

Determinasi Perilaku Sehat: Analisis Deskriptif Pengetahuan, Sikap, Dan Persepsi Risiko Masyarakat Pedesaan Terhadap Dampak Konsumsi Tembakau

Melva Melani¹, Saritha Siliawan²

^{1,2} Universitas Prima Indonesia

ARTICLE INFO

Received: Jun, 16, 2026
Revised: Jun, 28, 2026
Available online: Jun, 30, 2026

Keywords:

Knowledge,
Attitudes,
Smoking,
Rural Communities,
Health Promotion.

ABSTRACT

Tobacco consumption remains a significant global epidemiological burden, particularly in rural areas with limited access to structured health information. Comprehensive knowledge and responsive attitudes are crucial foundations for reducing smoking prevalence at the community level. This study aims to analyze the level of knowledge, attitudes, smoking status, information sources, and community risk perceptions regarding the dangers of smoking in Nambiki Village, Langkat Regency. The quantitative research design used a descriptive cross-sectional approach. The study population included all residents aged ≥ 17 years and over in Nambiki Village. A sample of 100 respondents was selected using a simple random sampling technique. Data collection was conducted through structured interviews using a questionnaire that had been tested for validity and reliability. Data analysis used a descriptive univariate approach to generate frequency distributions and percentages. The majority of respondents had sufficient (45.0%) and insufficient (30.0%) knowledge. 58.0% of respondents expressed negative attitudes toward smoking control efforts. Active smoking status was recorded at 52.0%, with the majority of smokers smoking indoors. Social media (38.0%) and peers (25.0%) are the dominant sources of information compared to official health care channels (15.0%). Perception of the risk of degenerative diseases caused by smoking remains low, particularly in the perceived susceptibility dimension. Smoking behavior in rural areas is conditioned by low health literacy, permissive attitudes, and minimal penetration of health promotion by local medical authorities. Repositioning health promotion strategies based on local wisdom and optimizing digital channels is needed to change community risk perceptions.

This is an open access article under the [CC BY-NC](#) license.



Corresponding Author:

Nama: Melva Melani
Universitas Prima Indonesia
e-mail: melvamelani@gmail.com

PENDAHULUAN

Konsumsi tembakau telah lama diklasifikasikan sebagai salah satu ancaman kesehatan masyarakat terbesar di dunia yang bersifat *preventable* (dapat dicegah). Menurut data *World Health Organization* (WHO, 2023), epidemi tembakau membunuh lebih dari 8 juta orang setiap tahunnya, di mana sekitar 1,3 juta di antaranya merupakan perokok pasif (*second-hand smokers*) yang terpapar asap rokok di lingkungan sekunder. Prevalensi merokok global menunjukkan tren

pergeseran beban penyakit dari negara-negara maju ke negara berkembang dan berpenghasilan rendah-menengah (*Low-and Middle-Income Countries/LMICs*). Keterbatasan regulasi fiskal, masifnya penetrasi industri rokok, serta rendahnya literasi kesehatan masyarakat di LMICs menciptakan ekosistem yang permisif terhadap ekspansi konsumsi tembakau (Goodchild *et al* 2021). Dampak fisiologis dari paparan asap rokok bersifat multi-organ, memicu berbagai penyakit tidak menular (PTM) kronis seperti kanker paru, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), infark miokard, hingga gangguan reproduksi dan stunting pada keturunan (Reitsma *et al* 2021).

Di kancah regional, Indonesia menempati posisi yang sangat memprihatinkan terkait beban epidemiologis tembakau. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) terbaru yang melanjutkan estafet data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), prevalensi merokok pada penduduk usia ≥ 15 tahun di Indonesia belum menunjukkan penurunan yang signifikan, tetap bertahan di kisaran 32–33% secara nasional, dengan angka perokok pria yang mendominasi di atas 60% (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Lebih mengkhawatirkan lagi, terjadi fenomena *triple burden*: peningkatan perokok pemula usia remaja, tingginya angka perokok pada keluarga miskin yang mengorbankan pemenuhan nutrisi esensial, serta tingginya paparan asap rokok pada perempuan dan anak-anak di ranah domestik (Ahsan *et al* 2022). Secara makro ekonomi dan kesehatan, beban biaya medis langsung untuk mengobati penyakit akibat rokok serta hilangnya produktivitas akibat disabilitas dan kematian dini terus menguras dana jaminan kesehatan nasional (BPJS Kesehatan).

Transisi epidemiologi ini diperparah oleh kesenjangan geografis dalam literasi dan akses intervensi kesehatan. Masyarakat yang tinggal di wilayah pedesaan (*rural areas*) menunjukkan karakteristik epidemiologi perilaku yang berbeda secara signifikan dibandingkan masyarakat perkotaan. Di daerah rural, merokok bukan sekadar adiksi zat adiktif nikotin, melainkan telah melekat erat sebagai bagian dari konstruksi sosial, adat istiadat, dan simbol maskulinitas maupun keramahantamahan (Prabandari *et al* 2022). Rendahnya tingkat pendidikan formal, keterbatasan akses terhadap layanan konseling berhenti merokok (*Smoking Cessation Clinics*), serta lemahnya penegakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di tingkat desa memperkuat persistensi perilaku ini. Berbagai studi terdahulu mengonfirmasi bahwa masyarakat pedesaan cenderung meremehkan risiko jangka panjang dari merokok karena efek klinisnya yang bersifat laten dan kumulatif (Syafrawati *et al* 2023).

Secara teoritis, adopsi perilaku kesehatan yang preventif sangat bergantung pada domain kognitif (pengetahuan) dan afektif (sikap) individu. Seseorang yang memiliki pengetahuan komprehensif mengenai toksisitas rokok dan patofisiologi penyakit terkait cenderung akan menginternalisasi informasi tersebut untuk membentuk sikap menolak terhadap rokok. Namun, fakta empiris di lapangan seringkali menunjukkan adanya disonansi kognitif. Banyak individu mengetahui bahwa "merokok itu berbahaya," tetapi tetap merokok secara aktif. Hal ini mengindikasikan adanya *research gap* di mana pengetahuan yang dimiliki masyarakat seringkali bersifat superfisial (hanya mengetahui label bahaya umum seperti "kanker" atau "kematian") tanpa memahami dimensi kerentanan personal (*perceived susceptibility*) dan keparahan klinis (*perceived severity*) yang sebenarnya (Glanz *et al* 2015).

Kabupaten Langkat, khususnya wilayah pedesaan seperti Desa Nambiki, menyajikan profil sosiodemografis yang relevan untuk meneliti fenomena ini. Sebagai daerah rural yang didominasi oleh sektor pertanian dan perkebunan, interaksi sosial antarwarga sangat intens, di mana rokok seringkali disajikan dalam pertemuan adat maupun aktivitas komunal sehari-hari. Berdasarkan laporan pendahuluan dari puskesmas setempat, angka kejadian infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan hipertensi pada usia produktif di desa ini terus berada dalam jajaran tren penyakit

tertinggi. Meskipun intervensi edukasi standar telah dilakukan, belum ada data empiris yang memetakan secara komprehensif bagaimana struktur pengetahuan, arah sikap, serta persepsi risiko spesifik masyarakat setempat terhadap bahaya merokok.

Urgensi penelitian ini terletak pada posisinya sebagai penyedia data dasar (*baseline data*) yang objektif untuk merancang program promosi kesehatan yang presisi. Pendekatan promosi kesehatan yang bersifat *one-size-fits-all* terbukti tidak efektif di lingkungan pedesaan. Oleh karena itu, pemetaan univariat yang detail mengenai tingkat pengetahuan, struktur sikap, status merokok nyata, hingga preferensi saluran informasi di Desa Nambiki menjadi krusial. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan mendeskripsikan secara ilmiah gambaran tingkat pengetahuan, arah sikap, status konsumsi rokok, identifikasi sumber informasi, serta persepsi risiko penyakit akibat merokok pada masyarakat usia ≥ 17 tahun di Desa Nambiki, Kabupaten Langkat, sebagai landasan perumusan kebijakan pengendalian tembakau berbasis komunitas.

METODE

Penelitian kuantitatif ini menerapkan desain deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional* (potong lintang). Pengumpulan data variabel independen dan dependen dilakukan secara simultan dalam satu periode waktu tertentu untuk menangkap fenomena objektif di lapangan (Creswell & Creswell, 2018). Penelitian ini dilaksanakan di Desa Nambiki, Kabupaten Langkat, Provinsi Sumatera Utara, pada bulan Maret hingga Mei 2026. Pemilihan lokasi ini didasarkan pada tingginya estimasi prevalensi perokok rural dan tingginya kasus penyakit respiratorik berbasis data sekunder puskesmas.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh warga yang berdomisili sah di Desa Nambiki yang memenuhi kriteria inklusi: berusia ≥ 17 tahun (telah memiliki kapasitas hukum dan kemandirian opini), mampu berkomunikasi dengan baik, dan bersedia berpartisipasi. Kriteria eksklusi melibatkan warga yang sedang dalam kondisi sakit berat atau mengalami gangguan kognitif akut sehingga tidak mampu mengisi instrumen secara valid. Ukuran sampel dihitung menggunakan rumus estimasi proporsi populasi tunggal (*Lemeshow formula*) dengan tingkat kepercayaan 95% dan margin of error 10%, menghasilkan jumlah sampel minimum 96 responden, yang dibulatkan menjadi 100 responden guna mengantisipasi risiko *drop-out* atau data ekstrim. Teknik sampling yang digunakan adalah *simple random sampling*, memanfaatkan daftar induk kependudukan desa sebagai *sampling frame* yang kemudian diundi secara acak menggunakan perangkat lunak generator angka.

Variabel-variabel yang diteliti didefinisikan secara operasional untuk menjamin standarisasi pengukuran:

1. Tingkat Pengetahuan, Kapasitas kognitif responden dalam mengidentifikasi zat beracun dalam rokok, jenis penyakit akibat rokok, konsekuensi merokok pasif, dan regulasi tembakau. Dikategorikan menjadi: Baik (skor ≥ 76), Cukup (skor 56–75%), dan Kurang (skor < 56).
2. Sikap, Respon afektif atau kecenderungan bertindak responden terhadap aturan larangan merokok, perilaku merokok di tempat umum, dan upaya berhenti merokok. Dikategorikan menjadi: Positif (mendukung pembatasan rokok, nilai $\geq$ Mean/Median) dan Negatif (permissif terhadap rokok, nilai $<$ Mean/Median).
3. Status Merokok, Kondisi riil perilaku konsumsi tembakau responden saat penelitian, diklasifikasikan menjadi: Perokok Aktif (merokok setiap hari/kadang-kadang dalam sebulan

- terakhir), Mantan Perokok (pernah merokok secara reguler tetapi telah berhenti total ≥ 6 bulan), dan Tidak Merokok (tidak pernah mengonsumsi rokok sama sekali).
4. Sumber Informasi, Saluran utama yang paling sering diakses responden untuk mendapatkan materi edukasi bahaya rokok (Media massa, media sosial, tenaga kesehatan, keluarga, atau teman).
 5. Persepsi Risiko, Penilaian subjektif terhadap kerentanan dan keparahan penyakit akibat rokok bagi dirinya sendiri maupun lingkungan sekitar.

Instrumen penelitian berupa kuesioner terstruktur yang dikembangkan dari pedoman global *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) dan teori *Health Belief Model*. Bagian pengetahuan terdiri dari 15 butir pernyataan dikotomi (*True/False*), sedangkan bagian sikap menggunakan 10 butir pernyataan skala Likert 1–4 (untuk menghindari bias nilai tengah). Sebelum digunakan, instrumen diuji validitasnya secara *face validity* dan *construct validity* terhadap 20 warga di desa tetangga yang memiliki karakteristik sosiodemografis serupa. Uji reliabilitas internal menghasilkan koefisien *Cronbach's Alpha* sebesar 0,812 untuk kuesioner pengetahuan dan 0,789 untuk kuesioner sikap, menandakan instrumen sangat andal (*reliable*).

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara tatap muka langsung oleh tim peneliti terlatih guna meminimalkan bias *self-reported* dan membantu responden dengan tingkat literasi rendah. Analisis data dilakukan secara univariat menggunakan perangkat lunak statistik IBM SPSS versi 26.0. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, nilai absolut (n), dan persentase (%) yang disertai dengan narasi interpretasi akademik yang kritis. Aspek etika penelitian (*ethical clearance*) dipenuhi secara ketat sebelum turun ke lapangan. Penelitian ini menjunjung tinggi prinsip-prinsip deklarasi Helsinki, meliputi: *Autonomy* (setiap responden menandatangani *Informed Consent* tertulis tanpa paksaan), *Beneficence* (memberikan edukasi pasca-wawancara), *Non-maleficence* (tidak membahayakan fisik maupun psikis responden), dan *Confidentiality* (menjaga kerahasiaan identitas dengan sistem pengodean anonim).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Sosiodemografis Responden

Profil sosiodemografis merupakan indikator penting dalam memahami latar belakang struktural populasi studi di Desa Nambiki. Distribusi karakteristik responden disajikan secara rinci pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Sosiodemografis Responden (N=100\$)

Karakteristik Sosiodemografis	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	54	54,0
Perempuan	46	46,0
Kelompok Usia (Tahun)		
17 – 25 (Dewasa Awal)	18	18,0
26 – 45 (Dewasa Madya)	48	48,0
46 – 65 (Dewasa Akhir)	24	24,0
> 65 (Lansia)	10	10,0
Tingkat Pendidikan		
Rendah (Tidak Sekolah / SD / SMP)	42	42,0

Menengah (SMA / SMK)	46	46,0
Tinggi (Diploma / Sarjana)	12	12,0
Status Pekerjaan		
Bekerja (Petani/Buruh/Wiraswasta/PNS)	68	68,0
Tidak Bekerja (IRT/Pelajar/Pensiunan)	32	32,0

Sumber: data diolah oleh penulis, 2026

Berdasarkan Tabel 1, komposisi jenis kelamin responden relatif seimbang dengan proporsi laki-laki sebesar 54,0% dan perempuan sebesar 46,0%. Dari dimensi kronologis, populasi didominasi oleh usia produktif, yaitu kelompok dewasa madya (26–45 tahun) sebesar 48,0%. Pada sektor pendidikan, mayoritas responden berada pada tingkat pendidikan menengah (46,0%) dan pendidikan rendah (42,0%), sementara hanya sebagian kecil (12,0%) yang mengenyam pendidikan tinggi. Struktur ekonomi desa tercermin dari status pekerjaan, di mana 68,0% responden aktif bekerja, mayoritas bertumpu pada sektor agraris (petani dan buruh kebun).

Tingkat Pengetahuan Masyarakat tentang Bahaya Merokok

Evaluasi domain kognitif dilakukan untuk mengukur sejauh mana masyarakat memahami dampak destruktif dari paparan asap rokok dan senyawa kimia di dalamnya.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden terhadap Bahaya Merokok (N=100)

Kategori Pengetahuan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik (Skor > 76)	25	25,0
Cukup (Skor 56% – 75%)	45	45,0
Kurang (Skor < 56)	30	30,0
Total	100	100,0

Sumber: data diolah oleh penulis, 2026

Pada data pada Tabel 2 menunjukkan bahwa akumulasi responden yang memiliki pengetahuan dalam kategori Cukup (45,0%) dan Kurang (30,0%) mencapai 75,0% dari total populasi. Hanya seperempat responden (25,0%) yang memiliki pemahaman mendalam (Kategori Baik). Penelusuran butir soal mengungkap bahwa ketidakpahaman terbesar terletak pada efek akumulatif perokok pasif (*second-hand smoke*) dan bahaya residu rokok yang menempel pada benda mati (*third-hand smoke*).

Sikap terhadap Bahaya Merokok

Pengukuran domain afektif diarahkan untuk melihat kecenderungan respon emosional dan dukungan masyarakat terhadap norma anti-rokok.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Sikap Responden terhadap Perilaku Merokok (N=100)

Kategori Sikap	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Positif (Mendukung Regulasi/Anti-Rokok)	42	42,0
Negatif (Permisif/Toleran terhadap Rokok)	58	58,0
Total	100	100,0

Sumber: data diolah oleh penulis, 2026

Tabel 3 memperlihatkan fenomena kritis di mana mayoritas masyarakat Desa Nambiki menunjukkan sikap yang Negatif (58,0%) terhadap pengendalian rokok. Sikap negatif ini termaterialisasi dalam bentuk toleransi yang tinggi terhadap aktivitas merokok di dalam rumah di dekat anak-anak, serta penolakan implisit jika dilakukan pembatasan pembelian rokok secara ketat di warung-warung desa.

Status Merokok Responden

Kondisi riil perilaku merokok dianalisis untuk mengukur besaran masalah adiksi tembakau di wilayah tersebut.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Status Merokok Nyata Responden (N=100)

Status Merokok	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Perokok Aktif	52	52,0
Mantan Perokok	10	10,0
Tidak Merokok	38	38,0
Total	100	100,0

Sumber: data diolah oleh penulis, 2026

Manifestasi perilaku riil pada Tabel 4 menunjukkan angka perokok aktif menembus batas mayoritas, yaitu sebesar 52,0%. Angka ini melebihi rata-rata nasional dan mengonfirmasi bahwa Desa Nambiki menghadapi situasi darurat konsumsi tembakau. Sementara itu, tingkat keberhasilan berhenti merokok (Mantan Perokok) sangat rendah, hanya menyentuh angka 10,0%.

Sumber Informasi Bahaya Merokok

Identifikasi saluran paparan informasi penting untuk memetakan media apa yang paling efektif berpenetrasi ke dalam kognisi masyarakat rural.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Sumber Informasi Utama Bahaya Merokok (N=100)

Sumber Informasi Utama	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Media Sosial (TikTok, Facebook, WhatsApp)	38	38,0
Teman Sebaya / Tokoh Masyarakat	25	25,0
Media Massa Konvensional (Televisi, Radio)	12	12,0
Tenaga Kesehatan (Puskesmas/Posyandu)	15	15,0
Keluarga Inti	10	10,0
Total	100	100,0

Sumber: data diolah oleh penulis, 2026

Berdasarkan Tabel 5, lanskap pencarian informasi kesehatan telah bergeser secara digital. Media sosial menjadi sumber informasi bahaya merokok yang paling dominan diakses warga (38,0%), disusul oleh pengaruh interpersonal teman sebaya (25,0%). Sebaliknya, peran institusional tenaga kesehatan melalui sosialisasi formal dinilai masih sangat minim, hanya dipilih oleh 15,0% responden sebagai sumber informasi utama mereka.

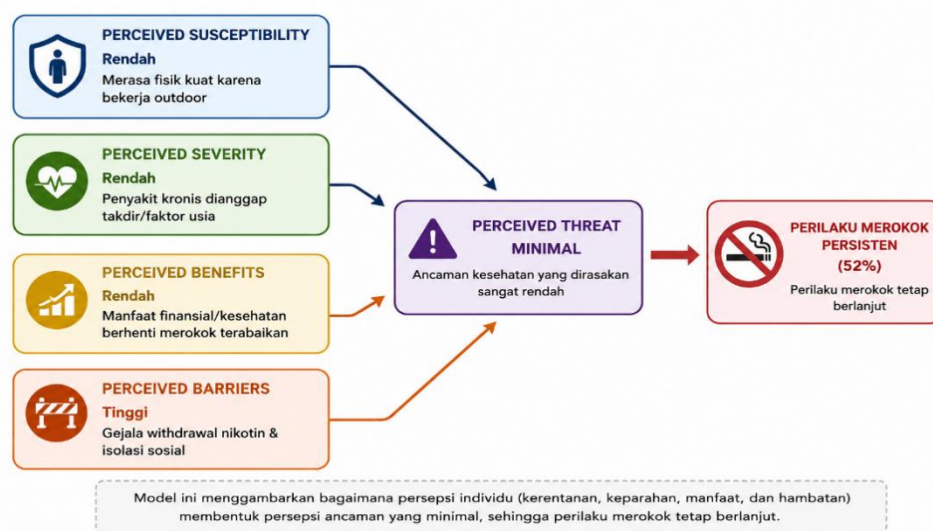
PEMBAHASAN**Analisis Kognitif dan Afektif: Akar Permisivitas Tembakau di Area Rural**

Hasil analisis univariat mengonfirmasi adanya defisit literasi kesehatan yang masif di Desa Nambiki, di mana 75,0% responden memiliki pengetahuan dalam rentang cukup dan kurang. Fakta ini tidak dapat dipisahkan dari latar belakang sosiodemografis masyarakat pedesaan. Pendidikan responden yang mayoritas berada pada jenjang dasar dan menengah (88,0%) membatasi kemampuan aparatus kognitif mereka dalam menelaah, menyaring, dan menginternalisasi informasi medis yang kompleks mengenai bahaya tembakau. Pengetahuan masyarakat rural cenderung bersifat superfisial; mereka mengetahui dampak makro seperti "kanker paru" karena visualisasi piktorial pada bungkus rokok, namun gagal memahami implikasi mikro-klinis seperti disfungsi endotel, resistensi insulin, atau bahaya *third-hand smoke* residu nikotin yang mengendap pada pakaian dan dinding rumah yang mengancam kesehatan balita (Mahabee-Gittens *et al* 2021).

Defisit pengetahuan ini berkorelasi linear dengan tingginya persentase sikap negatif (58,0%). Dalam psikologi perilaku, sikap merupakan kesiapan merespon yang dikondisikan oleh keyakinan kognitif. Ketika pengetahuan tentang bahaya sistemik rokok minim, masyarakat mengembangkan mekanisme pertahanan ego berupa sikap permisif. Rokok di Desa Nambiki diintegrasikan sebagai instrumen sosial penunjang kohesi komunitas. Menolak suguhan rokok dalam forum adat atau kerja bakti seringkali disalahartikan sebagai tindakan anti-sosial. Oleh karena itu, arah afektif masyarakat cenderung menolak regulasi pembatasan merokok, seperti pemberlakuan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di tingkat desa, karena dianggap mengintervensi ranah domestik dan kenyamanan kultural mereka (Prabandari *et al* 2022).

Dekonstruksi Perilaku Berdasarkan Health Belief Model (HBM)

Teori *Health Belief Model* (HBM) menyediakan kerangka analitis yang tajam untuk mengurai mengapa prevalensi perokok aktif di lokasi penelitian sangat tinggi (52,0%). HBM menekankan bahwa adopsi perilaku sehat ditentukan oleh persepsi individu terhadap ancaman penyakit (Glanz *et al* 2015).



Sumber: Modifikasi Health Belief Model (HBM)

Gambar 1. Health Belief Model (HBM)

1. Perceived Susceptibility (Persepsi Kerentanan)

Responden di Desa Nambiki memiliki persepsi kerentanan yang sangat rendah. Karena mayoritas bekerja sebagai petani dan buruh fisik (68,0%) yang merasa tubuh mereka "selalu bergerak dan berkeringat", mereka mengabaikan risiko internal biologis. Mereka keliru meyakini bahwa aktivitas fisik di ladang dapat mengeliminasi racun nikotin dari tubuh.

2. Perceived Severity (Persepsi Keparahan)

Keparahan klinis dari penyakit akibat rokok diremehkan karena sifat penyakit PTM (seperti stroke atau jantung) yang asimtomatik pada fase awal. Sakit baru dianggap parah ketika individu mengalami disabilitas total yang menghentikan aktivitas ekonomi mereka. Sebelum fase itu tercapai, batuk kronis akibat rokok hanya dianggap sebagai "batuk biasa akibat kelelahan bekerja".

3. Perceived Barriers vs. Benefits (Persepsi Hambatan vs. Manfaat)

Hambatan untuk berhenti merokok (*perceived barriers*) dinilai jauh lebih besar daripada manfaatnya (*perceived benefits*). Hambatan tersebut mencakup gejala putus zat (*withdrawal effect*) berupa pusing, penurunan konsentrasi, serta hambatan psikososial berupa perasaan dikucilkan dari sirkel pergaulan pria di desa. Sementara itu, manfaat finansial dari berhenti merokok (penghematan pengeluaran) tertutupi oleh sifat pembelian rokok di pedesaan yang bersifat eceran (*ketengan*), sehingga pengeluaran harian tidak terasa sebagai beban ekonomi makro keluarga (Ahsan *et al* 2022).

Perspektif Teori Lawrence Green: Faktor Predisposisi, Penguat, dan Pemungkin

Jika dibedah menggunakan kerangka kerja Lawrence Green, perilaku merokok yang mengakar di Desa Nambiki dipicu oleh interaksi tiga faktor struktural (Green & Kreuter, 2005):

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor ini berwujud dalam rendahnya tingkat pendidikan formal individu dan bertahannya mitos-mitos lokal tentang rokok (misalnya, merokok meningkatkan stamina kerja atau merokok adalah simbol kedewasaan). Ketiadaan struktur pengetahuan yang kokoh membuat mitos ini diturunkan antar-generasi.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Aksesibilitas fisik dan ekonomi terhadap produk tembakau di Desa Nambiki sangat tinggi. Warung klontong yang menjual rokok batangan beroperasi tanpa pembatasan usia pembeli di setiap sudut pemukiman. Tidak adanya regulasi lokal (seperti Peraturan Desa tentang KTR) dan murahnya harga rokok ilegal tanpa pita cukai yang marak beredar di area rural bertindak sebagai akselerator utama yang mempermudah seseorang untuk terus merokok.

3. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Tekanan sosial teman sebaya (*peer pressure*) dan pembiaran oleh tokoh masyarakat setempat menjadi faktor penguat yang melegitimasi perilaku tersebut. Ketika kepala desa, kepala dusun, atau tokoh agama merokok dalam forum publik, tindakan ini dibaca oleh komunitas sebagai validasi sosial bahwa merokok bukanlah pelanggaran norma moral maupun kesehatan (Syafrawati *et al* 2023).

Pergeseran Saluran Informasi dan Kegagalan Komunikasi Kesehatan Institusional

Temuan bahwa media sosial (38,0%) mengungguli tenaga kesehatan (15,0%) sebagai sumber informasi utama bahaya merokok menandai terjadinya disrupsi digital di wilayah rural,

sekaligus menjadi autokritik bagi sistem promosi kesehatan konvensional. Penduduk desa saat ini memiliki akses internet via ponsel pintar, namun tanpa dibekali kemampuan literasi digital yang memadai. Akibatnya, informasi mengenai kesehatan yang mereka serap dari platform seperti TikTok atau Facebook seringkali bercampur dengan misinformasi, hoaks, atau strategi pemasaran terselubung dari industri rokok (misalnya klaim bahwa rokok herbal atau rokok elektrik 100% aman) (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Rendahnya penetrasi informasi dari tenaga kesehatan mengindikasikan bahwa metode promosi kesehatan yang dijalankan oleh Puskesmas setempat masih bersifat pasif (*inside-out approach*), hanya menunggu pasien datang ke fasilitas atau sekadar membagikan brosur generik saat Posyandu. Komunikasi kesehatan satu arah ini gagal menyentuh substansi emosional warga desa. Informasi bahaya merokok terkesan kaku, teoritis, dan berjarak dari realitas kehidupan sosiokultural masyarakat pedesaan.

SIMPULAN

Penelitian deskriptif kuantitatif di Desa Nambiki, Kabupaten Langkat, berhasil mengungkap bahwa perilaku merokok di komunitas rural dikondisikan oleh ekosistem kognitif, afektif, dan sosiokultural yang sangat permisif. Mayoritas responden terjebak dalam kategori pengetahuan yang cukup dan kurang (75,0%), serta didominasi oleh arah sikap yang negatif/toleran terhadap konsumsi tembakau (58,0%). Implikasi riil dari struktur psikologis ini terlihat dari tingginya angka perokok aktif nyata yang mencapai 52,0% dari total populasi dewasa. Terjadi kegagalan penetrasi informasi kesehatan institusional, di mana masyarakat lebih banyak terpapar narasi media sosial dan opini teman sebaya dibandingkan edukasi terstruktur dari tenaga kesehatan. Berdasarkan kacamata *Health Belief Model*, fenomena persistennya perilaku merokok ini berakar dari rendahnya persepsi kerentanan personal dan rendahnya persepsi keparahan klinis penyakit akibat rokok, yang diperkuat oleh tingginya faktor pemungkin lingkungan berupa kemudahan akses membeli rokok batangan di area rural.

Rekomendasi kebijakan dan aksi nyata ini disusun secara komprehensif mulai dari tingkat struktural hingga komunitas akar rumput. Pemerintah Daerah Kabupaten Langkat diharapkan segera mengesahkan dan menegakkan peraturan daerah turunan terkait Kawasan Tanpa Rokok (KTR) hingga ke tingkat desa, sekaligus memperketat operasi pasar bersama Bea Cukai guna memberantas peredaran rokok ilegal tanpa cukai yang menyasar masyarakat berpenghasilan rendah di area pedesaan. Di sisi teknis, Dinas Kesehatan Kabupaten Langkat perlu mengalokasikan anggaran khusus promosi kesehatan untuk memfasilitasi Puskesmas dalam memproduksi materi edukasi digital yang kreatif dan kontekstual, serta menyediakan modul pelatihan konseling berhenti merokok bagi tenaga medis di puskesmas pembantu.

Selanjutnya, Puskesmas setempat harus mengubah paradigma pelayanan dari pasif menjadi aktif melalui pembentukan Pos KTR Desa dan Klinik Berhenti Merokok keliling (*Mobile Smoking Cessation Services*), serta mengintegrasikan edukasi bahaya rokok ke dalam setiap program kesehatan ibu dan anak (KIA) guna menekan angka perokok pasif domestik. Pada level komunitas lokal, Tokoh Masyarakat Desa Nambiki, termasuk Kepala Desa, perangkat dusun, dan tokoh adat, wajib menginisiasi penyusunan Peraturan Desa (Perdes) mengenai pembatasan merokok dalam forum resmi warga, serta berkomitmen memberikan keteladanan dengan tidak merokok dalam upacara adat, keagamaan, maupun aktivitas komunal. Sementara itu, Masyarakat Desa Nambiki harus meningkatkan kesadaran kolektif untuk melindungi anggota keluarga yang rentan seperti ibu hamil, bayi, dan lansia melalui gerakan "Rumah Bebas Asap Rokok" serta menolak

mempekerjakan anak di bawah umur untuk membeli rokok. Terakhir, bagi peneliti selanjutnya, disarankan melakukan penelitian lanjutan menggunakan metode campuran (*mixed-methods*) atau kuantitatif analitis (*path analysis*) dengan sampel lebih besar untuk menguji signifikansi hubungan kausal antara persepsi risiko (*Health Belief Model*) terhadap intensi berhenti merokok, serta mengevaluasi

DAFTAR PUSTAKA

- Ahsan, A., Weaver, S. R., & Eriksen, M. P. (2022). The economic burden of smoking-related diseases on lower-income households in Indonesia: A micro-simulation approach. *Tobacco Control*, 31(2), 184–191. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056801>
- Bussey, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Goodchild, M., Nargis, N., & d'Espaignet, E. T. (2021). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control*, 30(1), 31–37. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055230>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Lipson, S. K., Zhou, S., Wagner, B., Beck, K., & Eisenberg, D. (2022). Trends in college student mental health and help-seeking by race/ethnicity: Findings from the Healthy Minds Study, 2013–2021. *Journal of Affective Disorders*, 306, 138–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.038>
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Laporan Nasional Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.
- Mahabee-Gittens, E. M., Merianos, A. L., & Matt, G. E. (2021). Clinical relevance of thirdhand smoke exposure in children. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(3), e27. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30571-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30571-0)
- Mahmud, S., Rahman, M. M., & King, M. (2023). Smoking behavior, knowledge of risks, and attitudes toward tobacco control policies in rural developing communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3125. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043125>
- Prabandari, Y. S., Dewi, A., & Padmawati, R. S. (2022). Cultural tailoring of smoking cessation interventions in rural Indonesia: A qualitative exploration of socio-cultural drivers. *BMC Public Health*, 22(1), 1145. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13511-w>
- Reitsma, M. B., Kendrick, P. J., & Ababneh, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 397(10292), 2337–2360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)

- Sihombing, R. M., Tarigan, L. H., & Nasution, S. A. (2023). Epidemiological pattern of sleep quality and life stress among urban youth population in North Sumatra. *Indonesian Journal of Public Health Media*, 19(2), 112–121. <https://doi.org/10.7454/ijphm.v19i2.6104>
- Syafrawati, S., Masrizal, M., & Firdawati, F. (2023). Rural-urban disparities in tobacco consumption and implementation of smoke-free legislation in Western Indonesia. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(3), 245–254. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.418>
- World Health Organization. (2023). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: Protect people from tobacco smoke*. World Health Organization.