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang mempunyai kebiasaan merokok berjumlah 26% yang aktif merokok setiap hari. Kabupaten Garut merupakan kabupaten dengan persentase perokok tertinggi urutan ke tiga sebanyak 30% setelah kabupaten Cianjur dan Ciamis yaitu 31,1%. Perokok yang baru mulai merokok di usia remaja muda 10 sampai dengan 14 tahun di kabupaten Garut yaitu 16,2% urutan tertinggi dibandingkan dengan kabupaten yang lainnya (Riskesdas, 2007).

Desa Jati merupakan salah satu wilayah binaan puskesmas DTP Tarogong dengan jumlah penduduk yang mempunyai masalah terhadap remaja merokok, berdasarkan data Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) tahun 2011, sebanyak 34,6% remaja merokok di desa Jati. Kondisi ini akan memiliki dampak yang sangat besar terhadap kesehatan remaja di desa Jati. Desa Jati dengan jumlah penduduk sebesar 8.028 jiwa dengan jumlah remaja yang berumur 12-18 tahun sebanyak 1.085 jiwa (Profil Puskesmas DTP Tarogong, 2011).

METODE

Desain penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, menggunakan pendekatan penelitian eksperimen semu (*Quasy Experiment*), dengan rancangan *non randomized control group design with pre test and post test*. Penelitian ini dibagi menjadi dua

kelompok, satu kelompok adalah kelompok perlakuan sedangkan kelompok kedua adalah kelompok kontrol tanpa perlakuan sebagai pembanding (Dharma, 2011).

Sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan cara *probability sampling* jenis *simple random sampling* yaitu pemilihan sampel dengan metode pengambilan sampel secara acak sederhana dengan asumsi bahwa karakteristik tertentu mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel. Teknik pengambilan sampel menggunakan rumus proporsi (Arikunto, 2006). Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan remaja yang diteliti dianggap mewakili seluruh populasi penelitian di desa jati wilayah kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut. Desa Jati memiliki penduduk yang terbanyak di antara desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas DTP Tarogong. Desa Jati 8.272 jiwa, desa Pasawahan 8.157 jiwa, desa Tanjung kamuning 7.709 jiwa, desa Cimanganten 6.240 jiwa, desa Tarogong 5.117 jiwa. Penelitian dilakukan dari tanggal 01 sampai dengan 30 September 2014.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 1.1 Hasil Uji Homogenitas

Variabel	² hitung	Sig.	Keterangan
Jenis Kelamin	0,91	0,34	Tidak terdapat perbedaan
Usia	0.00	1,00	Tidak terdapat perbedaan

Uji Homogenitas dilakukan untuk mengetahui keadaan awal sampel penelitian. Uji yang digunakan adalah uji *chi-square*. Kriteria pengujian adalah tolak H_0 jika *p-value* (sig.) < taraf signifikan (5%). Berdasarkan hasil perhitungan, didapatkan *p-value* (sig.) yang bernilai lebih dari taraf signifikan (5%) untuk kedua variabel.

Dengan demikian disimpulkan bahwa pada keadaan awal, baik pada kelompok intervensi atau kelompok kontrol memiliki sebaran jenis kelamin dan usia yang sama.

Tabel 1.2 Hasil Uji Normalitas Data

Kelompok	Pengetahuan		Sikap		Tindakan	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Intervensi	0,000	0,000	0,000	0,200	0,018	0,022
Kontrol	0,001	0,000	0,000	0,017	0,006	0,000

**Kolmogorov-Smirnov test*

Berdasarkan tabel 1.2 di atas menunjukkan bahwa hasil uji normalitas data pengetahuan, sikap dan tindakan pada kelompok intervensi serta kelompok kontrol baik sebelum maupun sesudah intervensi sebagian besar data memiliki *p-value* lebih kecil dari nilai signifikansi (0,05), sehingga dapat dinyatakan data kedua kelompok tidak mengikuti distribusi normal, maka statistik uji tetap tidak bisa menggunakan uji parametrik, tetapi menggunakan pengujian non parametrik.

Tabel 1.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden pada kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik	Kelompok			
	Intervensi (n= 40)		Kontrol (n =40)	
	F	%	F	%
Jenis Kelamin :				
Laki-laki	32	80%	29	72.5%
Perempuan	8	20%	11	27.5%
Usia :				
15-17 tahun	12	30%	14	35%
18-19 tahun	19	47.5%	15	37.5%
20 tahun	9	22.5%	11	27.5%

Berdasarkan tabel 1.3 di atas menunjukkan bahwa jumlah laki-laki pada kelompok intervensi 80%, lebih banyak dari pada jumlah laki-laki kelompok kontrol 72,5%.

Jumlah perempuan kelompok intervensi 20%, lebih sedikit dari pada jumlah perempuan pada kelompok kontrol 27,5%. Dalam penelitian ini peneliti tidak membeda-bedakan karakteristik dari responden, yang terpenting adalah responden masih dalam kategori remaja yang merokok.

Tabel 1.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Variabel	Pretest		Posttest	
		f	%	f	%
Kelompok Intervensi	Pengetahuan				
	Baik	22	55.00	31	77.50
	Cukup	15	37.50	9	22.50
	Kurang	3	7.50	0	0.00
	Sikap				
	Favorable	27	67.50	30	75.00
	Unfavorable	13	32.50	10	25.00
	Tindakan				
	Baik	20	50.00	22	55.00
Tidak Baik	20	50.00	18	45.00	
Kelompok Kontrol	Pengetahuan				
	Baik	20	55.00	29	72.50
	Cukup	15	37.50	6	15.00
	Kurang	5	7.50	5	12.50
	Sikap				
	Favorable	28	70.00	28	70.00
	Unfavorable	12	30.00	12	30.00
	Tindakan				
	Baik	20	50.00	18	45.00
Tidak Baik	20	50.00	22	55.00	

Berdasarkan tabel 1.4 di atas menunjukkan pengetahuan kelompok intervensi serta kelompok kontrol sama-sama mengalami peningkatan persentase. Dipihak lain sikap dan tindakan merokok pada kelompok kontrol pada remaja di desa Jati wilayah kerja Puskesmas DTP Tarogong Kabupaten Garut tidak terjadi peningkatan. Dengan demikian, adanya peningkatan pengetahuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, tetapi yang lebih terlihat adalah adanya perubahan pada variabel pengetahuan dimana variabel tersebut mengalami peningkatan persentase setelah dilakukan

intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol tampak lebih sedikit peningkatan pengetahuan pada responden.

Tabel 1.5 Perbedaan *ranks* pengetahuan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pada kelompok Intervensi dan kelompok kontrol

Kelompok	Ranks			<i>P-Value</i>
	<i>Negative Rank</i>	<i>Positif Rank</i>	<i>Ties</i>	
	N	N	N	
Intervensi (n=40)	5	29	6	0,000
Kontrol (n=40)	3	22	15	0,000

Berdasarkan tabel 1.5 di atas menunjukkan bahwa pengetahuan responden pada kelompok intervensi sebanyak 5 responden mengalami penurunan pengetahuan (*negative ranks*), sebanyak 29 responden mengalami peningkatan pengetahuan (*positive ranks*) dan 6 responden memiliki pengetahuan tetap baik sebelum diberikan pendidikan kesehatan *precede proceed model* maupun setelah diberikan pendidikan kesehatan *precede proceed model*. Kelompok kontrol sebanyak 3 responden mengalami penurunan pengetahuan, 22 responden mengalami peningkatan pengetahuan dan 15 responden memiliki pengetahuan tetap. Variabel pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi *precede proceed model* pada kelompok intervensi dari hasil uji beda *wilcoxon* pengujian dinyatakan signifikan dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) maka H_0 ditolak. Sama halnya dengan kelompok kontrol dari hasil uji *wilcoxon* didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) maka H_0 ditolak. Dengan demikian dapat diartikan penggunaan *precede proceed model* pada kelompok intervensi berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan tentang merokok.

Tabel 1.6 Perbedaan ranks sikap sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Ranks			<i>P-Value</i>
	Negative Rank	Positif Rank	<i>Ties</i>	
	N	N	N	
Intervensi (n=40)	3	25	12	0,000
Kontrol (n=40)	11	22	7	0,216

Berdasarkan tabel 1.6 di atas menunjukkan bahwa sikap pada kelompok intervensi yang mengalami penurunan sikap yaitu sebanyak 3 responden, sebanyak 25 responden mengalami peningkatan sikap dan 12 responden memiliki sikap yang tetap baik sebelum diberikan pendidikan kesehatan *precede proceed model* maupun sesudah diberikan pendidikan kesehatan *precede proceed models*. Sikap responden pada kelompok kontrol sebanyak 11 reponden mengalami penurunan sikap, sebanyak 22 responden mengalami peningkatan sikap, dan 7 responden mempunyai sikap yang tetap. Sikap remaja terhadap merokok sebelum dan setelah dilakukan intervensi *precede proceed model* dari hasil uji *wilcoxon* didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0.05$) maka H_0 ditolak, yang artinya intervensi *precede proceed model* berpengaruh secara bermakna terhadap peningkatan sikap remaja terhadap merokok. Variabel sikap pada kelompok kontrol dari hasil uji *wilcoxon* didapatkan nilai $p = 0,216$ ($p > 0.05$) maka H_0 diterima, yang artinya tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap sikap remaja dalam merokok.

Tabel 1.7 Perbedaan Ranks Tindakan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Ranks			<i>P-Value</i>
	Negative Rank	Positif Rank	<i>Ties</i>	
	N	N	n	
Intervensi (n=40)	5	23	12	0,002
Kontrol (n=40)	9	14	17	0,318

Berdasarkan tabel 1.7 di atas menunjukkan bahwa tindakan pada kelompok intervensi sebanyak 5 responden mengalami penurunan tindakan merokok, sebanyak 23 responden ada perubahan tindakan dari yang negatif ke tindakan positif, dan 12 responden memiliki tindakan yang tetap baik sebelum diberikan pendidikan kesehatan *precede proceed model* maupun sesudah diberikan pendidikan kesehatan *precede proceed model*. Kelompok kontrol sebanyak 9 responden mengalami penurunan tindakan merokok, sebanyak 14 responden mengalami perubahan tindakan dari tindakan negatif ke tindakan positif, dan sebanyak 17 responden mempunyai tindakan yang tetap. Variabel tindakan remaja terhadap merokok sebelum dan setelah dilakukan intervensi *precede proceed model* dari hasil uji *wilcoxon* didapatkan nilai $p = 0,002$ ($p < 0.05$) maka H_0 ditolak, yang artinya intervensi *precede proceed model* berpengaruh secara bermakna terhadap tindakan merokok. Variabel tindakan pada kelompok kontrol dari hasil uji *wilcoxon* didapatkan nilai $p = 0,318$ ($p > 0.05$) maka H_0 diterima, yang artinya tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap tindakan merokok remaja.

Tabel 1.8 Perbedaan Rata-rata rangking Pengetahuan, Sikap dan Tindakan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol sebelum pendidikan kesehatan

Variabel		N	Rata-rata Rangking	<i>p-value</i>	Keterangan
Pengetahuan	Intervensi	40	39.88	0.805	Tidak Terdapat Perbedaan
	Kontrol	40	41.13		
Sikap	Intervensi	40	41.21	0.783	Tidak Terdapat Perbedaan
	Kontrol	40	39.79		
Tindakan	Intervensi	40	40.51	0.996	Tidak Terdapat Perbedaan
	Kontrol	40	40.49		

Berdasarkan Tabel 1.8 di atas menunjukkan bahwa perbedaan pengetahuan, sikap, dan tindakan baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan sebelum dilakukan *precede proceed model*, hal ini dapat dilihat dari hasil uji *Mann Whitney* dengan nilai *p-value* > dari (0,05) maka H_0 diterima. Dengan demikian dapat diartikan tidak terdapat perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi.

Tabel 1.9 Perbedaan Rata-rata rangking Pengetahuan, Sikap dan Tindakan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol sesudah pendidikan kesehatan

Variabel		N	Rata-rata Rangking	<i>p-value</i>	Keterangan
Pengetahuan	Intervensi	40	45.10	0.067	Tidak Terdapat Perbedaan
	Kontrol	40	35.90		
Sikap	Intervensi	40	49.64	0.000	Terdapat Perbedaan
	Kontrol	40	31.36		
Tindakan	Intervensi	40	47.50	0.007	Terdapat Perbedaan
	Kontrol	40	33.50		

Berdasarkan Tabel 4.9 menunjukkan bahwa perbedaan rata-rata rangking pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah *p-value* = 0,067 ($p < 0.05$) maka H_0 ditolak, dengan demikian dapat diartikan terdapat perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi. Untuk

sikap tidak terdapat terdapat perbedaan dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0.05$) maka H_0 ditolak, dapat diartikan bahwa terdapat terdapat perbedaan sikap remaja dalam merokok antara kelompok inervensi dengan kelompok kontrol. Variabel tindakan terdapat perbedaan dengan nilai $p = 0.007$ ($p < 0.05$) maka H_0 ditolak, dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan tindakan remaja dalam merokok antara kelompok inervensi dengan kelompok kontrol.

Simpulan

Ada perbedaan antara sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi yang mendapatkan pendidikan kesehatan melalui metode *precede proceed model* dimana pada kelompok intervensi terjadi peningkatan yang bermakna.

Tidak terdapat perbedaan sikap, sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol yang mendapatkan pendidikan kesehatan melalui metode *precede proceed model* dimana pada kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan yang bermakna.

Terdapat peningkatan pengetahuan dan tindakan pada kelompok intervensi yang mendapatkan pendidikan kesehatan. Dengan demikian ada pengaruh pendidikan kesehatan melalui *precede proceed model* pada remaja merokok di desa jati.

Saran

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi calon perawat, perawat dan tenaga kesehatan lainnya juga hasil penelitian ini bisa menjadi pengetahuan atau ilmu yang sudah terbukti melalui penelitian sehingga bisa diterapkan dalam perkembangan ilmu khususnya tentang intervensi pendidikan kesehatan melalui metode *precede proceed model* di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian: Suatu Pendekatan Praktek* Jakarta: Rhineka Cipta.
- Anne Josseph, Loggan Spector, Khetterin Wickham, Gregory Jannis, Jonathan Winickoff, bruce Lindgren and Sharon Murphy (2013). *Biomarker Evidence of Tobacco Smoke Exposure In Children Parcipating in Lead Screening*. Research and Practice. American Journal Of Public Health.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2006, Survei Kesehatan Nasional (SUSENAS).
- Creswell, J.W. (2010). *Research Design : Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*, Edisi III, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Darma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarata : TIM
- Depkes RI, (2004). Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Data Tembakau Indonesia Data Empiris Untuk strategi Pengendalian Tembakau Nasional. Jakarta Departemen Kesehatan.
- Depkes RI, (2006). *Penduan Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Di Rumah Tangga Melalui Penggerak PKK*.
- Depkes RI, (2007), Jejaring Nasional, Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit tidak Menular (PTM).
- Depkes RI, (2008). *Rencana strategis pembangunan kesehatan* . Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik.
- Depkes RI, (2011). *Buku pedoman Pembinaan Program PHBS* . Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik.

- Green, L.W. and M.W. Kreuter. (2005). *Health Program Planing: An Educational and Ecological Approach*. Fourth Edition. McGraw-Hill. New York.
- John K. Wiencke and Karl T. Kelsey (2005). *Teen Smoking, Field Cancerization and a Critical Period Hipotesis for Lung Cancer Susceptibility*. Department of Epidemiology and Biostatistic University of California San Francisco.
- Kementrian Kesehatan RI (2011). *Pedoman pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)*, Jakarta.
- Larasati, T.A. (2013). *Analysis Of Smoking Behavior In Children*. Departement Of Community And Family Medicine Faculty Of Medicine, University Of Lampung.
- Maya V, Karen M, Martha M, White MS, John P. Plarce (2013). *The Effectiveness of Cigarette Price and Smoke-Free Home on Low-Income Smokers in the United States*. American Journal of Public Health.
- Nursalam. (2013), *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Edisi III*, Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo S.(2011), *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku, teori dan aplikasi*. Jakarta : PT Renika Cipta.
- Notoatmodjo, S.(2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Cetakan Ketiga. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Riset Kesehatan Dasar, (2013). *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan*.
- WHO, (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. The Manpower Packag. Geneva: World Health Organization.
- WHO, (2007). *Country Officer for Indonesia, The Mpower Packag*. Upaya pengendalian konsumsi tembakau.