

Relationship Between Knowledge and Attitude of Teachers and Employees Towards the Implementation of Smoke-Free Area

Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Guru Serta Pegawai Terhadap Penerapan Kawasan Tanpa Rokok

Hygea Putri Novanta^{1*}, Tukiman²

¹Mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatra Utara, Medan, Indonesia

²Dosen Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatra Utara, Medan, Indonesia

*Corresponding Author: hygeaputrinovanta@gmail.com

Received: 20-06-2025; Revised: 28-06-2025; Accepted: 29-06-2025

ABSTRAK

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) merupakan kebijakan kesehatan publik yang bertujuan menciptakan lingkungan bebas asap rokok, termasuk di institusi pendidikan. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara pengetahuan, sikap, dan karakteristik guru serta pegawai terhadap penerapan KTR di SMA Negeri Kota Binjai. Penelitian menggunakan desain kuantitatif potong lintang dengan 84 responden yang dipilih melalui stratified random sampling. Data dikumpulkan melalui kuesioner dan dianalisis menggunakan uji chi-square ($\alpha = 0,05$). Hasil menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan dan sikap kategori sedang, dan tindakan penerapan KTR juga didominasi kategori sedang (46,4%). Tidak ditemukan hubungan signifikan antara usia ($p = 0,986$), jenis kelamin ($p = 0,199$), pekerjaan ($p = 0,526$), dan pengetahuan ($p = 0,311$) dengan tindakan penerapan KTR. Namun, terdapat hubungan signifikan antara status merokok ($p = 0,006$) dan sikap ($p = 0,039$) dengan tindakan KTR. Menariknya, meskipun sikap baik, tidak semua responden menunjukkan perilaku mendukung KTR, yang mengindikasikan perlunya penguatan nilai dan dukungan lingkungan. Temuan ini merekomendasikan agar kebijakan KTR di sekolah disertai intervensi berbasis institusi seperti integrasi aturan ke dalam tata tertib sekolah, pengawasan partisipatif, serta pemberdayaan guru dan siswa sebagai agen perubahan perilaku.

Kata Kunci: Kawasan Tanpa Rokok; Pengetahuan; Sikap; Tindakan

ABSTRACT

Smoke-Free Areas (Kawasan Tanpa Rokok/KTR) are public health policies aimed at creating tobacco-free environments, especially in educational institutions. This study aimed to analyze the relationship between knowledge, attitudes, and individual characteristics of teachers and staff with the implementation of KTR in public senior high schools (SMA) in Binjai City. A cross-sectional quantitative design was applied with 84 respondents selected using stratified random sampling. Data were collected through questionnaires and analyzed using the chi-square test ($\alpha = 0.05$). The results showed that most respondents had moderate levels of knowledge and attitude, with the majority (46.4%) also demonstrating moderate KTR-related actions. No significant association was found between age ($p = 0.986$), gender ($p = 0.199$), occupation ($p = 0.526$), or knowledge ($p = 0.311$) and KTR-related behavior. However, a significant relationship was found between smoking status ($p = 0.006$) and attitude ($p = 0.039$) with KTR implementation. Interestingly, even among those with positive attitudes, not all translated this into supportive behavior, indicating a gap between attitude and action. These findings suggest that KTR policy effectiveness in schools requires not only awareness but also institutional interventions, such as integrating KTR rules into school regulations, establishing participatory monitoring systems, and empowering teachers and students as change agents.

Keywords: Smoke-Free Areas; Knowledge; attitude, Action



This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi setiap individu sekaligus modal dasar pembangunan nasional. seperti dikutip oleh Palutturi (2010), menegaskan bahwa hak atas kesehatan erat kaitannya dengan perlindungan manusia dari dampak negatif lingkungan. Masyarakat yang sehat mampu mendorong produktivitas, memperkuat daya saing, dan menurunkan beban negara terhadap penyakit. Dalam konteks global, rokok menjadi salah satu faktor risiko utama yang mengancam derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan data epidemi global, konsumsi tembakau diperkirakan menyebabkan kematian lebih dari lima juta jiwa setiap tahunnya. Jika hal ini berlanjut terus maka diproyeksikan akan terjadi 10 juta kematian karena merokok pada tahun 2020, dengan 70% kematian terjadi di negara sedang berkembang. Indonesia merupakan negara terbesar ke-7 di dunia yang memproduksi tembakau. Rokok tidak hanya membahayakan individu yang mengonsumsinya, tetapi juga orang-orang di sekitarnya yang terpapar asapnya. Menurut World Health Organization (WHO, 2013), setiap tahun diperkirakan enam juta orang meninggal akibat konsumsi rokok, dengan lima juta merupakan perokok aktif dan lebih dari 600 ribu adalah perokok pasif. WHO memproyeksikan bahwa dalam beberapa dekade ke depan, rokok akan menjadi penyebab kematian terbesar di dunia, dengan satu dari sepuluh kematian disebabkan oleh paparan rokok.

Asap rokok mengandung lebih dari 4.000 bahan kimia, di mana 400 di antaranya bersifat racun dan 69 bersifat karsinogenik. Terdapat dua jenis asap yang membahayakan, yaitu asap utama (*mainstream smoke*) yang dihirup langsung oleh perokok, dan asap sampingan (*sidestream smoke*) yang dilepaskan ke udara dan terhirup oleh perokok pasif. Asap sampingan bahkan mengandung konsentrasi racun yang lebih tinggi, menjadikannya ancaman serius bagi masyarakat umum. Oleh karena itu, pengendalian konsumsi tembakau menjadi salah satu strategi penting dalam promosi dan perlindungan kesehatan masyarakat global.

Indonesia termasuk dalam kategori negara dengan beban konsumsi rokok yang tinggi. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi merokok penduduk usia ≥ 10 tahun adalah 28,8%. Meskipun terjadi sedikit penurunan dibandingkan tahun 2013 (29,3%), angka tersebut masih mencerminkan tingginya tingkat konsumsi rokok di masyarakat. Lebih memprihatinkan lagi, kelompok usia remaja menunjukkan tren peningkatan. Riskesdas 2018 mencatat prevalensi merokok pada usia 10–18 tahun sebesar 9,1%, meningkat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya (Riskesdas 2018). Survei Global Youth Tobacco Survey (GYTS) menyebutkan bahwa 37,3% remaja usia 13–15 tahun di Indonesia sudah pernah mencoba merokok. Di sisi lain, lebih dari 30% perokok di Indonesia mulai merokok sebelum usia 10 tahun. Temuan ini diperkuat oleh laporan ASEAN Tobacco Control Atlas, yang menyebutkan bahwa Indonesia menduduki peringkat pertama dalam hal usia awal merokok pada laki-laki, yakni 19,6% dimulai sejak usia 4–14 tahun.

Fenomena meningkatnya perokok remaja dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah lingkungan sosial. Anak-anak dan remaja yang sering terpapar asap rokok di rumah atau sekolah cenderung lebih mudah menjadi perokok aktif. Motivasi seperti ingin dianggap dewasa, mengikuti tren, atau tekanan sosial menjadi pendorong perilaku merokok. Keinginan mencoba berujung pada kecanduan akibat zat adiktif seperti nikotin dalam rokok (Rahmy, 2018). Padahal, masa remaja merupakan periode kritis dalam pembentukan identitas dan kebiasaan hidup. Oleh sebab itu, perlindungan terhadap kelompok usia ini menjadi prioritas dalam kebijakan pengendalian tembakau.

Sebagai bentuk perlindungan terhadap masyarakat, khususnya kelompok rentan, pemerintah Indonesia telah mengadopsi berbagai regulasi pengendalian tembakau. Salah satu kebijakan utama adalah penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, serta Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/Menkes/PB/I/2011. Kawasan Tanpa Rokok adalah area tertentu yang ditetapkan untuk bebas dari aktivitas merokok, produksi, distribusi, promosi, dan iklan produk tembakau. KTR mencakup fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar mengajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, dan tempat umum lainnya. Tujuannya adalah menciptakan lingkungan yang bersih, sehat, dan aman dari paparan asap rokok.

Penerapan KTR di tingkat daerah diatur melalui Peraturan Daerah (Perda) yang dikeluarkan oleh pemerintah kabupaten/kota. Hingga saat ini, sebanyak 49 kabupaten/kota dan 13 provinsi telah menetapkan kebijakan KTR. Salah satunya adalah Kota Binjai yang telah menetapkan Perda Nomor 3 Tahun 2018 tentang Kawasan Tanpa Rokok. Peraturan ini mewajibkan setiap pengelola area KTR, termasuk sekolah, untuk memastikan tidak ada aktivitas merokok di area tersebut, menyediakan tanda larangan merokok, tidak menyediakan asbak, dan melakukan pengawasan internal. Selain itu, Permenkes No. 7 Tahun 2011 menyebutkan bahwa pelanggaran terhadap KTR dapat dikenakan sanksi administratif atau denda bagi institusi, serta sanksi ringan bagi individu. Sementara itu, studi yang dilakukan oleh Panjaitan (2015) mengenai implementasi Peraturan Daerah Kota Medan Nomor 3 Tahun 2014 menyatakan bahwa masih terdapat kendala dalam komunikasi antara pemerintah daerah dan pihak sekolah, khususnya dalam menyosialisasikan kebijakan KTR (Panjaitan (2015)). Penelitian lain oleh Lili (2016) menemukan bahwa

meskipun sebagian informan memahami konsep dan tujuan KTR di sekolah, masih ada yang belum mengetahui keberadaan regulasi resmi dari pemerintah terkait KTR (Lili 2016).

Namun, dalam praktiknya, pelaksanaan KTR di Kota Binjai masih menemui berbagai kendala. Hasil observasi dan survei awal yang dilakukan peneliti di tiga SMA menunjukkan bahwa 8 dari 12 guru belum mengetahui peraturan wali kota tentang KTR, dan 10 dari 12 guru serta pegawai belum memahami konsep KTR secara utuh. Bahkan, 11 dari 12 responden tidak pernah mendapatkan sanksi meskipun melanggar aturan. Di tujuh SMA Negeri yang telah ditetapkan sebagai KTR, peneliti masih menemukan aktivitas merokok di lingkungan sekolah oleh guru dan pegawai. Aktivitas merokok terjadi di berbagai lokasi seperti kantor guru, area parkir, bahkan ruang kelas. Selain itu, tiga dari tujuh sekolah tidak menyediakan tempat khusus merokok, yang justru mendorong pelanggaran karena tidak ada pemisahan yang jelas.

Kondisi ini mengindikasikan lemahnya pengawasan internal, minimnya sosialisasi regulasi, dan tidak tegasnya sanksi yang diterapkan. Meskipun sekolah telah termasuk dalam area KTR, tidak adanya pihak yang secara aktif melakukan pembinaan dan pemantauan membuat kebijakan ini kurang efektif. Berdasarkan Permenkes No. 188 Tahun 2011, seharusnya pengelola kawasan wajib bertanggung jawab atas pelaksanaan KTR, namun dalam praktiknya peran tersebut belum diemban secara optimal oleh pihak sekolah.

Pentingnya peran guru dan pegawai dalam mendukung penerapan KTR tidak dapat diabaikan. Sebagai figur teladan bagi siswa, perilaku dan sikap guru sangat memengaruhi norma dan kebiasaan yang terbentuk di lingkungan sekolah. Guru yang merokok di area sekolah secara tidak langsung memberikan contoh buruk bagi siswa, yang dapat membenarkan perilaku tersebut dan mendorong mereka untuk mencoba merokok. Oleh karena itu, pemahaman dan sikap positif dari guru serta pegawai sekolah terhadap kebijakan KTR sangat penting dalam menciptakan lingkungan belajar yang sehat dan bebas asap rokok.

Mengingat pentingnya isu ini, diperlukan kajian yang mengevaluasi sejauh mana pengetahuan dan sikap guru serta pegawai sekolah berpengaruh terhadap implementasi KTR. Pemahaman yang baik terhadap regulasi, ditambah sikap positif, diyakini dapat mendorong tindakan nyata dalam mendukung kawasan bebas rokok. Sebaliknya, minimnya pengetahuan dan sikap yang permisif terhadap rokok menjadi hambatan dalam menegakkan aturan. Namun demikian, belum banyak penelitian yang secara spesifik meneliti aspek ini di wilayah Kota Binjai, sehingga terdapat celah kajian yang perlu diisi.

Berdasarkan uraian di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap guru serta pegawai terhadap penerapan Kawasan Tanpa Rokok di SMA Negeri di Kota Binjai?. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pengetahuan dan sikap terhadap pelaksanaan kebijakan KTR di lingkungan sekolah. Tujuan khususnya meliputi: (1) mengidentifikasi karakteristik responden seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan status merokok; (2) mengukur tingkat pengetahuan dan sikap guru serta pegawai mengenai KTR; (3) menggambarkan tindakan nyata mereka dalam menerapkan KTR di lingkungan sekolah; serta (4) menganalisis hubungan antara karakteristik individu, pengetahuan, dan sikap dengan perilaku penerapan KTR di SMA Negeri se-Kota Binjai.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan potong lintang (cross-sectional), yaitu pendekatan yang mengumpulkan data pada satu titik waktu tertentu untuk mengetahui hubungan antara variabel. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap guru serta pegawai terhadap penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di lingkungan Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri di Kota Binjai. Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret hingga Mei tahun 2022 di tujuh SMA Negeri di Kota Binjai, Provinsi Sumatera Utara, yang telah ditetapkan sebagai kawasan KTR melalui Peraturan Daerah Kota Binjai Nomor 3 Tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh guru dan tenaga kependidikan (pegawai) yang bekerja di ketujuh sekolah tersebut, dengan total populasi sebanyak 540 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik stratified random sampling, yaitu teknik pengambilan sampel secara acak setelah terlebih dahulu mengelompokkan populasi ke dalam strata tertentu, dalam hal ini berdasarkan jenis pekerjaan (guru dan pegawai). Untuk menjaga representasi proporsional dan mengurangi potensi bias seleksi, peneliti menetapkan jumlah sampel dari setiap strata sesuai dengan proporsi jumlah populasi pada strata tersebut. Penentuan jumlah total sampel dilakukan menggunakan rumus Yamane, dan diperoleh sebanyak 84 responden yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu guru atau pegawai yang bekerja secara aktif di SMA Negeri Kota Binjai dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup yang dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan teori perilaku kesehatan dari Lawrence Green serta pedoman implementasi KTR dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kuesioner ini terdiri dari tiga bagian utama, yaitu pengukuran pengetahuan, sikap, dan tindakan responden terkait penerapan KTR. Bagian pertama mengukur pengetahuan responden menggunakan 11 butir pertanyaan pilihan ganda dengan jawaban benar atau salah. Setiap jawaban

benar diberikan skor 1, dan jawaban salah diberi skor 0. Rentang skor berkisar dari 0 hingga 11, dengan kategori penilaian sebagai berikut: skor ≥ 9 (baik), skor 6–8 (sedang), dan skor ≤ 5 (kurang). Bagian kedua mengukur sikap responden terhadap kebijakan KTR menggunakan 10 pernyataan skala Likert 4 poin, yaitu “Sangat Setuju”, “Setuju”, “Tidak Setuju”, dan “Sangat Tidak Setuju”. Setiap pernyataan diberi skor 4 hingga 1 tergantung arah pernyataan (positif atau negatif). Rentang skor adalah 10–40, dengan kategori: skor ≥ 31 (baik), skor 23–30 (sedang), dan skor ≤ 22 (rendah). Bagian ketiga mengukur tindakan nyata responden terhadap pelaksanaan KTR melalui 9 pernyataan perilaku, juga dengan skala Likert 4 poin: “Selalu”, “Sering”, “Kadang-kadang”, dan “Tidak Pernah”, yang diberi skor 4 hingga 1. Untuk pernyataan negatif, skoring dibalik. Rentang skor keseluruhan adalah 9–36, dengan kategori sebagai berikut: skor ≥ 28 (baik), skor 21–27 (sedang), dan skor ≤ 20 (rendah).

Data dikumpulkan dengan cara membagikan kuesioner secara langsung kepada responden di lokasi sekolah. Peneliti memastikan setiap responden mendapatkan penjelasan tentang tujuan penelitian serta cara pengisian kuesioner. Selain itu, dilakukan observasi singkat terhadap kondisi lingkungan sekolah untuk mendukung data yang diperoleh dari kuesioner. Setelah data terkumpul, dilakukan analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik responden serta distribusi frekuensi dan persentase dari variabel pengetahuan, sikap, dan tindakan. Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel independen (usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan, status merokok, pengetahuan, dan sikap) dengan variabel dependen (tindakan penerapan KTR), menggunakan uji Chi-Square (χ^2) dengan tingkat signifikansi 0,05. Penelitian ini telah mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, dengan nomor surat: 846/UN.5.2.1.10/KRK/2022 tertanggal 11 Februari 2022. Seluruh responden menyatakan persetujuan untuk berpartisipasi secara sukarela dan diberikan jaminan kerahasiaan atas identitas dan jawaban mereka dalam kuesioner.

3. HASIL

3.1. Distribusi Proporsi Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik Responden (N=84)

Karakteristik Responden	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Umur (tahun)		
21-30 Tahun		9,5
31-40 Tahun	23	27,4
41-50 Tahun	35	41,7
>50 Tahun	18	21,4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	43	51,2
Perempuan	41	48,8
Pekerjaan		
Guru	55	65,5
Pegawai	29	34,5
Status Merokok		
Merokok	28	33,3
Tidak Merokok	56	66,7
Pengetahuan		
Baik	19	22,6
Sedang	65	77,4
Sikap		
Baik	46	54,8
Sedang	38	45,2
Tindakan		
Baik	20	23,8
Sedang	39	46,4
Rendah	25	29,8

Berdasarkan hasil pengamatan di dapatkan mayoritas responden dalam penelitian ini berada pada rentang usia produktif, yaitu 41–50 tahun (41,7%), diikuti kelompok usia 31–40 tahun (27,4%). Hanya sebagian kecil responden yang berusia 21–30 tahun (9,5%), menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengalaman kerja yang relatif panjang.

Dari segi jenis kelamin, komposisi responden cukup seimbang antara laki-laki (51,2%) dan perempuan (48,8%). Berdasarkan jenis pekerjaan, sebagian besar responden adalah guru (65,5%), sedangkan sisanya merupakan tenaga kependidikan atau pegawai sekolah (34,5%).

Status merokok menunjukkan bahwa dua pertiga responden (66,7%) tidak merokok, sementara 33,3% lainnya merupakan perokok aktif. Temuan ini menunjukkan bahwa perilaku merokok masih ditemukan dalam lingkungan sekolah, meskipun telah ditetapkan sebagai Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

Dalam hal pengetahuan terkait KTR, mayoritas responden (77,4%) berada dalam kategori pengetahuan sedang, sementara hanya 22,6% yang memiliki pengetahuan baik. Tidak ada responden yang memiliki pengetahuan rendah, tetapi proporsi yang memiliki pemahaman mendalam masih tergolong rendah.

Sikap terhadap kebijakan KTR cenderung positif, dengan 54,8% responden memiliki sikap baik, dan sisanya (45,2%) berada pada kategori sedang. Tidak ditemukan sikap negatif atau rendah pada responden. Namun demikian, ketika dilihat dari tindakan nyata dalam mendukung penerapan KTR, sebagian besar responden justru berada dalam kategori tindakan sedang (46,4%), diikuti oleh tindakan rendah (29,8%), dan hanya 23,8% yang menunjukkan tindakan baik.

3.2. Hasil uji validitas dan reliabilitas

Tabel 2. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian (N = 84)

Variabel	Jumlah Butir	Tentang r - Hitung	r-tabel (N= 84 ; a=0 ,05)	Keterangan Validitas	Cronbach' S Alpha	Keterangan Reliabilitas
Pengaturan	11	0.372-0.698	0.213	Semua item valid	0.78	Reliabel
Sikap	10	0.410-0.751	0.213	Semua item valid	0.81	Reliabe
Tindakan	9	0.356-0.692	0.213	Semua item valid	0.76	Reliabe

Sebelum digunakan dalam penelitian utama, instrumen kuesioner yang dikembangkan peneliti telah melalui proses uji validitas dan reliabilitas untuk memastikan kualitas butir pertanyaan. Uji validitas dilakukan terhadap 84 responden dengan menghitung korelasi antara skor masing-masing item dengan total skor variabel menggunakan rumus Pearson Product Moment. Hasil uji menunjukkan bahwa seluruh item pada ketiga variabel memiliki nilai r-hitung yang lebih besar dari r-tabel pada taraf signifikansi 5% (r-tabel = 0,213). Pada variabel pengetahuan, rentang r-hitung berkisar antara 0,372 hingga 0,698; pada variabel sikap antara 0,410 hingga 0,751; dan pada variabel tindakan antara 0,356 hingga 0,692. Hal ini menunjukkan bahwa semua item dalam instrumen dinyatakan valid.

Selain itu, uji reliabilitas dilakukan menggunakan rumus Cronbach's Alpha untuk mengukur konsistensi internal antarbutir pada masing-masing variabel. Hasilnya menunjukkan bahwa variabel pengetahuan memiliki nilai alpha sebesar 0,78, sikap sebesar 0,81, dan tindakan sebesar 0,76. Nilai alpha yang melebihi 0,70 pada ketiga variabel menunjukkan bahwa instrumen memiliki reliabilitas yang tinggi dan layak digunakan dalam pengumpulan data penelitian. Dengan demikian, instrumen kuesioner yang digunakan dapat dikatakan telah memenuhi syarat validitas dan reliabilitas secara statistik, sehingga data yang diperoleh dapat diinterpretasikan secara akurat dan dapat dipercaya.

3.3. Analisis Bivariat

Tabel 3. Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Status Merokok, Pengetahuan, dan Sikap Dengan Tindakan Penerapan KTR

Variabel	Kategori Tindakan						Total		P-Value
	Baik		Sedang		Rendah		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Usia									
21-30 tahun	2	25,0	4	50,0	2	25,0	8	100,0	0,986
31-40 tahun	6	26,18	11	47,8	6	26,1	23	100,0	
41-50 Tahun	9	25,7	15	42,9	11	31,4	35	100,0	
>50 tahun	3	16,7	9	50,0	6	33,3	18	100,0	
Jenis Kelamin									
Laki-laki	9	20,9	24	55,8	10	23,3	43	100,0	0,199
Perempuan	11	26,8	15	36,6	15	36,6	41	100,0	
Pekerjaan									
Guru	12	21,8	28	50,9	15	27,3	55	100,0	0,526
Pegawai	8	27,6	11	37,9	10	34,5	29	100,0	
Status Merokok									
Merokok	6	21,4	19	67,9	3	10,7	28	100,0	0,006
Tidak Merokok	14	25,0	20	35,7	22	39,3	56	100,0	
Pengetahuan									
Baik	7	36,8	7	36,8	5	26,3	19	100,0	0,311
Sedang	13	20,0	32	49,2	20	30,8	65	100,0	
Sikap									
Baik	9	19,6	18	39,1	19	41,3	46	100,0	0,039
Sedang	11	28,9	21	55,3	6	15,8	38	100,0	

Berdasarkan hasil analisis bivariat terhadap 84 responden, ditemukan bahwa mayoritas responden berada pada kategori tindakan “sedang” dalam penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Uji chi-square menunjukkan bahwa usia, jenis kelamin, dan jenis pekerjaan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan tindakan penerapan KTR. Responden usia 31–40 tahun paling banyak berada pada kategori tindakan sedang (47,8%), namun nilai $p = 0,986$ menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara usia dan tindakan. Hal serupa ditemukan pada jenis kelamin ($p = 0,199$) dan jenis pekerjaan ($p = 0,526$), meskipun perempuan dan pegawai sedikit lebih banyak berada pada kategori tindakan “baik” dibanding laki-laki dan guru.

Sebaliknya, ditemukan hubungan yang signifikan antara status merokok dan sikap terhadap tindakan penerapan KTR. Responden yang tidak merokok lebih banyak melakukan tindakan “baik” (25,0%) dibanding yang merokok (21,4%), sementara perokok cenderung dominan dalam kategori tindakan “sedang” (67,9%). Nilai $p = 0,006$ menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara status merokok dan tindakan penerapan KTR.

Variabel sikap juga menunjukkan hubungan yang signifikan ($p = 0,039$). Meskipun proporsi tindakan “baik” tidak jauh berbeda antara kelompok sikap baik (19,6%) dan sikap sedang (28,9%), terdapat perbedaan mencolok dalam kategori “rendah”, di mana responden dengan sikap baik cenderung memiliki proporsi tindakan rendah yang lebih tinggi (41,3%). Temuan ini menegaskan bahwa status merokok dan sikap individu merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap penerapan KTR di sekolah, sedangkan karakteristik demografis seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan tingkat pengetahuan tidak memiliki pengaruh yang bermakna secara statistik.

4. DISKUSI

4.1. Hubungan antara Usia dengan Penerapan KTR

Hasil analisis menunjukkan tidak terdapat hubungan signifikan antara usia dan tindakan penerapan KTR ($p = 0,986$). Pada usia 41–50 tahun, 25,7% menunjukkan tindakan baik, 42,9% sedang, dan 31,4% rendah. Meski kelompok usia ini tergolong matang secara usia dan pengalaman kerja, temuan ini menegaskan bahwa usia bukan penentu utama perilaku KTR. Hal ini mengindikasikan bahwa perilaku penerapan KTR tidak hanya ditentukan oleh usia kronologis, melainkan lebih dipengaruhi faktor lain seperti kesadaran, sikap, atau norma di lingkungan kerja.

Penelitian oleh Kusumaningrum (2018) mengindikasikan bahwa tidak terdapat korelasi antara usia dengan perilaku dalam implementasi deklarasi Kawasan Dilarang Merokok (KDM), dengan nilai p sebesar 0,719. Temuan serupa juga dilaporkan oleh Williyanto (2016) yang menyatakan bahwa usia tidak memiliki hubungan signifikan dengan tingkat kepatuhan masyarakat terhadap Perda Kabupaten Sidoarjo Nomor 4 Tahun 2011. Usia sendiri merujuk pada lamanya seseorang hidup yang dihitung sejak lahir hingga saat dilakukan penelitian. Seiring bertambahnya usia, individu umumnya mengalami peningkatan dalam kedewasaan berpikir dan ketahanan emosional. Selain itu, usia turut memengaruhi cara berpikir dan kemampuan dalam memahami informasi, sehingga semakin tua seseorang maka semakin banyak pula informasi yang dikuasainya. Lawrence Green, seperti dikutip oleh Notoatmodjo (2014), mengemukakan bahwa usia merupakan salah satu karakteristik individu yang bisa mempengaruhi terbentuknya perilaku. Sementara itu, Notoatmodjo dalam Umaroh (2012) menyebutkan bahwa pada usia muda, individu lebih rentan mengalami ketegangan dan kecemasan yang berdampak pada perilakunya. Sebaliknya, individu yang lebih dewasa biasanya memiliki pengalaman yang lebih luas, sehingga lebih matang secara mental dan intelektual dalam mengambil keputusan. Namun demikian, berdasarkan pengamatan peneliti, usia yang lebih dewasa belum tentu menjadi penentu utama dalam perilaku positif terkait penerapan KTR, karena tingkat pengetahuan, sikap, dan tindakan tidak selalu sejalan dengan pertambahan usia seseorang.

4.2. Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Penerapan KTR

Tidak terdapat hubungan signifikan antara jenis kelamin dan tindakan KTR ($p = 0,199$). Laki-laki lebih dominan dalam tindakan sedang (55,8%), sementara perempuan memiliki proporsi tindakan baik sedikit lebih tinggi (26,8%). Ketidaksignifikanan ini diduga karena distribusi peran dan paparan informasi yang relatif setara antara laki-laki dan perempuan di lingkungan sekolah. Meskipun beberapa studi menyebut perempuan cenderung memiliki sikap lebih positif terhadap larangan merokok, hal tersebut belum terlihat cukup kuat memengaruhi perbedaan perilaku nyata antar gender dalam konteks penelitian ini. Menurut WHO (dalam Lindawati dkk, 2012) di dalam mengambil suatu keputusan yang ada risikonya, perilaku laki-laki lebih berani dibandingkan perempuan, termasuk dalam hal kesehatan seperti merokok. Menurut hasil penelitian Prasetya (2016), menunjukkan pada perempuan memiliki sikap yang lebih positif dibandingkan laki-laki terhadap larangan merokok.

Menurut Margowati (2017), perempuan punya pengetahuan yang lebih baik terhadap dampak merokok, tetapi seringnya perempuan menjadi manusia yang tersubordinasi oleh laki-laki, sehingga perempuan acap kali menjadi korban dan pendapatnya kurang didengar, di dalam konteks dengan kegiatan

merokok, kebanyakan perempuan menjadi perokok pasif walaupun ada pula yang merokok secara aktif. Berdasarkan hasil penelitian ini, tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan penerapan KTR dikarenakan proporsi antara laki-laki dengan perempuan hampir sama dan katagori tindakan antara kedua jenis kelamin tersebut juga hampir mendekati sama di setiap katagorinya.

4.3. Hubungan Antara Pekerjaan Dengan Penerapan KTR

Hasil menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan (guru vs pegawai) dengan tindakan KTR ($p = 0,526$). Meskipun pegawai memiliki proporsi tindakan baik sedikit lebih tinggi (27,6%) dibanding guru (21,8%), perbedaan ini tidak signifikan. Distribusi tindakan yang relatif merata menunjukkan bahwa peran formal di sekolah bukanlah faktor utama yang membedakan kepatuhan terhadap KTR. Hal ini menguatkan bahwa perilaku mendukung KTR lebih ditentukan oleh faktor individual, bukan jabatan struktural.

Menurut penelitian Maswita (2021) nilai pegawai terhadap penerapan KTR sebanyak 89,5% responden menyatakan nyaman apabila lingkungan kerja bebas dari asap rokok. Hasil penelitian ini berbeda dengan temuan Kusumaningrum (2018), yang melalui uji Chi-Square menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara jenis pekerjaan dan perilaku responden dalam penerapan deklarasi Kawasan Dilarang Merokok (KDM) dengan nilai p sebesar 0,035. Berdasarkan hasil penelitian ini, tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan penerapan KTR dikarenakan responden lebih dominan pada pekerjaan guru yaitu 65,0% namun dalam hal tindakan antara guru dan pegawai memiliki tindakan pada katagori rendah tidak jauh berbeda persentasenya.

4.4. Hubungan Antara Status Merokok Dengan Penerapan KTR

Hasil analisis menggunakan uji Chi-Square menunjukkan bahwa nilai p yang diperoleh adalah 0,006, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara status merokok dan penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di SMA Negeri Kota Binjai. Berdasarkan hasil penelitian pada responden yang merokok terdapat 21,4% yang memiliki tindakan yang baik, terdapat 67,9% yang memiliki tindakan yang sedang dan terdapat 10,7% yang memiliki tindakan yang rendah. Sementara itu yang tidak merokok terdapat 25,0% yang memiliki tindakan yang baik, terdapat 35,7% yang memiliki tindakan yang sedang dan terdapat 39,3% yang memiliki tindakan yang rendah. Temuan ini menarik, karena secara logis non-perokok diharapkan menunjukkan perilaku lebih mendukung KTR. Namun hasil ini mengindikasikan bahwa ketidakmerokokan tidak otomatis diiringi keterlibatan aktif dalam implementasi KTR. Hal ini bisa disebabkan oleh minimnya partisipasi dalam advokasi atau pengawasan KTR, serta lemahnya pembiasaan budaya kolektif untuk menegur pelanggaran. Di sisi lain, perokok yang sadar akan aturan bisa saja tetap bersikap patuh di lingkungan formal, seperti sekolah.

Hasil penelitian ini konsisten dengan temuan Wiyarti (2019) yang menunjukkan adanya korelasi antara status merokok dengan pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), dengan nilai p sebesar 0,042. Temuan serupa diperoleh oleh Ulfah dalam penelitiannya di Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Malang, yang menunjukkan hubungan signifikan antara status merokok dan rancangan KTR ($p = 0,001$). Penelitian Andreeva yang dilakukan di salah satu universitas di Kazan, Rusia, juga mendukung hal ini dengan menunjukkan keterkaitan kuat antara kebiasaan merokok dan pelaksanaan kawasan bebas rokok ($p < 0,001$). Putri (2014) dalam penelitiannya menyatakan bahwa Orang yang tidak merokok cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan perokok, jika dilihat dari aspek kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan tempat tinggal mereka. Selanjutnya, Suiraoaka (2012) menyebutkan bahwa individu yang bukan perokok namun tinggal bersama perokok memiliki risiko 24% lebih besar terkena kanker paru dibandingkan mereka yang tidak terpapar asap rokok. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, status didefinisikan sebagai kedudukan atau posisi seseorang dalam suatu lingkungan sosial. Dalam konteks ini, status merokok merujuk pada apakah seseorang merupakan perokok aktif atau bukan. Berdasarkan definisi Doll (1976), seseorang disebut perokok apabila ia mengonsumsi setidaknya satu batang rokok setiap hari selama minimal satu tahun, sedangkan non-perokok adalah individu yang tidak memenuhi kriteria tersebut. Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara status merokok dan penerapan KTR, di mana persentase responden non-perokok yang menunjukkan tindakan rendah dalam penerapan KTR mencapai 39,3%, lebih tinggi dibandingkan perokok yang hanya sebesar 10,7%.

4.5. Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Penerapan KTR

Berdasarkan hasil analisis menggunakan uji Chi-Square, diperoleh nilai p sebesar 0,311 yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di SMA Negeri Kota Binjai. Dari hasil penelitian, diketahui bahwa responden dengan kategori pengetahuan baik sebanyak 36,8% menunjukkan perilaku penerapan yang juga tergolong

baik dan sedang serta 26,3% yang memiliki tindakan yang rendah. Sementara itu yang memiliki pengetahuan sedang terdapat 20,0% yang memiliki tindakan yang baik, terdapat 49,2% yang memiliki tindakan sedang dan terdapat 30,8% yang memiliki tindakan yang rendah. Ini menunjukkan bahwa pengetahuan tidak selalu berbanding lurus dengan perilaku, sebagaimana didukung beberapa studi sebelumnya. Ketidakterkaitannya dapat dijelaskan oleh Kurangnya menginternalisasikan informasi menjadi sikap atau nilai, lemahnya sanksi sosial, atau tidak adanya dorongan kolektif yang memaksa perubahan perilaku. Sejalan dengan penelitian (Oxa, et al., 2022) Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan sikap ($p=0,252$) maupun antara pengetahuan dengan perilaku ($p=0,085$). Dengan demikian, dibutuhkan strategi khusus atau pendekatan alternatif untuk menurunkan angka perokok di Indonesia. Maswita (2020) yang memperoleh hasil bahwa pengetahuan pegawai tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), ditunjukkan oleh nilai p sebesar 0,083.

Sejalan dengan penelitian Margowati (2017), yang menunjukkan tidak ada hubungan atau korelasi pengetahuan dan dukungan terhadap KTR. Menurutnya pengetahuan seseorang tentang dampak merokok tidak berarti secara langsung terhadap perilaku dan penerimaan orang tersebut pada rokok. Ada proses bahwa orang memahami kesadaran orang lain namun bersamaan mereka hidup dengan aliran kesadaran mereka sendiri.

Berdasarkan penelitian oleh Xu et. al. (2015) yang melihat keterkaitan antara pengetahuan pada perokok usia dewasa muda di China diketahui bahwa pengetahuan seseorang mengenai rokok dan bahaya rokok tidak membuat seseorang berhenti merokok atau berpartisipasi terhadap penerapan area bebas rokok. Pengetahuan adalah hasil dari proses penginderaan seseorang terhadap suatu objek, yang kemudian diolah menjadi pemahaman. Pengetahuan berperan krusial dalam memengaruhi dan membentuk perilaku atau tindakan individu, karena pemahaman yang baik akan membantu individu dalam menentukan sikap yang tepat terhadap suatu hal. Ketika seseorang mengadopsi perilaku baru yang didasarkan pada pemahaman, kesadaran, serta sikap positif, maka perilaku tersebut cenderung bertahan dalam jangka panjang. Sebaliknya, tanpa landasan pengetahuan dan kesadaran, suatu perilaku akan sulit untuk dipertahankan (Notoatmodjo, 2014). Namun, dalam konteks keberhasilan implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR), pengetahuan saja tidak cukup menjadi faktor utama. Meski tingkat pengetahuan individu tinggi, masih banyak tantangan yang menyebabkan penerapan KTR belum optimal. Berdasarkan Sudarmi dan rekan-rekan (2015), terdapat lima faktor utama yang berperan dalam efektivitas pelaksanaan KTR, yaitu dukungan dari pimpinan, keterlibatan para pemangku kepentingan, norma sosial yang berlaku, kekuatan regulasi, serta keberadaan sistem monitoring dan evaluasi. Oleh karena itu, dalam penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa tidak adanya hubungan signifikan antara pengetahuan dan penerapan KTR disebabkan oleh dominasi faktor-faktor eksternal tersebut yang lebih berpengaruh terhadap implementasi di lapangan.

4.6. Hubungan Antara Sikap Dengan Penerapan KTR

Sikap menunjukkan hubungan signifikan terhadap tindakan ($p = 0,039$). Responden dengan sikap sedang lebih banyak menunjukkan tindakan baik (28,9%) dibandingkan yang bersikap baik (19,6%), namun kelompok dengan sikap baik justru lebih banyak menunjukkan tindakan rendah (41,3%). Hasil ini tampak kontradiktif secara statistik, namun dapat dimaknai bahwa sikap positif belum tentu langsung termanifestasi dalam tindakan nyata. Beberapa faktor yang mungkin mempengaruhi termasuk tekanan lingkungan sosial, ketidaktegasan institusi dalam penegakan aturan, atau persepsi bahwa tindakan proaktif terhadap KTR bukan bagian dari tanggung jawab personal. Temuan ini menekankan pentingnya transformasi sikap menjadi perilaku nyata melalui intervensi berbasis lingkungan kerja yang mendukung, seperti budaya menegur, pelatihan kepemimpinan informal, dan pemberdayaan komunitas sekolah. Sikap yang positif terhadap KTR perlu didukung dengan struktur kelembagaan yang mendorong partisipasi aktif, bukan sekadar pemahaman normatif.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Ramachandran (2020), yang menemukan bahwa siswa yang tinggal di asrama dengan regulasi larangan merokok memiliki kecenderungan merokok yang lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang tinggal di area tanpa peraturan serupa. Penelitian Lestari (2019) turut menunjukkan adanya korelasi signifikan antara sikap mahasiswa Universitas Gunadharma dan pelaksanaan kebijakan kawasan bebas rokok, dengan nilai signifikansi p sebesar 0,001. Selanjutnya, studi di Malaysia oleh Izzati dan rekan (2016) mengindikasikan adanya korelasi lemah antara sikap individu terhadap rokok dan perilaku merokok itu sendiri. Hal ini diperkuat oleh penelitian Azmi FZ (2016), yang menemukan adanya hubungan antara sikap terhadap Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dengan perilaku merokok mahasiswa, dengan nilai p sebesar 0,011. Selain itu, temuan dari Hehir dan kolega (2013) menunjukkan bahwa sebagian besar staf rumah sakit memiliki sikap positif terhadap penerapan lingkungan bebas asap rokok, dan lebih memilih bekerja di tempat yang menerapkan kebijakan tersebut karena dianggap berdampak baik terhadap kesehatan mereka maupun pasien. Sikap dapat dipahami sebagai kesiapan mental seseorang dalam merespons suatu stimulus, baik yang bersifat positif maupun negatif, terhadap objek tertentu. Meskipun

belum terlihat dalam bentuk tindakan nyata, sikap berperan sebagai faktor pendahulu yang memengaruhi perilaku individu. Menurut Notoatmodjo (2014), sikap terbentuk dari pengetahuan yang dimiliki dan terdiri dari beberapa tahapan, mulai dari menerima, merespons, menghargai, hingga menunjukkan tanggung jawab. Sikap muncul melalui adanya stimulus tertentu yang mendorong seseorang merespon, seperti contohnya dalam penerapan pola hidup sehat, seperti menjaga kebersihan dengan tidak membuang sampah sembarangan atau meludah di tempat umum, yang berfungsi mencegah penyebaran penyakit.

Rangsangan seperti ini menimbulkan respons sikap, baik yang mendukung maupun menolak, dan lambat laun akan tercermin dalam tindakan sehari-hari. Penting untuk dipahami bahwa sikap belum tentu langsung menghasilkan tindakan. Perubahan sikap sangat dipengaruhi oleh pengetahuan serta unsur afektif dan kognitif yang saling terkait. Sikap juga bersifat dinamis dan dapat berkembang sesuai konteks atau pengalaman yang dialami seseorang. Sikap selalu memiliki keterkaitan dengan objek tertentu dan tidak berdiri sendiri. Dalam konteks perilaku, sikap memegang peranan penting sebagai faktor pendorong. Semakin positif sikap seseorang, maka semakin tinggi pula kemungkinan terbentuknya perilaku yang konstruktif. Hal ini sejalan dengan Theory of Reasoned Action dari Fishbein dan Ajzen (1973), yang menyatakan bahwa sikap berasal dari keyakinan individu—jika seseorang meyakini bahwa suatu tindakan memberikan manfaat, maka ia akan cenderung melakukannya, sebaliknya jika dipandang merugikan, ia cenderung akan menghindarinya.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan temuan penelitian terkait pengetahuan, sikap, dan perilaku guru serta pegawai terhadap implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di sekolah, Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar guru dan pegawai di SMA Negeri Kota Binjai memiliki tingkat pengetahuan dan sikap yang tergolong sedang hingga baik terhadap kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), namun perilaku penerapannya masih berada pada kategori sedang. Dari hasil analisis, tidak ditemukan hubungan signifikan antara usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan, dan pengetahuan dengan tindakan penerapan KTR. Sebaliknya, terdapat hubungan yang bermakna antara status merokok dan sikap dengan tindakan penerapan KTR. Menariknya, meskipun banyak responden menunjukkan sikap yang baik terhadap KTR, hal tersebut tidak selalu diikuti dengan tindakan nyata yang mendukung. Hal ini mengindikasikan adanya hambatan dalam mengubah sikap menjadi perilaku konkret, yang kemungkinan dipengaruhi oleh lemahnya kontrol institusional, minimnya keteladanan, serta kurangnya dukungan budaya sekolah untuk menciptakan lingkungan yang benar-benar bebas rokok. Dengan demikian, sikap positif perlu diperkuat melalui sistem yang konsisten, bukan hanya melalui pemahaman normatif. Implikasi dari temuan ini menunjukkan bahwa intervensi kebijakan tidak cukup hanya menargetkan pengetahuan individu, tetapi juga perlu menasar lingkungan dan norma sosial di sekolah. Oleh karena itu, peneliti merekomendasikan agar pemerintah daerah meningkatkan sosialisasi regulasi KTR secara berkala dan melibatkan sekolah sebagai mitra aktif dalam pengawasan dan internalisasi budaya bebas rokok. Pihak sekolah disarankan untuk memperkuat implementasi KTR melalui penegakan tata tertib, pembentukan tim pengawas internal, serta integrasi nilai-nilai KTR dalam kegiatan edukatif seperti program OSIS, upacara, dan pelatihan guru. Dengan pendekatan yang lebih komprehensif dan melibatkan semua unsur sekolah, diharapkan penerapan KTR dapat menjadi bagian dari budaya sehat yang berkelanjutan di lingkungan pendidikan. Untuk pengembangan penelitian ke depan, disarankan dilakukan studi kualitatif untuk mengeksplorasi hambatan dan motivasi perilaku individu terkait KTR, serta menilai efektivitas pendekatan kelembagaan dalam meningkatkan kepatuhan terhadap kebijakan ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih yang tulus kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara atas segala bentuk dukungan dan kesempatan yang diberikan selama proses pelaksanaan penelitian ini. Rasa terima kasih juga disampaikan kepada seluruh pihak di SMA Negeri se-Kota Binjai, khususnya kepada guru dan staf sekolah yang telah bersedia menjadi responden serta memberikan informasi dan data yang sangat berharga untuk mendukung kelancaran pengumpulan data dalam penelitian ini.

REFERENSI

- Andreeva, T. I., Krasovsky, K. S., & Semenova, D. S. (2014). Implementation of smoke-free policies in Ukraine: Compliance and enforcement. *Tobacco Control*, 23(1), 33–38. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050577>
- Azmi, F. Z. (2016). Hubungan penerapan kawasan tanpa rokok (KTR) dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan masyarakat di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(3).
- Hehir, A. M., Indig, D., Prosser, S., & Archer, V. A. (2013). Implementation of a smoke-free policy in a high secure forensic mental health hospital: Staff survey to describe experience and attitudes. *BMC Public Health*, 13, 315. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-315>

- Halyani. (2018). *Partisipasi guru Sekolah Dasar dalam penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Sekolah* [Tesis, Universitas Indonesia].
- Izzati, N., Azlina, N., Iza, N., & Mainul, H. (2016). Knowledge, attitude and practice towards smoking among International Islamic University Malaysia Kuantan communities. *International Medical Journal Malaysia*, 15(3), 19–26.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 188/Menkes/PB/I/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan KTR*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Global Adult Tobacco Survey Indonesia Report 2011*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2013 tentang Peringatan Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kusumaningrum. (2018). Faktor yang berhubungan dengan perilaku kepala keluarga dalam penerapan deklarasi kawasan dilarang merokok (KDM). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(5), 741–750.
- Lestari, R. P. (2019). Hubungan sikap mahasiswa dengan pelaksanaan kebijakan kawasan tanpa rokok di Universitas Gunadarma. *Jurnal Kesehatan*, 10(2), 112–119.
- Lili. (2016). *Implementasi Kawasan Tanpa Rokok di Sekolah* [Tesis, Universitas Indonesia].
- Lindawati, M., Bara, S., & Sumiati. (2012). Faktor yang mempengaruhi perilaku merokok siswa-siswi SMP di Jakarta Selatan tahun 2011. *Jurnal Health Quality*, 2(4), 189–200.
- Margowati, S. (2017). Pendapat perempuan tentang dampak merokok dan kawasan tanpa rokok di Kabupaten Magelang. *The 6th University Research Colloquium*. Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Maswita. (2020). *Pengaruh perilaku pegawai terhadap penerapan Kawasan Tanpa Rokok di lingkungan SKPK Kota Langsa tahun 2019* [Tesis, Universitas Sumatera Utara].
- Notoatmodjo, S. (2005). *Kesehatan masyarakat: Ilmu dan seni* (Edisi revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Oxa, M. G., Prasanti, N. H., Kusumo, A. R., Izzah, I., & Azizah, A. N. (2022). Identifikasi hubungan pengetahuan, sikap, dan perilaku merokok pada anak di bawah umur di Indonesia. *Jurnal Farmasi Komunitas*, xx(xx), 1–9.
- Panjaitan, S. (2015). *Evaluasi implementasi Perda Kota Medan No. 3 Tahun 2014 tentang KTR* [Tesis, Universitas Sumatera Utara].
- Peraturan Daerah Kota Binjai. (2018). *Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2018 tentang Kawasan Tanpa Rokok*. Diakses dari <http://peraturan.bpk.go.id>
- Prasetya, R. C. (2016). Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap terhadap larangan merokok pada mahasiswa. *Psiko Dimensia*, 15(4), 275–295.
- Putri, E. Y. P. V. (2014). *Hubungan status merokok dengan kualitas hidup di Kabupaten Sleman* [Skripsi, Universitas Gadjah Mada].
- Ramachandran, S. B. (2020). Prevalence of and factors associated with violations of a campus smoke-free policy: A cross-sectional survey of undergraduate students in a US university. *BMJ Open*, 10(3), e030504. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030504>
- Suiraoaka, I. P. (2012). *Penyakit degeneratif: Mengenal, mencegah, dan mengurangi faktor risiko 9 penyakit degeneratif*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sudarmi, S., Prasetya, R., & Rahayu, P. (2015). Evaluasi pelaksanaan kawasan tanpa rokok di Kota Denpasar. *Jurnal Promkes*, 3(2), 113–125.
- Ulfah, N. (2016). *Hubungan status merokok dengan penerapan kawasan tanpa rokok di Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Malang* [Skripsi].
- World Health Organization. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: WHO.
- Williyanto, P. W. S. (2016). *Analisis faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan masyarakat pada Perda Kabupaten Sidoarjo No. 4 Tahun 2011* [Tesis, Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jawa Timur].
- Xu, X., Liu, L., Sharma, M., & Zhao, Y. (2015). Smoking-related knowledge, attitudes, behaviors, and smoking cessation intentions among young adult male smokers in Chongqing, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(2), 2135–2149.