

# LAPORAN PENELITIAN

## PENGEMBANGAN DAN DISEMINASI MODEL INOVASI KAWASAN TANPA ROKOK (KTR) DESA BONE SEBAGAI UPAYA PENGENDALIAN PREVALENSI PEROKOK SECARA NASIONAL

(Development and dissemination innovation model of non smoking area as an effort of national control of smokers prevalence in Bone Village)



PUSAT  
EKONOMI & BISNIS  
SYARIAH

## TIM PENELITI

Dr. Hadi Pajarianto, M.Pd.  
Rahmad Solling Hamid, SE.M.M.  
Andi Sitti Umrah, S.ST.M.Keb.  
Sri Rahayu Amri, S.H., M.H.

## HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN PENELITIAN

---

**Judul Riset dan Inovasi** : **ANALISIS MULTIDISIPLIN (REGULASI, PENDIDIKAN, KESEHATAN, DAN EKONOMI) TERHADAP *LIFESTYLE WITHOUT TOBACCO* DI DESA BONE BONE KABUPATEN ENREKANG**

**Ketua Tim**

a. Nama Lengkap : **Dr. Hadi Pajarianto, M.Pd.I.**  
b. NIP / NIK : 19791219 200902 1 002  
c. Asal Lembaga : Universitas Muhammadiyah Palopo  
d. Alamat Lembaga : Jl. Jenderal Sudirman KM. 3 Binturu Kota Palopo  
e. Nomor *Handphone* (HP) : 081355460388  
f. Alamat Email : hadipajarianto@umpalopo.ac.id

**Lembaga Pengusul**

a. Nama Lembaga : Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat  
b. Nama Pimpinan Lembaga : **Goso, SE.MM.**  
c. Alamat Lembaga : Jl. Jenderal Sudirman KM. 3 Binturu Kota Palopo  
d. Alamat *Email* : lppm@umpalopo.ac.id  
e. Nomor Telepon : 081354779748

**Narahubung Tim**

Nama Lengkap : **Sri Rahayu Amri, SH. MH.**  
Nomor *Handphone* (HP) : 081245311869  
Alamat *Email* : sriahayuamri83@gmail.com

**Rekapitulasi Anggaran**

Total Anggaran Tahap I : Rp. 44.100.000,-  
Total Realisasi Tahap II : Rp. 10.900.000,-  
Dana Internal dan Publikasi : Rp. 35.000.000,-

**Palopo, 16 Juli 2022**

Ketua Tim

Pengusul  


**Dr. Hadi Pajarianto, M.Pd.I.**  
NIP. 19791219 200902 1 002

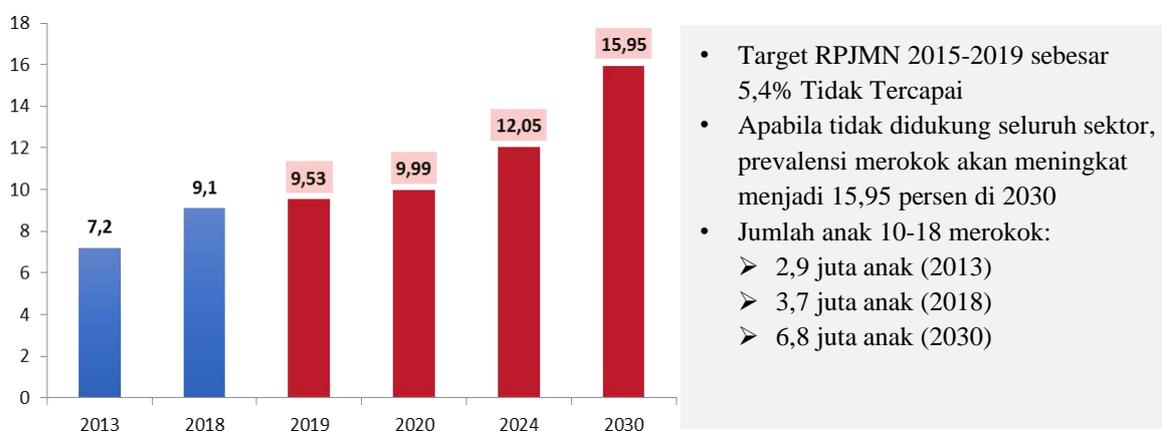
Mengetahui  
Pimpinan Lembaga

  
Goso, SE.MM.  
NIDN. 0912067603

## Latar Belakang

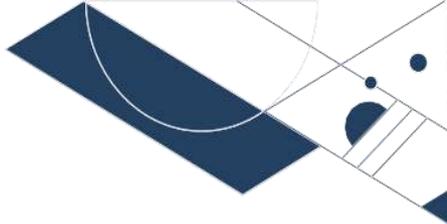
Di seluruh dunia, produk tembakau dan penggunaan rokok elektronik (*e-cigarettes*) terus meningkat (Bialous and Glantz, 2018; Kang and Cho, 2019; Monzón *et al* 2021). Konsumsi tembakau dapat menyebabkan berbagai masalah yang merugikan masyarakat. Dampak konsumsi tembakau pada kesehatan mengakibatkan berbagai penyakit tidak menular atau penyakit katastrofik yang menguras biaya kesehatan tinggi, mengurangi produktifitas dan di masa wabah Covid-19 menjadi penyakit penyerta yang memperparah kondisi pasien Covid-19. Prevalensi konsumsi tembakau yang tinggi berpengaruh terhadap kemiskinan dan stunting yang belum bisa diselesaikan di Indonesia.

Berdasarkan data dari Bappenas prevalensi konsumsi tembakau meningkat di kalangan anak dan remaja pada tahun 2013 sekitar 2,9 juta anak (7,2%), meningkat pada tahun 2020 menjadi 9,99%. Hal ini menunjukkan bahwa target capaian sebesar 5,4% tidak terpenuhi, dan merupakan kendala untuk mencapai sumber daya manusia yang berkualitas (IAKMI, 2020). Bahkan diprediksikan pada tahun 2030 trend dan proyeksi merokok pada anak dan remaja sebanyak 6,8 juta jiwa (15,95), jika tidak didukung seluruh sektor.



Gambar 1. Tren dan Proyeksi Prevalensi Merokok Usia 10-18 Tahun

Rokok dapat menimbulkan dampak negatif sebagai penyebab kerusakan potensial terhadap kesehatan. Terdapat risiko berkelanjutan di berbagai tembakau dan produk nikotin yang berbahaya bagi kesehatan (Cummings, *et al* 2020; East *et al* 2021). Kerusakan kesehatan ini terutama diakibatkan dari kandungan tar dan nikotin. Mulai dari kandungan yang rendah dalam rokok dan kerusakan meningkat dengan meningkatnya kadar tar dan nikotin, terlebih lagi bila diikuti dengan meningkatnya level konsumsi rokok (Jarvis *et al.*, 2001), Kerusakan yang diakibatkan oleh nikotin dapat terjadi mulai dari rongga mulut (Fant *et al.*, 1999), saluran pernafasan dan paru-paru (Baker *et al.*, 2000), saluran darah dan kardiovaskular (Gao *et al.*, 1997), saraf (Kulak *et al.*, 2001). Akibat lain yang ditimbulkan dari konsumsi nikotin adalah risiko terkenanya penyakit kanker (Anderson *et al.*, 2001). Secara global pada tahun 2015, 1 dari 4 pria, dan 1 dari 19 wanita, merokok setiap hari (1). Merokok tembakau merupakan penyebab utama penyakit yang dapat dicegah dan kematian di banyak negara. Di seluruh dunia, 11,5% kematian disebabkan oleh merokok. Di negara Asia, termasuk Indonesia diperkirakan angka kematian akibat rokok akan menembus angka 6,4 juta jiwa (Ambarwati *et al.*, 2014).



Berbagai kebijakan pemerintah yang tersentralisasi telah dilakukan untuk mengurangi prevalensi perokok di Indonesia, tetapi masih belum menunjukkan hasil yang optimal. Kebijakan ini tertuang dalam UU Kesehatan No.36 tahun 2009 tentang kesehatan, Perda Sulawesi Selatan No. 1 tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok, kemudian dilanjutkan oleh peraturan-peraturan dibawahnya. Diperlukan desentralisasi pengembangan kebijakan lokal untuk bebas rokok sangat penting dilakukan, sebagai konsekuensi dari difusi horizontal yang kuat, di beberapa daerah, terutama di daerah miskin dan pedesaan atau daerah dengan kehadiran industri tembakau yang kuat, tertinggal dalam proses adopsi. Oleh karena itu, difusi adopsi kebijakan bebas rokok di bidang-bidang ini harus didorong, misalnya melalui pendekatan yang efektif jaringan advokasi, untuk menangkai campur tangan industri tembakau di program pengendalian tembakau (Septiono et al., 2019).

Kabupaten Enrekang adalah salah satu daerah yang telah menerapkan kawasan tanpa rokok yang lahir dari desentralisasi kebijakan tersebut yang diimplementasikan di desa. Desa Bone-Bone yang terletak di atas ketinggian 1.500 m/dpl itu telah memiliki peraturan desa (Perdes) nomor 1 tahun 2009 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok. Pada Bab V Pasal 8 dinyatakan, setiap orang dilarang untuk melakukan kegiatan atau aktifitas merokok, memproduksi, menjual, mengiklankan, dan atau mempromosikan rokok di wilayah desa Bone- Bone.

Beberapa studi telah meneliti tentang kawasan tanpa rokok di desa Bone Bone, tetapi pada umumnya menitikberatkan pada evaluasi kebijakan kawasan tanpa rokok (Hadilinatih, 2021). Penerapan kawasan bebas asap rokok melalui penerapan sanksi (Anggriati, 2020), efektivitas implementasi peraturan desa (Muslimin, 2016) (Pewara, 2018), dan menganalisis kebijakan kepala desa dalam membangun kawasan tanpa asap rokok (Edi, 2018). Dari beberapa studi terdahulu masih terbatas pada penerapan kebijakan kawasan tanpa rokok, belum menyentuh aspek nilai yang melatarbelakangi, strategi pengembangan inovasi, maupun kemungkinan melakukan diseminasi pada kawasan lain.

Penelitian ini berbeda dengan riset sebelumnya, karena didesain untuk menghasilkan model dan strategi dari pengembangan inovasi kawasan tanpa rokok yang lahir dari kearifan lokal masyarakat, yang lahir dari situasi sosial budaya masyarakat tertentu. Inovasi yang lahir dari masyarakat pedesaan harus dapat dikembangkan sebagai model pada daerah lain yang memiliki karakteristik yang sama. Gerakan desa mengepung kota dapat dimulai dari sebuah desa yang jauh dari pusat informasi, tetapi masyarakatnya memiliki cara berpikir yang maju dan progresif dalam melihat bahaya rokok bagi generasi.

## **1. Tujuan**

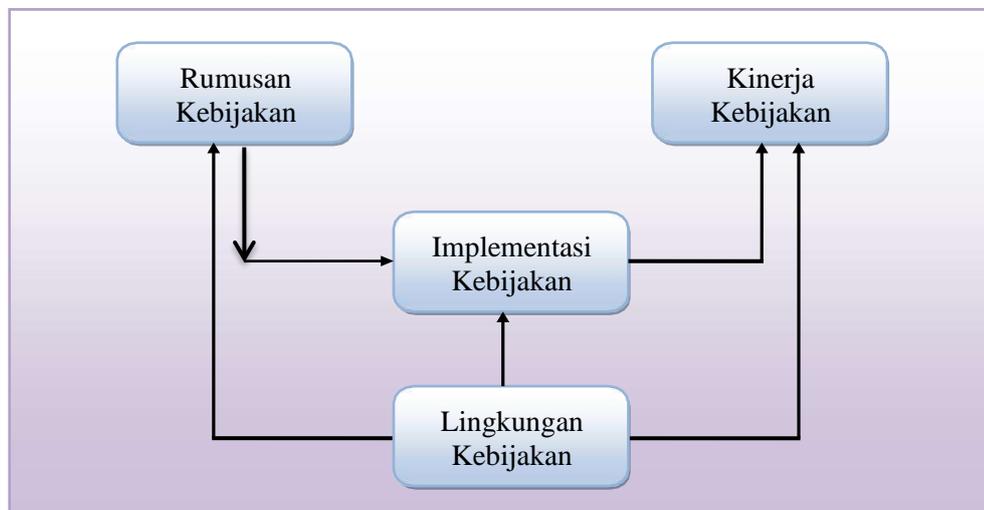
Tujuan jangka panjang penelitian ini adalah diseminasi model inovasi kawasan tanpa rokok pada desa atau tempat yang memiliki karakteristik yang sama dengan lokus penelitian ini, baik secara regional maupun nasional. Target khusus yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah: (1) menemukan nilai dasar gerakan tanpa asap rokok yang muncul sebagai kearifan lokal dari desa kawasan pinggiran, alternatif untuk mengendalikan prevalensi perokok secara nasional; (2) menemukan strategi pengembangan model inovasi kawasan tanpa rokok sebagai bagian dari kearifan lokal dalam pengambilan keputusan secara

musyawarah mufakat; dan (3) mendiseminasikan strategi pengembangan model inovasi kawasan tanpa rokok untuk mengendalikan prevalensi perokok secara nasional.

## 2. Metode

### Jenis Penelitian

Penelitian ini tergolong dalam penelitian kualitatif dengan pendekatan kebijakan (*policy research*) yang didefinisikan sebagai proses penyelenggaraan penelitian untuk mendukung kebijakan atau analisis terhadap masalah sosial yang bersifat fundamental secara teratur untuk membantu pengambil kebijakan memecahkan masalah dengan jalan menyediakan rekomendasi yang berorientasi pada tindakan atau tingkah laku pragmatik sosial (Danim, 2000). Target yang perlu dihasilkan dalam penelitian kebijakan bukan terletak pada sampai mana bobot ilmiah sebuah hasil penelitian, namun sampai mana hasil penelitian memiliki aplikabilitas dalam rangka memecahkan masalah sosial, dalam hal ini adalah replikasi model kebijakan kawasan tanpa rokok. Terdapat empat proses kebijakan publik, yaitu rumusan, implementasi, kinerja, dan lingkungan (Nugroho, 2020). Rangkaian proses ini dapat diilustrasikan sebagai berikut:

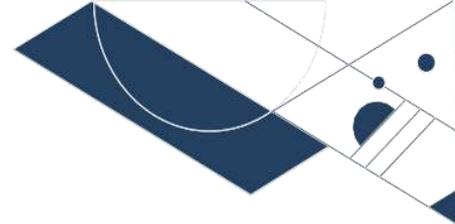


Gambar 2. Proses kebijakan publik

Efektivitas kebijakan kawasan tanpa rokok yang dinamis memerlukan dukungan informasi yang secara sistematis dan ekstensif. Penelitian ini dapat menjadi sumber informasi yang sesuai dengan kriteria tersebut. Pada posisi inilah pentingnya penelitian kebijakan, yaitu memberikan informasi yang sistematis dan ekstensif agar kebijakan-kebijakan kawasan tanpa rokok dapat diimplementasikan secara efektif dan efisien dan dapat direplikasi pada kawasan dengan karakteristik yang sama.

### Prosedur Penelitian

Agar penelitian berjalan sesuai dengan tujuan, maka ditetapkan prosedur penelitian sebagai berikut:



Tabel 1. Prosedur Penelitian

Kegiatan	Rancangan	Metode	Indikator Capaian
Identifikasi dan mengumpulkan informasi melalui observasi, wawancara, kuisisioner	Desain kuesioner, pedoman wawancara, pedoman observasi untuk mengidentifikasi nilai dasar gerakan KTR, strategi pengembangan inovasi KTR, dan rancangan model inovasi KTR	Menentukan 21 informan untuk proses identifikasi data sesuai dengan tujuan penelitian	Dapat teridentifikasi nilai dasar, strategi pengembangan, dan model KTR yang aplikabel pada kawasan lain di luar desa Bone-Bone
Memetakan data	Melakukan pengklasifikasian dan interpretasi data sesuai tujuan penelitian	Memetakan data berdasarkan tujuan penelitian (nilai dasar, strategi pengembangan model inovasi KTR, dan Diseminasi	Dapat dirumuskan nilai dasar, strategi pengembangan, dan diseminasi inovasi KTR
Merumuskan model inovasi Kawasan Tanpa Rokok	Menyusun tabulasi data dari 21 informan untuk menemukan model inovasi KTR	Memberikan bobot dan skoring atas data hasil wawancara sehingga dapat merumuskan model	Dapat dirumuskannya model model inovasi Kawasan Tanpa Rokok berbasis masyarakat pedesaan, dan dapat direplikasi pada kawasan yang memiliki karakteristik yang sama.
Menguji model inovasi Kawasan Tanpa Rokok	Memilih satu desa untuk menguji model Kawasan tanpa Rokok	Menentukan 1 sampel desa yang memiliki karakteristik yang sama	Dapat diketahui tingkat efektivitas model inovasi Kawasan tanpa Rokok
Mengevaluasi model model inovasi Kawasan Tanpa Rokok dan menyempurnakan	Mengkaji tingkat efektivitas atas model inovasi Kawasan tanpa Rokok	Menguji dampak penerapan model Kawasan tanpa Rokok	Dapat diidentifikasi kelemahan model dan melakukan penyempurnaan model melalui <i>focus group discussion</i> dan dirumuskan model KTR yang baru
Membakukan dan mendiseminasikan model inovasi Kawasan Tanpa Rokok	Melakukan sosialisasi pada pemangku kepentingan dan masyarakat tentang model inovasi Kawasan tanpa Rokok	FGD, Publikasi, Edukasi	dapat diidentifikasi perubahan inovasi Kawasan Tanpa Rokok sesuai dengan situasi sosial kemasyarakatan suatu kawasan.

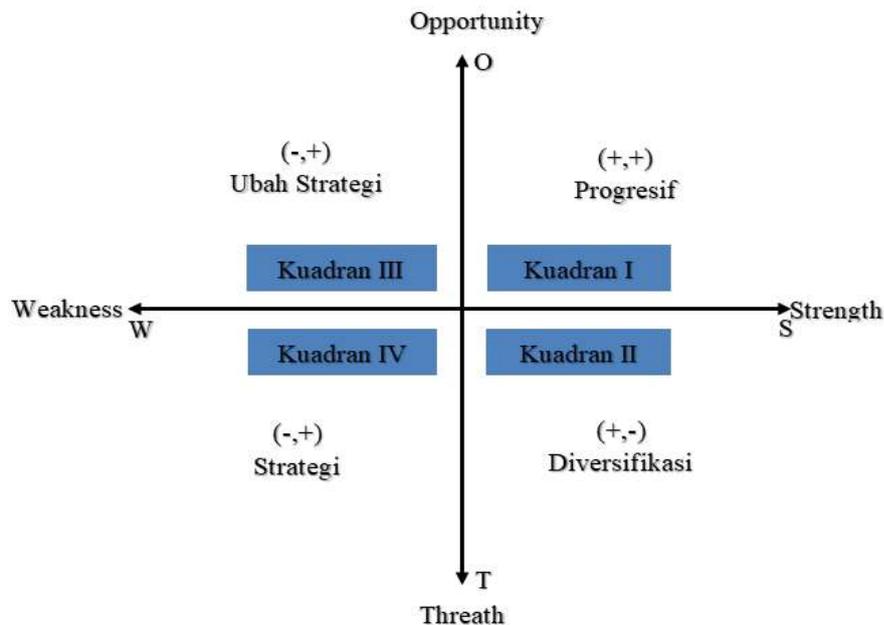
#### Teknik Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang akan digunakan pada penelitian ini yaitu: (1) Kuesioner, yaitu menyebarkan daftar pertanyaan yang disusun secara sistematis melalui tinjauan empiris dan teoritis yang akan diberikan kepada responden atau informan; dan (2) Wawancara, yaitu suatu metode pengumpulan data yang bertujuan untuk memperoleh informasi dengan mengajukan beberapa pertanyaan secara langsung kepada responden atau informan.

### Teknik Analisis Data

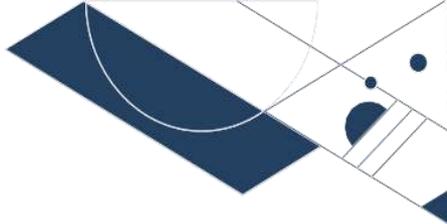
Untuk menjawab tujuan penelitian, teknik analisis yang akan digunakan melalui pendekatan penelitian kualitatif dengan menggunakan analisis SWOT. Metode analisis ini yang terdiri dari pengambungan unsur kekuatan (*Strengths*), kelemahan (*Weaknesses*), peluang (*Opportunities*), dan ancaman (*Threats*) yang mampu menghasilkan suatu strategi yang didasarkan pada situasi lingkungan internal dan eksternal. Proses penyusunan dalam merencanakan strategi didapat melalui tiga tahap analisis, yaitu: (1) Tahap pengumpulan data (informasi faktor eksternal dan internal). Tahap pengumpulan data merupakan kegiatan pengumpulan data sekaligus klarifisifikasian atas kejadian-kejadian yang di teliti; dan (2) Tahap analisis (matriks internal eksternal, diagram cartesius, matriks SWOT). Tahap analisis merupakan tahap setelah terkumpulnya data penunjang, setelah semua informasi sudah di kumpulkan maka dapat dilanjutkan memasukkan semua informasi ke dalam analisis SWOT

Menurut Rangkuti (2014), strategis pertimbangan dari kombinasi empat faktor yaitu: (1) Strategi SO Strategi ini dibuat berdasarkan jalan pemikiran perusahaan, yaitu dengan menggunakan seluruh kekuatan untuk memanfaatkan peluang; (2) Strategi ST Ini adalah strategi untuk menggunakan kekuatan yang dimiliki perusahaan dengan cara menghindari ancaman; (3) Strategi WO Strategi ini diterapkan berdasarkan pemanfaatan peluang yang ada, dengan cara mengatasi kelemahankelemahan yang dimiliki; dan (4) Strategi WT Strategi ini didasarkan pada kegiatan yang bersifat defensive dan ditujukan untuk meminimalkan kelemahan yang ada serta menghindari ancaman (Rangkuti, 1998). Setelah melakukan perhitungan matrik IFAS dan EFAS maka dapat dihasilkan informasi tingkat internal dan eksternal. Berdasarkan perhitungan tersebut hasilnya akan di implementasikan dalam Diagram *Cartesius* SWOT.



Gambar 3. Diagram Cartesius SWOT

Setelah data dianalisis maka barulah bisa diambil beberapa keputusan yang sesuai kondisi objek penelitian.



### Informan

Adapun informan yang akan digunakan dalam mengidentifikasi faktor-faktor lingkungan internal dan eksternal yaitu: (1) 4 orang akademisi (dosen) dari perguruan tinggi yang telah memiliki pengalaman melakukan penelitian yang relevan dengan topik yang kami usulkan; (2) sebanyak 2 orang praktisi; (3) sebanyak 5 orang tokoh adat, tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh pemuda, inisiator Kawasan tanpa Rokok; dan (4) sebanyak 10 orang anggota masyarakat.

### Implikasi Penelitian

Implikasi penelitian ini terhadap kebijakan pemerintah baik di pusat maupun daerah adalah; (1) pelibatan masyarakat secara luas dalam pengendalian pravelansi perokok, termasuk dari wilayah pinggiran atau desa yang memiliki berbagai kearifan lokalnya; (2) model penelitian dapat diterapkan dan didiseminasikan secara horisontal pada wilayah lain yang memiliki karakteristik yang sama, sehingga jika gerakan ini secara luas dimulai dari desa maka akan menjadi gerakan nasional untuk pengendalian pravelansi perokok; dan (3) pengarusutamaan potensi desa dalam setiap program pemerintah, termasuk pengendalian pravelansi perokok dapat dijadikan prioritas, karena dalam beberapa kasus, justru inovasi muncul dari desa yang jauh dari pusat-pusat pembangunan.

### 3. Hasil Penelitian dan Pembahasan

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1. Nilai Dasar Gerakan Tanpa Asap Rokok

Desa Bone-Bone merupakan salah satu desa terluar yang berada di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Provinsi Sulawesi Selatan. Desa Bone-Bone merupakan salah satu Desa Bebas Asap Rokok di Indonesia. Hal ini didukung dengan pengakuan dari organisasi kesehatan dunia atau WHO sebagai desa dengan gaya hidup sehat (*Lifestyle Without Tobacco*) pada tahun 2012. Selain itu, kualitas udara yang bersih, rendahnya polusi udara, kondisi alam yang masih asli, serta adat istiadat yang dijaga ketat oleh masyarakat merupakan potensi Desa Bone-Bone yang dapat dikembangkan lebih lanjut sebagai salah satu kawasan pertumbuhan baru.

Sejak tahun 2000, Muhammad Idris, S.Ag. Kepala Desa Bone-Bone telah mencanangkan sebagai desa sehat.<sup>1</sup> Secara bertahap, penerapan kawasan tanpa asap rokok mulai disosialisasikan kepada masyarakat walaupun masih secara non-formal dan informal. Sosialisasi tersebut sebagai edukasi awal tentang bahaya merokok yang telah banyak merenggut nyawa manusia. Selain itu terdapat beberapa aspek lain yang mendasari gerakan tanpa asap rokok di Desa Bone-Bone, yakni sebagai berikut:

##### 4.1.1.1. Keberlanjutan Pendidikan

Salah satu nilai penting yang mendorong penerapan kawasan tanpan asap rokok di Desa Bone-Bone adalah keberlanjutan pendidikan anak-anak yang berada di desa tersebut. Logikanya sederhana, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi dan pada akhirnya semakin banyak pengetahuan yang dimilikinya. Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber membuat seseorang cenderung mempunyai pengetahuan yang luas. Hal ini dikemukakan oleh Kepala Desa Bone-Bone:

“Berangkat dari pengalaman selama kuliah, teman-teman saya yang tidak selesai studi rata-rata adalah perokok berat. Akhirnya saya memiliki kesimpulan sederhana, maju mundurnya ini kampung tergantung pada pendidikan. Dan kecil kemungkinan anak-anak di desa saya melanjutkan pendidikannya pada jenjang yang lebih tinggi jika mereka merokok” (MI, Wawancara, 2021).

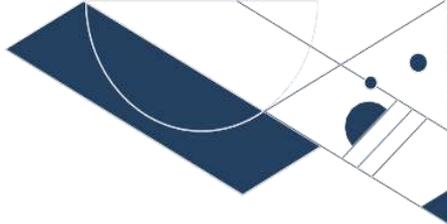
Masyarakat Desa Bone-Bone sangat memahami pentingnya pendidikan bagi keberlangsungan masa depan generasi penerus bangsa. Biaya pendidikan bukan menjadi penghalang untuk terus bersekolah meskipun hanya sebahagian kecil pendanaan berasal dari pemerintah.

“Kalau masalah pendapatan perbulan, rata-rata berkisar Rp.3.000.000, jadi harus diatur sebaik mungkin untuk kebutuhan anak sekolah. Saya merasa terbantu dalam mengelola keuangan keluarga semenjak suami saya tidak lagi merokok. Bahkan, masih ada yang dapat disimpan sebagai uang tabungan, bisa dipakai jika anak sekolah membutuhkan” (JH, Wawancara, 2021).

Sarana pendidikan yang berada di luar Desa Bone-Bone tidak menghalangi orangtua menyekolahkan anaknya. Hak anak dalam hal memperoleh pendidikan terlihat jelas di

---

<sup>1</sup>Muhammad Idris, Kepala Desa Bone-Bone “Wawancara” tanggal 05 September 2021



kawasan ini. Tekad yang kuat dari seluruh warga untuk keberlanjutan pendidikan melahirkan semangat kegotongroyongan untuk kemajuan desa.

“Anggota keluarga yang memiliki pendapatan lebih bergantian membantu ekonomi keluarga. Anak saya yang merantau selalu mengirim kami uang. Karena telah terbiasa tidak merokok maka sisa gajinya lumayan banyak. Bukan hanya anak saya seperti itu, perantau lain juga demikian. Bahkan, para perantau bahu-membahu mendirikan sekolah di desa agar anak-anak tidak lagi keluar desa untuk menempuh pendidikan” (GS, Wawancara, 2021).

#### 4.1.1.2. Penguatan Ekonomi

Kondisi topografi Desa Bone-Bone berupa lereng gunung dan bukit serta jenis tanah podsolik violet dan mediteran coklat kelabu dimanfaatkan dengan baik oleh masyarakat sekitar. Mayoritas penduduk bermata pencaharian sebagai petani dengan memanfaatkan tanah sebagai lahan persawahan dan perkebunan.

“Pada umumnya masyarakat bekerja sebagai petani karena tanah dikelola secara turun temurun. Sejak Desa Bone-Bone menjadi kawasan bebas asap rokok, bapak-bapak di desa kami lebih produktif karena waktu yang digunakan lebih efektif, tidak ada lagi waktu terbuang hanya untuk mengisap rokok. Lahan sawah ataupun kebun lebih cepat selesai digarap karena sejak berhenti merokok para petani tidak cepat lelah. Akhirnya, hasil panen melimpah, ekonomi keluarga terjamin” (MF, Wawancara, 2021).

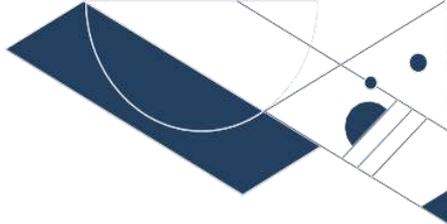
Selain pemanfaatan lahan pertanian, sumber ekonomi keluarga juga berasal dari beternak. Mulai dari jenis unggas seperti ayam dan itik sampai hewan herbivora yaitu sapi, kerbau, dan kambing dijadikan sebagai hewan ternak. Ternak yang sudah siap potong bukan hanya untuk dikonsumsi sendiri namun juga dijual ke luar desa.

“Kegiatan rutin kami sehari-hari bukan hanya bertani, tetapi kami juga beternak. Ayam broiler atau ras pedaging tidak boleh dikonsumsi di desa ini sehingga masyarakat memelihara ayam kampung. Bukan cuma itu, sapi, kerbau, dan kambing juga kami ternak. Uang yang dulunya digunakan membeli rokok sekarang dialihkan untuk membeli pakan dan biaya pemeliharaan ternak. Untuk konsumsi lauk sehari-hari, kami tidak perlu mengeluarkan uang, bisa langsung ambil dari kandang. Penjualan sapi, kambing, dan kerbau yang harganya cukup mahal sangat membantu perekonomian keluarga, bahkan dapat kami gunakan untuk membeli aset lainnya” (AR, Wawancara, 2021).

#### 4.1.1.3. Pemeliharaan Kesehatan

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi setiap manusia. Menyadari hal tersebut, masyarakat Desa Bone-Bone sangat bersyukur berada dalam suatu daerah yang dikenal sebagai kawasan tanpa asap rokok. Banyak manfaat yang diperoleh warga, diantaranya adalah tidak cepat lelah sehingga lebih produktif dalam berbagai hal.

“Sakit itu suatu keadaan yang bisa dicegah tetapi sulit juga untuk dihindari. Namun, Alhamdulillah sejak adanya larangan merokok di desa ini sudah jarang warga yang sakit. Kalaupun ada yang sakit, sakitnya itu seperti diare, ataukah masalah lambung.



Untuk penyakit yang dipicu oleh kebiasaan merokok, seperti asma atau bayi dengan kelahiran tidak cukup bulan sama sekali tidak ada. Pada umumnya fokus pelayanan yang kami berikan adalah pelayanan ibu hamil, bayi, dan balita” (ND, Wawancara, 2021).

Seperti yang disampaikan oleh tenaga kesehatan tentang dampak kawasan tanpa asap rokok terhadap kesehatan, masyarakat juga mengakui bahwa tubuh yang terbebas dari rokok akan membentuk kekebalan tubuh sehingga tubuh menjadi lebih kuat sehingga tidak gampang sakit.

“Waktu masih merokok, saya kesulitan berjalan dengan jarak yang jauh, sedangkan Desa Bone-Bone ini merupakan daerah gunung jadi jalanan selalu mendaki. Untuk pergi ke kebun saja, saya membutuhkan waktu untuk istirahat beberapa kali. Setelah berhenti merokok, tidak ada lagi keluhan sesak nafas jika berjalan jauh” (AR, Wawancara, 2021).

#### **4.1.1.4. Kesadaran Hukum**

Lahirnya Peraturan Desa No. 1 Tahun 2009 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok di Desa Bone-Bone diilhami dari kemauan bersama dari seluruh masyarakat karena menyadari bahwa kesehatan itu suatu hal yang sangat penting. Kemauan itu kemudian meningkat menjadi kesepakatan bersama yang melahirkan hukum kebiasaan.

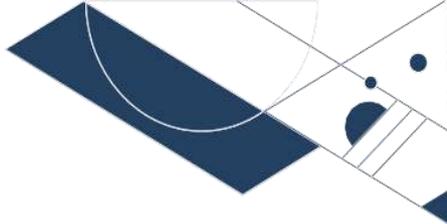
“Sesuai dengan yang telah kami sepakati hukuman atau sanksi yang kami berikan kepada masyarakat yang melanggar yaitu yang pertama orang itu harus mengumumkan di mesjid bahwa dia telah melakukan kesalahan dan tidak akan mengulangi lagi, kedua setelah di Perdeskan apabila ada yang kedapatan merokok akan diberikan sanksi sosial seperti membersihkan mesjid, membersihkan sekolah, membersihkan lapangan dan sebagainya. Sanksi yang diberikan kepada tamu pendatang yaitu teguran tapi apabila dia tidak mendengarkan maka dia disuruh meninggalkan Desa Bone-Bone” (MD, Wawancara, 2021).

Pemberian sanksi tentu saja memberi dampak terhadap penerapan suatu aturan. Sanksi yang selama ini diterapkan di Desa Bone-Bone terkait aturan tentang kawasan tanpa asap rokok belum berupa sanksi tegas karena aparat desa, tokoh agama, serta tokoh masyarakat lebih menginginkan agar kepatuhan itu muncul karena adanya kesadaran dari masyarakat itu sendiri.

“Sanksi yang diberikan kepada masyarakat jika ada yang melanggar sesuai yang disepakati bersama, yaitu sanksi sosial seperti membersihkan mesjid, membersihkan sekolah, membersihkan lapangan dan mengumumkan di mesjid bahwa tidak akan merokok lagi dan meminta maaf atas kesalahannya.”( AW, Wawancara, 2021).

Awal Penerapan aturan kawasan tanpa asap rokok mengalami banyak penolakan dari warga. Pemahaman masyarakat akan bahaya asap rokok belum maksimal. Kegemaran akan rokok menjadi candu yang menemani seluruh aktivitas masyarakat di desa tanpa menghiraukan dampak rokok terhadap tubuh.

“Kendalanya sangat luar biasa, mulai dari awal dibentuknya kebijakan kawasan bebas asap rokok ini. Banyak masyarakat yang tidak menerima karena mereka sangat suka merokok dan seakan-akan tidak bisa hidup tanpa rokok tetapi setelah mereka



mengetahui bahaya dari rokok akhirnya mereka menerima kebijakan ini dan mematuhi sampai sekarang” (AW, Wawancara, 2021).

Tantangan yang dihadapi saat ini ialah para pendatang yang masih menganggap masih adanya toleransi bagi mereka yang bukan warga lokal. Banyak diantaranya yang mau memberikan imbalan agar bisa tetap merokok meskipun berada di kawasan bebas asap rokok. Akan tetapi komitmen dan prinsip yang dipegang teguh oleh seluruh pemangku kepentingan menyebabkan Desa Bone-Bone sebagai kawasan bebas asap rokok tetap eksis sampai saat ini.

#### **4.1.1.5. Pengamalan Agama**

Rokok dalam pandangan agama, khususnya Islam yang menjadi agama mayoritas di Desa Bone-Bone Enrekang, menjadi perdebatan. Perdebatan yang muncul, bermula dari tidak terdapatnya ketentuan secara tekstual di dalam al-Quran maupun al-Hadis mengenai masalah merokok. Sehingga, muncullah beberapa pendapat yang mengatakan bahwa merokok hukumnya boleh. Adapula yang berpendapat bahwa merokok hukumnya makruh. Dan ada pula yang mengatakan hukumnya adalah haram. Argumen dari kalangan yang mengatakan merokok hukumnya boleh adalah bahwa terhadap masalah yang tidak diatur di dalam *nash* maka harus kembali kepada kaidah asal yaitu boleh sampai ada *nash* yang mengharamkannya. Sedangkan kalangan yang mengatakan makruh, mereka beragumen bahwa merokok tidak diatur secara khusus di dalam *nash*, namun merokok merupakan perbuatan yang mendatangkan beberapa efek negatif sehingga hukumnya menjadi makruh.

“Merokok dalam keyakinan kami dapat merusak anugerah Tuhan berupa tubuh yang sehat. Jika merusak maka itu pasti bertentangan dengan agama. Walaupun kami sebagai orang kampung tidak memiliki pengetahuan untuk mengkaji haramnya rokok. Tetapi cara berpikir kami sederhana seperti itu” (MI, Wawancara, 2021).

Latar belakang terbentuknya aturan tentang Kawasan Tanpa Asap Rokok ini didasari atas kekhawatiran dari para tokoh masyarakat dengan kondisi masyarakat Desa Bone-Bone yang sudah sangat terbiasa dengan rokok, dimana rokok bukan hanya dinikmati oleh orang dewasa saja tapi juga dikonsumsi oleh anak-anak.

“Tujuan dibuatnya kebijakan ini tentu saja sesuai dengan yang ada dalam PERDES yaitu untuk memberikan perlindungan dari bahaya asap rokok bagi seluruh warga Desa Bone-Bone, memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat Desa Bone-Bone, menciptakan dan mewajibkan lingkungan yang bersih dan sehat, bebas asap rokok. Kami harus tegas untuk hal ini agar Desa Bone-Bone sebagai kawasan tanpa asap rokok dapat diwariskan kepada generasi selanjutnya” (MI, MD, HD, RF, FG, Wawancara, 2021).

#### 4.1.2. Dampak Penerapan Kawasan Tanpa Asap Rokok Terhadap Kesejahteraan Masyarakat.

Dampak penerapan kawasan tanpa asap rokok terhadap kesejahteraan masyarakat data dikumpulkan dengan angket pada dua desa, yakni desa Bone-Bone yang telah menerapkan kawasan tanpa asap rokok sebanyak 136 kepala keluarga, dan desa Salukanan sebagai kontrol dan belum menerapkan kawasan tanpa asap rokok sebanyak 136 kepala keluarga. Perbandingan data penting untuk disajikan dan dianalisis agar dapat diketahui bagaimana karakteristik pendidikan, ekonomi, penyakit, kesehatan secara umum, dan perilaku merokok. Sehingga, dapat diketahui dampak penerapan kawasan tanpa rokok secara utuh. Berikut tabel karakteristik Desa Implementasi KTR (Bone-Bone) dan Desa Salu Kanan sebagai kontrol (Belum Mengimplementasikan KTR).

##### 3.1.2.1 Perilaku Merokok

Desa Bone-Bone telah Peraturan Desa Nomor 1 Tahun 2009 Tentang Kawasan Bebas Asap Rokok. Merokok dapat menyebabkan pencemaran lingkungan baik oleh asapnya dapat mengganggu kesehatan orang lain maupun pencemaran oleh abu dan pembungkusnya, merokok akan menambah pengeluaran masyarakat karena biaya pemeliharaan kesehatan pengobatan serta jam kerja yang hilang karena merokok. Masyarakat Desa Bone-Bone sangat mendukung program atau aturan larangan merokok tersebut, selain karena kesadaran, masyarakat Desa Bone-Bone juga cenderung masih mendengarkan dan memperdulikan apa yang dikatakan oleh tokoh masyarakat atau tokoh agama. Selain itu, para pemilik kios atau penjual percaya bahwa aturan tentang larangan merokok tersebut mampu merubah sifat anak-anak mereka. Berikut disajikan data perokok di desa Bone-Bone dan desa kontrol.



Gambar 4.1. Perilaku Merokok di Desa Bone-Bone dan Desa Kontrol

Dari gambar chart 4.1., data yang dikumpulkan dari 136 kepala keluarga, jumlah perokok di desa Bone-Bone NIHIL. Sedangkan di desa kontrol jumlah perokok 106 (77,9%), dan yang tidak merokok sebanyak 30 (22,1%). Data ini menunjukkan bahwa penerapan Perdes di desa Bone-Bone sangat efektif menurunkan prevalensi perokok bahkan sampai 0

persen. Dari hasil observasi, tidak ada toko atau kios yang menjual rokok.<sup>2</sup> Selain itu, para pemilik kios atau penjual percaya bahwa aturan tentang larangan merokok tersebut mampu merubah sifat anak-anak mereka.<sup>3</sup> Mereka juga menjadi sadar akan pentingnya menjaga kesehatan, bahwa sangat banyak kerugian yang harus di tanggung jika mengkonsumsi rokok.

### 3.1.2.2 Riwayat Merokok

Merokok merupakan perilaku yang membahayakan bagi kesehatan karena dapat memicu berbagai macam penyakit yang mengakibatkan kematian. Berikut perilaku merokok masyarakat di Desa Bone-Bone sebelum diterapkan Peraturan Kawasan Bebas Asap Rokok pada tahun 2008 dan desa Salu Kanan sebagai desa kontrol.



Gambar 4.2. Riwayat Merokok di Desa Bone-Bone dan Desa Kontrol (GANTI CHART)

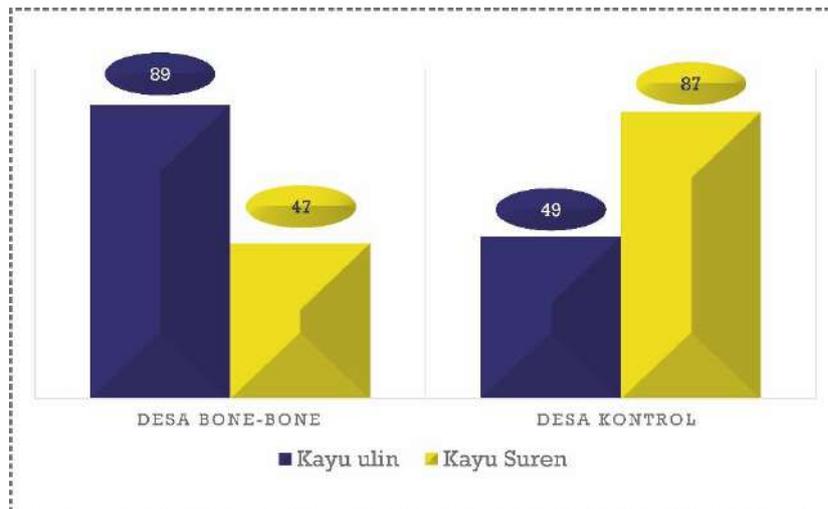
Dari gambar 4.2. dapat diuraikan bahwa riwayat perilaku merokok pada Desa Bone-Bone sebanyak 112 orang (82,4%) yang merokok dan sebanyak 24 (17,6%) orang yang tidak merokok. Sedangkan pada Desa Salu Kanan sebanyak 101 orang (74,3%) yang merokok dan sebanyak 30 orang (25,7%) yang tidak merokok.

### 3.1.2.3 Jenis Kayu Hunian

Secara geografis, desa Bone-Bone dan desa kontrol terletak di kaki gunung dengan karaktersistik lahan berbukit. Untuk membangun hunian tembok permanen justru cukup sulit dilakukan, sehingga warga rata-rata memilih membangun hunian dengan kayu. Jenis kayu juga bervariasi karena akan sangat menentukan biaya yang dibutuhkan untuk membangun hunian. Berikut diuraikan jenis kayu yang digunakan sebagai hunian di desa Bone-Bone dan desa kontrol sebagai berikut:

<sup>2</sup> Pengamatan di Desa Bone-Bone tanggal 27 September 2021

<sup>3</sup> IM, Pemilik kios “wawancara” tanggal 28 September 2021

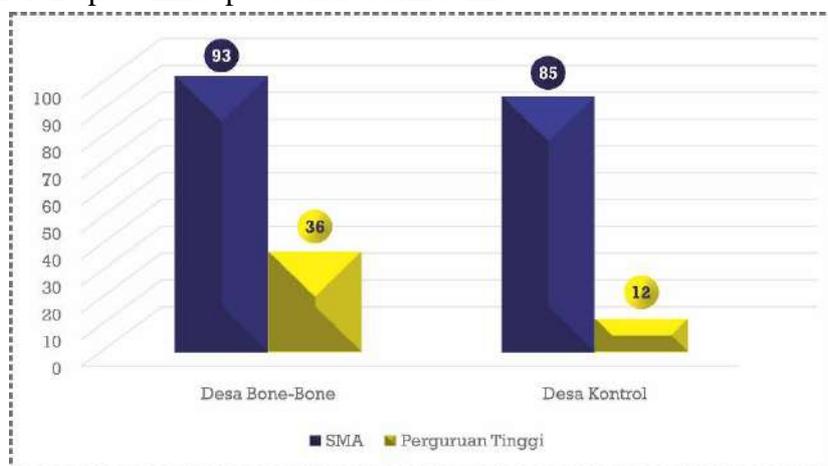


Gambar 4.3. Jenis Kayu Hunian di Desa Bone-Bone dan Desa Kontrol

Dari gambar chart 4.3. dapat diuraikan, jenis kayu yang digunakan oleh masyarakat desa Bone-Bone sebanyak 89 rumah (65,4%) adalah kayu Ulin, dan sebanyak 47 (34,6%) dari kayu Suren. Sedangkan di desa kontrol, hunian dengan bahan kayu Ulin sebanyak 49 (36%), dan kayu Suren sebanyak 64%). Desain rumah kayu ulin minimalis adalah salah satu desain hunian yang saat ini banyak digemari para pecinta rumah bergaya minimalis berbahan kayu, khususnya bahan kayu ulin. Harga kayu Ulin sebesar Rp. 13.000.000/M3, diterima di kota Enrekang, belum ongkos kirim ke desa Bone-Bone.<sup>4</sup> Kayu ulin sendiri adalah kayu yang berkualitas baik untuk dibuatkan sebuah hunian. Jenis kayu yang digunakan membangun hunian merupakan indikator dari kemampuan ekonomi masyarakat.

### 3.1.2.4 Jenjang Pendidikan

Salah satu aspek yang menjadi nilai dasar lahirnya gerakan tanpa asap rokok di desa Bone-Bone Kabupaten Enrekang salah satunya adalah keberlanjutan pendidikan generasi muda pada jenjang pendidikan, khususnya perguruan tinggi. Berikut ini diuraikan data jenjang pendidikan yang saat ini sedang ditempuh pada desa Bone-Bone dan desa Salukanan sebagai kontrol. Dapat dilihat pada chart berikut ini:



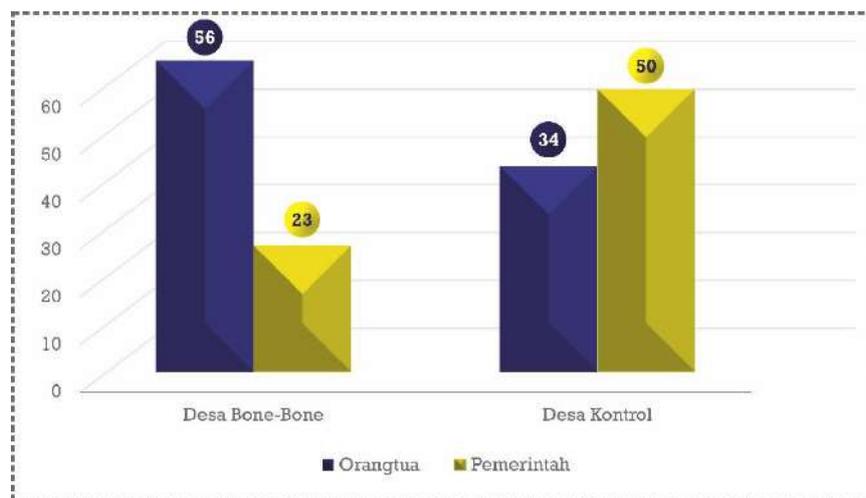
Gambar 4.4. Jenjang Pendidikan di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol

<sup>4</sup> AA, Warga Desa Bone-Bone “Wawancara” tanggal 01 Oktober 2021

Dari gambar 4.4. dapat diuraikan pada desa Bone-Bone, anggota keluarga yang saat ini melanjutkan pendidikan pada jenjang SMA sederajat sebanyak 93 orang (68,3%), dan pada jenjang perguruan tinggi sebanyak 36 (26,4%). Sedangkan pada desa kontrol, pada jenjang SMA sebanyak 85 orang (62,5%), sedangkan pada jenjang perguruan tinggi sebanyak 12 orang (8,8%). Hal ini mengindikasikan, bahwa penerapan kawasan tanpa rokok di desa Bone-Bone telah memberikan dampak terhadap kemampuan orang tua untuk menyekolahkan anaknya pada jenjang yang lebih tinggi.

### 3.1.2.5 Sumber Pendanaan Pendidikan

Indikator lain yang dianalisis adalah sumber pendanaan pendidikan pada desa Bone-Bone dan desa kontrol. Data sumber pendanaan pendidikan dapat memberikan gambaran kemampuan orang tua untuk menyekolahkan anaknya pada jenjang yang lebih tinggi, baik secara mandiri maupun dengan memanfaatkan pendanaan dari pemerintah.

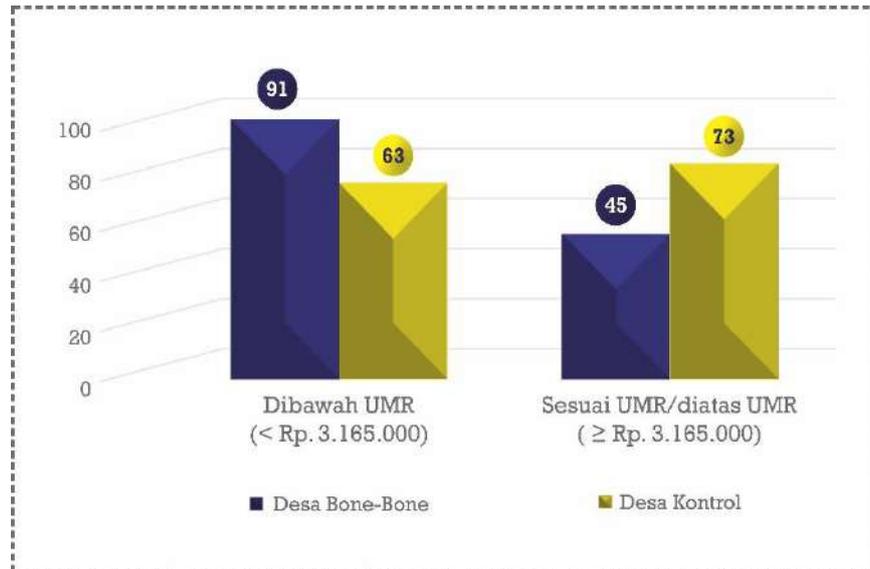


Gambar 4.5. Sumber Pendanaan Pendidikan di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol

Dari gambar chart 4.5. dapat diuraikan, sumber pendanaan pendidikan pada desa Bone-Bone sebanyak 56 (70,8%) bersumber dari orang tua, dan sebanyak 23 orang (29,2%) dengan memanfaatkan dana pemerintah. Sedangkan di desa kontrol pendidikan yang dibiayai oleh orang tua sebanyak 34 orang (40,4), dan atas beasiswa pemerintah sebanyak 50 orang (59,6%). Hal ini mengindikasikan kemampuan orang tua dalam menyekolahkan anaknya pada jenjang yang lebih tinggi di desa Bone-Bone lebih baik dari desa kontrol. Rata-rata anak usia sekolah di desa Bone-Bone melanjutkan pendidikannya pada madrasah atau pesantren yang berbayar, sedangkan pada desa kontrol anak usia sekolah melanjutkan pendidikan pada sekolah-sekolah negeri yang dibiayai dari pemerintah.

### 3.1.2.6 Pendapatan

Pendapatan dalam studi ini adalah keseluruhan sumber daya yang dimiliki oleh kepala keluarga yang dapat dinilai secara ekonomi. Baik berupa pendapatan berupa uang yang didapatkan ketika bekerja maupun simpanan berupa natura yang dapat dikonversi menjadi uang. Berikut diuraikan data pendapatan pada desa bone-bone maupun desa kontrol.

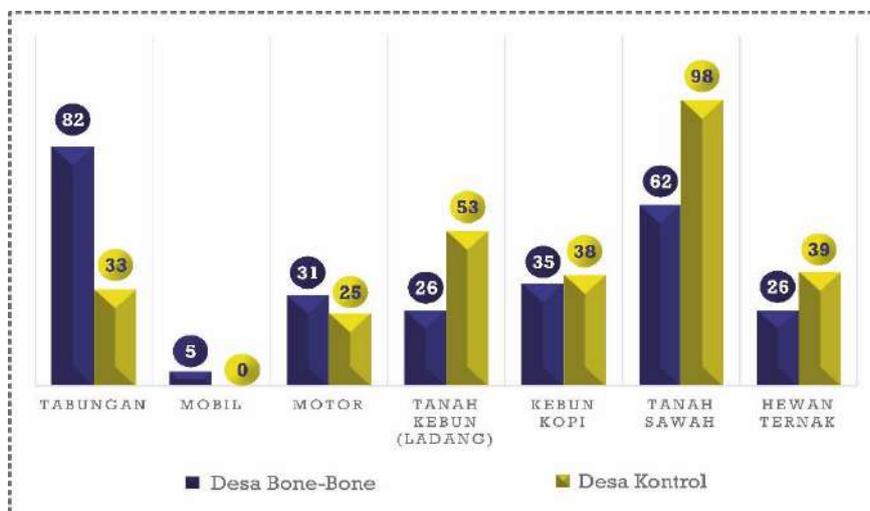


Gambar 4.6. Pendapatan di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol

Dari gambar chart 4.6. dapat diuraikan, jumlah kepala keluarga di desa Bone-Bone yang memiliki pendapatan dibawah UMR sebanyak 91 kepala keluarga (66,9%), sedangkan yang memiliki pendapatan setara atau di atas UMR sebanyak 45 kepala keluarga (33,1%). Sedangkan pada desa kontrol terdapat 73 kepala keluarga yang memiliki pendapatan setara atau di atas UMR, sedangkan 63 kepala keluarga (46,3%) memiliki pendapatan di bawah UMR. Pada data tersebut, nampak pendapatan pada desa Bone-Bone dan desa kontrol memiliki pendapatan yang rata-rata hampir sama, akan tetapi pada data berikutnya (aset) akan nampak bahwa masyarakat desa Bone-Bone memiliki aset atau simpanan yang lebih besar.

### 3.1.2.7 Kepemilikan Aset

Secara umum, aset diterjemahkan sebagai modal berupa uang atau benda-benda. Walaupun sebenarnya, aset dapat berupa intangible maupun tangible. Berikut data aset yang dimiliki masyarakat di desa Bone-Bone dan desa kontrol.

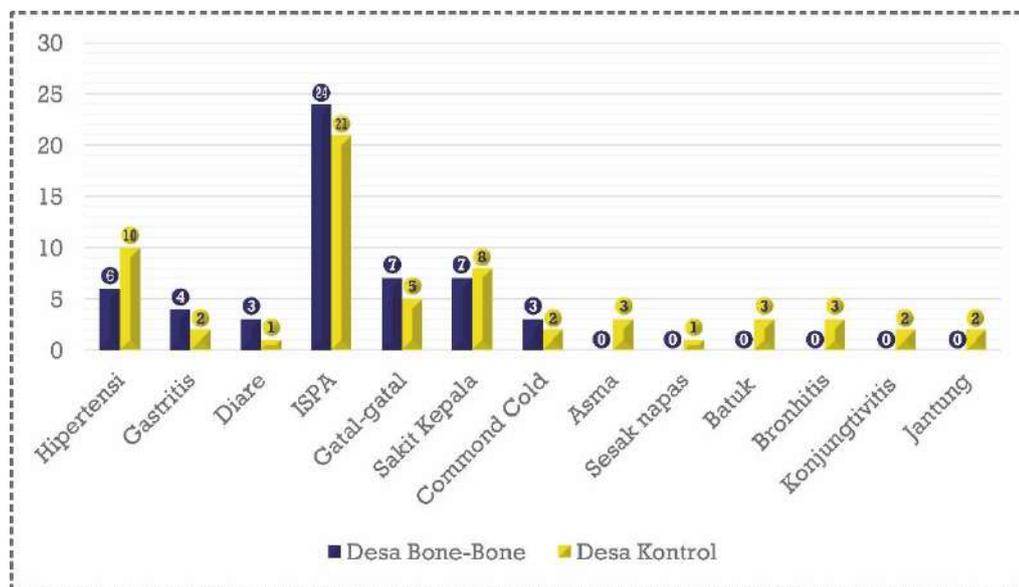


Gambar 4.7. Kepemilikan Aset di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol

Dari gambar chart 4.7. masyarakat desa Bone-Bone yang memiliki tabungan sebanyak 82 orang (60,2%), sedangkan pada desa kontrol sebanyak 33 (24,2%). Warga yang memiliki mobil di desa Bone-Bone sebanyak 5 orang (3,7%), sedangkan pada desa kontrol sebanyak 0 (0%). Sedangkan pada kepemilikan kendaraan berupa motor, di desa- Bone-Bone sebanyak 31 (22,8%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 25 (18,4%). Kepemilikan tanah kebun di desa Bone-Bone sebanyak 26 (19,1%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 25 (18,4%). Kepemilikan kebun kopi sebagai penghasilan yang potensial di desa Bone-Bone sebanyak 35 (25,7%), dan di desa kontrol sebanyak 38 (17,9%). Kepemilikan sawah di desa Bone-Bone sebesar 62 orang (45,5%), dan di desa kontrol sebanyak 98 (72,1%). Pada kepemilikan hewan ternak di desa Bone-Bone sebanyak 26 kepala keluarga (19,1%), dan di desa kontrol sebanyak 39 kepala keluarga (28,7%).

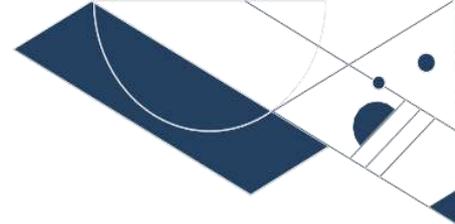
### 3.1.2.8 Riwayat Penyakit yang Pernah Diderita

Mengetahui riwayat penyakit baik pada individu maupun komunitas sangat penting untuk mengetahui keluhan dan penyakit yang pernah diderita. Ada beberapa penyakit yang dapat diturunkan dari nenek moyang ke anak cucu atau genetik. Tetapi ada juga penyakit yang diakibatkan oleh bakteri dan virus, serta perilaku tidak sehat yang dilakukan oleh seseorang, khususnya yang terkait dengan perilaku merokok. Berikut diuraikan riwayat penyakit yang pernah diderita di desa Bone-Bone dan desa kontrol, sebagai berikut:



Gambar 4.8. Riwayat Penyakit yang Pernah Diderita

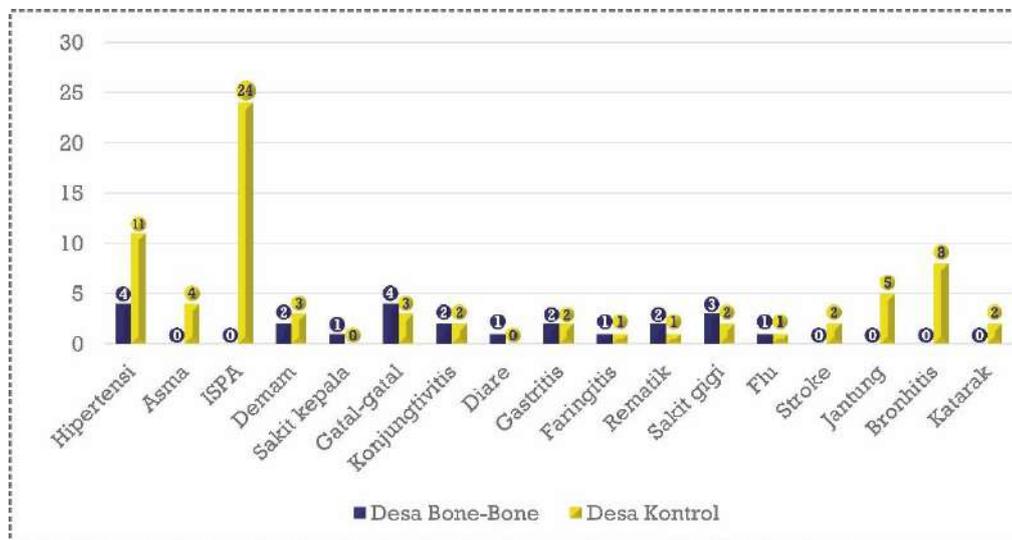
Dari gambar chart 4.8. dapat diuraikan, riwayat penyakit Hipertensi di desa Bone-Bone sebanyak 6 kasus (4,4%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 10 kasus (7,4%). Gastritis di desa Bone-Bone sebanyak 4 kasus (2,9%), sedangkan pada desa kontrol sebanyak 2 kasus (1,5%). Diare di desa Bone-Bone sebanyak 3 kasus (2,2%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 (0,7%). Riwayat ISPA di desa Bone-Bone sebanyak 24 (17,6%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 21 kasus (15,4%). Riwayat Gatal-gatal di desa Bone-Bone sebanyak 7 kasus (5,1%), dan di desa kontrol sebanyak 5 kasus (3,7%). Riwayat penyakit Sakit Kepala di desa Bone-Bone sebanyak 7 kasus (5,1%), di desa kontrol sebanyak



8 (5,9%). Riwayat penyakit Common Cold di desa Bone-Bone sebanyak 3 kasus (2,1%), dan desa kontrol sebanyak 3 kasus (2,1%). Riwayat Asma di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 kasus (2,1%). Riwayat Sesak napas di desa Bone-Bone nihil, di desa kontrol sebanyak 1 kasus (0,7%). Riwayat Batuk di desa Bone-Bone nihil, di desa kontrol sebanyak 3 kasus (2,1%). Sedangkan riwayat Bronhitis di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 kasus (2,1%). Riwayat Konjungtivitis di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 kasus (1,5%). Sedangkan riwayat penyakit Jantung di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 kasus (1,5%).

### 3.1.2.9 Penyakit yang Diderita Saat Ini

Di zaman teknologi canggih seperti sekarang ini, semakin banyak orang yang jadi sakit akibat kurang gerak. Penyakit yang timbul kebanyakan adalah penyakit tidak menular yang berkaitan dengan metabolisme di dalam tubuh. Tetapi banyak juga yang terkena penyakit karena perilaku dan pola hidup yang tidak sehat, seperti merokok, mengonsumsi narkoba, minuman keras, dan penyakit lainnya. Berikut diuraikan data penyakit yang diderita saat ini pada desa Bone-Bone dan desa kontrol, sebagai berikut:



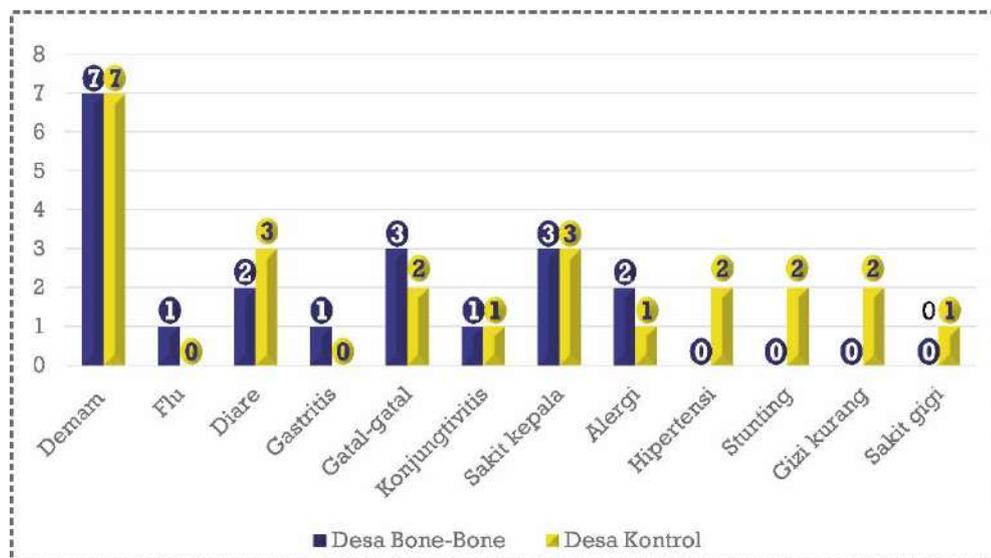
Gambar 4.9. Penyakit yang Diderita Saat Ini

Dari gambar chart 4.9. riwayat penyakit Hipertensi di desa Bone-Bone sebanyak 4 orang (2,9%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 11 orang (8,1%). Penyakit Asma di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 4 orang (2,9%). Penyakit ISPA di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 24 orang (18,5%). Sedangkan penyakit Demam di desa Bone-Bone sebanyak 2 orang (1,5%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 orang (2,1%). Penyakit Sakit kepala di desa Bone-Bone diderita oleh 1 orang (0,7%), sedangkan di desa kontrol nihil. Penyakit Gatal-gatal di desa Bone-Bone sebanyak 4 orang (2,9%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 orang (2,1%). Penyakit Konjungtivitis diderita oleh 2 orang (1,5%) di desa Bone-Bone, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%). Sedangkan Diare di desa Bone-Bone diderita oleh 1 orang (0,7%), sedangkan di desa kontrol nihil. Penyakit Gastritis di desa Bone-Bone sebanyak 2 orang (1,5%), sedangkan di

desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%). Penyakit Faringitis sebanyak 1 (0,7%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 orang (0,7%). Penyakit Rematik sebanyak 2 (1,5%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 orang (0,7%). Sebanyak 3 orang (2,1%) menderita Sakit gigi, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%). Sedangkan penyakit Flu sebanyak 1 (0,7%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 orang (0,7%). Penderita Stroke di desa Bone Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%). Sedangkan penyakit Jantung di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 5 orang (3,7%). Penyakit Bronhitis di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 8 orang (5,9%). Dan penyakit Katarak di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%).

### 3.1.2.10 Penyakit yang Diderita Anggota Keluarga

Peran dan fungsi keluarga dalam teori sistem salah satunya adalah sebagai pemberi perawatan (caregiver) pada anggota keluarga yang sakit. (Smith, Greenberg, & Seltzer, 2007). Lim dan Zebrack (2004) menyatakan bahwa konsep normalisasi pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kronis dilakukan dengan merubah gaya hidup yang mendukung proses pengobatan. Kegiatan-kegiatan tersebut antara lain melakukan pemeriksaan rutin, manajemen perawatan diri, perubahan pola makan, aktivitas fisik, dan memaksimalkan dukungan emosional dilakukan untuk memberikan kenyamanan (Lim & Zebrack, 2004). Studi yang dilakukan Knafl dan Gilliss (2002) menyebutkan bahwa meskipun konsep normalisasi keluarga merupakan proses adaptif, namun beberapa keluarga mengalami kesulitan dalam menjalani rutinitas yang stabil berhubungan dengan proses pengobatan yang lama, perubahan aktivitas fisik, serta perubahan peran dan tanggung jawab. Berikut diuraikan penyakit yang diderita anggota keluarga saat ini, sebagai berikut:

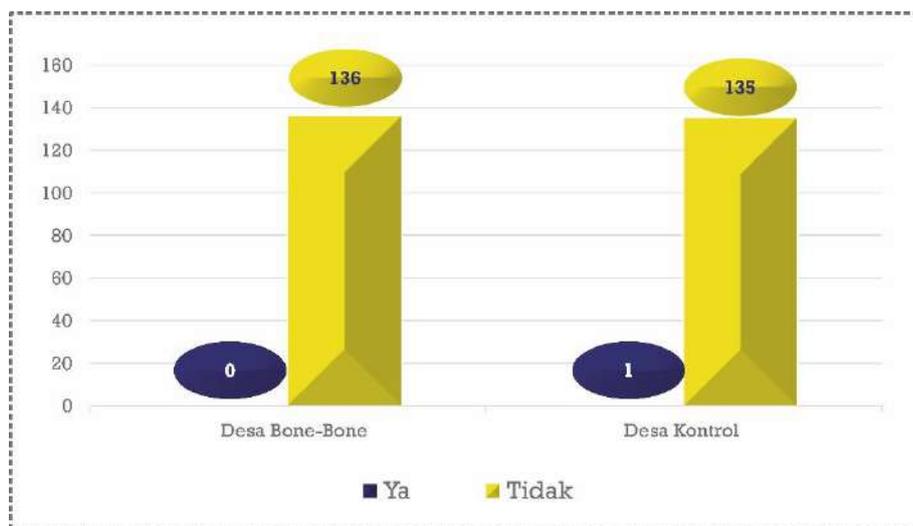


Gambar 4.10. Penyakit yang Diderita Anggota keluarga Saat Ini

Dari gambar chart 4.10. dapat diketahui, sebanyak 7 orang (5,1%) anggota keluarga warga Bone-Bone mengalami Demam, sedangkan di desa kontrol juga sebanyak 7 orang (5,1%). Sebanyak 1 (0,7%) anggota keluarga menderita Flu, sedangkan di desa kontrol nihil. Sebanyak 2 (1,5%) anggota keluarga di desa Bone-Bone menderita Diare, sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 orang (2,1%). Sebanyak 1 (0,7%) anggota keluarga menderita Gastritis, sedangkan di desa kontrol nihil. Sebanyak 3 (2,1%) anggota keluarga di desa Bone-Bone menderita Gatal-gatal, sedangkan di desa kontrol juga sebanyak 2 orang (1,5%). Sebanyak 1 orang (0,7%) menderita Konjungtivitis, sedangkan di desa kontrol juga sebanyak 1 orang (0,7%). Sebanyak 3 (2,1%) menderita sakit kepala, sedangkan di desa kontrol juga sebanyak 3 orang (2,1%). Alergi sebanyak 2 orang (1,5%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 orang (0,7%). Penyakit lainnya seperti hipertensi, stunting, kurang gizi pada desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol terdapat kasus dengan rata-rata 2 kasus.

### 3.1.2.11 Kelahiran Prematur

Kelahiran prematur adalah kelahiran yang terjadi sebelum minggu ke-37 atau lebih awal dari hari perkiraan lahir. Kondisi ini terjadi ketika kontraksi rahim mengakibatkan terbukanya leher rahim (serviks), sehingga membuat janin memasuki jalan lahir. Minggu terakhir masa kehamilan merupakan masa yang penting dalam pembentukan tahap akhir berbagai organ vital, termasuk otak dan paru-paru, serta proses peningkatan berat badan janin. Oleh karena itu, bayi yang lahir prematur berisiko mengalami gangguan kesehatan karena kondisi organ tubuh yang belum sempurna, sehingga membutuhkan perawatan intensif. Berikut diuraikan kejadian kelahiran prematur di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol.



Gambar 4.11. Kasus Kelahiran Prematur

Dari gambar chart 4.11. kasus kelahiran prematur di desa Bone-Bone nihil, dan di desa kontrol terdapat 1 kasus. Penelitian yang dilaporkan oleh Mira tahun 2012 menunjukkan bahwa paparan asap rokok merupakan faktor risiko yang bermakna terhadap kejadian kelahiran prematur (Mira Astri Koniyo, Buraerah H.Abd. Hakim, 2012). Ibu hamil yang terpapar asap rokok dalam rumahnya 3,9 kali lebih berisiko melahirkan bayi prematur dibandingkan pada ibu hamil yang tidak terpapar asap rokok. Dalam beberapa penelitian

lainnya menunjukkan bahwa ibu hamil dengan paparan asap rokok (perokok aktif maupun perokok pasif) memiliki kemungkinan mengalami kelahiran bayi prematur 2,5 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil yang tidak mengalami paparan asap rokok.

### 4.1.3. Strategi Pengembangan Model Inovasi Kawasan Tanpa Asap Rokok

#### 4.1.3.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dilakukan untuk setiap variabel laten yang dikonstruksi oleh indikator-indikatornya masing-masing. Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuisioner (Ghozali, 2017). Uji validitas menggunakan rumus *The Product Moment Coefficient correlation* yaitu dengan melihat  $r_{hitung}$  dan nilai signifikan/probabilitas masing-masing item pertanyaan dibandingkan dengan tingkat signifikan 5%. Selanjutnya untuk menguji reliabilitas instrumen pengukuran digunakan prosedur Cronbach's Alpha ( $\alpha > 0,60$ ). Berikut ini disajikan hasil olah data uji validitas dan reliabilitas indikator/butir pertanyaan kekuatan, kelemahan, peluang, dan Ancaman yaitu:

Tabel 4.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Indikator/Butir Pertanyaan Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman.

Variabel	Indikator	Sig.	Cronbach's Alpha	Keterangan
Strength	S_1	0.005	0.05	Valid & Reliabel
	S_2	0.039		
	S_3	0.000		
	S_4	0.001		
	S_5	0.000		
	S_6	0.009		
Weakness	W_1	0.000	0.05	Valid & Reliabel
	W_2	0.000		
	W_3	0.023		
	W_4	0.000		
Opportunity	O_1	0.000	0.05	Valid & Reliabel
	O_2	0.001		
	O_3	0.000		
	O_4	0.000		
Threats	T_1	0.001	0.05	Valid & Reliabel
	T_2	0.000		
	T_3	0.001		

#### 4.1.3.2 Menentukan Matrik IFAS (*Internal Strategic Analysis Summary*) dan EFAS (*Eksternal Strategic Analysis Summary*)

Faktor-faktor strategis perusahaan yang didapat kemudian diformulasikan dalam bentuk tabel IFAS (*Internal Strategic Analysis Summary*) dan EFAS (*Eksternal Strategic Analysis Summary*) yang mana sebelumnya memformulasikan IFAS dan EFAS terlebih dahulu dilakukan pembobotan terhadap masing-masing faktor strategis. Berikut disajikan tabel pemberian nilai dan bobot serta pemberian pembobotan dan rating:

Tabel 4.2. Hasil Perhitungan IFAS (*Internal Strategic Analysis Summary*)

Faktor-faktor Strategi Internal	Integrity/ Penilaian (%)	Bobot	Rating	Score (Bobot x Rating)
<b>Kekuatan</b>				
Posisi geografis Desa Bone-Bone	20	0.200	4	0.800
Peraturan Desa Bone-Bone	20	0.200	5	1.000
Kesadaran Masyarakat menjaga kearifan lokal	20	0.200	4	0.800
Kesadaran masyarakat menerapkan lingkungan bebas asap rokok	20	0.200	5	1.000
Peran tokoh agama menerapkan lingkungan bebas asap rokok	10	0.100	4	0.400
Peran tokoh adat menerapkan lingkungan bebas asap rokok	10	0.100	4	0.400
<b>Total</b>	100	1.000		<b>4.400</b>
<b>Kelemahan</b>				
Sistem pengawasan, kontroling, evaluasi program pengembangan KTR	30	0.300	4	1.200
Konsistensi keberlanjutan penerapan program KTR	30	0.300	4	1.200
Minimnya infrastruktur sarana dan prasarana kesehatan, pendidikan, dan penunjang pendukung program KTR	20	0.200	2	0.400
Inovasi dan kreativitas aparat desa dan masyarakat	20	0.200	4	0.800
<b>Total</b>	100	1.000		<b>3.600</b>

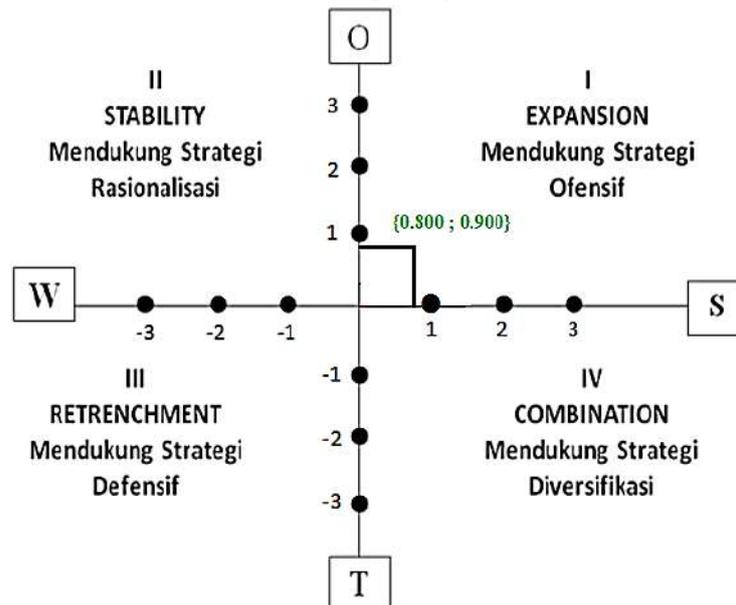
Tabel 4.3. Hasil Perhitungan EFAS (*Eksternal Strategic Analysis Summary*)

Faktor-faktor Strategi Eksternal	Integrity/ Penilaian (%)	Bobot	Rating	Score (Bobot x Rating)
Peluang				
Pengakuan WHO sebagai desa <i>lifestyle without tobacco</i>	30	0.300	4	1.200
Tersedianya APBDes untuk pengembangan desa	30	0.300	5	1.500
Kearifan lokal yang masih kental dan kuat pada masyarakat	20	0.200	4	0.800
Nilai agama yang masih kental dan kuat pada masyarakat	20	0.200	5	1.000
<b>Total</b>	100	<b>1.000</b>		<b>4.500</b>
Ancaman				
Potensi tercadinya bencana alam	40	0.400	4	1.600

Faktor-faktor Strategi Eksternal	Integrity/ Penilaian (%)	Bobot	Rating	Score (Bobot x Rating)
minimnya pendampingan yang bersifat edukasi berkelanjutan oleh pemerintah, akademisi dan praktisi	40	0.400	3	1.200
Dampak/Pengaruh kunjungan orang luar terhadap pelaksanaan auran KTR	20	0.200	4	0.800
<b>Total</b>	100	<b>1.000</b>		<b>3.600</b>

#### 4.1.3.3 Menentukan Posisi Kuadran

Berdasarkan Klasifikasi IFAS pada Tabel 2 dan EFAS pada Tabel 3 diketahui bahwa skor total untuk faktor-faktor strategis internal adalah 0.800, sedangkan untuk skor total faktor strategis eksternal adalah 0.900. Untuk mengetahui gambaran strategis perusahaan berdasarkan formulasi IFAS dan EFAS pada tabel 2 dan tabel 3, selanjutnya diperhitungkan dengan matrik internal eksternal (IE Matrik) pada gambar berikut:



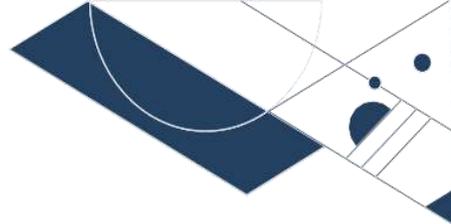
Gambar 4.1. Diagram Matriks SWOT

Berdasarkan dari hasil perhitungan Matriks IFAS dan EFAS diperoleh posisi Kuadran dari Matriks SWOT yaitu:

Pada Posisi Kuadran I

$$\text{Kekuatan} - \text{Kelemahan} = 4.400 - 3.600 = 0.800$$

$$\text{Peluang} - \text{Ancaman} = 4.500 - 3.600 = 0.900$$



Tabel 4.5. Matriks SWOT

<p style="text-align: center;"><b>FAKTOR INTERNAL</b></p> 	<p><b><u>Kekuatan (S)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisi geografis Desa Bone-Bone dalam menunjang terciptanya inovasi model pengembangan kawasan tanpa rokok</li> <li>• Peraturan Desa Bone-Bone No. 1 Tahun 2009 tentang kawasan bebas asap rokok.</li> <li>• Kesadaran masyarakat dalam menjaga kearifan lokal budaya dan adat istiadat sebagai sumber kekuatan utama dalam mewujudkan kawasan bebas asap rokok.</li> <li>• Kesadaran masyarakat dalam menerapkan lingkungan bebas asap rokok.</li> <li>• Peran tokoh agama dalam menerapkan lingkungan bebas asap rokok.</li> <li>• Peran tokoh adat dalam menerapkan lingkungan bebas asap rokok</li> </ul>	<p><b><u>Kelemahan (W)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistem pengawasan, kontroling, dan evaluasi program pengembangan kawasan tanpa rokok.</li> <li>• Konsistensi keberlanjutan penerapan program kawasan bebas asap rokok</li> <li>• Minimnya infrastruktur sarana dan prasarana kesehatan, pendidikan, dan penunjang terlaksananya program pengembangan inovasi kawasan bebas asap rokok.</li> <li>• Inovasi dan kreativitas aparat desa dan masyarakat.</li> </ul>
<p><b>FAKTOR EKSTERNAL</b></p>	<p><b>RUMUSAN STRATEGI PENGEMBANGAN</b></p>	
<p><b><u>Peluang (O)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengakuan dari WHO sebagai desa dengan <i>life style without tobacco</i>.</li> <li>• Tersedianya APBDes untuk pengembangan desa.</li> <li>• Kearifan lokal yang masih kental dan kuat pada masyarakat.</li> <li>• Nilai agama yang masih kental dan kuat pada masyarakat.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi S-O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya pengakuan WHO, Peraturan Desa, dan didukung dengan posisi geografis yang strategis menjadi kekuatan dan cirikhas untuk menjadi desa pionir yaitu desa dengan <i>life style without tobacco</i>.</li> <li>• Adanya peluang untuk menjadikan desa wisata religi kama didukung dengan kesadaran masyarakat nilai agama dan kearifan lokal yang masih kuat, sehingga mampu menciptakan peluang ekonomi sumber pendapatan masyarakat desa.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi W-O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memanfaatkan dana APBDes untuk menunjang infrastruktur sarana kesehatan, pendidikan, ibadah serta fasilitas yang mampu mendukung pengembangan kawasan tanpa rokok.</li> <li>• Adanya pengakuan dari WHO menjadi kekuatan utama yang mampu menghadirkan berbagai kalangan baik pemerintah, akademisi, dan praktisi dalam melaksanakan riset yang hasilnya dapat digunakan langsung oleh aparat desa untuk mendukung konsistensi keberlanjutan pengembangan kawasan tanpa rokok</li> </ul>
<p><b><u>Ancaman (T)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potensi terjadinya bencana</li> <li>• Minimnya pendampingan yang sifatnya memberikan edukasi secara kontinyu yang dilakukan oleh pemerintah, kalangan akademisi, dan praktisi.</li> <li>• Orang luar yang datang memberikan dampak buruk terhadap pelaksanaan aturan kawasan tanpa rokok.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi S-T</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tersedianya perdes Desa Bone-Bone No. 1 Tahun 2009 tentang kawasan bebas asap rokok yang digunakan sebagai aturan hukum dalam melindungi kawasan terhadap potensi terjadinya bencana (mis: kewajiban menanam pohon bagi masyarakat).</li> <li>• Tingginya kesadaran masyarakat dalam menjaga kearifan lokal budaya adat istiadat yang dijadikan sebagai kekuatan utama dari pengaruh eksternal yang dibawa oleh orang lain yang berkunjung ke Desa Bone-Bone</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi W-T</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetap fokus dan lebih meningkatkan pengawasan dan kontrol terhadap konsistensi keberlanjutan program kawasan tanpa rokok untuk meminimalisir pengaruh eksternal yang berpotensi dibawa oleh orang lain yang berkunjung ke Desa Bone-Bone.</li> <li>• Inovasi dan kreativitas dari aparat desa dalam memanfaatkan informasi hasil riset dan pendampingan yang diberikan oleh pemerintah dan akademisi untuk meminimalisir terjadinya potensi bencana dan mendukung program pengembangan kawasan tanpa rokok.</li> </ul>

#### 4.1.4. Diseminasi Strategi Pengembangan Model Inovasi Kawasan Tanpa Asap Rokok

## 4.2 Pembahasan Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan ditemukan nilai dasar gerakan tanpa asap rokok melalui berbagai aspek diantaranya:

### 1. Pengamalan Agama

Pada data kualitatif penelitian ini ditemukan nilai dasar dari gerakan tanpa asap rokok di desa Bone-Bone adalah pengamalan agama. Salah satu ormas yang memberikan fatwa haram merokok adalah Muhammadiyah melalui keputusan Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah No.6/SM/MTT/III/2010. Dengan menggunakan beberapa alasan yang berlandaskan pada dalil-dalil al-Quran dan Sunnah. Dalil yang berasal dari al-Quran antara lain Surat al-A'raf ayat 157, al-Baqarah ayat 195, an-Nisa' ayat 29, al-Isra' ayat 26-27, dan beberapa hadis Nabi Muhammad saw (Muhammadiyah, 2010). Metode yang digunakan adalah *bayani*, *ta'lili* dan *Istislahi*. *Bayani* (semantik) yaitu metode yang menggunakan pendekatan kebahasaan. *Ta'lili* (rasionalistik) yang menggunakan pendekatan penalaran, dan *Istislahi* (filosofis) penetapan hukum dengan pendekatan kemaslahatan (Abdurrahman, 2002).

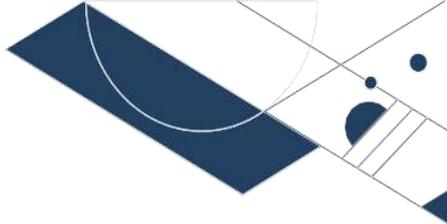
Sedangkan bagi Nahdatul Ulama, rokok merupakan suatu hal yang baru yang belum memiliki hukum secara pasti. Berkaitan dengan hukum merokok, NU tidak mengeluarkan edaran secara resmi seperti Muhammadiyah. Namun, masalah ini disinggung dalam muktamar NU ke-2 yang terangkum dalam kumpulan muktamar NU (Nasyr, 2011). Secara garis besar fatwa Muhammadiyah berangkat dari asumsi bahwa kemudharatan yang ditimbulkan rokok lebih besar daripada kemanfaatannya, sementara yang melatarbelakangi NU memberikan hukum rokok makruh adalah tidak adanya satu dalil atau nash, maupun hadist yang secara langsung melarang dan mengharamkan rokok, tidak ada illat yang jelas dan kuat, sehingga NU memberikan hukum makruh. NU dan Muhammadiyah sepakat dalam tataran *takhrijul manath* yakni bahwa setiap yang membahayakan haram di konsumsi. Namun keduanya berbeda dalam tataran *tahqiqul manath*. Menurut Muhammadiyah rokok membahayakan sementara menurut NU rokok mempunyai potensi untuk membahayakan (Ihsan, 2017).

Perbedaan argumen tentang haramnya merokok, disikapi secara sederhana oleh warga desa Bone-Bone dengan menyatakan bahwa rokok lebih banyak dampak negatifnya daripada positifnya apalagi jika dikaitkan dengan kesehatan, ekonomi, dan aspek lain.<sup>5</sup> Memilih tidak merokok adalah menghindari bahaya yang dapat menyebabkan bahaya pada diri sendiri, keluarga, dan masyarakat luas.

### 2. Keberlanjutan Pendidikan

Masyarakat memahami bahwa pendidikan merupakan aspek penting dalam menjaga keberlangsungan generasi penurus bangsa. Tekad yang kuat dari seluruh masyarakat menjadikan pendidikan sebagai pilar utama, sehingga melahirkan semangat kegotongroyongan untuk kemajuan desa Bone-Bone Kabupaten Enrekang. Terbukti dari jumlah anggota keluarga yang melanjutkan pendidikan pada tingkat SMA sebanyak 93 orang (68,3%) dan yang melanjutkan pendidikan tingkat Perguruan Tinggi (PT) sebanyak 36 orang (26,4%). Sumber pendanaan pendidikan sebagian besar bersumber dari orang tua (70,8%) dan pemerintah (29,2%). Sebagian besar orang tua yang memiliki anak melanjutkan pendidikan Menengah Atas, bersekolah di Pesanteren. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu oleh (Indy et al., 2019) menyatakan bahwa pendidikan merupakan suatu cara yang

<sup>5</sup> IM, HM, MY "Wawancara" Tanggal 25 September 2021



dilakukan oleh manusia untuk mengembangkan potensi dirinya melalui proses pendidikan baik formal, informal dan non formal dalam kehidupan bermasyarakat. Meningkatnya pendidikan masyarakat akan mempengaruhi sumber daya manusia (SDM) itu sendiri. Sesuai dengan pendekatan tradisional, SDM dipandang sebagai salah satu input dalam faktor produksi, disamping modal dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan perekonomian dan berdampak pada pembangunan daerah (Alisjahbana et al., 2018).

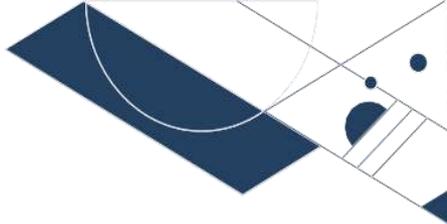
### 3. Penguatan Ekonomi

Perkembangan ekonomi masyarakat Indonesia banyak terjadi di wilayah pedesaan. Kekayaan dan investasi masyarakat wilayah pedesaan tidak dinilai dari jumlah tabungan rupiah atau dollar, tapi berbasis pada kepemilikan properti dan harta (sungai, tanah, rumah, lahan, mineral) bahkan kekayaan hayati (hutan, peternakan, pertanian, perikanan, dan lain-lain). Tentu saja potensi ini, akan lebih sustainable, berdaya saing, dan berpotensi untuk dikembangkan karena berkaitan erat dengan hidup dan kehidupan manusia serta lingkungan.

Kondisi perekonomian salah satunya dipengaruhi oleh tingkat prevalensi perokok. Merokok dapat menyebabkan dampak buruk terhadap masyarakat salah satu diantaranya dapat menimbulkan beban ekonomi keuangan yang ditanggung oleh perokok. Desa Bone Bone Kabupaten Enrekang merupakan salah satu desa pionir pertama yang mendapat pengakuan dari WHO yaitu desa dengan *life style without tobacco* dengan tingkat prevalensi perokok yaitu sebesar 0%. Berdasarkan hasil temuan penelitian diperoleh informasi bahwa terdapat korelasi antara tingkat pendapatan dan jumlah tabungan yang dimiliki oleh kepala keluarga di Desa Bone Bone. Kondisi ini ditentukan salah satunya dengan tercapainya tingkat prevalensi perokok yaitu sebesar 0%. Perkembangan ekonomi dapat dilihat dari jumlah pendapatan yang sesuai dengan Upah Minimum Regional (UMR) sejak diberlakukannya perdes telah mencapai 33,1%. Kondisi ini diikuti dengan meningkatnya jumlah tabungan sebesar 60,2%. Berbeda dengan Desa Salukanan yang menjadi desa kontrol, dimana tingkat penghasilan kepala keluarga yang sesuai dengan Upah Minimum Regional (UMR) sebesar 53,7% namun tidak diikuti dengan peningkatan jumlah tabungan yang hanya sebesar 24,2%. Kondisi ini dipengaruhi oleh jumlah perokok aktif yang mencapai 77,9%. Menurut Sreeramareddy et al., (2018); Carrieri & Jones (2016) bahwa merokok sangat dipengaruhi oleh status ekonomi. Hasil temuan ini juga mendukung temuan Ekpu & Brown (2015) bahwa terdapat perbedaan besar dalam penerapan dan pengukuran ekonomi langkah-langkah berhenti merokok di berbagai jenis intervensi, metodologi, negara, pengaturan ekonomi, dan aspek kesehatan.

### 4. Kesadaran Hukum

Efektivitas implementasi dari suatu aturan sangat ditentukan oleh kesadaran hukum masyarakat. Kebijakan yang dikeluarkan oleh Aparat Desa terkait Peraturan Desa No.1 Tahun 2009 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok tentu saja tidak dapat berjalan dengan baik tanpa adanya dukungan dari seluruh masyarakat. Dari hasil penelitian terlihat bahwa riwayat merokok di Desa Bone-Bone sebelum dikeluarkan Peraturan tentang Kawasan Bebas Asap Rokok masih sangat tinggi yaitu sebanyak 112 orang (82,4%) yang merokok dan sebanyak 24 (17,6%) orang yang tidak merokok. Tetapi, setelah aturan tersebut dikeluarkan terlihat bahwa jumlah perokok di desa Bone-Bone nihil. Bertolak belakang dengan Desa Salukanan

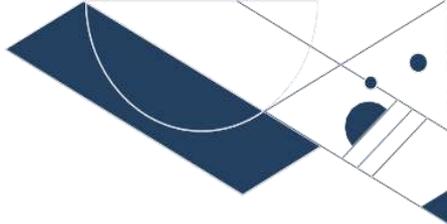


sebagai desa kontrol yang yang masih sangat tinggi jumlah perokoknya sebesar 106 orang (77,9%), dan yang tidak merokok sebanyak 20 orang (22,1%). Desa Salukanan adalah salah satu desa yang pernah mencanangkan untuk menjadi kawasan bebas asap rokok tetapi tidak terealisasi karena kurang mendapat dukungan dari warganya. Perbandingan tersebut menunjukkan ketaatan hukum masyarakat Desa Bone-Bone sangat tinggi. Ketaatan hukum memang sangat dipengaruhi oleh kesadaran hukum. Penelitian terdahulu yang membenarkan terdapat keterkaitan antara kesadaran hukum dan ketaatan hukum adalah penelitian oleh (Barthos, 2018) dimana kendala yang dialami para penegak hukum dalam menjalankan aturan yang ada adalah kurangnya kesadaran hukum masyarakat. Teori efektifitas hukum Lawrence M. Friedman mengemukakan bahwa efektif atau tidaknya penegakan hukum dipengaruhi oleh 3 (tiga) hal, yakni: struktur hukum (*struktur of law*); substansi hukum (*substance of the law*); dan budaya hukum (*legal culture*) (Friedman, 1975). Aturan hukum tidak dapat berjalan dengan baik jika tidak didukung oleh struktur hukum yang baik dalam hal ini para penegak hukum. Aturan hukum dan struktur hukum yang baik juga tidak dapat terlaksana dengan maksimal jika tidak didukung oleh budaya hukum masyarakat.

Kesadaran hukum merupakan bagian dari budaya hukum dimana masyarakat taat pada aturan yang berlaku bukan karena adanya sanksi tegas yang diberikan tetapi nilai moral yang melekat pada diri setiap masyarakat. Nilai-nilai inilah yang disebut sebagai *living law* atau hukum yang hidup dan dianut oleh masyarakat dari waktu ke waktu. Budaya hukum memang memegang peranan penting dalam membentuk kesadaran hukum masyarakat. Budaya hukum akan memebentuk perilaku sosial masyarakat dalam setiap tahapan perkembangannya. Bahkan, mengingat pentingnya budaya hukum maka perlu dimasukkan sebagai materi pendidikan bagi para penegak hukum (Kozhukhova & Zhiyenbayev, 2018). Struktur hukum tidak hanya menuntut masyarakat agar dapat mentaati setiap aturan yang ada namun harus mampu mengetahui cara efektif dalam menumbuhkan ketaatan hukum masyarakat yang dimulai dengan membudayakan hukum sebagai dasar lahirnya kesadaran hukum.

##### 5. Dampak penerapan Kawasan Tanpa Asap Rokok (KTAR)

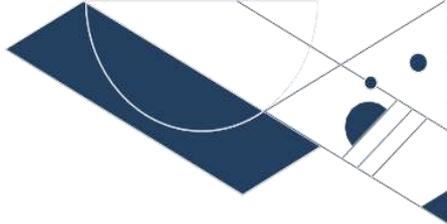
Masyarakat Desa Bone-bone setelah menerapkan aturan Perdes No.1 tahun 2019 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok merasakan perubahan kesejahteraan hidup. Perubahan yang dirasakan dari berbagai aspek, diantaranya 1) aspek pendidikan, dilihat dari anggota keluarga yang melanjutkan pendidikan SMA sebanyak 68,3%, pendidikan tinggi sebanyak 26,4%. Sumber dana pendidikan sebagian besar dari orang tua (70,8%) dan pemerintah (29,2%); 2) aspek perekonomian, terlihat dari kepemilikan aset yaitu tabungan (60,2%), mobil (3,7%), motor (22,8%), jenis kayu bangunan yang digunakan adalah kayu ulin (65,4%); 3) aspek kesehatan, dilihat dari riwayat penyakit yang diderita sebelumnya, tertinggi pada penyakit Infeksi Saluran Pernapasan (ISPA) sebanyak 24 (17,6%), gatal-gatal (5,1%), sakit kepala (5,1%), hipertensi (4,4%), gastritis (2,9%), Commond Cold (2,1%). Sedangkan untuk penyakit yang diderita saat ini tidak ada penyakit Infeksi Saluran Pernapasan (ISPA). Penyakit diderita saat ini adalah flu (0,7%), diare (0,7%), sakit kepala (0,7%), gastritis (0,7%), rematik (1,5%), konjungtivitis (1,5%), hipertensi dan gatal-gatal (2,9%). Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang disebabkan oleh rokok



seperti ISPA, pneumonia, stunting, atau gizi kurang pada anak, begitupun tidak ada ibu yang melahirkan bayi prematur.

Berbeda dengan Desa Salu Kanan sebagai desa kontrol yang belum memiliki Peraturan Desa tentang Kawasan Tanpa Asap Rokok. Dampak yang ditimbulkan akibat perilaku merokok masyarakat Desa Salu Kanan, dilihat dari beberapa aspek yaitu: 1) aspek pendidikan, berdampak pada anggota keluarga yang melanjutkan pendidikan SMA sebanyak 62,5%, dan pendidikan tinggi hanya 8,8%. Sumber pendanaan pendidikan sebagian besar dari pemerintah (59,6%) dan orangtua (40,4%); 2) aspek perekonomian, kepemilikan aset masih rendah berupa tabungan (24,2%), tidak ada yang memiliki mobil, motor (18,4%), jenis kayu bangunan yang digunakan adalah kayu suren (64,0%). Padahal jika dilihat dari pendapatan masyarakat perbulan sebagian besar memiliki pendapatan diatas Upah Minimum Regional (53,7%), sumber pendapatan tinggi berupa tanah kebun (Ladang) (39,0%), kebun kopi (27,9%), tanah sawah (72,1%), hewan ternak (28,7%); 3) aspek kesehatan, dilihat dari riwayat penyakit yang diderita sebelumnya, tertinggi pada penyakit Infeksi Saluran Pernapasan (ISPA) sebanyak 21 (15,4%), asma (2,1%), sesak napas (0,7%), batuk (2,1), bronhitis (2,1%), jantung (1,5%), hipertensi (7,4%). Sedangkan untuk penyakit yang diderita saat ini, penderita ISPA meningkat menjadi 18,5%, asma (2,9%), hipertensi (8,1%), bronhitis (5,9%), jantung (3,7%), store (1,5%), dan katarak (1,5%). Anggota keluarga yang menderita penyakit yang disebabkan oleh rokok seperti ISPA, stunting (1,5%), gizi kurang pada anak (1,5%) dan ada ibu yang melahirkan bayi prematur (0,7%).

Melihat kondisi diatas, terbukti bahwa penerapan Kawasan Bebas Asap Rokok memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan masyarakat dari berbagai aspek kehidupan. Adanya aturan bebas kawasan asap rokok secara nasional dan penetapan kawasan tanpa rokok memberikan dampak positif terhadap kesehatan jantung (kardiovaskular), penyakit pernapasan, kesehatan bayi dan mengurangi kematian akibat merokok. Selain itu, mengurangi perilaku merokok utamanya merokok didalam rumah pada (Frazer et al., 2016; White et al., 2016). Aspek ekonomi, mengurangi biaya ekonomi keluarga dan pemeliharaan kesehatan (Chang, 2020). Sedangkan bagi wilayah yang belum menerapkan Kawasan Bebas Asap Rokok memberikan dampak negatif bagi kehidupan masyarakat. Temuan ini sejalan penelitian terdahulu membuktikan bahwa perilaku merokok memberikan dampak negatif dari beberapa aspek kehidupan masyarakat seperti; 1) aspek kesehatan dapat menimbulkan berbagai penyakit dan kecatatan hampir pada seluruh organ tubuh. Penyakit yang ditimbulkan seperti kanker, penyakit jantung, stroke, penyakit paru-paru, asma, diabetes, dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), yang meliputi emfisema, bronkitis kronis, meningkatkan risiko tuberkulosis, penyakit mata tertentu, dan masalah sistem kekebalan tubuh, peradangan atau infeksi termasuk rheumatoid arthritis (Alisjahbana et al., 2018; Bonnie et al., 2015; Centers For Disease Control and Prevention, 2021); 2) aspek pendidikan, memberikan dampak terhadap perilaku siswa untuk kesekolah; 3) aspek ekonomi, memberikan dampak pada pengeluaran rumah tangga dalam hal pemenuhan pangan, pendidikan, dan kesehatan. Merokok bukan hanya merugikan diri sendiri karena berdampak buruk terhadap kesehatan, tetapi juga berimbas pada pemenuhan kebutuhan pokok anggota keluarga lainnya (Ginting & Maulana, 2020).



Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan melalui pendekatan analisis SWOT lahir beberapa strategi yaitu:

1. Strategi S-O

- a. Adanya pengakuan WHO, Peraturan Desa, dan didukung dengan posisi geografis yang strategis menjadi kekuatan dan cirikhas untuk menjadi desa pionir yaitu desa dengan *life style without tobacco*.
- b. Adanya peluang untuk menjadikan desa wisata religi karna didukung dengan kesadaran masyarakat nilai agama dan kearifan lokal yang masih kuat, sehingga mampu menciptakan peluang ekonomi sumber pendapatan masyarakat desa.

2. Strategi S-T

- a. Tersedianya perdes Desa Bone-Bone No. 1 Tahun 2009 tentang kawasan bebas asap rokok yang digunakan sebagai aturan hukum dalam melindungi kawasan terhadap potensi terjadinya bencana (mis: kewajiban menanam pohon bagi masyarakat).
- b. Tingginya kesadaran masyarakat dalam menjaga kearifan lokal budaya adat istiadat yang dijadikan sebagai kekuatan utama dari pengaruh eksternal yang dibawa oleh orang lain yang berkunung ke Desa Bone-Bone.

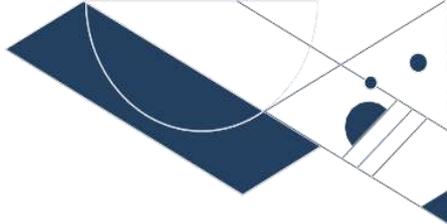
3. Strategi W-O

- a. Memanfaatkan dana APBDes untuk menunjang infrastruktur sarana kesehatan, pendidikan, ibadah serta fasilitas yang mampu mendukung pengembangan kawasan tanpa rokok.
- b. Adanya pengakuan dari WHO menjadi kekuatan utama yang mampu menghadirkan berbagai kalangan baik pemerintah, akademisi, dan praktisi dalam melaksanakan riset yang hasilnya dapat digunakan langsung oleh aparat desa untuk mendukung konsistensi keberlanjutan pengembangan kawasan tanpa rokok.

4. Strategi W-T

- a. Tetap fokus dan lebih meningkatkan pengawasan dan kontrol terhadap konsistensi keberlanjutan program kawasan tanpa rokok untuk meminimalisir pengaruh eksternal yang berpotensi dibawa oleh orang lain yang berkunjung ke Desa Bone-Bone.
- b. Inovasi dan kreativitas dari aparat desa dalam memanfaatkan informasi hasil riset dan pendampingan yang diberikan oleh pemerintah dan akademisi untuk meminimalisir terjadinya potensi bencana dan mendukung program pengembangan kawasan tanpa rokok.

Berdasarkan perencanaan strategi diatas aparat desa Desa Bone-Bone dapat menjadikan alternatif strategi tersebut sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan strategi pengembangan dan Diseminasi Model Inovasi Kawasan Tanpa Rokok. Selanjutnya, hasil analisis matriks IFAS dan EFAS dimana diperoleh posisi yaitu pada kuadran pertama atau pada posisi ekspansi, artinya organisasi dalam kondisi prima dan mantap sehingga sangat dimungkinkan untuk terus melakukan ekspansi, memperbesar pertumbuhan dan meraih kemajuan secara maksimal dan dari dua belas poin rumusan strataegi yang direkomendasikan yang dianggap relevan untuk dipertimbangkan dilaksanakan yaitu rumusan strategi SO (*Strength & Opportunity*) yaitu adanya peluang untuk menjadikan desa wisata religi karna didukung dengan kesadaran masyarakat nilai agama dan kearifan lokal yang masih kuat, sehingga mampu menciptakan peluang ekonomi sumber pendapatan

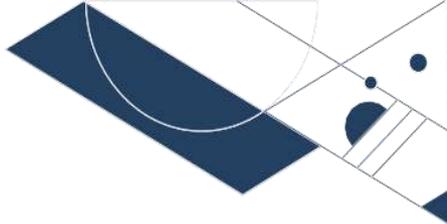


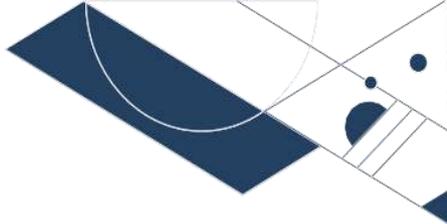
masyarakat desa. Selain itu, Desa Bone Bone juga didukung dengan adanya pengakuan WHO, Peraturan Desa, dan posisi geografis yang strategis menjadi kekuatan dan cirikhas untuk menjadi desa pionir yaitu desa dengan *life style without tobacco*.

Pada negara-negara dengan kebijakan pengendalian tembakau yang lebih kuat memiliki prevalensi merokok yang lebih rendah dan lebih berhasil dalam mengurangi tingkat merokok (Gravely et al., 2017; Gredner et al., 2021). Selain itu, peran masyarakat adat dibutuhkan dalam keterlibatan mereka dalam kegiatan penelitian pengendalian tembakau untuk meningkatkan relevansi dan efektivitas kesehatan masyarakat (Lee et al., 2020). Implementasi kebijakan Pemerintah yang disinergikan dengan inisiatif pengendalian tembakau oleh masyarakat sipil dan masyarakat sangat penting dalam mengurangi prevalensi penggunaan tembakau (Kaur & Jain, 2011).

## Daftar References

- Abdurrahman, A. (2002). *Manhaj Tarjih Muhammadiyah: Metodologi dan Aplikasi*. Pustaka Pelajar.
- Alisjahbana, Armida, S., & Murniningtyas, E. (2018). *Tujuan Pembangunan Berkelanjutan di Indonesia*. Penerbit; Unpad Press.
- Ambarwati, A., Umaroh, A. K., Kurniawati, F., Kuswandari, T. D., & Darojah, S. (2014). Media leaflet, video dan pengetahuan siswa SD tentang bahaya merokok (Studi Pada Siswa SDN 78 Sabrang Lor Mojosoongo Surakarta). *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 7–13.
- Anderson, K. E., Carmella, S. G., Ye, M., Bliss, R. L., Le, C., Murphy, L., & Hecht, S. S. (2001). *Metabolites of a Tobacco-Specific Lung Carcinogen in smoke ( ETS ) is associated with lung AND*. 93(5), 5–8.
- Anggriati, S. (2020). *Penerapan Kawasan Bebas Rokok Desa Bone Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang*. Universitas Bosowa.
- Baker, F., Ainsworth, S. R., Dye, J. T., Crammer, C., Thun, M. J., Hoffmann, D., Repace, J. L., Henningfield, J. E., Slade, J., Pinney, J., Shanks, T., Burns, D. M., Connolly, G. N., & Shopland, D. R. (2000). Health risks associated with cigar smoking. *Journal of the American Medical Association*, 284(6), 735–740. <https://doi.org/10.1001/jama.284.6.735>
- Barthos, M. (2018). Peran polisi lalu lintas dalam meningkatkan kesadaran hukum pengendara sepeda motor di wilayah Polres Jakarta Pusat berdasarkan undang-undang nomor 22 tahun 2009 tentang lalu lintas dan angkutan jalan. *Jurnal Ilmu Hukum*, 4(2), 73–79.
- Bonnie, R. J., Stratton, K., & Kwan, L. Y. (2015). Public health implications of raising the minimum age of legal access to tobacco products. In *Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products*. <https://doi.org/10.17226/18997>
- Centers For Disease Control and Prevention. (2021). *Health Effects*. Department of Health & Human Services US.
- Chang, S. S. (2020). Re: Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. *Journal of Urology*, 204(2), 384–384. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000001114>
- Danim, S. (2000). Pengantar Studi Penelitian Kebijakan, Edisi Pertama. *Cetakan Pertama. Jakarta: Bumi Aksara*.
- Edi, E. (2018). *Kebijakan Kepala Desa dalam Membangun Kawasan Bebas Asap Rokok (Studi pada Desa Bone-Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang)*. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Fant, R. V., Henningfield, J. E., Nelson, R. A., & Pickworth, W. B. (1999). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of moist snuff in humans. *Tobacco Control*, 8(4), 387–392. <https://doi.org/10.1136/tc.8.4.387>
- Frazer, K., Callinan, J. E., Mchugh, J., van Baarsel, S., Clarke, A., Doherty, K., & Kelleher, C. (2016). Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005992.pub3>
- Friedman, L. M. (1975). *The Legal System; A Social Science Perspective*. Russel Sage Foundation.
- Gao, X. P., Suzuki, H., Olopade, C. O., Pakhlevaniants, S., & Rubinstein, I. (1997). Purified ACE attenuates smokeless tobacco-induced increase in macromolecular

- 
- efflux from the oral mucosa. *Journal of Applied Physiology*, 83(1), 74–81.  
<https://doi.org/10.1152/jappl.1997.83.1.74>
- Ghozali, I. (2017). Analisis Multivariate dengan program SPSS. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ginting, I. R., & Maulana, R. (2020). Dampak Kebiasaan Merokok pada Pengeluaran Rumah Tangga. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 9(2), 77–82.
- Gravely, S., Giovino, G. A., Craig, L., Commar, A., D’Espaignet, E. T., Schotte, K., & Fong, G. T. (2017). Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *The Lancet Public Health*, 2(4), e166–e174.
- Gredner, T., Mons, U., Niedermaier, T., Brenner, H., & Soerjomataram, I. (2021). Impact of tobacco control policies implementation on future lung cancer incidence in Europe: An international, population-based modeling study. *The Lancet Regional Health-Europe*, 4, 100074.
- Hadilinatih, B. (2021). Evaluasi Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok Di Desa Bone-Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Endrekang. *Jurnal Enersia Publika: Energi, Sosial, Dan Administrasi Publik*, 4(2), 248–260.
- IAKMI, T. (2020). Atlas Tembakau Indonesia Tahun 2020. 33. <http://www.tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2020/06/Atlas-Tembakau-Indonesia-2020.pdf>
- Ihsan, M. (2017). Merokok Dalam Perspektif Muhammadiyah Dan Nahdhatul Ulama. *Al-Qadha: Jurnal Hukum Islam Dan Perundang-Undangan*, 4(1), 16–33.
- Indy, R., Waani, F. J., & Kandowangko, N. (2019). Peran Pendidikan Dalam Proses Perubahan Sosial Di Desa Tumuluntung Kecamatan Kauditan Kabupaten Minahasa Utara. *HOLISTIK, Journal Of Social and Culture*, 12(4), 1–21.
- Jarvis, M. J., Boreham, R., Primatesta, P., Feyerabend, C., & Bryant, A. (2001). Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: Evidence from a representative population survey. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(2), 134–138. <https://doi.org/10.1093/jnci/93.2.134>
- Kaur, J., & Jain, D. C. (2011). Tobacco control policies in India: implementation and challenges. *Indian Journal of Public Health*, 55(3), 220.
- Kozhukhova, M., & Zhiyenbayev, M. (2018). Conceptualizing legal culture and legal awareness: meaning and structural components. *SHS Web of Conferences*, 55, 02009. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20185502009>
- Kulak, J. M., McIntosh, J. M., Yoshikami, D., & Olivera, B. M. (2001). Nicotine-evoked transmitter release from synaptosomes: functional association of specific presynaptic acetylcholine receptors and voltage-gated calcium channels. *Journal of Neurochemistry*, 77(6), 1581–1589. <https://doi.org/10.1046/j.1471-4159.2001.00357.x>
- Lee, K., Smith, J., & Thompson, S. (2020). Engaging Indigenous peoples in research on commercial tobacco control: a scoping review. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 16(4), 332–355.
- Mira Astri Koniyo, Buraerah H. Abd. Hakim, A. A. A. (2012). *Determinan Kejadian Kelahiran Bayi Prematur Di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo*.
- Muhammadiyah, P. P. (2010). *Fatwa Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah No. 6/SM/MTT/III/2010 tentang Hukum Merokok*.
- Muslimin, N. Q. W. (2016). *Implementai Peaturan Desa No. 1 Tahun 2009 Tentang Kawasan Bebas Asap Rokok terhadap Masyarakat di Desa Bone-Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang*. Univeritas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Nasyr, T. L. T. W. (2011). PBNU. *Solusi Problematika Aktual Hukum Islam Keputusan*

- 
- Muktamar, Munas Dan Konbes Nahdlatul Ulama (1926-2010)*. Surabaya: Khalista.
- Nugroho, R. (2020). *Public Policy*. Elex Media Komputindo.
- Pewara, A. N. (2018). *Efektivitas Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Desa Bone Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang*. Universitas Negeri Makassar.
- Rangkuti, F. (1998). *Analisis SWOT teknik membedah kasus bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Septiono, W., Kuipers, M. A. G., Ng, N., & Kunst, A. E. (2019). Progress of smoke-free policy adoption at district level in Indonesia: A policy diffusion study. *International Journal of Drug Policy*, 71(2019), 93–102.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.06.015>
- White, K., Connor, K., Clerkin, J., Murphy, B. M., Salvucci, M., O'Farrell, A. C., Rehm, M., O'Brien, D., Prehn, J. H. M., Niclou, S. P. S. P., Lamfers, M. L. M., Verreault, M., Idbaih, A., Verhaak, R., Golebiewska, A., Byrne, A. T., Pires-Afonso, Y., Niclou, S. P. S. P., Michelucci, A., ... Bjerkgvig, R. (2016). Effects of enactment of legislative (public) smoking bans on voluntary home smoking restrictions: A review. *Nicotine & Tobacco Research Advance Access*, 360(3), 661–672.

# LAPORAN PENELITIAN

## PENGEMBANGAN DAN DISEMINASI MODEL INOVASI KAWASAN TANPA ROKOK (KTR) DESA BONE SEBAGAI UPAYA PENGENDALIAN PREVALENSI PEROKOK SECARA NASIONAL

(Development and dissemination innovation model of non smoking area as an effort of national control of smokers prevalence in Bone Village)



PUSAT  
EKONOMI & BISNIS  
SYARIAH

## TIM PENELITI

Dr. Hadi Pajarianto, M.Pd.  
Rahmad Solling Hamid, SE.M.M.  
Andi Sitti Umrah, S.ST.M.Keb.  
Sri Rahayu Amri, S.H., M.H.

## HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN PENELITIAN

---

**Judul Riset dan Inovasi** : **ANALISIS MULTIDISIPLIN (REGULASI, PENDIDIKAN, KESEHATAN, DAN EKONOMI) TERHADAP *LIFESTYLE WITHOUT TOBACCO* DI DESA BONE BONE KABUPATEN ENREKANG**

**Ketua Tim**

a. Nama Lengkap : **Dr. Hadi Pajarianto, M.Pd.I.**  
b. NIP / NIK : 19791219 200902 1 002  
c. Asal Lembaga : Universitas Muhammadiyah Palopo  
d. Alamat Lembaga : Jl. Jenderal Sudirman KM. 3 Binturu Kota Palopo  
e. Nomor *Handphone* (HP) : 081355460388  
f. Alamat Email : hadipajarianto@umpalopo.ac.id

**Lembaga Pengusul**

a. Nama Lembaga : Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat  
b. Nama Pimpinan Lembaga : **Goso, SE.MM.**  
c. Alamat Lembaga : Jl. Jenderal Sudirman KM. 3 Binturu Kota Palopo  
d. Alamat *Email* : lppm@umpalopo.ac.id  
e. Nomor Telepon : 081354779748

**Narahubung Tim**

Nama Lengkap : **Sri Rahayu Amri, SH. MH.**  
Nomor *Handphone* (HP) : 081245311869  
Alamat *Email* : sriahayuamri83@gmail.com

**Rekapitulasi Anggaran**

Total Anggaran Tahap I : Rp. 44.100.000,-  
Total Realisasi Tahap II : Rp. 10.900.000,-  
Dana Internal dan Publikasi : Rp. 35.000.000,-

**Palopo, 16 Juli 2022**

Ketua Tim

Pengusul  


**Dr. Hadi Pajarianto, M.Pd.I.**  
NIP. 19791219 200902 1 002

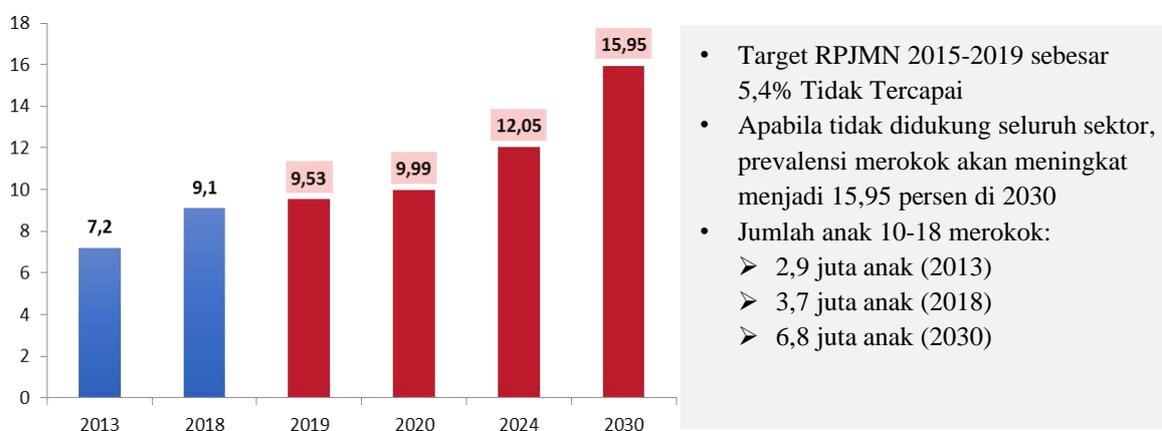
Mengetahui  
Pimpinan Lembaga

  
Goso, SE.MM.  
NIDN. 0912067603

## Latar Belakang

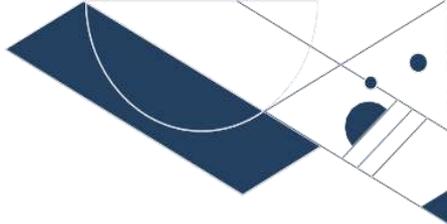
Di seluruh dunia, produk tembakau dan penggunaan rokok elektronik (*e-cigarettes*) terus meningkat (Bialous and Glantz, 2018; Kang and Cho, 2019; Monzón *et al* 2021). Konsumsi tembakau dapat menyebabkan berbagai masalah yang merugikan masyarakat. Dampak konsumsi tembakau pada kesehatan mengakibatkan berbagai penyakit tidak menular atau penyakit katastrofik yang menguras biaya kesehatan tinggi, mengurangi produktifitas dan di masa wabah Covid-19 menjadi penyakit penyerta yang memperparah kondisi pasien Covid-19. Prevalensi konsumsi tembakau yang tinggi berpengaruh terhadap kemiskinan dan stunting yang belum bisa diselesaikan di Indonesia.

Berdasarkan data dari Bappenas prevalensi konsumsi tembakau meningkat di kalangan anak dan remaja pada tahun 2013 sekitar 2,9 juta anak (7,2%), meningkat pada tahun 2020 menjadi 9,99%. Hal ini menunjukkan bahwa target capaian sebesar 5,4% tidak terpenuhi, dan merupakan kendala untuk mencapai sumber daya manusia yang berkualitas (IAKMI, 2020). Bahkan diprediksikan pada tahun 2030 trend dan proyeksi merokok pada anak dan remaja sebanyak 6,8 juta jiwa (15,95), jika tidak didukung seluruh sektor.



Gambar 1. Tren dan Proyeksi Prevalensi Merokok Usia 10-18 Tahun

Rokok dapat menimbulkan dampak negatif sebagai penyebab kerusakan potensial terhadap kesehatan. Terdapat risiko berkelanjutan di berbagai tembakau dan produk nikotin yang berbahaya bagi kesehatan (Cummings, *et al* 2020; East *et al* 2021). Kerusakan kesehatan ini terutama diakibatkan dari kandungan tar dan nikotin. Mulai dari kandungan yang rendah dalam rokok dan kerusakan meningkat dengan meningkatnya kadar tar dan nikotin, terlebih lagi bila diikuti dengan meningkatnya level konsumsi rokok (Jarvis *et al.*, 2001), Kerusakan yang diakibatkan oleh nikotin dapat terjadi mulai dari rongga mulut (Fant *et al.*, 1999), saluran pernafasan dan paru-paru (Baker *et al.*, 2000), saluran darah dan kardiovaskular (Gao *et al.*, 1997), saraf (Kulak *et al.*, 2001). Akibat lain yang ditimbulkan dari konsumsi nikotin adalah risiko terkenanya penyakit kanker (Anderson *et al.*, 2001). Secara global pada tahun 2015, 1 dari 4 pria, dan 1 dari 19 wanita, merokok setiap hari (1). Merokok tembakau merupakan penyebab utama penyakit yang dapat dicegah dan kematian di banyak negara. Di seluruh dunia, 11,5% kematian disebabkan oleh merokok. Di negara Asia, termasuk Indonesia diperkirakan angka kematian akibat rokok akan menembus angka 6,4 juta jiwa (Ambarwati *et al.*, 2014).



Berbagai kebijakan pemerintah yang tersentralisasi telah dilakukan untuk mengurangi prevalensi perokok di Indonesia, tetapi masih belum menunjukkan hasil yang optimal. Kebijakan ini tertuang dalam UU Kesehatan No.36 tahun 2009 tentang kesehatan, Perda Sulawesi Selatan No. 1 tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok, kemudian dilanjutkan oleh peraturan-peraturan dibawahnya. Diperlukan desentralisasi pengembangan kebijakan lokal untuk bebas rokok sangat penting dilakukan, sebagai konsekuensi dari difusi horizontal yang kuat, di beberapa daerah, terutama di daerah miskin dan pedesaan atau daerah dengan kehadiran industri tembakau yang kuat, tertinggal dalam proses adopsi. Oleh karena itu, difusi adopsi kebijakan bebas rokok di bidang-bidang ini harus didorong, misalnya melalui pendekatan yang efektif jaringan advokasi, untuk menangkai campur tangan industri tembakau di program pengendalian tembakau (Septiono et al., 2019).

Kabupaten Enrekang adalah salah satu daerah yang telah menerapkan kawasan tanpa rokok yang lahir dari desentralisasi kebijakan tersebut yang diimplementasikan di desa. Desa Bone-Bone yang terletak di atas ketinggian 1.500 m/dpl itu telah memiliki peraturan desa (Perdes) nomor 1 tahun 2009 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok. Pada Bab V Pasal 8 dinyatakan, setiap orang dilarang untuk melakukan kegiatan atau aktifitas merokok, memproduksi, menjual, mengiklankan, dan atau mempromosikan rokok di wilayah desa Bone- Bone.

Beberapa studi telah meneliti tentang kawasan tanpa rokok di desa Bone Bone, tetapi pada umumnya menitikberatkan pada evaluasi kebijakan kawasan tanpa rokok (Hadilinatih, 2021). Penerapan kawasan bebas asap rokok melalui penerapan sanksi (Anggriati, 2020), efektivitas implementasi peraturan desa (Muslimin, 2016) (Pewara, 2018), dan menganalisis kebijakan kepala desa dalam membangun kawasan tanpa asap rokok (Edi, 2018). Dari beberapa studi terdahulu masih terbatas pada penerapan kebijakan kawasan tanpa rokok, belum menyentuh aspek nilai yang melatarbelakangi, strategi pengembangan inovasi, maupun kemungkinan melakukan diseminasi pada kawasan lain.

Penelitian ini berbeda dengan riset sebelumnya, karena didesain untuk menghasilkan model dan strategi dari pengembangan inovasi kawasan tanpa rokok yang lahir dari kearifan lokal masyarakat, yang lahir dari situasi sosial budaya masyarakat tertentu. Inovasi yang lahir dari masyarakat pedesaan harus dapat dikembangkan sebagai model pada daerah lain yang memiliki karakteristik yang sama. Gerakan desa mengepung kota dapat dimulai dari sebuah desa yang jauh dari pusat informasi, tetapi masyarakatnya memiliki cara berpikir yang maju dan progresif dalam melihat bahaya rokok bagi generasi.

## **1. Tujuan**

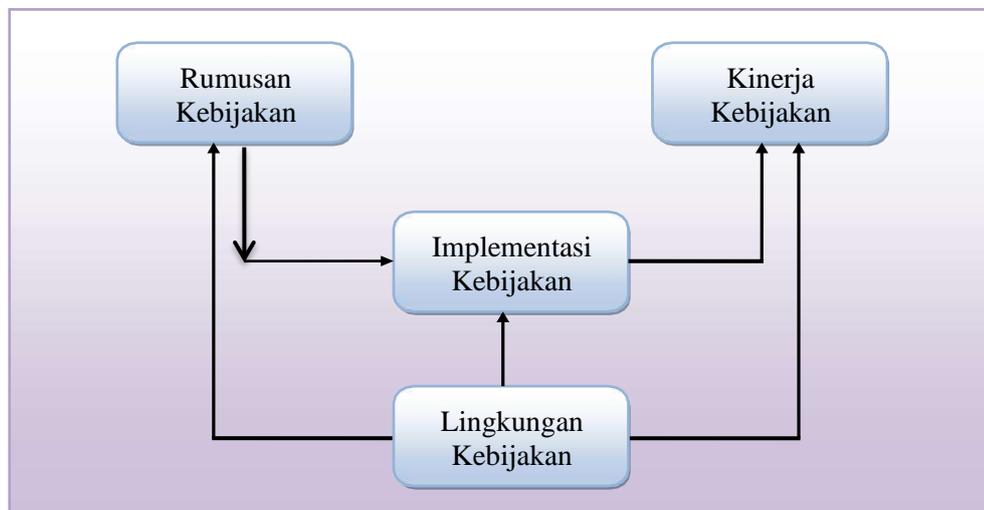
Tujuan jangka panjang penelitian ini adalah diseminasi model inovasi kawasan tanpa rokok pada desa atau tempat yang memiliki karakteristik yang sama dengan lokus penelitian ini, baik secara regional maupun nasional. Target khusus yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah: (1) menemukan nilai dasar gerakan tanpa asap rokok yang muncul sebagai kearifan lokal dari desa kawasan pinggiran, alternatif untuk mengendalikan prevalensi perokok secara nasional; (2) menemukan strategi pengembangan model inovasi kawasan tanpa rokok sebagai bagian dari kearifan lokal dalam pengambilan keputusan secara

musyawarah mufakat; dan (3) mendiseminasikan strategi pengembangan model inovasi kawasan tanpa rokok untuk mengendalikan prevalensi perokok secara nasional.

## 2. Metode

### Jenis Penelitian

Penelitian ini tergolong dalam penelitian kualitatif dengan pendekatan kebijakan (*policy research*) yang didefinisikan sebagai proses penyelenggaraan penelitian untuk mendukung kebijakan atau analisis terhadap masalah sosial yang bersifat fundamental secara teratur untuk membantu pengambil kebijakan memecahkan masalah dengan jalan menyediakan rekomendasi yang berorientasi pada tindakan atau tingkah laku pragmatik sosial (Danim, 2000). Target yang perlu dihasilkan dalam penelitian kebijakan bukan terletak pada sampai mana bobot ilmiah sebuah hasil penelitian, namun sampai mana hasil penelitian memiliki aplikabilitas dalam rangka memecahkan masalah sosial, dalam hal ini adalah replikasi model kebijakan kawasan tanpa rokok. Terdapat empat proses kebijakan publik, yaitu rumusan, implementasi, kinerja, dan lingkungan (Nugroho, 2020). Rangkaian proses ini dapat diilustrasikan sebagai berikut:

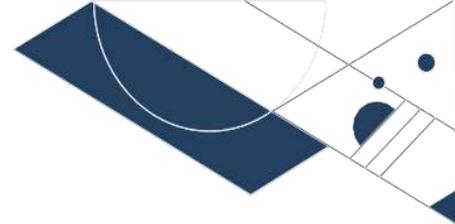


Gambar 2. Proses kebijakan publik

Efektivitas kebijakan kawasan tanpa rokok yang dinamis memerlukan dukungan informasi yang secara sistematis dan ekstensif. Penelitian ini dapat menjadi sumber informasi yang sesuai dengan kriteria tersebut. Pada posisi inilah pentingnya penelitian kebijakan, yaitu memberikan informasi yang sistematis dan ekstensif agar kebijakan-kebijakan kawasan tanpa rokok dapat diimplementasikan secara efektif dan efisien dan dapat direplikasi pada kawasan dengan karakteristik yang sama.

### Prosedur Penelitian

Agar penelitian berjalan sesuai dengan tujuan, maka ditetapkan prosedur penelitian sebagai berikut:



Tabel 1. Prosedur Penelitian

Kegiatan	Rancangan	Metode	Indikator Capaian
Identifikasi dan mengumpulkan informasi melalui observasi, wawancara, kuisisioner	Desain kuesioner, pedoman wawancara, pedoman observasi untuk mengidentifikasi nilai dasar gerakan KTR, strategi pengembangan inovasi KTR, dan rancangan model inovasi KTR	Menentukan 21 informan untuk proses identifikasi data sesuai dengan tujuan penelitian	Dapat teridentifikasi nilai dasar, strategi pengembangan, dan model KTR yang aplikabel pada kawasan lain di luar desa Bone-Bone
Memetakan data	Melakukan pengklasifikasian dan interpretasi data sesuai tujuan penelitian	Memetakan data berdasarkan tujuan penelitian (nilai dasar, strategi pengembangan model inovasi KTR, dan Diseminasi	Dapat dirumuskan nilai dasar, strategi pengembangan, dan diseminasi inovasi KTR
Merumuskan model inovasi Kawasan Tanpa Rokok	Menyusun tabulasi data dari 21 informan untuk menemukan model inovasi KTR	Memberikan bobot dan skoring atas data hasil wawancara sehingga dapat merumuskan model	Dapat dirumuskannya model model inovasi Kawasan Tanpa Rokok berbasis masyarakat pedesaan, dan dapat direplikasi pada kawasan yang memiliki karakteristik yang sama.
Menguji model inovasi Kawasan Tanpa Rokok	Memilih satu desa untuk menguji model Kawasan tanpa Rokok	Menentukan 1 sampel desa yang memiliki karakteristik yang sama	Dapat diketahui tingkat efektivitas model inovasi Kawasan tanpa Rokok
Mengevaluasi model model inovasi Kawasan Tanpa Rokok dan menyempurnakan	Mengkaji tingkat efektivitas atas model inovasi Kawasan tanpa Rokok	Menguji dampak penerapan model Kawasan tanpa Rokok	Dapat diidentifikasi kelemahan model dan melakukan penyempurnaan model melalui <i>focus group discussion</i> dan dirumuskan model KTR yang baru
Membakukan dan mendiseminasikan model inovasi Kawasan Tanpa Rokok	Melakukan sosialisasi pada pemangku kepentingan dan masyarakat tentang model inovasi Kawasan tanpa Rokok	FGD, Publikasi, Edukasi	dapat diidentifikasi perubahan inovasi Kawasan Tanpa Rokok sesuai dengan situasi sosial kemasyarakatan suatu kawasan.

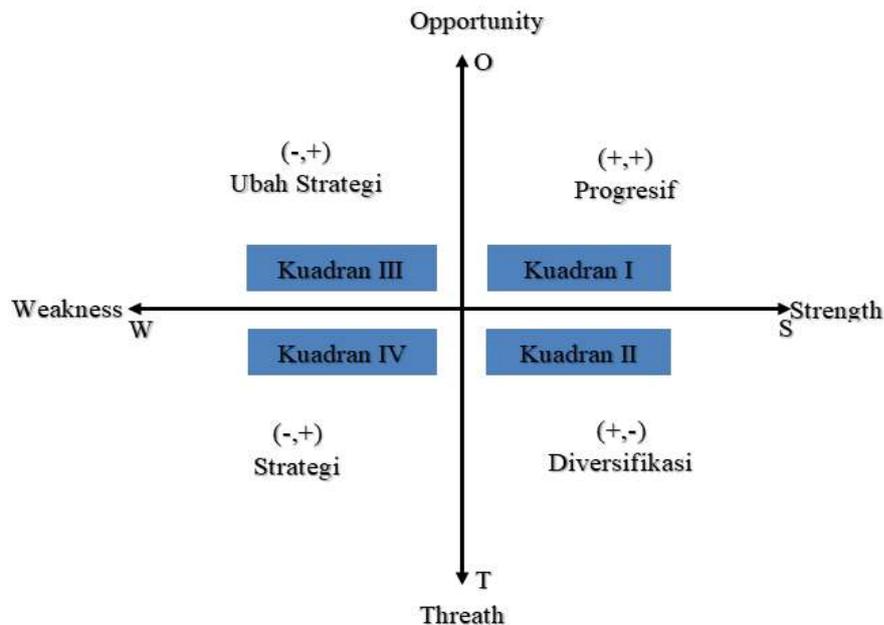
#### Teknik Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang akan digunakan pada penelitian ini yaitu: (1) Kuesioner, yaitu menyebarkan daftar pertanyaan yang disusun secara sistematis melalui tinjauan empiris dan teoritis yang akan diberikan kepada responden atau informan; dan (2) Wawancara, yaitu suatu metode pengumpulan data yang bertujuan untuk memperoleh informasi dengan mengajukan beberapa pertanyaan secara langsung kepada responden atau informan.

### Teknik Analisis Data

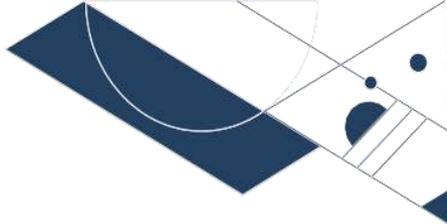
Untuk menjawab tujuan penelitian, teknik analisis yang akan digunakan melalui pendekatan penelitian kualitatif dengan menggunakan analisis SWOT. Metode analisis ini yang terdiri dari pengambungan unsur kekuatan (*Strengths*), kelemahan (*Weaknesses*), peluang (*Opportunities*), dan ancaman (*Threats*) yang mampu menghasilkan suatu strategi yang didasarkan pada situasi lingkungan internal dan eksternal. Proses penyusunan dalam merencanakan strategi didapat melalui tiga tahap analisis, yaitu: (1) Tahap pengumpulan data (informasi faktor eksternal dan internal). Tahap pengumpulan data merupakan kegiatan pengumpulan data sekaligus klarifisifikasian atas kejadian-kejadian yang di teliti; dan (2) Tahap analisis (matriks internal eksternal, diagram cartesius, matriks SWOT). Tahap analisis merupakan tahap setelah terkumpulnya data penunjang, setelah semua informasi sudah di kumpulkan maka dapat dilanjutkan memasukkan semua informasi ke dalam analisis SWOT

Menurut Rangkuti (2014), strategis pertimbangan dari kombinasi empat faktor yaitu: (1) Strategi SO Strategi ini dibuat berdasarkan jalan pemikiran perusahaan, yaitu dengan menggunakan seluruh kekuatan untuk memanfaatkan peluang; (2) Strategi ST Ini adalah strategi untuk menggunakan kekuatan yang dimiliki perusahaan dengan cara menghindari ancaman; (3) Strategi WO Strategi ini diterapkan berdasarkan pemanfaatan peluang yang ada, dengan cara mengatasi kelemahankelemahan yang dimiliki; dan (4) Strategi WT Strategi ini didasarkan pada kegiatan yang bersifat defensive dan ditujukan untuk meminimalkan kelemahan yang ada serta menghindari ancaman (Rangkuti, 1998). Setelah melakukan perhitungan matrik IFAS dan EFAS maka dapat dihasilkan informasi tingkat internal dan eksternal. Berdasarkan perhitungan tersebut hasilnya akan di implementasikan dalam Diagram *Cartesius* SWOT.



Gambar 3. Diagram Cartesius SWOT

Setelah data dianalisis maka barulah bisa diambil beberapa keputusan yang sesuai kondisi objek penelitian.



### Informan

Adapun informan yang akan digunakan dalam mengidentifikasi faktor-faktor lingkungan internal dan eksternal yaitu: (1) 4 orang akademisi (dosen) dari perguruan tinggi yang telah memiliki pengalaman melakukan penelitian yang relevan dengan topik yang kami usulkan; (2) sebanyak 2 orang praktisi; (3) sebanyak 5 orang tokoh adat, tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh pemuda, inisiator Kawasan tanpa Rokok; dan (4) sebanyak 10 orang anggota masyarakat.

### Implikasi Penelitian

Implikasi penelitian ini terhadap kebijakan pemerintah baik di pusat maupun daerah adalah; (1) pelibatan masyarakat secara luas dalam pengendalian pravelansi perokok, termasuk dari wilayah pinggiran atau desa yang memiliki berbagai kearifan lokalnya; (2) model penelitian dapat diterapkan dan didiseminasikan secara horisontal pada wilayah lain yang memiliki karakteristik yang sama, sehingga jika gerakan ini secara luas dimulai dari desa maka akan menjadi gerakan nasional untuk pengendalian pravelansi perokok; dan (3) pengarusutamaan potensi desa dalam setiap program pemerintah, termasuk pengendalian pravelansi perokok dapat dijadikan prioritas, karena dalam beberapa kasus, justru inovasi muncul dari desa yang jauh dari pusat-pusat pembangunan.

### 3. Hasil Penelitian dan Pembahasan

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1. Nilai Dasar Gerakan Tanpa Asap Rokok

Desa Bone-Bone merupakan salah satu desa terluar yang berada di Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang Provinsi Sulawesi Selatan. Desa Bone-Bone merupakan salah satu Desa Bebas Asap Rokok di Indonesia. Hal ini didukung dengan pengakuan dari organisasi kesehatan dunia atau WHO sebagai desa dengan gaya hidup sehat (*Lifestyle Without Tobacco*) pada tahun 2012. Selain itu, kualitas udara yang bersih, rendahnya polusi udara, kondisi alam yang masih asli, serta adat istiadat yang dijaga ketat oleh masyarakat merupakan potensi Desa Bone-Bone yang dapat dikembangkan lebih lanjut sebagai salah satu kawasan pertumbuhan baru.

Sejak tahun 2000, Muhammad Idris, S.Ag. Kepala Desa Bone-Bone telah mencanangkan sebagai desa sehat.<sup>1</sup> Secara bertahap, penerapan kawasan tanpa asap rokok mulai disosialisasikan kepada masyarakat walaupun masih secara non-formal dan informal. Sosialisasi tersebut sebagai edukasi awal tentang bahaya merokok yang telah banyak merenggut nyawa manusia. Selain itu terdapat beberapa aspek lain yang mendasari gerakan tanpa asap rokok di Desa Bone-Bone, yakni sebagai berikut:

##### 4.1.1.1. Keberlanjutan Pendidikan

Salah satu nilai penting yang mendorong penerapan kawasan tanpan asap rokok di Desa Bone-Bone adalah keberlanjutan pendidikan anak-anak yang berada di desa tersebut. Logikanya sederhana, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi dan pada akhirnya semakin banyak pengetahuan yang dimilikinya. Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber membuat seseorang cenderung mempunyai pengetahuan yang luas. Hal ini dikemukakan oleh Kepala Desa Bone-Bone:

“Berangkat dari pengalaman selama kuliah, teman-teman saya yang tidak selesai studi rata-rata adalah perokok berat. Akhirnya saya memiliki kesimpulan sederhana, maju mundurnya ini kampung tergantung pada pendidikan. Dan kecil kemungkinan anak-anak di desa saya melanjutkan pendidikannya pada jenjang yang lebih tinggi jika mereka merokok” (MI, Wawancara, 2021).

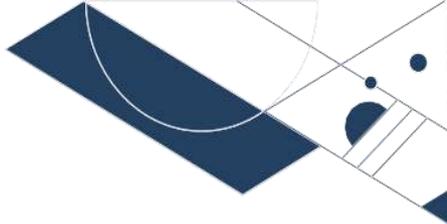
Masyarakat Desa Bone-Bone sangat memahami pentingnya pendidikan bagi keberlangsungan masa depan generasi penerus bangsa. Biaya pendidikan bukan menjadi penghalang untuk terus bersekolah meskipun hanya sebahagian kecil pendanaan berasal dari pemerintah.

“Kalau masalah pendapatan perbulan, rata-rata berkisar Rp.3.000.000, jadi harus diatur sebaik mungkin untuk kebutuhan anak sekolah. Saya merasa terbantu dalam mengelola keuangan keluarga semenjak suami saya tidak lagi merokok. Bahkan, masih ada yang dapat disimpan sebagai uang tabungan, bisa dipakai jika anak sekolah membutuhkan” (JH, Wawancara, 2021).

Sarana pendidikan yang berada di luar Desa Bone-Bone tidak menghalangi orangtua menyekolahkan anaknya. Hak anak dalam hal memperoleh pendidikan terlihat jelas di

---

<sup>1</sup>Muhammad Idris, Kepala Desa Bone-Bone “Wawancara” tanggal 05 September 2021



kawasan ini. Tekad yang kuat dari seluruh warga untuk keberlanjutan pendidikan melahirkan semangat kegotongroyongan untuk kemajuan desa.

“Anggota keluarga yang memiliki pendapatan lebih bergantian membantu ekonomi keluarga. Anak saya yang merantau selalu mengirim kami uang. Karena telah terbiasa tidak merokok maka sisa gajinya lumayan banyak. Bukan hanya anak saya seperti itu, perantau lain juga demikian. Bahkan, para perantau bahu-membahu mendirikan sekolah di desa agar anak-anak tidak lagi keluar desa untuk menempuh pendidikan” (GS, Wawancara, 2021).

#### 4.1.1.2. Penguatan Ekonomi

Kondisi topografi Desa Bone-Bone berupa lereng gunung dan bukit serta jenis tanah podsolik violet dan mediteran coklat kelabu dimanfaatkan dengan baik oleh masyarakat sekitar. Mayoritas penduduk bermata pencaharian sebagai petani dengan memanfaatkan tanah sebagai lahan persawahan dan perkebunan.

“Pada umumnya masyarakat bekerja sebagai petani karena tanah dikelola secara turun temurun. Sejak Desa Bone-Bone menjadi kawasan bebas asap rokok, bapak-bapak di desa kami lebih produktif karena waktu yang digunakan lebih efektif, tidak ada lagi waktu terbuang hanya untuk mengisap rokok. Lahan sawah ataupun kebun lebih cepat selesai digarap karena sejak berhenti merokok para petani tidak cepat lelah. Akhirnya, hasil panen melimpah, ekonomi keluarga terjamin” (MF, Wawancara, 2021).

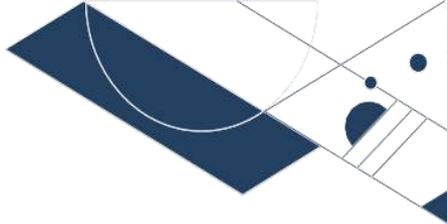
Selain pemanfaatan lahan pertanian, sumber ekonomi keluarga juga berasal dari beternak. Mulai dari jenis unggas seperti ayam dan itik sampai hewan herbivora yaitu sapi, kerbau, dan kambing dijadikan sebagai hewan ternak. Ternak yang sudah siap potong bukan hanya untuk dikonsumsi sendiri namun juga dijual ke luar desa.

“Kegiatan rutin kami sehari-hari bukan hanya bertani, tetapi kami juga beternak. Ayam broiler atau ras pedaging tidak boleh dikonsumsi di desa ini sehingga masyarakat memelihara ayam kampung. Bukan cuma itu, sapi, kerbau, dan kambing juga kami ternak. Uang yang dulunya digunakan membeli rokok sekarang dialihkan untuk membeli pakan dan biaya pemeliharaan ternak. Untuk konsumsi lauk sehari-hari, kami tidak perlu mengeluarkan uang, bisa langsung ambil dari kandang. Penjualan sapi, kambing, dan kerbau yang harganya cukup mahal sangat membantu perekonomian keluarga, bahkan dapat kami gunakan untuk membeli aset lainnya” (AR, Wawancara, 2021).

#### 4.1.1.3. Pemeliharaan Kesehatan

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi setiap manusia. Menyadari hal tersebut, masyarakat Desa Bone-Bone sangat bersyukur berada dalam suatu daerah yang dikenal sebagai kawasan tanpa asap rokok. Banyak manfaat yang diperoleh warga, diantaranya adalah tidak cepat lelah sehingga lebih produktif dalam berbagai hal.

“Sakit itu suatu keadaan yang bisa dicegah tetapi sulit juga untuk dihindari. Namun, Alhamdulillah sejak adanya larangan merokok di desa ini sudah jarang warga yang sakit. Kalaupun ada yang sakit, sakitnya itu seperti diare, ataukah masalah lambung.



Untuk penyakit yang dipicu oleh kebiasaan merokok, seperti asma atau bayi dengan kelahiran tidak cukup bulan sama sekali tidak ada. Pada umumnya fokus pelayanan yang kami berikan adalah pelayanan ibu hamil, bayi, dan balita” (ND, Wawancara, 2021).

Seperti yang disampaikan oleh tenaga kesehatan tentang dampak kawasan tanpa asap rokok terhadap kesehatan, masyarakat juga mengakui bahwa tubuh yang terbebas dari rokok akan membentuk kekebalan tubuh sehingga tubuh menjadi lebih kuat sehingga tidak gampang sakit.

“Waktu masih merokok, saya kesulitan berjalan dengan jarak yang jauh, sedangkan Desa Bone-Bone ini merupakan daerah gunung jadi jalanan selalu mendaki. Untuk pergi ke kebun saja, saya membutuhkan waktu untuk istirahat beberapa kali. Setelah berhenti merokok, tidak ada lagi keluhan sesak nafas jika berjalan jauh” (AR, Wawancara, 2021).

#### **4.1.1.4. Kesadaran Hukum**

Lahirnya Peraturan Desa No. 1 Tahun 2009 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok di Desa Bone-Bone diilhami dari kemauan bersama dari seluruh masyarakat karena menyadari bahwa kesehatan itu suatu hal yang sangat penting. Kemauan itu kemudian meningkat menjadi kesepakatan bersama yang melahirkan hukum kebiasaan.

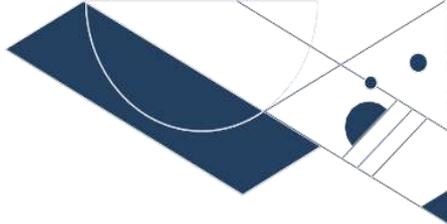
“Sesuai dengan yang telah kami sepakati hukuman atau sanksi yang kami berikan kepada masyarakat yang melanggar yaitu yang pertama orang itu harus mengumumkan di mesjid bahwa dia telah melakukan kesalahan dan tidak akan mengulangi lagi, kedua setelah di Perdeskan apabila ada yang kedapatan merokok akan diberikan sanksi sosial seperti membersihkan mesjid, membersihkan sekolah, membersihkan lapangan dan sebagainya. Sanksi yang diberikan kepada tamu pendatang yaitu teguran tapi apabila dia tidak mendengarkan maka dia disuruh meninggalkan Desa Bone-Bone” (MD, Wawancara, 2021).

Pemberian sanksi tentu saja memberi dampak terhadap penerapan suatu aturan. Sanksi yang selama ini diterapkan di Desa Bone-Bone terkait aturan tentang kawasan tanpa asap rokok belum berupa sanksi tegas karena aparat desa, tokoh agama, serta tokoh masyarakat lebih menginginkan agar kepatuhan itu muncul karena adanya kesadaran dari masyarakat itu sendiri.

“Sanksi yang diberikan kepada masyarakat jika ada yang melanggar sesuai yang disepakati bersama, yaitu sanksi sosial seperti membersihkan mesjid, membersihkan sekolah, membersihkan lapangan dan mengumumkan di mesjid bahwa tidak akan merokok lagi dan meminta maaf atas kesalahannya.”( AW, Wawancara, 2021).

Awal Penerapan aturan kawasan tanpa asap rokok mengalami banyak penolakan dari warga. Pemahaman masyarakat akan bahaya asap rokok belum maksimal. Kegemaran akan rokok menjadi candu yang menemani seluruh aktivitas masyarakat di desa tanpa menghiraukan dampak rokok terhadap tubuh.

“Kendalanya sangat luar biasa, mulai dari awal dibentuknya kebijakan kawasan bebas asap rokok ini. Banyak masyarakat yang tidak menerima karena mereka sangat suka merokok dan seakan-akan tidak bisa hidup tanpa rokok tetapi setelah mereka



mengetahui bahaya dari rokok akhirnya mereka menerima kebijakan ini dan mematuhi sampai sekarang” (AW, Wawancara, 2021).

Tantangan yang dihadapi saat ini ialah para pendatang yang masih menganggap masih adanya toleransi bagi mereka yang bukan warga lokal. Banyak diantaranya yang mau memberikan imbalan agar bisa tetap merokok meskipun berada di kawasan bebas asap rokok. Akan tetapi komitmen dan prinsip yang dipegang teguh oleh seluruh pemangku kepentingan menyebabkan Desa Bone-Bone sebagai kawasan bebas asap rokok tetap eksis sampai saat ini.

#### **4.1.1.5. Pengamalan Agama**

Rokok dalam pandangan agama, khususnya Islam yang menjadi agama mayoritas di Desa Bone-Bone Enrekang, menjadi perdebatan. Perdebatan yang muncul, bermula dari tidak terdapatnya ketentuan secara tekstual di dalam al-Quran maupun al-Hadis mengenai masalah merokok. Sehingga, muncullah beberapa pendapat yang mengatakan bahwa merokok hukumnya boleh. Adapula yang berpendapat bahwa merokok hukumnya makruh. Dan ada pula yang mengatakan hukumnya adalah haram. Argumen dari kalangan yang mengatakan merokok hukumnya boleh adalah bahwa terhadap masalah yang tidak diatur di dalam *nash* maka harus kembali kepada kaidah asal yaitu boleh sampai ada *nash* yang mengharamkannya. Sedangkan kalangan yang mengatakan makruh, mereka beragumen bahwa merokok tidak diatur secara khusus di dalam *nash*, namun merokok merupakan perbuatan yang mendatangkan beberapa efek negatif sehingga hukumnya menjadi makruh.

“Merokok dalam keyakinan kami dapat merusak anugerah Tuhan berupa tubuh yang sehat. Jika merusak maka itu pasti bertentangan dengan agama. Walaupun kami sebagai orang kampung tidak memiliki pengetahuan untuk mengkaji haramnya rokok. Tetapi cara berpikir kami sederhana seperti itu” (MI, Wawancara, 2021).

Latar belakang terbentuknya aturan tentang Kawasan Tanpa Asap Rokok ini didasari atas kekhawatiran dari para tokoh masyarakat dengan kondisi masyarakat Desa Bone-Bone yang sudah sangat terbiasa dengan rokok, dimana rokok bukan hanya dinikmati oleh orang dewasa saja tapi juga dikonsumsi oleh anak-anak.

“Tujuan dibuatnya kebijakan ini tentu saja sesuai dengan yang ada dalam PERDES yaitu untuk memberikan perlindungan dari bahaya asap rokok bagi seluruh warga Desa Bone-Bone, memberikan ruang dan lingkungan yang bersih dan sehat bagi masyarakat Desa Bone-Bone, menciptakan dan mewajibkan lingkungan yang bersih dan sehat, bebas asap rokok. Kami harus tegas untuk hal ini agar Desa Bone-Bone sebagai kawasan tanpa asap rokok dapat diwariskan kepada generasi selanjutnya” (MI, MD, HD, RF, FG, Wawancara, 2021).

#### 4.1.2. Dampak Penerapan Kawasan Tanpa Asap Rokok Terhadap Kesejahteraan Masyarakat.

Dampak penerapan kawasan tanpa asap rokok terhadap kesejahteraan masyarakat data dikumpulkan dengan angket pada dua desa, yakni desa Bone-Bone yang telah menerapkan kawasan tanpa asap rokok sebanyak 136 kepala keluarga, dan desa Salukanan sebagai kontrol dan belum menerapkan kawasan tanpa asap rokok sebanyak 136 kepala keluarga. Perbandingan data penting untuk disajikan dan dianalisis agar dapat diketahui bagaimana karakteristik pendidikan, ekonomi, penyakit, kesehatan secara umum, dan perilaku merokok. Sehingga, dapat diketahui dampak penerapan kawasan tanpa rokok secara utuh. Berikut tabel karakteristik Desa Implementasi KTR (Bone-Bone) dan Desa Salu Kanan sebagai kontrol (Belum Mengimplementasikan KTR).

##### 3.1.2.1 Perilaku Merokok

Desa Bone-Bone telah Peraturan Desa Nomor 1 Tahun 2009 Tentang Kawasan Bebas Asap Rokok. Merokok dapat menyebabkan pencemaran lingkungan baik oleh asapnya dapat mengganggu kesehatan orang lain maupun pencemaran oleh abu dan pembungkusnya, merokok akan menambah pengeluaran masyarakat karena biaya pemeliharaan kesehatan pengobatan serta jam kerja yang hilang karena merokok. Masyarakat Desa Bone-Bone sangat mendukung program atau aturan larangan merokok tersebut, selain karena kesadaran, masyarakat Desa Bone-Bone juga cenderung masih mendengarkan dan memperdulikan apa yang dikatakan oleh tokoh masyarakat atau tokoh agama. Selain itu, para pemilik kios atau penjual percaya bahwa aturan tentang larangan merokok tersebut mampu merubah sifat anak-anak mereka. Berikut disajikan data perokok di desa Bone-Bone dan desa kontrol.



Gambar 4.1. Perilaku Merokok di Desa Bone-Bone dan Desa Kontrol

Dari gambar chart 4.1., data yang dikumpulkan dari 136 kepala keluarga, jumlah perokok di desa Bone-Bone NIHIL. Sedangkan di desa kontrol jumlah perokok 106 (77,9%), dan yang tidak merokok sebanyak 30 (22,1%). Data ini menunjukkan bahwa penerapan Perdes di desa Bone-Bone sangat efektif menurunkan prevalensi perokok bahkan sampai 0

persen. Dari hasil observasi, tidak ada toko atau kios yang menjual rokok.<sup>2</sup> Selain itu, para pemilik kios atau penjual percaya bahwa aturan tentang larangan merokok tersebut mampu merubah sifat anak-anak mereka.<sup>3</sup> Mereka juga menjadi sadar akan pentingnya menjaga kesehatan, bahwa sangat banyak kerugian yang harus di tanggung jika mengkonsumsi rokok.

### 3.1.2.2 Riwayat Merokok

Merokok merupakan perilaku yang membahayakan bagi kesehatan karena dapat memicu berbagai macam penyakit yang mengakibatkan kematian. Berikut perilaku merokok masyarakat di Desa Bone-Bone sebelum diterapkan Peraturan Kawasan Bebas Asap Rokok pada tahun 2008 dan desa Salu Kanan sebagai desa kontrol.



Gambar 4.2. Riwayat Merokok di Desa Bone-Bone dan Desa Kontrol (GANTI CHART)

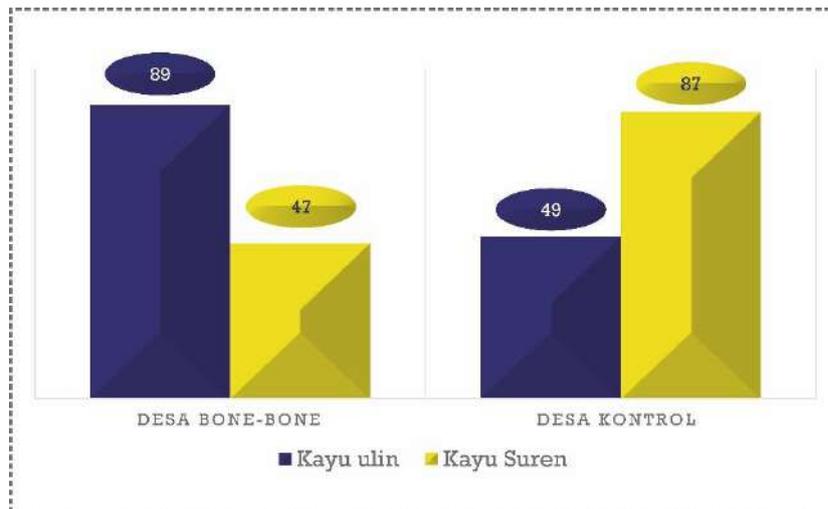
Dari gambar 4.2. dapat diuraikan bahwa riwayat perilaku merokok pada Desa Bone-Bone sebanyak 112 orang (82,4%) yang merokok dan sebanyak 24 (17,6%) orang yang tidak merokok. Sedangkan pada Desa Salu Kanan sebanyak 101 orang (74,3%) yang merokok dan sebanyak 30 orang (25,7%) yang tidak merokok.

### 3.1.2.3 Jenis Kayu Hunian

Secara geografis, desa Bone-Bone dan desa kontrol terletak di kaki gunung dengan karaktersistik lahan berbukit. Untuk membangun hunian tembok permanen justru cukup sulit dilakukan, sehingga warga rata-rata memilih membangun hunian dengan kayu. Jenis kayu juga bervariasi karena akan sangat menentukan biaya yang dibutuhkan untuk membangun hunian. Berikut diuraikan jenis kayu yang digunakan sebagai hunian di desa Bone-Bone dan desa kontrol sebagai berikut:

<sup>2</sup> Pengamatan di Desa Bone-Bone tanggal 27 September 2021

<sup>3</sup> IM, Pemilik kios “wawancara” tanggal 28 September 2021

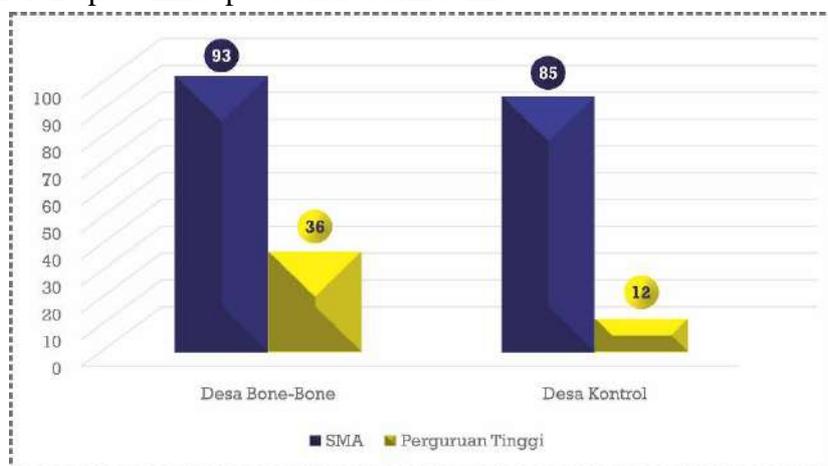


Gambar 4.3. Jenis Kayu Hunian di Desa Bone-Bone dan Desa Kontrol

Dari gambar chart 4.3. dapat diuraikan, jenis kayu yang digunakan oleh masyarakat desa Bone-Bone sebanyak 89 rumah (65,4%) adalah kayu Ulin, dan sebanyak 47 (34,6%) dari kayu Suren. Sedangkan di desa kontrol, hunian dengan bahan kayu Ulin sebanyak 49 (36%), dan kayu Suren sebanyak 64%). Desain rumah kayu ulin minimalis adalah salah satu desain hunian yang saat ini banyak digemari para pecinta rumah bergaya minimalis berbahan kayu, khususnya bahan kayu ulin. Harga kayu Ulin sebesar Rp. 13.000.000/M3, diterima di kota Enrekang, belum ongkos kirim ke desa Bone-Bone.<sup>4</sup> Kayu ulin sendiri adalah kayu yang berkualitas baik untuk dibuatkan sebuah hunian. Jenis kayu yang digunakan membangun hunian merupakan indikator dari kemampuan ekonomi masyarakat.

### 3.1.2.4 Jenjang Pendidikan

Salah satu aspek yang menjadi nilai dasar lahirnya gerakan tanpa asap rokok di desa Bone-Bone Kabupaten Enrekang salah satunya adalah keberlanjutan pendidikan generasi muda pada jenjang pendidikan, khususnya perguruan tinggi. Berikut ini diuraikan data jenjang pendidikan yang saat ini sedang ditempuh pada desa Bone-Bone dan desa Salukanan sebagai kontrol. Dapat dilihat pada chart berikut ini:



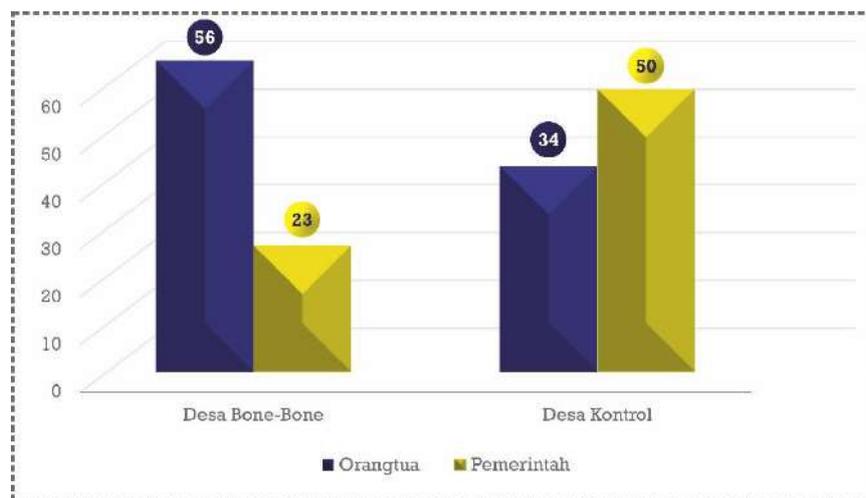
Gambar 4.4. Jenjang Pendidikan di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol

<sup>4</sup> AA, Warga Desa Bone-Bone “Wawancara” tanggal 01 Oktober 2021

Dari gambar 4.4. dapat diuraikan pada desa Bone-Bone, anggota keluarga yang saat ini melanjutkan pendidikan pada jenjang SMA sederajat sebanyak 93 orang (68,3%), dan pada jenjang perguruan tinggi sebanyak 36 (26,4%). Sedangkan pada desa kontrol, pada jenjang SMA sebanyak 85 orang (62,5%), sedangkan pada jenjang perguruan tinggi sebanyak 12 orang (8,8%). Hal ini mengindikasikan, bahwa penerapan kawasan tanpa rokok di desa Bone-Bone telah memberikan dampak terhadap kemampuan orang tua untuk menyekolahkan anaknya pada jenjang yang lebih tinggi.

### 3.1.2.5 Sumber Pendanaan Pendidikan

Indikator lain yang dianalisis adalah sumber pendanaan pendidikan pada desa Bone-Bone dan desa kontrol. Data sumber pendanaan pendidikan dapat memberikan gambaran kemampuan orang tua untuk menyekolahkan anaknya pada jenjang yang lebih tinggi, baik secara mandiri maupun dengan memanfaatkan pendanaan dari pemerintah.

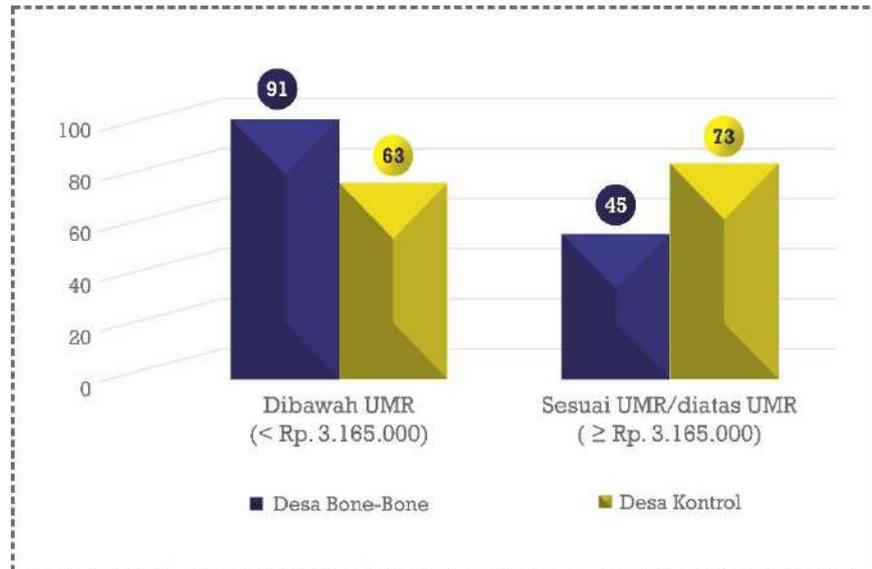


Gambar 4.5. Sumber Pendanaan Pendidikan di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol

Dari gambar chart 4.5. dapat diuraikan, sumber pendanaan pendidikan pada desa Bone-Bone sebanyak 56 (70,8%) bersumber dari orang tua, dan sebanyak 23 orang (29,2%) dengan memanfaatkan dana pemerintah. Sedangkan di desa kontrol pendidikan yang dibiayai oleh orang tua sebanyak 34 orang (40,4), dan atas beasiswa pemerintah sebanyak 50 orang (59,6%). Hal ini mengindikasikan kemampuan orang tua dalam menyekolahkan anaknya pada jenjang yang lebih tinggi di desa Bone-Bone lebih baik dari desa kontrol. Rata-rata anak usia sekolah di desa Bone-Bone melanjutkan pendidikannya pada madrasah atau pesantren yang berbayar, sedangkan pada desa kontrol anak usia sekolah melanjutkan pendidikan pada sekolah-sekolah negeri yang dibiayai dari pemerintah.

### 3.1.2.6 Pendapatan

Pendapatan dalam studi ini adalah keseluruhan sumber daya yang dimiliki oleh kepala keluarga yang dapat dinilai secara ekonomi. Baik berupa pendapatan berupa uang yang didapatkan ketika bekerja maupun simpanan berupa natura yang dapat dikonversi menjadi uang. Berikut diuraikan data pendapatan pada desa bone-bone maupun desa kontrol.

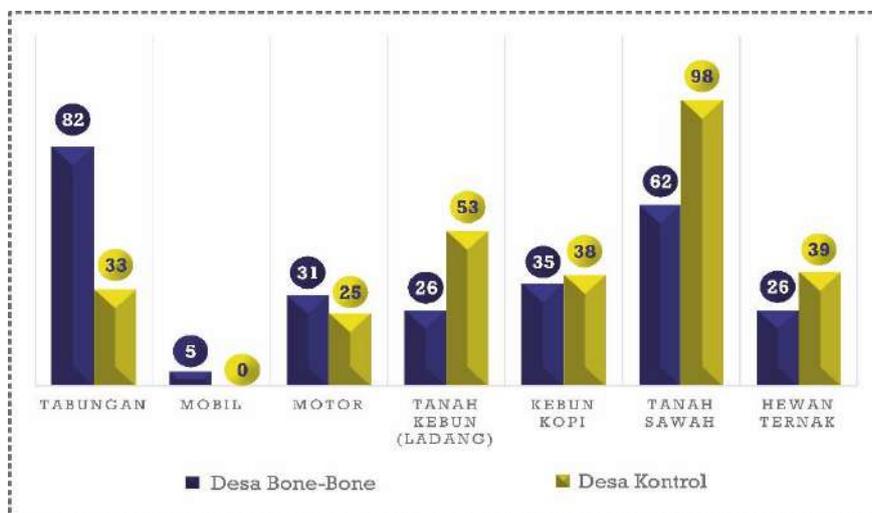


Gambar 4.6. Pendapatan di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol

Dari gambar chart 4.6. dapat diuraikan, jumlah kepala keluarga di desa Bone-Bone yang memiliki pendapatan dibawah UMR sebanyak 91 kepala keluarga (66,9%), sedangkan yang memiliki pendapatan setara atau di atas UMR sebanyak 45 kepala keluarga (33,1%). Sedangkan pada desa kontrol terdapat 73 kepala keluarga yang memiliki pendapatan setara atau di atas UMR, sedangkan 63 kepala keluarga (46,3%) memiliki pendapatan di bawah UMR. Pada data tersebut, nampak pendapatan pada desa Bone-Bone dan desa kontrol memiliki pendapatan yang rata-rata hampir sama, akan tetapi pada data berikutnya (aset) akan nampak bahwa masyarakat desa Bone-Bone memiliki aset atau simpanan yang lebih besar.

### 3.1.2.7 Kepemilikan Aset

Secara umum, aset diterjemahkan sebagai modal berupa uang atau benda-benda. Walaupun sebenarnya, aset dapat berupa intangible maupun tangible. Berikut data aset yang dimiliki masyarakat di desa Bone-Bone dan desa kontrol.

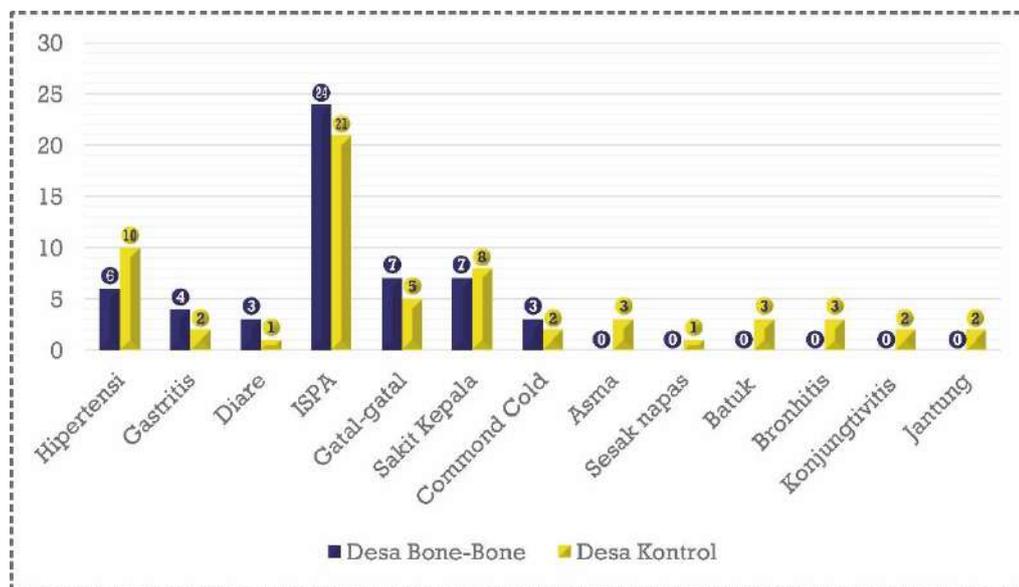


Gambar 4.7. Kepemilikan Aset di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol

Dari gambar chart 4.7. masyarakat desa Bone-Bone yang memiliki tabungan sebanyak 82 orang (60,2%), sedangkan pada desa kontrol sebanyak 33 (24,2%). Warga yang memiliki mobil di desa Bone-Bone sebanyak 5 orang (3,7%), sedangkan pada desa kontrol sebanyak 0 (0%). Sedangkan pada kepemilikan kendaraan berupa motor, di desa- Bone-Bone sebanyak 31 (22,8%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 25 (18,4%). Kepemilikan tanah kebun di desa Bone-Bone sebanyak 26 (19,1%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 25 (18,4%). Kepemilikan kebun kopi sebagai penghasilan yang potensial di desa Bone-Bone sebanyak 35 (25,7%), dan di desa kontrol sebanyak 38 (17,9%). Kepemilikan sawah di desa Bone-Bone sebesar 62 orang (45,5%), dan di desa kontrol sebanyak 98 (72,1%). Pada kepemilikan hewan ternak di desa Bone-Bone sebanyak 26 kepala keluarga (19,1%), dan di desa kontrol sebanyak 39 kepala keluarga (28,7%).

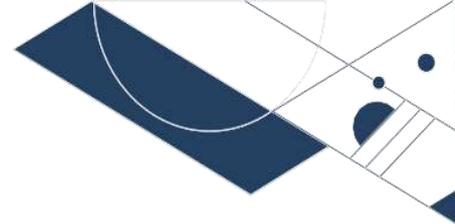
### 3.1.2.8 Riwayat Penyakit yang Pernah Diderita

Mengetahui riwayat penyakit baik pada individu maupun komunitas sangat penting untuk mengetahui keluhan dan penyakit yang pernah diderita. Ada beberapa penyakit yang dapat diturunkan dari nenek moyang ke anak cucu atau genetik. Tetapi ada juga penyakit yang diakibatkan oleh bakteri dan virus, serta perilaku tidak sehat yang dilakukan oleh seseorang, khususnya yang terkait dengan perilaku merokok. Berikut diuraikan riwayat penyakit yang pernah diderita di desa Bone-Bone dan desa kontrol, sebagai berikut:



Gambar 4.8. Riwayat Penyakit yang Pernah Diderita

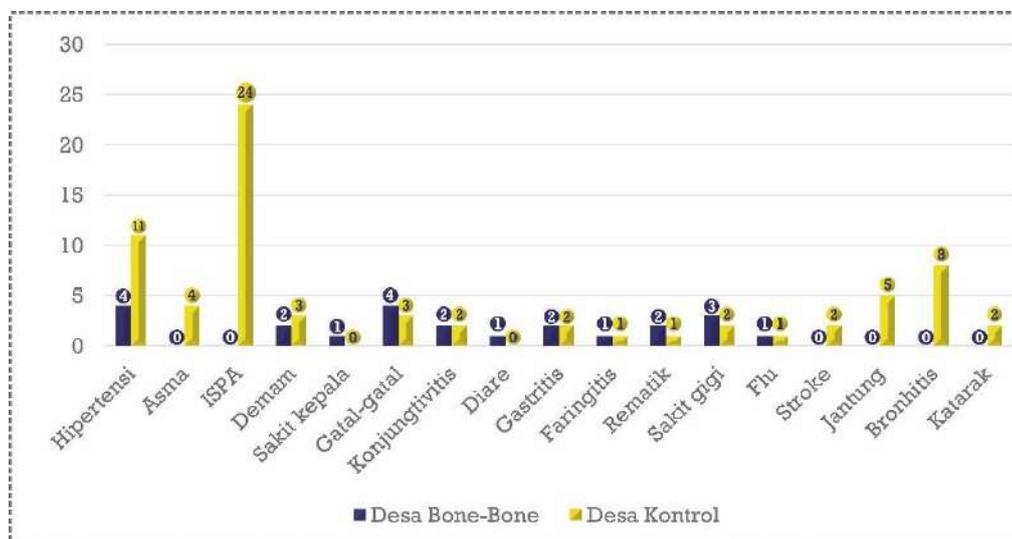
Dari gambar chart 4.8. dapat diuraikan, riwayat penyakit Hipertensi di desa Bone-Bone sebanyak 6 kasus (4,4%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 10 kasus (7,4%). Gastritis di desa Bone-Bone sebanyak 4 kasus (2,9%), sedangkan pada desa kontrol sebanyak 2 kasus (1,5%). Diare di desa Bone-Bone sebanyak 3 kasus (2,2%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 (0,7%). Riwayat ISPA di desa Bone-Bone sebanyak 24 (17,6%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 21 kasus (15,4%). Riwayat Gatal-gatal di desa Bone-Bone sebanyak 7 kasus (5,1%), dan di desa kontrol sebanyak 5 kasus (3,7%). Riwayat penyakit Sakit Kepala di desa Bone-Bone sebanyak 7 kasus (5,1%), di desa kontrol sebanyak



8 (5,9%). Riwayat penyakit Common Cold di desa Bone-Bone sebanyak 3 kasus (2,1%), dan desa kontrol sebanyak 3 kasus (2,1%). Riwayat Asma di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 kasus (2,1%). Riwayat Sesak napas di desa Bone-Bone nihil, di desa kontrol sebanyak 1 kasus (0,7%). Riwayat Batuk di desa Bone-Bone nihil, di desa kontrol sebanyak 3 kasus (2,1%). Sedangkan riwayat Bronhitis di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 kasus (2,1%). Riwayat Konjungtivitis di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 kasus (1,5%). Sedangkan riwayat penyakit Jantung di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 kasus (1,5%).

### 3.1.2.9 Penyakit yang Diderita Saat Ini

Di zaman teknologi canggih seperti sekarang ini, semakin banyak orang yang jadi sakit akibat kurang gerak. Penyakit yang timbul kebanyakan adalah penyakit tidak menular yang berkaitan dengan metabolisme di dalam tubuh. Tetapi banyak juga yang terkena penyakit karena perilaku dan pola hidup yang tidak sehat, seperti merokok, mengonsumsi narkoba, minuman keras, dan penyakit lainnya. Berikut diuraikan data penyakit yang diderita saat ini pada desa Bone-Bone dan desa kontrol, sebagai berikut:



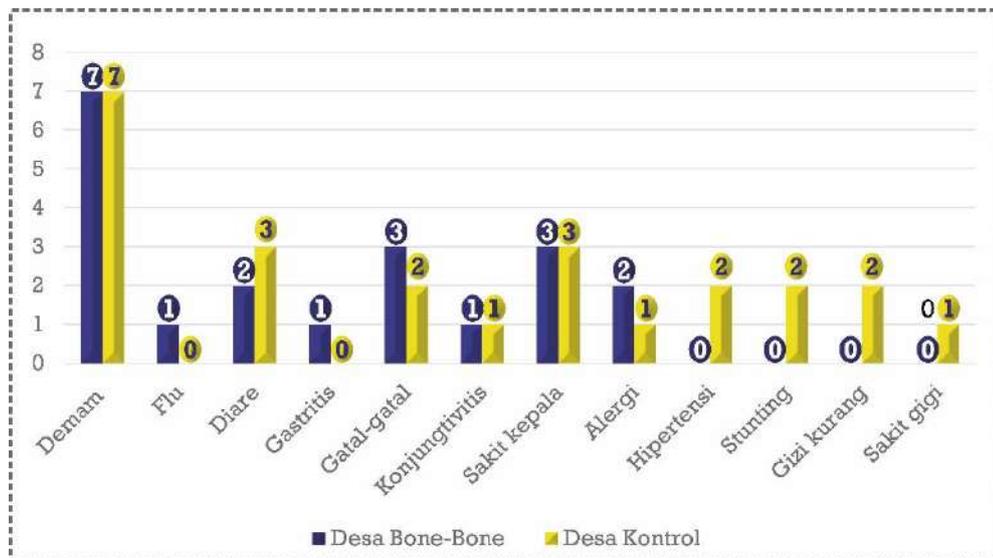
Gambar 4.9. Penyakit yang Diderita Saat Ini

Dari gambar chart 4.9. riwayat penyakit Hipertensi di desa Bone-Bone sebanyak 4 orang (2,9%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 11 orang (8,1%). Penyakit Asma di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 4 orang (2,9%). Penyakit ISPA di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 24 orang (18,5%). Sedangkan penyakit Demam di desa Bone-Bone sebanyak 2 orang (1,5%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 orang (2,1%). Penyakit Sakit kepala di desa Bone-Bone diderita oleh 1 orang (0,7%), sedangkan di desa kontrol nihil. Penyakit Gatal-gatal di desa Bone-Bone sebanyak 4 orang (2,9%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 orang (2,1%). Penyakit Konjungtivitis diderita oleh 2 orang (1,5%) di desa Bone-Bone, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%). Sedangkan Diare di desa Bone-Bone diderita oleh 1 orang (0,7%), sedangkan di desa kontrol nihil. Penyakit Gastritis di desa Bone-Bone sebanyak 2 orang (1,5%), sedangkan di

desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%). Penyakit Faringitis sebanyak 1 (0,7%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 orang (0,7%). Penyakit Rematik sebanyak 2 (1,5%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 orang (0,7%). Sebanyak 3 orang (2,1%) menderita Sakit gigi, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%). Sedangkan penyakit Flu sebanyak 1 (0,7%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 orang (0,7%). Penderita Stroke di desa Bone Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%). Sedangkan penyakit Jantung di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 5 orang (3,7%). Penyakit Bronhitis di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 8 orang (5,9%). Dan penyakit Katarak di desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol sebanyak 2 orang (1,5%).

### 3.1.2.10 Penyakit yang Diderita Anggota Keluarga

Peran dan fungsi keluarga dalam teori sistem salah satunya adalah sebagai pemberi perawatan (caregiver) pada anggota keluarga yang sakit. (Smith, Greenberg, & Seltzer, 2007). Lim dan Zebrack (2004) menyatakan bahwa konsep normalisasi pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kronis dilakukan dengan merubah gaya hidup yang mendukung proses pengobatan. Kegiatan-kegiatan tersebut antara lain melakukan pemeriksaan rutin, manajemen perawatan diri, perubahan pola makan, aktivitas fisik, dan memaksimalkan dukungan emosional dilakukan untuk memberikan kenyamanan (Lim & Zebrack, 2004). Studi yang dilakukan Knafl dan Gilliss (2002) menyebutkan bahwa meskipun konsep normalisasi keluarga merupakan proses adaptif, namun beberapa keluarga mengalami kesulitan dalam menjalani rutinitas yang stabil berhubungan dengan proses pengobatan yang lama, perubahan aktivitas fisik, serta perubahan peran dan tanggung jawab. Berikut diuraikan penyakit yang diderita anggota keluarga saat ini, sebagai berikut:

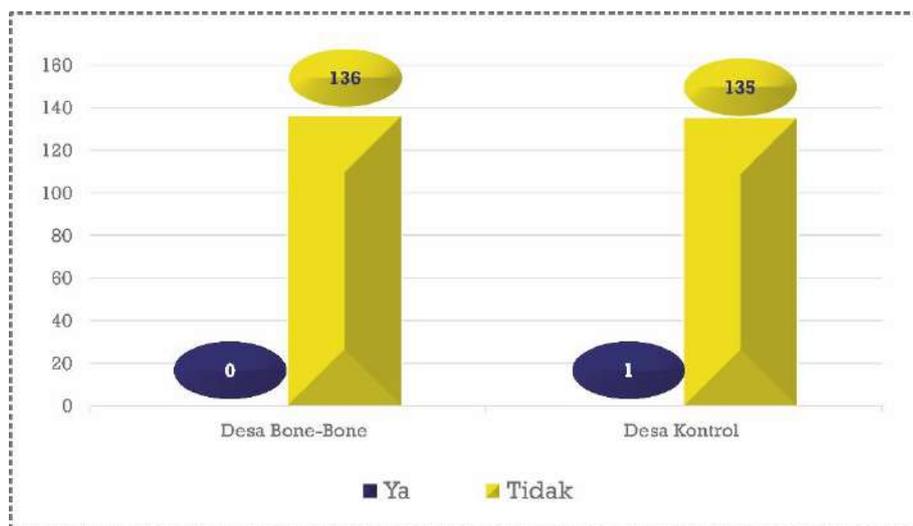


Gambar 4.10. Penyakit yang Diderita Anggota keluarga Saat Ini

Dari gambar chart 4.10. dapat diketahui, sebanyak 7 orang (5,1%) anggota keluarga warga Bone-Bone mengalami Demam, sedangkan di desa kontrol juga sebanyak 7 orang (5,1%). Sebanyak 1 (0,7%) anggota keluarga menderita Flu, sedangkan di desa kontrol nihil. Sebanyak 2 (1,5%) anggota keluarga di desa Bone-Bone menderita Diare, sedangkan di desa kontrol sebanyak 3 orang (2,1%). Sebanyak 1 (0,7%) anggota keluarga menderita Gastritis, sedangkan di desa kontrol nihil. Sebanyak 3 (2,1%) anggota keluarga di desa Bone-Bone menderita Gatal-gatal, sedangkan di desa kontrol juga sebanyak 2 orang (1,5%). Sebanyak 1 orang (0,7%) menderita Konjungtivitis, sedangkan di desa kontrol juga sebanyak 1 orang (0,7%). Sebanyak 3 (2,1%) menderita sakit kepala, sedangkan di desa kontrol juga sebanyak 3 orang (2,1%). Alergi sebanyak 2 orang (1,5%), sedangkan di desa kontrol sebanyak 1 orang (0,7%). Penyakit lainnya seperti hipertensi, stunting, kurang gizi pada desa Bone-Bone nihil, sedangkan di desa kontrol terdapat kasus dengan rata-rata 2 kasus.

### 3.1.2.11 Kelahiran Prematur

Kelahiran prematur adalah kelahiran yang terjadi sebelum minggu ke-37 atau lebih awal dari hari perkiraan lahir. Kondisi ini terjadi ketika kontraksi rahim mengakibatkan terbukanya leher rahim (serviks), sehingga membuat janin memasuki jalan lahir. Minggu terakhir masa kehamilan merupakan masa yang penting dalam pembentukan tahap akhir berbagai organ vital, termasuk otak dan paru-paru, serta proses peningkatan berat badan janin. Oleh karena itu, bayi yang lahir prematur berisiko mengalami gangguan kesehatan karena kondisi organ tubuh yang belum sempurna, sehingga membutuhkan perawatan intensif. Berikut diuraikan kejadian kelahiran prematur di Desa Bone-Bone dan desa Kontrol.



Gambar 4.11. Kasus Kelahiran Prematur

Dari gambar chart 4.11. kasus kelahiran prematur di desa Bone-Bone nihil, dan di desa kontrol terdapat 1 kasus. Penelitian yang dilaporkan oleh Mira tahun 2012 menunjukkan bahwa paparan asap rokok merupakan faktor risiko yang bermakna terhadap kejadian kelahiran prematur (Mira Astri Koniyo, Buraerah H.Abd. Hakim, 2012). Ibu hamil yang terpapar asap rokok dalam rumahnya 3,9 kali lebih berisiko melahirkan bayi prematur dibandingkan pada ibu hamil yang tidak terpapar asap rokok. Dalam beberapa penelitian

lainnya menunjukkan bahwa ibu hamil dengan paparan asap rokok (perokok aktif maupun perokok pasif) memiliki kemungkinan mengalami kelahiran bayi prematur 2,5 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil yang tidak mengalami paparan asap rokok.

### 4.1.3. Strategi Pengembangan Model Inovasi Kawasan Tanpa Asap Rokok

#### 4.1.3.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dilakukan untuk setiap variabel laten yang dikonstruksi oleh indikator-indikatornya masing-masing. Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuisioner (Ghozali, 2017). Uji validitas menggunakan rumus *The Product Moment Coefficient correlation* yaitu dengan melihat  $r_{hitung}$  dan nilai signifikan/probabilitas masing-masing item pertanyaan dibandingkan dengan tingkat signifikan 5%. Selanjutnya untuk menguji reliabilitas instrumen pengukuran digunakan prosedur Cronbach's Alpha ( $\alpha > 0,60$ ). Berikut ini disajikan hasil olah data uji validitas dan reliabilitas indikator/butir pertanyaan kekuatan, kelemahan, peluang, dan Ancaman yaitu:

Tabel 4.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Indikator/Butir Pertanyaan Kekuatan, Kelemahan, Peluang, dan Ancaman.

Variabel	Indikator	Sig.	Cronbach's Alpha	Keterangan
Strength	S_1	0.005	0.05	Valid & Reliabel
	S_2	0.039		
	S_3	0.000		
	S_4	0.001		
	S_5	0.000		
	S_6	0.009		
Weakness	W_1	0.000	0.05	Valid & Reliabel
	W_2	0.000		
	W_3	0.023		
	W_4	0.000		
Opportunity	O_1	0.000	0.05	Valid & Reliabel
	O_2	0.001		
	O_3	0.000		
	O_4	0.000		
Threats	T_1	0.001	0.05	Valid & Reliabel
	T_2	0.000		
	T_3	0.001		

#### 4.1.3.2 Menentukan Matrik IFAS (*Internal Strategic Analysis Summary*) dan EFAS (*Eksternal Strategic Analysis Summary*)

Faktor-faktor strategis perusahaan yang didapat kemudian diformulasikan dalam bentuk tabel IFAS (*Internal Strategic Analysis Summary*) dan EFAS (*Eksternal Strategic Analysis Summary*) yang mana sebelumnya memformulasikan IFAS dan EFAS terlebih dahulu dilakukan pembobotan terhadap masing-masing faktor strategis. Berikut disajikan tabel pemberian nilai dan bobot serta pemberian pembobotan dan rating:

Tabel 4.2. Hasil Perhitungan IFAS (*Internal Strategic Analysis Summary*)

Faktor-faktor Strategi Internal	Integrity/ Penilaian (%)	Bobot	Rating	Score (Bobot x Rating)
<b>Kekuatan</b>				
Posisi geografis Desa Bone-Bone	20	0.200	4	0.800
Peraturan Desa Bone-Bone	20	0.200	5	1.000
Kesadaran Masyarakat menjaga kearifan lokal	20	0.200	4	0.800
Kesadaran masyarakat menerapkan lingkungan bebas asap rokok	20	0.200	5	1.000
Peran tokoh agama menerapkan lingkungan bebas asap rokok	10	0.100	4	0.400
Peran tokoh adat menerapkan lingkungan bebas asap rokok	10	0.100	4	0.400
<b>Total</b>	100	1.000		<b>4.400</b>
<b>Kelemahan</b>				
Sistem pengawasan, kontroling, evaluasi program pengembangan KTR	30	0.300	4	1.200
Konsistensi keberlanjutan penerapan program KTR	30	0.300	4	1.200
Minimnya infrastruktur sarana dan prasarana kesehatan, pendidikan, dan penunjang pendukung program KTR	20	0.200	2	0.400
Inovasi dan kreativitas aparat desa dan masyarakat	20	0.200	4	0.800
<b>Total</b>	100	1.000		<b>3.600</b>

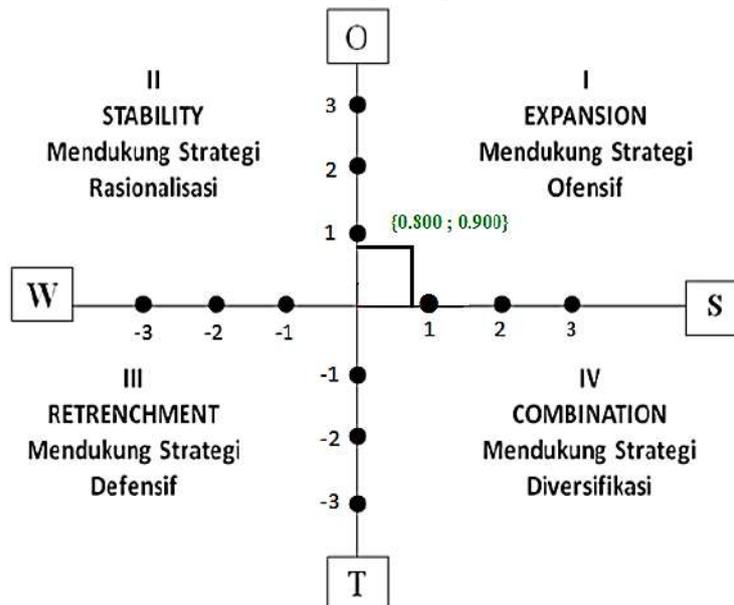
Tabel 4.3. Hasil Perhitungan EFAS (*Eksternal Strategic Analysis Summary*)

Faktor-faktor Strategi Eksternal	Integrity/ Penilaian (%)	Bobot	Rating	Score (Bobot x Rating)
Peluang				
Pengakuan WHO sebagai desa <i>lifestyle without tobacco</i>	30	0.300	4	1.200
Tersedianya APBDes untuk pengembangan desa	30	0.300	5	1.500
Kearifan lokal yang masih kental dan kuat pada masyarakat	20	0.200	4	0.800
Nilai agama yang masih kental dan kuat pada masyarakat	20	0.200	5	1.000
<b>Total</b>	100	<b>1.000</b>		<b>4.500</b>
Ancaman				
Potensi tercadinya bencana alam	40	0.400	4	1.600

Faktor-faktor Strategi Eksternal	Integrity/ Penilaian (%)	Bobot	Rating	Score (Bobot x Rating)
minimnya pendampingan yang bersifat edukasi berkelanjutan oleh pemerintah, akademisi dan praktisi	40	0.400	3	1.200
Dampak/Pengaruh kunjungan orang luar terhadap pelaksanaan auran KTR	20	0.200	4	0.800
<b>Total</b>	100	<b>1.000</b>		<b>3.600</b>

#### 4.1.3.3 Menentukan Posisi Kuadran

Berdasarkan Klasifikasi IFAS pada Tabel 2 dan EFAS pada Tabel 3 diketahui bahwa skor total untuk faktor-faktor strategis internal adalah 0.800, sedangkan untuk skor total faktor strategis eksternal adalah 0.900. Untuk mengetahui gambaran strategis perusahaan berdasarkan formulasi IFAS dan EFAS pada tabel 2 dan tabel 3, selanjutnya diperhitungkan dengan matrik internal eksternal (IE Matrik) pada gambar berikut:



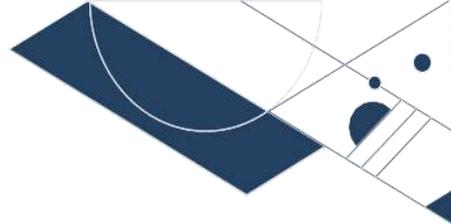
Gambar 4.1. Diagram Matriks SWOT

Berdasarkan dari hasil perhitungan Matriks IFAS dan EFAS diperoleh posisi Kuadran dari Matriks SWOT yaitu:

Pada Posisi Kuadran I

$$\text{Kekuatan} - \text{Kelemahan} = 4.400 - 3.600 = 0.800$$

$$\text{Peluang} - \text{Ancaman} = 4.500 - 3.600 = 0.900$$



Tabel 4.5. Matriks SWOT

<p style="text-align: center;"><b>FAKTOR INTERNAL</b></p> 	<p><b><u>Kekuatan (S)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisi geografis Desa Bone-Bone dalam menunjang terciptanya inovasi model pengembangan kawasan tanpa rokok</li> <li>• Peraturan Desa Bone-Bone No. 1 Tahun 2009 tentang kawasan bebas asap rokok.</li> <li>• Kesadaran masyarakat dalam menjaga kearifan lokal budaya dan adat istiadat sebagai sumber kekuatan utama dalam mewujudkan kawasan bebas asap rokok.</li> <li>• Kesadaran masyarakat dalam menerapkan lingkungan bebas asap rokok.</li> <li>• Peran tokoh agama dalam menerapkan lingkungan bebas asap rokok.</li> <li>• Peran tokoh adat dalam menerapkan lingkungan bebas asap rokok</li> </ul>	<p><b><u>Kelemahan (W)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistem pengawasan, kontroling, dan evaluasi program pengembangan kawasan tanpa rokok.</li> <li>• Konsistensi keberlanjutan penerapan program kawasan bebas asap rokok</li> <li>• Minimnya infrastruktur sarana dan prasarana kesehatan, pendidikan, dan penunjang terlaksananya program pengembangan inovasi kawasan bebas asap rokok.</li> <li>• Inovasi dan kreativitas aparat desa dan masyarakat.</li> </ul>
<p><b>FAKTOR EKSTERNAL</b></p>	<p><b>RUMUSAN STRATEGI PENGEMBANGAN</b></p>	
<p><b><u>Peluang (O)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengakuan dari WHO sebagai desa dengan <i>life style without tobacco</i>.</li> <li>• Tersedianya APBDes untuk pengembangan desa.</li> <li>• Kearifan lokal yang masih kental dan kuat pada masyarakat.</li> <li>• Nilai agama yang masih kental dan kuat pada masyarakat.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi S-O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya pengakuan WHO, Peraturan Desa, dan didukung dengan posisi geografis yang strategis menjadi kekuatan dan cirikhas untuk menjadi desa pionir yaitu desa dengan <i>life style without tobacco</i>.</li> <li>• Adanya peluang untuk menjadikan desa wisata religi kama didukung dengan kesadaran masyarakat nilai agama dan kearifan lokal yang masih kuat, sehingga mampu menciptakan peluang ekonomi sumber pendapatan masyarakat desa.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi W-O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memanfaatkan dana APBDes untuk menunjang infrastruktur sarana kesehatan, pendidikan, ibadah serta fasilitas yang mampu mendukung pengembangan kawasan tanpa rokok.</li> <li>• Adanya pengakuan dari WHO menjadi kekuatan utama yang mampu menghadirkan berbagai kalangan baik pemerintah, akademisi, dan praktisi dalam melaksanakan riset yang hasilnya dapat digunakan langsung oleh aparat desa untuk mendukung konsistensi keberlanjutan pengembangan kawasan tanpa rokok</li> </ul>
<p><b><u>Ancaman (T)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potensi terjadinya bencana</li> <li>• Minimnya pendampingan yang sifatnya memberikan edukasi secara kontinyu yang dilakukan oleh pemerintah, kalangan akademisi, dan praktisi.</li> <li>• Orang luar yang datang memberikan dampak buruk terhadap pelaksanaan aturan kawasan tanpa rokok.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi S-T</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tersedianya perdes Desa Bone-Bone No. 1 Tahun 2009 tentang kawasan bebas asap rokok yang digunakan sebagai aturan hukum dalam melindungi kawasan terhadap potensi terjadinya bencana (mis: kewajiban menanam pohon bagi masyarakat).</li> <li>• Tingginya kesadaran masyarakat dalam menjaga kearifan lokal budaya adat istiadat yang dijadikan sebagai kekuatan utama dari pengaruh eksternal yang dibawa oleh orang lain yang berkunjung ke Desa Bone-Bone</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi W-T</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetap fokus dan lebih meningkatkan pengawasan dan kontrol terhadap konsistensi keberlanjutan program kawasan tanpa rokok untuk meminimalisir pengaruh eksternal yang berpotensi dibawa oleh orang lain yang berkunjung ke Desa Bone-Bone.</li> <li>• Inovasi dan kreativitas dari aparat desa dalam memanfaatkan informasi hasil riset dan pendampingan yang diberikan oleh pemerintah dan akademisi untuk meminimalisir terjadinya potensi bencana dan mendukung program pengembangan kawasan tanpa rokok.</li> </ul>

#### 4.1.4. Diseminasi Strategi Pengembangan Model Inovasi Kawasan Tanpa Asap Rokok

## 4.2 Pembahasan Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan ditemukan nilai dasar gerakan tanpa asap rokok melalui berbagai aspek diantaranya:

### 1. Pengamalan Agama

Pada data kualitatif penelitian ini ditemukan nilai dasar dari gerakan tanpa asap rokok di desa Bone-Bone adalah pengamalan agama. Salah satu ormas yang memberikan fatwa haram merokok adalah Muhammadiyah melalui keputusan Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah No.6/SM/MTT/III/2010. Dengan menggunakan beberapa alasan yang berlandaskan pada dalil-dalil al-Quran dan Sunnah. Dalil yang berasal dari al-Quran antara lain Surat al-A'raf ayat 157, al-Baqarah ayat 195, an-Nisa' ayat 29, al-Isra' ayat 26-27, dan beberapa hadis Nabi Muhammad saw (Muhammadiyah, 2010). Metode yang digunakan adalah *bayani*, *ta'lili* dan *Istislahi*. *Bayani* (semantik) yaitu metode yang menggunakan pendekatan kebahasaan. *Ta'lili* (rasionalistik) yang menggunakan pendekatan penalaran, dan *Istislahi* (filosofis) penetapan hukum dengan pendekatan kemaslahatan (Abdurrahman, 2002).

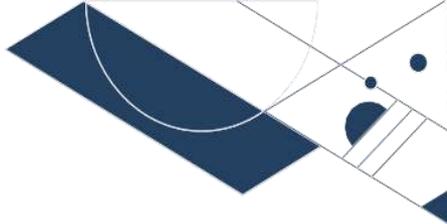
Sedangkan bagi Nahdatul Ulama, rokok merupakan suatu hal yang baru yang belum memiliki hukum secara pasti. Berkaitan dengan hukum merokok, NU tidak mengeluarkan edaran secara resmi seperti Muhammadiyah. Namun, masalah ini disinggung dalam muktamar NU ke-2 yang terangkum dalam kumpulan muktamar NU (Nasyr, 2011). Secara garis besar fatwa Muhammadiyah berangkat dari asumsi bahwa kemudharatan yang ditimbulkan rokok lebih besar daripada kemanfaatannya, sementara yang melatarbelakangi NU memberikan hukum rokok makruh adalah tidak adanya satu dalil atau nash, maupun hadist yang secara langsung melarang dan mengharamkan rokok, tidak ada illat yang jelas dan kuat, sehingga NU memberikan hukum makruh. NU dan Muhammadiyah sepakat dalam tataran *takhrijul manath* yakni bahwa setiap yang membahayakan haram di konsumsi. Namun keduanya berbeda dalam tataran *tahqiqul manath*. Menurut Muhammadiyah rokok membahayakan sementara menurut NU rokok mempunyai potensi untuk membahayakan (Ihsan, 2017).

Perbedaan argumen tentang haramnya merokok, disikapi secara sederhana oleh warga desa Bone-Bone dengan menyatakan bahwa rokok lebih banyak dampak negatifnya daripada positifnya apalagi jika dikaitkan dengan kesehatan, ekonomi, dan aspek lain.<sup>5</sup> Memilih tidak merokok adalah menghindari bahaya yang dapat menyebabkan bahaya pada diri sendiri, keluarga, dan masyarakat luas.

### 2. Keberlanjutan Pendidikan

Masyarakat memahami bahwa pendidikan merupakan aspek penting dalam menjaga keberlangsungan generasi penurus bangsa. Tekad yang kuat dari seluruh masyarakat menjadikan pendidikan sebagai pilar utama, sehingga melahirkan semangat kegotongroyongan untuk kemajuan desa Bone-Bone Kabupaten Enrekang. Terbukti dari jumlah anggota keluarga yang melanjutkan pendidikan pada tingkat SMA sebanyak 93 orang (68,3%) dan yang melanjutkan pendidikan tingkat Perguruan Tinggi (PT) sebanyak 36 orang (26,4%). Sumber pendanaan pendidikan sebagian besar bersumber dari orang tua (70,8%) dan pemerintah (29,2%). Sebagian besar orang tua yang memiliki anak melanjutkan pendidikan Menengah Atas, bersekolah di Pesanteren. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu oleh (Indy et al., 2019) menyatakan bahwa pendidikan merupakan suatu cara yang

<sup>5</sup> IM, HM, MY "Wawancara" Tanggal 25 September 2021



dilakukan oleh manusia untuk mengembangkan potensi dirinya melalui proses pendidikan baik formal, informal dan non formal dalam kehidupan bermasyarakat. Meningkatnya pendidikan masyarakat akan mempengaruhi sumber daya manusia (SDM) itu sendiri. Sesuai dengan pendekatan tradisional, SDM dipandang sebagai salah satu input dalam faktor produksi, disamping modal dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan perekonomian dan berdampak pada pembangunan daerah (Alisjahbana et al., 2018).

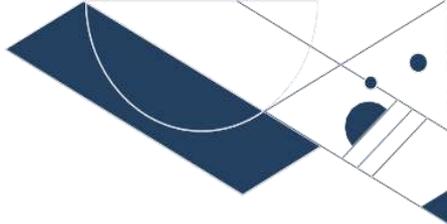
### 3. Penguatan Ekonomi

Perkembangan ekonomi masyarakat Indonesia banyak terjadi di wilayah pedesaan. Kekayaan dan investasi masyarakat wilayah pedesaan tidak dinilai dari jumlah tabungan rupiah atau dollar, tapi berbasis pada kepemilikan properti dan harta (sungai, tanah, rumah, lahan, mineral) bahkan kekayaan hayati (hutan, peternakan, pertanian, perikanan, dan lain-lain). Tentu saja potensi ini, akan lebih sustainable, berdaya saing, dan berpotensi untuk dikembangkan karena berkaitan erat dengan hidup dan kehidupan manusia serta lingkungan.

Kondisi perekonomian salah satunya dipengaruhi oleh tingkat prevalensi perokok. Merokok dapat menyebabkan dampak buruk terhadap masyarakat salah satu diantaranya dapat menimbulkan beban ekonomi keuangan yang ditanggung oleh perokok. Desa Bone Bone Kabupaten Enrekang merupakan salah satu desa pionir pertama yang mendapat pengakuan dari WHO yaitu desa dengan *life style without tobacco* dengan tingkat prevalensi perokok yaitu sebesar 0%. Berdasarkan hasil temuan penelitian diperoleh informasi bahwa terdapat korelasi antara tingkat pendapatan dan jumlah tabungan yang dimiliki oleh kepala keluarga di Desa Bone Bone. Kondisi ini ditentukan salah satunya dengan tercapainya tingkat prevalensi perokok yaitu sebesar 0%. Perkembangan ekonomi dapat dilihat dari jumlah pendapatan yang sesuai dengan Upah Minimum Regional (UMR) sejak diberlakukannya perdes telah mencapai 33,1%. Kondisi ini diikuti dengan meningkatnya jumlah tabungan sebesar 60,2%. Berbeda dengan Desa Salukanan yang menjadi desa kontrol, dimana tingkat penghasilan kepala keluarga yang sesuai dengan Upah Minimum Regional (UMR) sebesar 53,7% namun tidak diikuti dengan peningkatan jumlah tabungan yang hanya sebesar 24,2%. Kondisi ini dipengaruhi oleh jumlah perokok aktif yang mencapai 77,9%. Menurut Sreeramareddy et al., (2018); Carrieri & Jones (2016) bahwa merokok sangat dipengaruhi oleh status ekonomi. Hasil temuan ini juga mendukung temuan Ekpu & Brown (2015) bahwa terdapat perbedaan besar dalam penerapan dan pengukuran ekonomi langkah-langkah berhenti merokok di berbagai jenis intervensi, metodologi, negara, pengaturan ekonomi, dan aspek kesehatan.

### 4. Kesadaran Hukum

Efektivitas implementasi dari suatu aturan sangat ditentukan oleh kesadaran hukum masyarakat. Kebijakan yang dikeluarkan oleh Aparat Desa terkait Peraturan Desa No.1 Tahun 2009 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok tentu saja tidak dapat berjalan dengan baik tanpa adanya dukungan dari seluruh masyarakat. Dari hasil penelitian terlihat bahwa riwayat merokok di Desa Bone-Bone sebelum dikeluarkan Peraturan tentang Kawasan Bebas Asap Rokok masih sangat tinggi yaitu sebanyak 112 orang (82,4%) yang merokok dan sebanyak 24 (17,6%) orang yang tidak merokok. Tetapi, setelah aturan tersebut dikeluarkan terlihat bahwa jumlah perokok di desa Bone-Bone nihil. Bertolak belakang dengan Desa Salukanan

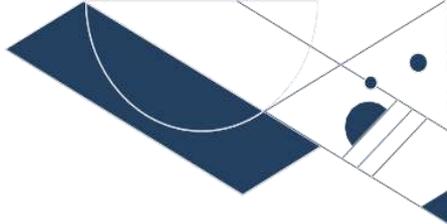


sebagai desa kontrol yang yang masih sangat tinggi jumlah perokoknya sebesar 106 orang (77,9%), dan yang tidak merokok sebanyak 20 orang (22,1%). Desa Salukanan adalah salah satu desa yang pernah mencanangkan untuk menjadi kawasan bebas asap rokok tetapi tidak terealisasi karena kurang mendapat dukungan dari warganya. Perbandingan tersebut menunjukkan ketaatan hukum masyarakat Desa Bone-Bone sangat tinggi. Ketaatan hukum memang sangat dipengaruhi oleh kesadaran hukum. Penelitian terdahulu yang membenarkan terdapat keterkaitan antara kesadaran hukum dan ketaatan hukum adalah penelitian oleh (Barthos, 2018) dimana kendala yang dialami para penegak hukum dalam menjalankan aturan yang ada adalah kurangnya kesadaran hukum masyarakat. Teori efektifitas hukum Lawrence M. Friedman mengemukakan bahwa efektif atau tidaknya penegakan hukum dipengaruhi oleh 3 (tiga) hal, yakni: struktur hukum (*struktur of law*); substansi hukum (*substance of the law*); dan budaya hukum (*legal culture*) (Friedman, 1975). Aturan hukum tidak dapat berjalan dengan baik jika tidak didukung oleh struktur hukum yang baik dalam hal ini para penegak hukum. Aturan hukum dan struktur hukum yang baik juga tidak dapat terlaksana dengan maksimal jika tidak didukung oleh budaya hukum masyarakat.

Kesadaran hukum merupakan bagian dari budaya hukum dimana masyarakat taat pada aturan yang berlaku bukan karena adanya sanksi tegas yang diberikan tetapi nilai moral yang melekat pada diri setiap masyarakat. Nilai-nilai inilah yang disebut sebagai *living law* atau hukum yang hidup dan dianut oleh masyarakat dari waktu ke waktu. Budaya hukum memang memegang peranan penting dalam membentuk kesadaran hukum masyarakat. Budaya hukum akan memebentuk perilaku sosial masyarakat dalam setiap tahapan perkembangannya. Bahkan, mengingat pentingnya budaya hukum maka perlu dimasukkan sebagai materi pendidikan bagi para penegak hukum (Kozhukhova & Zhiyenbayev, 2018). Struktur hukum tidak hanya menuntut masyarakat agar dapat mentaati setiap aturan yang ada namun harus mampu mengetahui cara efektif dalam menumbuhkan ketaatan hukum masyarakat yang dimulai dengan membudayakan hukum sebagai dasar lahirnya kesadaran hukum.

##### 5. Dampak penerapan Kawasan Tanpa Asap Rokok (KTAR)

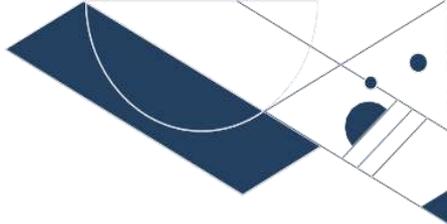
Masyarakat Desa Bone-bone setelah menerapkan aturan Perdes No.1 tahun 2019 tentang Kawasan Bebas Asap Rokok merasakan perubahan kesejahteraan hidup. Perubahan yang dirasakan dari berbagai aspek, diantaranya 1) aspek pendidikan, dilihat dari anggota keluarga yang melanjutkan pendidikan SMA sebanyak 68,3%, pendidikan tinggi sebanyak 26,4%. Sumber dana pendidikan sebagian besar dari orang tua (70,8%) dan pemerintah (29,2%); 2) aspek perekonomian, terlihat dari kepemilikan aset yaitu tabungan (60,2%), mobil (3,7%), motor (22,8%), jenis kayu bangunan yang digunakan adalah kayu ulin (65,4%); 3) aspek kesehatan, dilihat dari riwayat penyakit yang diderita sebelumnya, tertinggi pada penyakit Infeksi Saluran Pernapasan (ISPA) sebanyak 24 (17,6%), gatal-gatal (5,1%), sakit kepala (5,1%), hipertensi (4,4%), gastritis (2,9%), Commond Cold (2,1%). Sedangkan untuk penyakit yang diderita saat ini tidak ada penyakit Infeksi Saluran Pernapasan (ISPA). Penyakit diderita saat ini adalah flu (0,7%), diare (0,7%), sakit kepala (0,7%), gastritis (0,7%), rematik (1,5%), konjungtivitis (1,5%), hipertensi dan gatal-gatal (2,9%). Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang disebabkan oleh rokok



seperti ISPA, pneumonia, stunting, atau gizi kurang pada anak, begitupun tidak ada ibu yang melahirkan bayi prematur.

Berbeda dengan Desa Salu Kanan sebagai desa kontrol yang belum memiliki Peraturan Desa tentang Kawasan Tanpa Asap Rokok. Dampak yang ditimbulkan akibat perilaku merokok masyarakat Desa Salu Kanan, dilihat dari beberapa aspek yaitu: 1) aspek pendidikan, berdampak pada anggota keluarga yang melanjutkan pendidikan SMA sebanyak 62,5%, dan pendidikan tinggi hanya 8,8%. Sumber pendanaan pendidikan sebagian besar dari pemerintah (59,6%) dan orangtua (40,4%); 2) aspek perekonomian, kepemilikan aset masih rendah berupa tabungan (24,2%), tidak ada yang memiliki mobil, motor (18,4%), jenis kayu bangunan yang digunakan adalah kayu suren (64,0%). Padahal jika dilihat dari pendapatan masyarakat perbulan sebagian besar memiliki pendapatan diatas Upah Minimum Regional (53,7%), sumber pendapatan tinggi berupa tanah kebun (Ladang) (39,0%), kebun kopi (27,9%), tanah sawah (72,1%), hewan ternak (28,7%); 3) aspek kesehatan, dilihat dari riwayat penyakit yang diderita sebelumnya, tertinggi pada penyakit Infeksi Saluran Pernapasan (ISPA) sebanyak 21 (15,4%), asma (2,1%), sesak napas (0,7%), batuk (2,1), bronhitis (2,1%), jantung (1,5%), hipertensi (7,4%). Sedangkan untuk penyakit yang diderita saat ini, penderita ISPA meningkat menjadi 18,5%, asma (2,9%), hipertensi (8,1%), bronhitis (5,9%), jantung (3,7%), store (1,5%), dan katarak (1,5%). Anggota keluarga yang menderita penyakit yang disebabkan oleh rokok seperti ISPA, stunting (1,5%), gizi kurang pada anak (1,5%) dan ada ibu yang melahirkan bayi prematur (0,7%).

Melihat kondisi diatas, terbukti bahwa penerapan Kawasan Bebas Asap Rokok memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan masyarakat dari berbagai aspek kehidupan. Adanya aturan bebas kawasan asap rokok secara nasional dan penetapan kawasan tanpa rokok memberikan dampak positif terhadap kesehatan jantung (kardiovaskular), penyakit pernapasan, kesehatan bayi dan mengurangi kematian akibat merokok. Selain itu, mengurangi perilaku merokok utamanya merokok didalam rumah pada (Frazer et al., 2016; White et al., 2016). Aspek ekonomi, mengurangi biaya ekonomi keluarga dan pemeliharaan kesehatan (Chang, 2020). Sedangkan bagi wilayah yang belum menerapkan Kawasan Bebas Asap Rokok memberikan dampak negatif bagi kehidupan masyarakat. Temuan ini sejalan penelitian terdahulu membuktikan bahwa perilaku merokok memberikan dampak negatif dari beberapa aspek kehidupan masyarakat seperti; 1) aspek kesehatan dapat menimbulkan berbagai penyakit dan kecatatan hampir pada seluruh organ tubuh. Penyakit yang ditimbulkan seperti kanker, penyakit jantung, stroke, penyakit paru-paru, asma, diabetes, dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), yang meliputi emfisema, bronkitis kronis, meningkatkan risiko tuberkulosis, penyakit mata tertentu, dan masalah sistem kekebalan tubuh, peradangan atau infeksi termasuk rheumatoid arthritis (Alisjahbana et al., 2018; Bonnie et al., 2015; Centers For Disease Control and Prevention, 2021); 2) aspek pendidikan, memberikan dampak terhadap perilaku siswa untuk kesekolah; 3) aspek ekonomi, memberikan dampak pada pengeluaran rumah tangga dalam hal pemenuhan pangan, pendidikan, dan kesehatan. Merokok bukan hanya merugikan diri sendiri karena berdampak buruk terhadap kesehatan, tetapi juga berimbas pada pemenuhan kebutuhan pokok anggota keluarga lainnya (Ginting & Maulana, 2020).



Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan melalui pendekatan analisis SWOT lahir beberapa strategi yaitu:

1. Strategi S-O

- a. Adanya pengakuan WHO, Peraturan Desa, dan didukung dengan posisi geografis yang strategis menjadi kekuatan dan cirikhas untuk menjadi desa pionir yaitu desa dengan *life style without tobacco*.
- b. Adanya peluang untuk menjadikan desa wisata religi karna didukung dengan kesadaran masyarakat nilai agama dan kearifan lokal yang masih kuat, sehingga mampu menciptakan peluang ekonomi sumber pendapatan masyarakat desa.

2. Strategi S-T

- a. Tersedianya perdes Desa Bone-Bone No. 1 Tahun 2009 tentang kawasan bebas asap rokok yang digunakan sebagai aturan hukum dalam melindungi kawasan terhadap potensi terjadinya bencana (mis: kewajiban menanam pohon bagi masyarakat).
- b. Tingginya kesadaran masyarakat dalam menjaga kearifan lokal budaya adat istiadat yang dijadikan sebagai kekuatan utama dari pengaruh eksternal yang dibawa oleh orang lain yang berkunung ke Desa Bone-Bone.

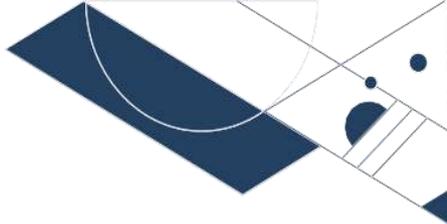
3. Strategi W-O

- a. Memanfaatkan dana APBDes untuk menunjang infrastruktur sarana kesehatan, pendidikan, ibadah serta fasilitas yang mampu mendukung pengembangan kawasan tanpa rokok.
- b. Adanya pengakuan dari WHO menjadi kekuatan utama yang mampu menghadirkan berbagai kalangan baik pemerintah, akademisi, dan praktisi dalam melaksanakan riset yang hasilnya dapat digunakan langsung oleh aparat desa untuk mendukung konsistensi keberlanjutan pengembangan kawasan tanpa rokok.

4. Strategi W-T

- a. Tetap fokus dan lebih meningkatkan pengawasan dan kontrol terhadap konsistensi keberlanjutan program kawasan tanpa rokok untuk meminimalisir pengaruh eksternal yang berpotensi dibawa oleh orang lain yang berkunjung ke Desa Bone-Bone.
- b. Inovasi dan kreativitas dari aparat desa dalam memanfaatkan informasi hasil riset dan pendampingan yang diberikan oleh pemerintah dan akademisi untuk meminimalisir terjadinya potensi bencana dan mendukung program pengembangan kawasan tanpa rokok.

Berdasarkan perencanaan strategi diatas aparat desa Desa Bone-Bone dapat menjadikan alternatif strategi tersebut sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan strategi pengembangan dan Diseminasi Model Inovasi Kawasan Tanpa Rokok. Selanjutnya, hasil analisis matriks IFAS dan EFAS dimana diperoleh posisi yaitu pada kuadran pertama atau pada posisi ekspansi , artinya organisasi dalam kondisi prima dan mantap sehingga sangat dimungkinkan untuk terus melakukan ekspansi, memperbesar pertumbuhan dan meraih kemajuan secara maksimal dan dari dua belas poin rumusan strataegi yang direkomendasikan yang dianggap relevan untuk dipertimbangkan dilaksanakan yaitu rumusan strategi SO (*Strength & Opportunity*) yaitu adanya peluang untuk menjadikan desa wisata religi karna didukung dengan kesadaran masyarakat nilai agama dan kearifan lokal yang masih kuat, sehingga mampu menciptakan peluang ekonomi sumber pendapatan

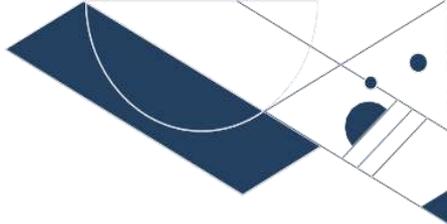


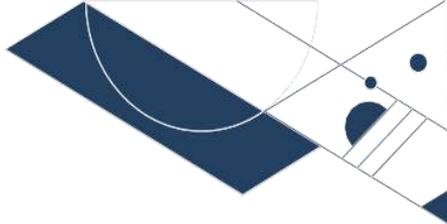
masyarakat desa. Selain itu, Desa Bone Bone juga didukung dengan adanya pengakuan WHO, Peraturan Desa, dan posisi geografis yang strategis menjadi kekuatan dan cirikhas untuk menjadi desa pionir yaitu desa dengan *life style without tobacco*.

Pada negara-negara dengan kebijakan pengendalian tembakau yang lebih kuat memiliki prevalensi merokok yang lebih rendah dan lebih berhasil dalam mengurangi tingkat merokok (Gravely et al., 2017; Gredner et al., 2021). Selain itu, peran masyarakat adat dibutuhkan dalam keterlibatan mereka dalam kegiatan penelitian pengendalian tembakau untuk meningkatkan relevansi dan efektivitas kesehatan masyarakat (Lee et al., 2020). Implementasi kebijakan Pemerintah yang disinergikan dengan inisiatif pengendalian tembakau oleh masyarakat sipil dan masyarakat sangat penting dalam mengurangi prevalensi penggunaan tembakau (Kaur & Jain, 2011).

## Daftar References

- Abdurrahman, A. (2002). *Manhaj Tarjih Muhammadiyah: Metodologi dan Aplikasi*. Pustaka Pelajar.
- Alisjahbana, Armida, S., & Murniningtyas, E. (2018). *Tujuan Pembangunan Berkelanjutan di Indonesia*. Penerbit; Unpad Press.
- Ambarwati, A., Umaroh, A. K., Kurniawati, F., Kuswandari, T. D., & Darojah, S. (2014). Media leaflet, video dan pengetahuan siswa SD tentang bahaya merokok (Studi Pada Siswa SDN 78 Sabrang Lor Mojosoongo Surakarta). *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 7–13.
- Anderson, K. E., Carmella, S. G., Ye, M., Bliss, R. L., Le, C., Murphy, L., & Hecht, S. S. (2001). *Metabolites of a Tobacco-Specific Lung Carcinogen in smoke ( ETS ) is associated with lung AND*. 93(5), 5–8.
- Anggriati, S. (2020). *Penerapan Kawasan Bebas Rokok Desa Bone Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang*. Universitas Bosowa.
- Baker, F., Ainsworth, S. R., Dye, J. T., Crammer, C., Thun, M. J., Hoffmann, D., Repace, J. L., Henningfield, J. E., Slade, J., Pinney, J., Shanks, T., Burns, D. M., Connolly, G. N., & Shopland, D. R. (2000). Health risks associated with cigar smoking. *Journal of the American Medical Association*, 284(6), 735–740. <https://doi.org/10.1001/jama.284.6.735>
- Barthos, M. (2018). Peran polisi lalu lintas dalam meningkatkan kesadaran hukum pengendara sepeda motor di wilayah Polres Jakarta Pusat berdasarkan undang-undang nomor 22 tahun 2009 tentang lalu lintas dan angkutan jalan. *Jurnal Ilmu Hukum*, 4(2), 73–79.
- Bonnie, R. J., Stratton, K., & Kwan, L. Y. (2015). Public health implications of raising the minimum age of legal access to tobacco products. In *Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products*. <https://doi.org/10.17226/18997>
- Centers For Disease Control and Prevention. (2021). *Health Effects*. Department of Health & Human Services US.
- Chang, S. S. (2020). Re: Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. *Journal of Urology*, 204(2), 384–384. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000001114>
- Danim, S. (2000). Pengantar Studi Penelitian Kebijakan, Edisi Pertama. *Cetakan Pertama*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Edi, E. (2018). *Kebijakan Kepala Desa dalam Membangun Kawasan Bebas Asap Rokok (Studi pada Desa Bone-Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang)*. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Fant, R. V., Henningfield, J. E., Nelson, R. A., & Pickworth, W. B. (1999). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of moist snuff in humans. *Tobacco Control*, 8(4), 387–392. <https://doi.org/10.1136/tc.8.4.387>
- Frazer, K., Callinan, J. E., Mchugh, J., van Baarsel, S., Clarke, A., Doherty, K., & Kelleher, C. (2016). Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005992.pub3>
- Friedman, L. M. (1975). *The Legal System; A Social Science Perspective*. Russel Sage Foundation.
- Gao, X. P., Suzuki, H., Olopade, C. O., Pakhlevaniants, S., & Rubinstein, I. (1997). Purified ACE attenuates smokeless tobacco-induced increase in macromolecular

- 
- efflux from the oral mucosa. *Journal of Applied Physiology*, 83(1), 74–81. <https://doi.org/10.1152/jappl.1997.83.1.74>
- Ghozali, I. (2017). Analisis Multivariate dengan program SPSS. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ginting, I. R., & Maulana, R. (2020). Dampak Kebiasaan Merokok pada Pengeluaran Rumah Tangga. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 9(2), 77–82.
- Gravely, S., Giovino, G. A., Craig, L., Commar, A., D’Espaignet, E. T., Schotte, K., & Fong, G. T. (2017). Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *The Lancet Public Health*, 2(4), e166–e174.
- Gredner, T., Mons, U., Niedermaier, T., Brenner, H., & Soerjomataram, I. (2021). Impact of tobacco control policies implementation on future lung cancer incidence in Europe: An international, population-based modeling study. *The Lancet Regional Health-Europe*, 4, 100074.
- Hadilinatih, B. (2021). Evaluasi Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok Di Desa Bone-Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Endrekang. *Jurnal Enersia Publika: Energi, Sosial, Dan Administrasi Publik*, 4(2), 248–260.
- IAKMI, T. (2020). Atlas Tembakau Indonesia Tahun 2020. 33. <http://www.tcsc-indonesia.org/wp-content/uploads/2020/06/Atlas-Tembakau-Indonesia-2020.pdf>
- Ihsan, M. (2017). Merokok Dalam Perspektif Muhammadiyah Dan Nahdhatul Ulama. *Al-Qadha: Jurnal Hukum Islam Dan Perundang-Undangan*, 4(1), 16–33.
- Indy, R., Waani, F. J., & Kandowangko, N. (2019). Peran Pendidikan Dalam Proses Perubahan Sosial Di Desa Tumuluntung Kecamatan Kauditan Kabupaten Minahasa Utara. *HOLISTIK, Journal Of Social and Culture*, 12(4), 1–21.
- Jarvis, M. J., Boreham, R., Primatesta, P., Feyerabend, C., & Bryant, A. (2001). Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: Evidence from a representative population survey. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(2), 134–138. <https://doi.org/10.1093/jnci/93.2.134>
- Kaur, J., & Jain, D. C. (2011). Tobacco control policies in India: implementation and challenges. *Indian Journal of Public Health*, 55(3), 220.
- Kozhukhova, M., & Zhiyenbayev, M. (2018). Conceptualizing legal culture and legal awareness: meaning and structural components. *SHS Web of Conferences*, 55, 02009. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20185502009>
- Kulak, J. M., McIntosh, J. M., Yoshikami, D., & Olivera, B. M. (2001). Nicotine-evoked transmitter release from synaptosomes: functional association of specific presynaptic acetylcholine receptors and voltage-gated calcium channels. *Journal of Neurochemistry*, 77(6), 1581–1589. <https://doi.org/10.1046/j.1471-4159.2001.00357.x>
- Lee, K., Smith, J., & Thompson, S. (2020). Engaging Indigenous peoples in research on commercial tobacco control: a scoping review. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 16(4), 332–355.
- Mira Astri Koniyo, Buraerah H. Abd. Hakim, A. A. A. (2012). *Determinan Kejadian Kelahiran Bayi Prematur Di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo*.
- Muhammadiyah, P. P. (2010). *Fatwa Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah No. 6/SM/MTT/III/2010 tentang Hukum Merokok*.
- Muslimin, N. Q. W. (2016). *Implementai Peaturan Desa No. 1 Tahun 2009 Tentang Kawasan Bebas Asap Rokok terhadap Masyarakat di Desa Bone-Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang*. Univeritas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Nasyr, T. L. T. W. (2011). PBNU. *Solusi Problematika Aktual Hukum Islam Keputusan*

- 
- Muktamar, Munas Dan Konbes Nahdlatul Ulama (1926-2010)*. Surabaya: Khalista.
- Nugroho, R. (2020). *Public Policy*. Elex Media Komputindo.
- Pewara, A. N. (2018). *Efektivitas Kebijakan Kawasan Bebas Asap Rokok di Desa Bone Bone Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang*. Universitas Negeri Makassar.
- Rangkuti, F. (1998). *Analisis SWOT teknik membedah kasus bisnis*. Gramedia Pustaka Utama.
- Septiono, W., Kuipers, M. A. G., Ng, N., & Kunst, A. E. (2019). Progress of smoke-free policy adoption at district level in Indonesia: A policy diffusion study. *International Journal of Drug Policy*, 71(2019), 93–102.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.06.015>
- White, K., Connor, K., Clerkin, J., Murphy, B. M., Salvucci, M., O'Farrell, A. C., Rehm, M., O'Brien, D., Prehn, J. H. M., Niclou, S. P. S. P., Lamfers, M. L. M., Verreault, M., Idbaih, A., Verhaak, R., Golebiewska, A., Byrne, A. T., Pires-Afonso, Y., Niclou, S. P. S. P., Michelucci, A., ... Bjerkgvig, R. (2016). Effects of enactment of legislative (public) smoking bans on voluntary home smoking restrictions: A review. *Nicotine & Tobacco Research Advance Access*, 360(3), 661–672.

9 Agustus 2021

Kepada Yth

Nama : Hadi Pajarianto  
Jabatan : Wakil Rektor Bidang Sumber Daya / Dosen  
Institusi : Universitas Muhammadiyah Palopo  
Kota/Provinsi : Palopo

Perihal : **Perjanjian Kontrak Hibah untuk Melakukan Penelitian di bawah Program Research Grant ITCRN 2021**

Setelah mempelajari dan menilai proposal teknis dan biaya yang Saudara usulkan, kami informasikan bahwa proposal Saudara yang berjudul **“Development and Dissemination of the Non-Smoking Area Innovation Model in Bone Village as an Effort to Control the Prevalence of Smokers Nationally”** layak untuk mendapat hibah penelitian, dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:

**KEWAJIBAN YANG HARUS DILAKUKAN PENERIMA HIBAH:**

1. Mengurus dan mendapatkan persetujuan etik penelitian dari Komisi Etik Penelitian di Universitas atau Lembaga Penelitian yang diakui di Indonesia.
2. Menyelesaikan seluruh proses penelitian sampai batas waktu tanggal 29 November 2021;
3. Mengirimkan semua berkas laporan penelitian (*deliverables*) termasuk laporan kemajuan terbaru sesuai jadwal penelitian;
4. Semua berkas laporan penelitian harus dipersiapkan dengan berkonsultasi dengan Tim Peneliti Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI;
5. Untuk keberhasilan pelaksanaan program hibah, penerima hibah harus menghadiri semua Lokakarya Pendampingan termasuk rapat/kegiatan lainnya bila diperlukan;
6. Menyiapkan dan mengirimkan presentasi dalam bentuk Power Point dari temuan penelitian dengan menggunakan *template* yang disediakan oleh Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI;
7. Mempresentasikan temuan penelitian pada Seminar Diseminasi Hasil Penelitian yang akan diselenggarakan oleh Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI (waktu presentasi akan ditentukan kemudian).

1. Mempersiapkan dan mengirimkan laporan penelitian akhir yang telah diedit secara profesional;

## **BIAYA**

Total biaya yang tercakup dalam kontrak hibah ini adalah Lima Puluh Lima Juta Rupiah (Rp 55.000.000)

## **JADWAL PENELITIAN:**

Penelitian akan dilakukan selama 29 Juli – 29 November 2021 (empat bulan).

## **DELIVERABLES (BERKAS LAPORAN PENELITIAN):**

Saudara diwajibkan mengirimkan laporan penelitian akhir ke Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI pada tanggal 29 November 2021 dalam bentuk:

- i) 2 eksemplar laporan akhir penelitian yang ditulis dalam Bahasa Indonesia yang telah diedit dan dalam bentuk soft file.
- ii) Abstrak laporan penelitian dalam bahasa Inggris yang mencakup pendahuluan, metode, hasil, kesimpulan dan rekomendasi kebijakan dalam bentuk soft file.
- iii) *Executive Summary* dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris.
- iv) Power Point presentasi temuan penelitian yang dalam soft file dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris.
- v) Kuesioner/pedoman wawancara (dalam Bahasa Indonesia) dan semua data set penelitian dan transkrip informasi kualitatif.

## **PEMBAYARAN**

1. Pembayaran pertama sebesar 30% (Rp 16.500.000) dari total biaya hibah akan dibayarkan setelah penandatanganan kontrak oleh kedua belah pihak dan telah diterima kembali oleh PEBS dengan mengajukan *invoice* yang dilengkapi dengan dokumen berikut ini:
  - a. Proposal penelitian.
  - b. Rincian rencana kerja (*work plan*) dari Juli sampai November 2021.
  - c. Rencana pelatihan pewawancara dan jadwal pelaksanaan lapangan (bagi peneliti yang akan melakukan penelitian lapangan).
  - d. *Draft* kuesioner / pedoman wawancara (bagi peneliti yang akan melakukan penelitian lapangan).

1. Pembayaran kedua sebesar 20% (Rp 11.000.000) dari total biaya hibah akan dibayarkan setelah pihak Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah menyetujui revisi metode penelitian (setelah monitoring visit), dengan menyerahkan *invoice* yang disertai dengan dokumen berikut:
  - a. Kuesioner akhir / pedoman wawancara.
  - b. Rincian rencana pengumpulan data lapangan (rencana harus dikonsultasikan dengan tim peneliti Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI).
  - c. Laporan singkat tentang pelatihan pewawancara lapangan.
  - d. Program data entri.
  - e. Rencana analisis data.
  - f. Laporan kemajuan terbaru.
2. Pembayaran ketiga 30% (Rp 16.500.000) dari total biaya akan dibayarkan setelah *full draft report* dikirimkan. Menyerahkan *invoice* yang dilengkapi dengan:
  - a. *Draft* laporan analisis data dengan data set.
  - b. *Draft* laporan studi penelitian.
  - c. Laporan kemajuan terbaru
  - d. Foto pengumpulan data lapangan (minimal 5 foto dengan kualitas bagus).
3. Sisa pembayaran sebesar 20% (Rp 11.000.000) akan dibayarkan setelah peneliti mengirimkan revisi draft report dan submit artikel jurnal ilmiah terindeks Scopus. Menyerahkan *invoice* yang dilengkapi dengan:
  - a. Bukti submit artikel jurnal ilmiah terindeks Scopus.
  - b. Abstrak Laporan Penelitian ditulis dalam bahasa Inggris, ± 500 kata.
  - c. *Soft file* Laporan Akhir Penelitian termasuk kuesioner / pedoman (Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris), dan data set lengkap dan transkrip informasi kualitatif.
  - d. Laporan kemajuan terbaru.
  - e. Kuesioner asli yang telah diisi responden dan / transkrip kualitatif yang telah selesai.
  - f. Presentasi PowerPoint (Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris) tentang temuan penelitian.

Semua pembayaran akan diberikan kepada rekening Saudara a.n Hadi Pajarianto dengan No. Rekening 1032306973 Bank Syariah Indonesia dalam waktu 10 hari kerja setelah penyerahan masing-masing *invoice* dan kuitansi yang diperlukan dengan syarat semua semua dokumen telah memenuhi persyaratan.

#### **SYARAT DAN KETENTUAN LAIN:**

- a. Mengenai penerimaan (*acceptability*) laporan akhir, keputusan dalam kontrak ini bersifat mengikat (*binding*).
- b. Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI berhak membatalkan kontrak dengan Saudara setiap saat, jika Saudara tidak melaksanakan pekerjaan tepat waktu seperti yang diatur dalam kontrak. Jika terjadi pembatalan tersebut, pembayaran hanya akan dilakukan pada bagian pekerjaan yang selesai sampai waktu pembatalan dan keputusan Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI untuk menentukan jumlah yang harus dibayarkan kepada Saudara bersifat mengikat.
- c. Jika ada dugaan Saudara atau organisasi Saudara terlibat dalam pencucian uang atau aktivitas / pendanaan teroris lainnya, Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI berhak membatalkan kontrak kapan pun. Saudara tidak akan dibayar jika Saudara melanggar ketentuan di atas.
- d. Seluruh kegiatan penelitian akan disupervisi dan diberi umpan balik oleh Dr. Abdillah Ahsan (HP: 0815-1855-944 dan email: ahsanov@yahoo.com) yang akan memantau langkah awal proses penelitian termasuk pengumpulan data lapangan, *data entry*, analisis data, dan lain-lain.
- e. Syarat dan ketentuan kontrak harus dipatuhi oleh penerima hibah. Jika Saudara merasa tidak bisa memenuhi target penyelesaian penelitian, persyaratan tambahan hari harus diinformasikan dan disetujui oleh Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI minimal 10 hari sebelum tanggal penyelesaian.
- f. Saudara harus mempersiapkan presentasi Power Point dan mempresentasikannya dalam Seminar Temuan Penelitian.
- g. Penerima hibah dilarang memiliki hubungan dalam bentuk apapun dengan industri tembakau/rokok. Jika memiliki hubungan, akan dianggap melanggar kontrak.
- h. Data yang dikumpulkan dan laporan yang dibuat akan menjadi hak milik Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI - JHSPH dan Saudara tidak dapat menggunakannya untuk tujuan lain kecuali mendapat persetujuan dari Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI secara tertulis.

Jika Saudara menyetujui syarat dan ketentuannya di atas, mohon menandatangani kontrak ini dan mengembalikannya kepada kami. Salinan dari kontrak ini dapat Saudara simpan untuk arsip Saudara.

Terimakasih,

Hormat Kami,  
Kepala PEBS FEB UI



**Rahmatina Awaliah Kasri, Ph.D.**  
NIP. 060803017

DITERIMA : 9 Agustus 2021

TANDA TANGAN :



NAMA : Dr. Hadi Pajarianto, M-pd-I.

JABATAN : Wakil Rektor II

TANGGAL : 09 Agustus 2021

Rabu, 18 Agustus 2021

Nomor : S-336/UN2.F6.D.PBS/PPM.00.03/2021  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Pernyataan Penerima Hibah

**Kepada Yth. Hadi Pajarianto**

*Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh*

Dengan hormat,

Setelah mempelajari dan menilai proposal teknis dan biaya yang diusulkan oleh:

Ketua Tim : Hadi Pajarianto – Universitas Muhammadiyah Palopo

Anggota : Rahmad Solling Hamid - Universitas Muhammadiyah Palopo

Andi Sitti Umrah - Universitas Muhammadiyah Palopo

yang berjudul *“Development and Dissemination of the Non-Smoking Area Innovation Model in Bone Village as an Effort to Control the Prevalence of Smokers Nationally”* pada program Hibah Penelitian Indonesian Tobacco Control Research Network (ITCRN) 2021 yang diselenggarakan oleh Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia (PEBS FEB UI) dengan Johns Hopkins University, kami informasikan bahwa proposal Anda **LOLOS** untuk mendapatkan Hibah Penelitian ITCRN.

Seluruh pembayaran tahap pertama hingga tahap keempat untuk pendanaan penelitian ITCRN 2021 akan diberikan kepada Saudara Hadi Pajarianto dengan nomor rekening 1032306973 Bank Syariah Indonesia.

Demikian kami sampaikan. Atas perhatian dan kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,  
Kepala PEBS FEB UI



**Rahmatina Awaliah Kasri, Ph.D.**  
**NIP. 060803017**

9 Agustus 2021

Kepada Yth

Nama : Hadi Pajarianto  
Jabatan : Wakil Rektor Bidang Sumber Daya / Dosen  
Institusi : Universitas Muhammadiyah Palopo  
Kota/Provinsi : Palopo

Perihal : **Perjanjian Kontrak Hibah untuk Melakukan Penelitian di bawah Program Research Grant ITCRN 2021**

Setelah mempelajari dan menilai proposal teknis dan biaya yang Saudara usulkan, kami informasikan bahwa proposal Saudara yang berjudul **“Development and Dissemination of the Non-Smoking Area Innovation Model in Bone Village as an Effort to Control the Prevalence of Smokers Nationally”** layak untuk mendapat hibah penelitian, dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut:

**KEWAJIBAN YANG HARUS DILAKUKAN PENERIMA HIBAH:**

1. Mengurus dan mendapatkan persetujuan etik penelitian dari Komisi Etik Penelitian di Universitas atau Lembaga Penelitian yang diakui di Indonesia.
2. Menyelesaikan seluruh proses penelitian sampai batas waktu tanggal 29 November 2021;
3. Mengirimkan semua berkas laporan penelitian (*deliverables*) termasuk laporan kemajuan terbaru sesuai jadwal penelitian;
4. Semua berkas laporan penelitian harus dipersiapkan dengan berkonsultasi dengan Tim Peneliti Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI;
5. Untuk keberhasilan pelaksanaan program hibah, penerima hibah harus menghadiri semua Lokakarya Pendampingan termasuk rapat/kegiatan lainnya bila diperlukan;
6. Menyiapkan dan mengirimkan presentasi dalam bentuk Power Point dari temuan penelitian dengan menggunakan *template* yang disediakan oleh Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI;
7. Mempresentasikan temuan penelitian pada Seminar Diseminasi Hasil Penelitian yang akan diselenggarakan oleh Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI (waktu presentasi akan ditentukan kemudian).

1. Mempersiapkan dan mengirimkan laporan penelitian akhir yang telah diedit secara profesional;

## **BIAYA**

Total biaya yang tercakup dalam kontrak hibah ini adalah Lima Puluh Lima Juta Rupiah (Rp 55.000.000)

## **JADWAL PENELITIAN:**

Penelitian akan dilakukan selama 29 Juli – 29 November 2021 (empat bulan).

## **DELIVERABLES (BERKAS LAPORAN PENELITIAN):**

Saudara diwajibkan mengirimkan laporan penelitian akhir ke Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI pada tanggal 29 November 2021 dalam bentuk:

- i) 2 eksemplar laporan akhir penelitian yang ditulis dalam Bahasa Indonesia yang telah diedit dan dalam bentuk soft file.
- ii) Abstrak laporan penelitian dalam bahasa Inggris yang mencakup pendahuluan, metode, hasil, kesimpulan dan rekomendasi kebijakan dalam bentuk soft file.
- iii) *Executive Summary* dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris.
- iv) Power Point presentasi temuan penelitian yang dalam soft file dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris.
- v) Kuesioner/pedoman wawancara (dalam Bahasa Indonesia) dan semua data set penelitian dan transkrip informasi kualitatif.

## **PEMBAYARAN**

1. Pembayaran pertama sebesar 30% (Rp 16.500.000) dari total biaya hibah akan dibayarkan setelah penandatanganan kontrak oleh kedua belah pihak dan telah diterima kembali oleh PEBS dengan mengajukan *invoice* yang dilengkapi dengan dokumen berikut ini:
  - a. Proposal penelitian.
  - b. Rincian rencana kerja (*work plan*) dari Juli sampai November 2021.
  - c. Rencana pelatihan pewawancara dan jadwal pelaksanaan lapangan (bagi peneliti yang akan melakukan penelitian lapangan).
  - d. *Draft* kuesioner / pedoman wawancara (bagi peneliti yang akan melakukan penelitian lapangan).

1. Pembayaran kedua sebesar 20% (Rp 11.000.000) dari total biaya hibah akan dibayarkan setelah pihak Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah menyetujui revisi metode penelitian (setelah monitoring visit), dengan menyerahkan *invoice* yang disertai dengan dokumen berikut:
  - a. Kuesioner akhir / pedoman wawancara.
  - b. Rincian rencana pengumpulan data lapangan (rencana harus dikonsultasikan dengan tim peneliti Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI).
  - c. Laporan singkat tentang pelatihan pewawancara lapangan.
  - d. Program data entri.
  - e. Rencana analisis data.
  - f. Laporan kemajuan terbaru.
2. Pembayaran ketiga 30% (Rp 16.500.000) dari total biaya akan dibayarkan setelah *full draft report* dikirimkan. Menyerahkan *invoice* yang dilengkapi dengan:
  - a. *Draft* laporan analisis data dengan data set.
  - b. *Draft* laporan studi penelitian.
  - c. Laporan kemajuan terbaru
  - d. Foto pengumpulan data lapangan (minimal 5 foto dengan kualitas bagus).
3. Sisa pembayaran sebesar 20% (Rp 11.000.000) akan dibayarkan setelah peneliti mengirimkan revisi draft report dan submit artikel jurnal ilmiah terindeks Scopus. Menyerahkan *invoice* yang dilengkapi dengan:
  - a. Bukti submit artikel jurnal ilmiah terindeks Scopus.
  - b. Abstrak Laporan Penelitian ditulis dalam bahasa Inggris, ± 500 kata.
  - c. *Soft file* Laporan Akhir Penelitian termasuk kuesioner / pedoman (Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris), dan data set lengkap dan transkrip informasi kualitatif.
  - d. Laporan kemajuan terbaru.
  - e. Kuesioner asli yang telah diisi responden dan / transkrip kualitatif yang telah selesai.
  - f. Presentasi PowerPoint (Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris) tentang temuan penelitian.

Semua pembayaran akan diberikan kepada rekening Saudara a.n Hadi Pajarianto dengan No. Rekening 1032306973 Bank Syariah Indonesia dalam waktu 10 hari kerja setelah penyerahan masing-masing *invoice* dan kuitansi yang diperlukan dengan syarat semua semua dokumen telah memenuhi persyaratan.

#### **SYARAT DAN KETENTUAN LAIN:**

- a. Mengenai penerimaan (*acceptability*) laporan akhir, keputusan dalam kontrak ini bersifat mengikat (*binding*).
- b. Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI berhak membatalkan kontrak dengan Saudara setiap saat, jika Saudara tidak melaksanakan pekerjaan tepat waktu seperti yang diatur dalam kontrak. Jika terjadi pembatalan tersebut, pembayaran hanya akan dilakukan pada bagian pekerjaan yang selesai sampai waktu pembatalan dan keputusan Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI untuk menentukan jumlah yang harus dibayarkan kepada Saudara bersifat mengikat.
- c. Jika ada dugaan Saudara atau organisasi Saudara terlibat dalam pencucian uang atau aktivitas / pendanaan teroris lainnya, Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI berhak membatalkan kontrak kapan pun. Saudara tidak akan dibayar jika Saudara melanggar ketentuan di atas.
- d. Seluruh kegiatan penelitian akan disupervisi dan diberi umpan balik oleh Dr. Abdillah Ahsan (HP: 0815-1855-944 dan email: ahsanov@yahoo.com) yang akan memantau langkah awal proses penelitian termasuk pengumpulan data lapangan, *data entry*, analisis data, dan lain-lain.
- e. Syarat dan ketentuan kontrak harus dipatuhi oleh penerima hibah. Jika Saudara merasa tidak bisa memenuhi target penyelesaian penelitian, persyaratan tambahan hari harus diinformasikan dan disetujui oleh Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI minimal 10 hari sebelum tanggal penyelesaian.
- f. Saudara harus mempersiapkan presentasi Power Point dan mempresentasikannya dalam Seminar Temuan Penelitian.
- g. Penerima hibah dilarang memiliki hubungan dalam bentuk apapun dengan industri tembakau/rokok. Jika memiliki hubungan, akan dianggap melanggar kontrak.
- h. Data yang dikumpulkan dan laporan yang dibuat akan menjadi hak milik Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI - JHSPH dan Saudara tidak dapat menggunakannya untuk tujuan lain kecuali mendapat persetujuan dari Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah FEB UI secara tertulis.

Jika Saudara menyetujui syarat dan ketentuannya di atas, mohon menandatangani kontrak ini dan mengembalikannya kepada kami. Salinan dari kontrak ini dapat Saudara simpan untuk arsip Saudara.

Terimakasih,

Hormat Kami,  
Kepala PEBS FEB UI



**Rahmatina Awaliah Kasri, Ph.D.**  
NIP. 060803017

DITERIMA : 9 Agustus 2021

TANDA TANGAN :



NAMA : Dr. Hadi Pajarianto, M-pd-I.

JABATAN : Wakil Rektor II

TANGGAL : 09 Agustus 2021

Rabu, 18 Agustus 2021

Nomor : S-336/UN2.F6.D.PBS/PPM.00.03/2021  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Pernyataan Penerima Hibah

**Kepada Yth. Hadi Pajarianto**

*Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh*

Dengan hormat,

Setelah mempelajari dan menilai proposal teknis dan biaya yang diusulkan oleh:

Ketua Tim : Hadi Pajarianto – Universitas Muhammadiyah Palopo

Anggota : Rahmad Solling Hamid - Universitas Muhammadiyah Palopo

Andi Sitti Umrah - Universitas Muhammadiyah Palopo

yang berjudul *“Development and Dissemination of the Non-Smoking Area Innovation Model in Bone Village as an Effort to Control the Prevalence of Smokers Nationally”* pada program Hibah Penelitian Indonesian Tobacco Control Research Network (ITCRN) 2021 yang diselenggarakan oleh Pusat Ekonomi dan Bisnis Syariah Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia (PEBS FEB UI) dengan Johns Hopkins University, kami informasikan bahwa proposal Anda **LOLOS** untuk mendapatkan Hibah Penelitian ITCRN.

Seluruh pembayaran tahap pertama hingga tahap keempat untuk pendanaan penelitian ITCRN 2021 akan diberikan kepada Saudara Hadi Pajarianto dengan nomor rekening 1032306973 Bank Syariah Indonesia.

Demikian kami sampaikan. Atas perhatian dan kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,  
Kepala PEBS FEB UI



**Rahmatina Awaliah Kasri, Ph.D.**  
**NIP. 060803017**