EVALUASI HAMBATAN PENYELENGGARAAN KLINIK BERHENTI MEROKOK DI KABUPATEN PURWAKARTA

Dewi Susanti
130920110064

ABSTRAK

Sejak bulan Juli tahun 2010 Klinik Berhenti Merokok (KBM) didirikan di 5 (lima) puskesmas di kabupaten Purwakarta. Klinik ini dimaksudkan untuk membantu para perokok yang membutuhkan pertolongan untuk menghentikan kebiasaan merokok. Namun penyelenggaraan KBM ini hanya berjalan selama satu tahun. Tujuan penelitian ini adalah untuk 1).Mengetahui motivasi masyarakat untuk menggunakan KBM, 2).Mengeksplorasi faktor-faktor yang menghambat penyelenggaraan KBM.

Rancangan penelitian adalah *Embedded Concurrent Mixed Methods*. Didapatkan 210 subjek untuk penelitian kuantitatif yang merupakan penduduk di wilayah Puskesmas Darangdan, Plered, Cibatu, Purwakarta dan Pasawahan yang merokok setiap hari dalam 3 tahun terakhir serta serta memenuhi kriteria inklusi. Subjek untuk penelitian kualitatif adalah pemegang kebijakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta, petugas di KBM dan penduduk yang pernah datang ke KBM yang memenuhi kriteria inklusi.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 33,3% dari masyarakat yang mempunyai motivasi baik untuk menggunakan KBM. Hambatan penyelenggaraan KBM disebabkan oleh faktor-faktor : 1) Pembiayaan, 2) Sarana dan Prasarana, 3) Insentif, 4) Koordinasi, 5) Tugas pokok dan fungsi petugas, 6) Perencanaan, 7) Sosialisasi, 8) Dukungan Pemerintah Daerah, dan 9) Evaluasi.

Sepertiga masyarakat memerlukan KBM yang seharusnya difasilitasi oleh pemerintah. Bila program ini berhasil maka akan mampu mendorong kelompok perokok dengan motivasi kurang untuk menggunakan KBM. KBM yang telah tersedia merupakan aset dan potensi di kabupaten Purwakarta untuk mengatasi perilaku merokok di masyarakat. Perlu advokasi kepada pemerintah daerah untuk melakukan revitalisasi KBM.

Kata kunci: Perilaku merokok, Motivasi, Kinik Berhenti Merokok,

ABSTRACT

Since July 2010, Smoking Cessation Clinic (SCC) was established in five clinics in Purwakarta District. These clinics are intended to help smokers stop their smoking habit. But this is only lasted one year. The purpose of this research is 1) To know the motivation of the community to use SCC, 2) To explores the factors which inhibit the implementation of SCC.

The research design was the embedded concurrent mixed methods. It was obtained 210 subjects to use for quantitative research who reside in the area of public health Darangdan, Plered, Purwakarta, Cibatu, and Pasawahan who smoke every day in the last 3 years which meets the criteria of inclusion. Subject of qualitative research is policy holders in health department of Purwakarta District, health officer at SCC and people who have come to SCC, which meets the criteria of inclusion.

Thr results of the research showed 33.3% of the community has a good motivation to use the SCC. The barriers of the implementation of SCC caused by 9 factors: 1) Financing, 2) Facilities and infrastructure, 3) Incentives, 4) Coordination, 5) Tasks and functions, 6) Planning, 7) Socialization, 8) Support of Local Governments, and 9) Evaluation.

One third of the community requires SSC which was supposed to be facilitated by the Local Government. If the program successful, it will be able to motivate less-motivated smokers to use SCC. SCC is an asset and potential in Purwakarta district to overcome the smoking behavior in society. It need advocacy on local governments to undertake revitalization of SCC.

Key words: Smoking behaviour, Motivation, Smoking Cessation Clinic

PENDAHULUAN

Rokok merupakan salah satu zat adiktif yang dapat mengakibatkan bahaya bagi kesehatan, karena didalamnya mengandung zat kimia yang berbahaya antara lain nikotin yang bersifat adiktif, tar yang bersifat karsinogenik, dan formalin. Penyakit yang ditimbulkan karena kebiasaan merokok diantaranya adalah kanker paru, bronkhitis kronis, penyakit paru, jantung koroner, peningkatan kolesterol darah, berat badan bayi lahir rendah (BBLR) pada ibu perokok, keguguran dan bayi lahir mati.

Dalam kehidupan manusia, perilaku merokok merupakan kegiatan yang fenomenal, artinya meskipun sudah diketahui bahaya yang ditimbulkan akibat rokok, tapi jumlah perokok semakin meningkat dan angka mulai merokok di usia muda semakin tinggi, bahkan tidak sedikit orang yang sudah berhenti merokok akhirnya kembali merokok karena rokok mempunyai sifat adiktif. Tingginya angka mulai merokok di usia muda adalah akibat dari sering terpaparnya anak-anak oleh kebiasaan merokok dari orang-orang yang berada di lingkungan sekitarnya. Pada saat berusia remaja mulai meniru ataupun mencoba perilaku merokok. Pengaruh iklan rokok yang sangat gencar dan menyesatkan di media juga dapat menjadi pemicu keinginan remaja untuk merokok.

Perilaku merokok dilihat dari berbagai sudut pandang sangat merugikan, baik untuk diri sendiri maupun orang di sekelilingnya. Bagi perokok aktif, pengaruh zat kimia yang terkandung didalam rokok akan memacu kerja dari susunan syaraf pusat dan susunan syaraf simpatis sehingga mengakibatkan tekanan darah meningkat dan detak jantung bertambah cepat, menstimulasi kanker dan berbagai penyakit lain seperti penyempitan pembuluh darah, jantung, paru dan bronkhitis kronis. Hasil Riset Larson, dkk menemukan sensitivitas ketajaman penciuman dan pengecapan para perokok berkurang bila dibandingkan dengan non perokok Bagi perokok pasif, resiko yang ditanggung lebih berbahaya daripada perokok aktif karena daya tahan terhadap zat-zat yang berbahaya sangat rendah.

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa sulitnya merubah perilaku merokok seseorang dipengaruhi oleh *self efficacy*. Seseorang yang memiliki *self efficacy* tinggi, akan menolak untuk merokok dan seseorang yang memiliki *self efficacy* yang rendah akan lebih tertarik untuk merokok. Hal ini sama dengan perilaku seseorang yang kembali merokok setelah sebelumnya mencoba untuk berhenti merokok, faktor yang menyebabkan seseorang kembali merokok adalah rendahnya kepercayaan diri *(self efficacy)*. Studi yang dilakukan oleh Marlatt dan Gordon (1980) menunjukan bahwa seseorang yang memiliki rasa kepercayaan diri yang tinggi dalam usaha untuk berhenti merokok, kemungkinan kambuhnya akan lebih kecil dibandingkan seseorang dengan tingkat kepercayaan diri yang rendah. Individu memiliki kecenderungan untuk menganggap bahwa kegagalan itu sebagai kegagalan pribadi dan berpikir tidak mampu untuk berhenti merokok.

Banyak perokok yang ingin berhenti merokok hanya dengan mengandalkan motivasi diri sendiri dan lingkungan serta berbagai metode alternatif, ternyata gagal dan kembali merokok. Sulitnya berhenti merokok ini ditunjukkan oleh sebuah survei berskala internasional yang dilakukan Pfizer Inc. yaitu studi SUPPORT (*Smoking Understanding People's Perceptions, Opinions and Reactions to Tobacco*) pada tahun 2006. Hasil survei ini memperlihatkan bahwa 56% responden yang sedang dalam proses berhenti merokok berpendapat bahwa berhenti merokok adalah hal tersulit yang pernah dilakukan. Kebanyakan perokok percaya bahwa keberhasilan dalam upaya berhenti merokok terutama terletak pada kuatnya keinginan dari diri perokok itu sendiri. Hasil survei membuktikan bahwa keinginan kuat saja tidak cukup untuk berhenti merokok. Lebih dari setengah responden pernah mencoba untuk berhenti merokok setidaknya tiga kali dan 80% di antara yang gagal tersebut hanya mengandalkan keinginan yang kuat saja.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa persentase perokok secara nasional adalah 23,7%, lebih rendah dari persentase perokok di Jawa Barat

yaitu 26,7%, sedangkan persentase perokok di Kabupaten Purwakarta adalah 29,5%, artinya persentase perokok di Kabupaten Purwakarta lebih tinggi dari angka Jawa Barat dan Nasional. Hasil Riskesdas 2010 persentase perokok secara nasional adalah 28,2%, lebih rendah dari persentase perokok di Jawa Barat yaitu 32,19%, sedangkan persentase perokok di Kabupaten Purwakarta lebih tinggi dari angka Jawa Barat dan Nasional yaitu 35,62%. Demikian juga hasil Riskesdas yang terbaru tahun 2013 masih menunjukkan bahwa persentase perokok di Purwakarta (28,4%) lebih tinggi dari angka Jawa Barat (27,1%) dan Nasional (24,3%). Hasil beberapa riset ini membuktikan bahwa jumlah perokok di kabupaten Purwakarta dari tahun ke tahun semakin banyak jumlahnya, dan persentasenya selalu lebih besar dari Jawa Barat dan Nasional.

Data Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Program Promosi Kesehatan pada Profil Kesehatan Kabupaten Purwakarta Tahun 2010 menunjukkan bahwa jumlah rumah tangga sebanyak 220.760 KK. Jumlah tersebut hasil kajian PHBS sebanyak 100.269 KK, dikatagorikan termasuk Kepala Keluarga sehat dengan persentase (45,42%). Target pencapaian seharusnya 60 %. Terdapat kesenjangan sangat besar, hal ini disebabkan adanya orangtua yang masih merokok di dalam rumah sebesar 39,92 %.

Hal tersebut di atas memotivasi pemerintah Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta untuk mendirikan Klinik Berhenti Merokok dalam rangka membantu perokok yang kesulitan untuk berhenti merokok. Adanya biaya dari Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) juga mendukung dalam pendirian Klinik Berhenti Merokok Percontohan di Kabupaten Purwakarta, yaitu di 5 Puskesmas: Purwakarta, Darangdan, Plered, Cibatu, dan Pasawahan. Sesuai dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta No : 944/235/Promkes, tentang Penetapan Puskesmas Dengan Klinik Berhenti Merokok di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta Tahun 2010. Upaya pendirian Klinik Berhenti Merokok ini bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian

akibat merokok dengan cara mengubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat, menurunkan angka perokok, dan mencegah perokok pemula. Tim Klinik Berhenti Merokok terdiri dari dokter umum, petugas Promosi Kesehatan, perawat, dan bidan.

Menurut hasil survai pendahuluan dan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan, pelaksanaan Klinik Berhenti Merokok pada satu tahun pertama, yaitu Juli 2010 sampai Juni 2011 tidak berjalan optimal karena hanya memberikan layanan konseling sehingga tingkat kunjungan masyarakat masih sangat rendah. Pada tahun kedua, Klinik Berhenti Merokok sama sekali tidak berjalan sampai dengan sekarang. Penulis ingin mengetahui apa penyebab tidak berjalannya Klinik Berhenti Merokok secara optimal dengan melihat faktor-faktor apa saja yang menjadi hambatan dalam penyelenggaraan Klinik Berhenti Merokok baik itu dari sisi pemberi kebijakan, provider (pemberi layanan) dan masyarakat perokok.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian ini adalah *Mixed Methods* dengan strategi *Embedded Konkuren,* yaitu metode campuran yang menerapkan satu tahap pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif dalam satu waktu. Tujuan dari strategi *Embedded Konkuren,* agar peneliti dapat memperoleh perspektif yang lebih luas yaitu strategi kuantitatif yang ditancapkan (*embedded*) ke dalam hasil penelitian kualitatif untuk memperkaya deskripsi tentang partisipan yang menjadi sampel penelitian. Pada tahap kuantitatif mengetahui gambaran motivasi masyarakat untuk menggunakan Klinik Berhenti Merokok,. Tahap kualitatif mengevaluasi faktor-faktor yang menjadi hambatan dalam penyelenggaraan Klinik Berhenti Merokok dari sisi input, proses, dan lingkungan. Paradigma penelitian ini adalah k*onstruktivisme,* yaitu menempatkan posisi peneliti setara dengan subjeknya dan berusaha memahami dan mengkontruksikan sesuatu yang menjadi pemahaman subjek yang akan diteliti agar mendapatkan pengembangan pemahamanan yang membantu proses interpretasi suatu peristiwa.

Pengambilan data kuantitatif dengan pengumpulan data melalui wawancara dan pengisian kuesioner, yang bertujuan untuk mengetahui bagaimana motivasi masyarakat untuk menggunakan Klinik Berhenti Merokok.

Pengambilan data kualitatif dimulai dengan mengumpulkan data-data dari informan dengan cara melakukan wawancara mendalam serta observasi lapangan. Data hasil kualitatif ini selanjutnya dianalisis, dimulai dengan tahapan, transkripsi interview atau catatan lapangan yaitu menelaah seluruh data yang tersedia atau transkrip hasil wawancara, reduksi data dilakukan dengan membuat abstraksi yaitu rangkuman inti, proses dan pernyataan-pernyataan, memberikan kode (koding) untuk memudahkan identifikasi fenomena, memudahkan penghitungan frekuensi kemunculan fenomena, menunjukan kecenderungan temuan dan membantu menyusun kategori, 4) kategorisasi yaitu menyusun kategori dari temuan-temuan yang bertujuan untuk membangun konsep-konsep teoretis.

HASIL PEMBAHASAN

Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan motivasi dari masyarakat di Kabupaten Purwakarta untuk menggunakan Klinik Berhenti Merokok yang baik sebanyak 70 orang (33,3%), artinya walaupun hanya sebagian kecil masyarakat di kabupaten Purwakarta mempunyai motivasi yang baik untuk menggunakan Klinik Berhenti Merokok, tetapi masih ada masyarakat yang membutuhkan KBM. Dengan demikian kinerja KBM ini harus tetap dipertahankan agar terus berjalan sesuai dengan tujuan pada saat pembentukannya, setidaknya KBM ini dapat dimanfaatkan untuk memfasilitasi masyarakat yang masih membutuhkan KBM. karena motivasi dari masyarakat ini merupakan salah satu faktor yang memengaruhi penyelenggaraan KBM.

Hasil penelitian kualitatif menunjukan bahwa banyak faktor yang menghambat dalam proses penyelenggaraan KBM. Hambatan yang ada dalam penyelenggaraan KBM ini diantaranya keterbatasan pembiayaan/anggaran. Anggaran merupakan satu instrumen penting

di dalam manajemen suatu program karena merupakan bagian dari fungsi manajemen. Di organisasi sektor publik, termasuk pemerintah, anggaran merupakan bagian dari aktivitas penting yang dilakukan secara rutin, apabila suatu program tidak mempunyai anggaran untuk biaya operasionalnya sudah bisa dipastikan kegiatan program tersebut tidak akan berjalan dengan baik, begitu pula dengan KBM. Permasalahan ini dapat terselesaikan apabila ada advokasi yang baik dari pihak penyelenggara KBM. Sasaran advokasi adalah para pimpinan suatu organisasi atau institusi kerja baik di lingkungan pemerintah maupun swasta dan organisasi kemasyarakatan di berbagai jenjang administrasi pemerintahan (tingkat pusat, propinsi, kabupaten, kecamatan dan kelurahan). Advokasi juga digunakan untuk menjalin kemitraan (*partnership*) dengan para pengusaha bisnis dan LSM, sehingga baik pemerintah daerah maupun swasta dapat memberikan dukungan kepada program KBM, baik berupa dana, sarana prasarana serta bantuan teknis lainnya.

Perencanaan tidak optimal juga merupakan hambatan dalam penyelenggaraan KBM. Perencanaan merupakan suatu proses diagnosis penyebab masalah, penetapan prioritas masalah dan alokasi sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan. Dalam membuat perencanaan tidak bisa dilakukan hanya satu orang, tetapi harus terdiri dari beberapa orang yang paham dengan program. Kelompok ini harus bekerjasama dalam proses perencanaan sehingga dihasilkan program yang sesuai, efektif dan berkesinambungan, disamping itu dengan melibatkan orang-orang yang terkait akan menciptakan rasa memiliki, sehingga timbul rasa tanggung jawab dan komitmen.

Kurangnya sosialisasi tentang keberadaan KBM ini juga menjadi hambatan dalam pelaksanaan kegiatan KBM, karena kurangnya sosialisasi ini masyarakat tidak banyak yang mengetahui keberadaan KBM di puskesmas. Sosialisasi bisa dilakukan kapan dan dimana saja, misalnya pada saat *minggon desa*, penyuluhan, pengajian atau rapat rapat di desa. Media promosi kesehatan dapat digunakan sebagai alat untuk melakukan sosialisasi, karena dapat

mempermudah penyampaian informasi kepada sasaran. Media yang digunakan berupa media cetak seperti leaflet, poster, brosur yang disebar ke masyarakat.

Hambatan lain dalam penyelenggaraan KBM ini adalah tugas pokok dan fungsi (tupoksi) pelaksana di KBM yang tidak jelas dan tidak sesuai dalam pelaksanaannya karena tugas rangkap pekerjaan sehingga hanya mengandalkan satu orang personil. Tupoksi pelaksana KBM ini sudah tertuang dalam Surat Keputusan yang ditanda tangani oleh Kepala Dinas Kesehatan, akan tetapi pada pelaksanaannya tidak sesuai dengan yang tertera di dalam SK Kepala Dinas. Hal ini terjadi karena kesibukan pegawai puskesmas melayani pasien yang berobat ke puskesmas sehingga pada saat ada pengunjung KBM yang datang dilayani oleh petugas yang pada saat itu sedang tidak bertugas. Untuk mengatasi hambatan ini harus dibuat perencanaan yang baik untuk menyusun tupoksi dari petugas di KBM dengan memberikan kepercayaan kepada orang yang dianggap mempunyai kemampuan tentang bidangnya untuk melaksanakan program di KBM, dan mempunyai integritas yang tinggi terhadap tanggungjawab yang diberikan kepadanya. Pendelegasian tupoksi ini harus dengan pemikiran yang matang berdasarkan kriteria tertentu sehingga tidak menyebabkan terganggunya pekerjaan secara keseluruhan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa salah satu penyebab tidak berjalannya KBM di puskesmas adalah karena kurangnya koordinasi yang terjadi antara dinas kesehatan dengan puskesmas, koordinasi antar petugas KBM di puskesmas, dan koordinasi antara dinas kesehatan maupun puskesmas dengan lintas sektor yang terkait dengan program KBM. Koordinasi dengan sektor lain selain sektor kesehatan sangat perlu karena masalah kesehatan merupakan dampak dari semua sektor sektor pembangunan. Pertimbangan lain perlunya keterlibatan sektor lain dalam pembangunan kesehatan adalah bahwa kesehatan itu sesuatu yang kompleks, yang dipengaruhi oleh banyak faktor, yakni faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang menentukan kesehatan seseorang atau masyarakat adalah perilaku dan

herediter, sedangkan faktor eksternal adalah lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non fisik seperti sosial, budaya, ekonomi, politik. Program KBM ini adalah tanggung jawab bersama individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan sebagai *leading sector*, namun dalam mengimplemantasikan kebijakan dan program, intervensi harus bersama sama dengan sektor lain baik pemerintah maupun swasta.

Tidak adanya insentif petugas juga menjadi hambatan dalam penyelenggraan KBM. Harapan mereka ada insentif sebagai upaya untuk memicu semangat kerja petugas KBM karena dengan adanya insentif dapat merangsang petugas untuk bekerja lebih giat dan semangat dalam melaksanakan tugasnya dengan baik. Pemberian insentif kepada petugas tergantung dari anggaran yang tersedia untuk pelaksanaan kegiatan KBM, oleh sebab itu untuk mengatasi hambatan ini perlu advokasi kepada pemerintah untuk mendapatkan anggaran.

Tidak ada dukungan politik dari pemerintah daerah setempat untuk penyelenggaraan KBM, baik dari segi materi ataupun dukungan kebijakan. karena pemerintah daerah kurang peduli dengan masalah perilaku merokok di masyarakat. Tidak adanya dukungan politik ini juga akibat dari kurangnya penyampaian informasi dan advokasi dari pihak Dinas Kesehatan ataupun pihak puskesmas kepada pemerintah daerah. Pembangunan nasional tidak terlepas dari pengaruh kekuasaan politik yang sedang berjalan, oleh sebab itu pembangunan di sektor kesehatan seperti halnya pendirian KBM ini juga tidak terlepas dari situasi dan kondisi politik saat ini. Seberapa jauh komitmen politik para eksekutif dan legislatif terhadap masalah kesehatan ditentukan oleh pemahaman mereka terhadap masalah-maalah kesehatan, demikian pula seberapa jauh pemerintah daerah mengalokasikan anggaran untuk sektor kesehatan tergantung cara pandang (*concern*) mereka terhadap kesehatan dalam konteks pembangunan nasional, oleh sebab itu untuk meningkatkan komitmen para eksekutif dan legislatif terhadap kesehatan, perlu advokasi kepada mereka. Dukungan politik dapat diwujudkan berupa

Undang-Undang, Peraturan Daerah, Surat Keputusan, Instruksi atau surat edaran dari para pemimpin institusi.

Hasil penelitian menunjukan tidak ada sarana prasarana khusus yang disediakan untuk menunjang kelancaran pelaksanaan kegiatan KBM di puskesmas, serta tidak ada alat-alat dan tempat ataupun ruangan khusus yang digunakan kegiatan Klinik Berhenti Merokok di puskesmas. Selama ini pelaksan program melakukan aktifitas kegiatan KBM menggunakan ruangan yang telah tersedia di puskesmas dan berintegrasi dengan kegiatan lain. Pengadaan sarana dan prasarana tergantung dari dana yang tersedia untuk operasional KBM, dan hal ini berhubungan kembali dengan advokasi yang dilakukan untuk mendapatkan anggaran.

Evaluasi merupakan bagian integral (terpadu) dari proses manajeman suatu program, tapi pada pelaksanaan KBM di puskesmas ini tidak dilakukan evaluasi yang berkesinambungan dari pihak Dinas Kesehatan selaku pemegang kebijakan. Selama ini evaluasi dilakukan hanya sebatas menanyakan kegiatan kepada petugas KBM, yang dilakukan bersamaan dengan kegiatan bimbingan teknis ke puskesmas, tidak secara khusus untuk meninjau kegiatan di KBM. Seyogyanya evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah program yang sudah dilakukan telah berjalan sesuai dengam rencana, apakah kegiatan yang dilakukan memberikan hasil dan dampak seperti yang diharapkan. Evaluasi, perencanaan dan implementasi merupakan siklus adminitrasi dari suatu program yang mempengaruhi hasil, karena itu diantara ketiganya ada keterikatan. Pada fase evaluasi dilihat apakah perencanaan dan implementasi yang telah dilakukan dapat dilanjutkan, selain itu, evaluasi diperlukan sebagai alat bantu untuk membuat perencanaan selanjutnya, oleh karena itu untuk mengatasi evaluasi sebagai hambatan yang ada dalam penyelenggaraan KBM perlu disusun terlebih dahulu rencana evaluasi berupa indikator dan parameter yang akan di evaluasi dan tahapan evaluasinya, Penentuan apa yang akan di evaluasi serta kemampuan mengembangkan

indikator serta desain evaluasinya sangat penting. Hal terakhir yang juga perlu diperhatikan ialah untuk siapa evaluasi itu dilaksanakan dalam rangka membuat sajian pelaporannya.

Hal ini dikarenakan pertemuan koordinasi hanya dilakukan satu kali sejak dibentuknya Klinik Berhenti Merokok. Puskemas berharap pertemuan koordinasi dapat dilakukan secara rutin misalnya setiap triwulan atau di pertengahan tahun. Pertemuan ini bermanfaat untuk membahas serta mengevaluasi kemajuan, kesulitan dan hambatan yang terjadi selama penyelenggaraan kegiatan KBM di puskesmas. Kurangnya frekuensi pertemuan koordinasi mengakibatkan tim di kabupaten kesulitan dalam mengambil keputusan dan mengatasi kendala-kendala yang ditemui selama pelaksanaan di lapangan.

Program KBM ini sesuai dengan sebuah model Kapasitas Masyarakat (*Community Capacity*) menurut Felix-Burdine.[46] Model ini mengakui bahwa faktor ekologi, kapasitas masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan manusia adalah alat dasar yang digunakan untuk memperbaiki status kesehatan masyarakat. Faktor ekologi yaitu berupa kebijakan, karakteristik masyarakat dan karakteristik populasi. Sistem pelayanan kesehatan manusia dipengaruhi oleh aksesibilitas, kualitas pelayanan, pembiayaan dan pengiriman. KBM sebagai sistem pelayanan kesehatan manusia, dan faktor ekologi, kapasitas masyarakat (motivasi) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi dalam penyelenggaraan KBM.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Penyelenggaraan Klinik Berhenti Merokok dipengaruhi oleh pembiayaan/anggaran, perencanaan, sosialisasi, tugas pokok dan fungsi petugas, koordinasi, insentif, dukungan politik dari pemerintah daerah, sarana prasarana, dan evaluasi. Motivasi masyarakat di Kabupaten Purwakarta untuk menggunakan Klinik Berhenti Merokok masih kurang, hanya sebesar 33,3% dari masyarakat yang mempunyai motivasi baik untuk menggunakan Klinik Berhenti Merokok, walaupun hanya sebagian kecil yang mempunyai motivasi baik,

keberadaan KBM masih diperlukan untuk memfasilitasi masyarakat yang membutuhkan. Penyelenggaraan Klinik Berhenti Merokok ini akan berjalan dengan baik apabila pihak Dinas Kesehatan dapat meningkatkan kemampuan advokasi terhadap pemerintah daerah untuk mendapat dukungan politik.

Ucapan Terimakasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu terlaksananya penulisan artikel ini yaitu Deni K. Sunjaya, dr., DESS dan Insi Farisa Desy Arya, dr., Msi selaku dosen pembimbing.

DAFTAR PUSTAKA

Pusat Promosi Kesehatan RI. Informasi Tentang Penanggulangan Masalah Merokok Melalui Radio: Kementerian Kesehatan RI;2011.

Cigarette Smoking Knowledge, Attitudes, and Practices of Patients and Staff at a Perinatal Substance Abuse Treatment Center. Published in final edited form as: J Subst Abuse Treat;2010.

Pusat Promosi Kesehatan RI. Panduan Promosi Perilaku Tidak Merokok: Departemen Kesehatan Republik Indonesia;2009.

Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Perilaku Merokok Pada Remaja. Indri Kemala Nasution;2007.

Komalasari, Dian, Avin Faadila Helmi. Faktor-faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Remaja. Jurnal Artikel. Universitas Gajah Mada;2010.

Teddy Kurniawan. Pengaruh Paparan Iklan dan Self Efficacy Terhadap Perilaku Merokok Remaja. Tesis. Fakultas Ekonomika dan Bisnis. Universitas Kristen Satya Wacana: Salatiga; 2010.

Inc PP. SUPPORT (Smoking: Understanding People's Perceptions, Opinions and Reactions to Tobacco).2006.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Riset Kesehatan Dasar ;2007.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Riset Kesehatan Dasar; 2010.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Riset Kesehatan Dasar; 2013.

Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta. Profil Kesehatan Kabupaten Purwakarta;2010

Pusat Promosi Kesehatan RI. Panduan Penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBBHCT) Di Bidang Kesehatan: Kementerian Kesehatan RI; 2012.

Tim Penyusun Kamus Besar Bahasa Indonesia. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka; 2002.

Diehl H, Ludington A. Hidup yang dinamis. (P. A. Siboro, penerj.). Jakarta: Indonesia Publishing House;2002

Sahid Sahirman Memorial Hospital. Kalahkan Adiksi Nikotin Bersama Klinik Stop Merokok. Jakarta; 2011.

Artati P Humokor. Sikap dan Perilaku Merokok Tenaga Kesehatan di Kabupaten Tolitoli. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada;2006.

Aditama. Rokok dan Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia; 2002.

Samrotul Fikriyah YF. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Laki-laki di Asrama Putra. Jurnal STIKES. Volume 5 No 1. Jakarta;2012.

Rizanna Rosemary. Antara Motivasi dan Tantangan Berhenti Merokok (Studi Kasus Mahasiswa di Banda Aceh). Aceh Development International Conference (ADIC). 26-28 Maret 2011. UKM Bangi Malaysia; 2011.

Pusat Promosi Kesehatan RI. Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia;2011.

Beaufort B.Longest J. Managing Health Programs and Projects: Jossey Bass, A Wiley Imprint

Soekidjo Notoatmodjo. Prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat. Cetakan kedua. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.

WK Kellog Foundation. Logic Model Development Guide. Diunduh dari www.wkk.org. 2004.

Syafiie, Raka M, Frieda, Kahija, YF La. 2009. Stop Smoking : Studi Kualitatif Terhadap Pengalaman Mantan Pecandu Rokok Dalam Menghentikan Kebiasaannya. Melalui http://eprints.undip.ac.id/10932/1/Jurnal_Stop Smoking.pdf [database on the Internet31 Maret 2012].

Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, S.K.M., M.Com.H. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi, Edisi Revisi; 2010.

Herzberg F. The Motivation to Work. John Willey and Sons. Inc.Newyork; 1996.

Winardi J. Motivasi dan Pemotivasian dalam Manajemen. Jakarta: PT.Raja Grafida Persada;2002.

Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo, S.K.M., M.Com.H. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi,.Edisi Revisi;2010.

Ardiningtyas, Pitaloka, RP. Moral Exclusion dan Rokok Melalui http://www.e-psikologi.com/sosial/060206.htm. 2006.

Dahlan MS. Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika; 2010.

Prof.Dr.Sugiyono. Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods). Cetakan Kedua. Bandung: CV Alfabeta;2012.

A Chaedar Alwasilah. Dasar Dasar Merancang Dan Melakukan Penelitian Kualitatif: Pustaka Jaya; 2002.

Wibowo, Arief. Teknik Sampling Pada Rapid Survei. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Airlangga : Surabaya; 2005.

Norman K.Denzin and Yvonna S.Lincoln. Handbook Of Qualitative Research. Pustaka Pelajar; 2009

Creswell JW. Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed: Pustaka Pelajar;2012.

Riyanto A. Pengolahan dan Analisa Data Kesehatan. Jogjakarta: Nuha Medika; 2011

Suharsimi Arikunto. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta;2010 Ariawan, L. Aplikasi Survei Cepat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia bekerjasama dengan Pusat Data Kesehatan Departeman Kesehatan Republik Indonesia; 1996.

Prof.Dr.Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Cetakan Kedua : CV Alfabeta Bandung; 2011.

Profil Kabupaten Purwakarta. Biro Pusat Statistik Kabupaten Purwakarta; 2012.

Hastono Sutanto. Analisis Data Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2007.

Istijanto. Riset Sumber Daya Manusia. Jakarta: PT Gramedia; 2010.

Panduan Analisis dan Advokasi Anggaran Pemerintah Daerah di Indonesia. Jakarta: Yayasan Asia (The Asian Foundation) dan Asian Development Bank (ADB);2006

Ralph J.Diclemente, Richard A. Crosby, Michele C.Kegler. *Emerging Theoriies in Health Promotion Practise and Research*. Strategies For Improving Public Health. San Fransisco: Jossey-Bass;2002