



Evaluasi program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK)

Moriana Ulfa Siregar

Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

Morianaulfa0@gmail.com

Info Artikel :

Diterima :

06 Desember 2022

Disetujui :

15 Desember 2022

Dipublikasikan :

25 Desember 2022

ABSTRAK

Pemerintah telah membuat Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Puskesmas merupakan ujung tombak dalam pelaksanaan program ini. Kualitas suatu program dapat terlihat dari hasil monitoring dan Evaluasi yang telah dilaksanakan. Metode: menggunakan desain kualitatif melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen yang akan menghasilkan tema yang dianalisis secara deskriptif. Hasil Penelitian ini menghasilkan tujuh tema yang menggambarkan pemikiran system. Kebijakan tentang standar prosedur operasional survei di lapangan belum juga dibuat dan penetapan Surat Keputusan yang belum maksimal. Kesimpulan Penelitian terdapat kelemahan tiga tema yang masuk dalam kategori input yang akan berdampak pada proses-output-dan outcome PIS-PK. Sehingga perlu adanya penguatan sumber daya manusia berupa continuing education, penguatan kebijakan baik pusat maupun daerah yang akan berdampak pada meningkatnya kinerja para karyawan sebagai surveyor dan data yang dihasilkan memiliki kualitas yang lebih baik.

Kata Kunci: Pendekatan Sistem, Program PIS-PK, Manajemen SDM

ABSTRACT

The government has created the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PIS-PK). The Puskesmas is the spearhead in the implementation of this program. The quality of a program can be seen from the results of the monitoring and evaluation that have been carried out. Methods: using a qualitative design through in-depth interviews and document review that will produce themes that are analyzed descriptively. The results of this study resulted in seven themes that describe systems thinking. Policies regarding standard operating procedures for surveys in the field have not yet been made and the decision letter has not been maximized. Conclusion The research has weaknesses in three themes that fall into the input category, which will have an impact on the process, output, and outcome of PIS-PK. So it is necessary to strengthen human resources in the form of continuing education and strengthening policies both at the center and at the local level, which will have an impact on increasing the performance of employees as surveyors and the resulting data have better quality.

Keywords: System Approach, PIS-PK Program, HR Management



©2022 Penulis. Diterbitkan oleh Arka Institute. Ini adalah artikel akses terbuka di bawah lisensi Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 International License. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

PENDAHULUAN

Puskesmas merupakan ujung tombak dalam pelaksanaan semua kebijakan yang terbentuk. Kesuksesan suatu program sangat ditentukan oleh capaian pada masing-masing puskesmas. Oleh karena itu perlu penguatan yang lebih optimal dalam mempersiapkan puskesmas dalam melakukan suatu program. Program Indonesia sehat merupakan salah satu agenda ke-5 dari Nawa Cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: penerapan paradigma sehat; penguatan pelayanan kesehatan; dan pelaksanaan jaminan Kesehatan (JKN). Upaya yang digunakan untuk pencapaian pembangunan kesehatan ini dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga. Oleh karena itu pemerintah mencanangkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) melalui kegiatan survei keluarga sehat dimasing-masing wilayah puskesmas.

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) sudah dimulai sejak tahun 2016 yang dilaksanakan pada 9 provinsi, namun pada tahun 2018 telah ditargetkan untuk dilaksanakan di seluruh Indonesia. Kualitas suatu program dapat terlihat dari hasil monitoring dan Evaluasi yang telah dilaksanakan, dalam hal ini kementerian kesehatan telah membuat panduan monitoring dan

Evaluasi yang lebih menitikberatkan pada proses dan output pelaksanaan program yang meliputi persiapan pada pelatihan SDM, pelaksanaan di lapangan, sampai pada rencana intervensi dan analisis perubahan Indeks Keluarga Sehat (IKS). Dalam hal ini, peneliti tertarik untuk melakukan Evaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) melalui pendekatan sistem. Sistem Kesehatan daerah yang menguat saat ini mendorong banyak pejabat daerah menguasai analisis sistem dan menggunakannya untuk membuat program.

Sebuah sistem terdiri dari input, proses, dan output. Input terdiri dari sumber-sumber yang menjadi bahan mentah. Proses adalah strategi mengolah bahan mentah menjadi bahan jadi/produk. Output adalah barang jadi/ produk yang dibeli atau digunakan oleh konsumen Outcome adalah manfaat yang dirasakan oleh konsumen atau pihak diluar system. Sehingga dengan metode evaluasi ini diharapkan mampu untuk menguak kelebihan maupun kekurangan dari program tersebut. Hal ini, bagi pembuat kebijakan akan memudahkan untuk memutuskan kebijakan baru yang lebih optimal dalam mengatasi permasalahan yang ada. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) melalui pendekatan system (input-proses-output-outcome).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan cross sectional Penelitian merupakan systematic review. Penelitian ini adalah pendekatan studi kasus dianalisis secara deskriptif dengan menghasilkan beberapa tema yang menggambarkan hasil. Penelitian melalui wawancara mendalam kepada stakeholder yang terlibat dan studi dokumen. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Gunung Tua yang merupakan Puskesmas percontohan di Kabupaten Padang Lawas Utara. Pengambilan data dilakukan kepada enam informan kunci yang terdiri dari kepala Puskesmas, dan lima pemegang program di Puskesmas yang diikutkan dalam pelatihan PIS-PK, dan keenam informan ini juga merupakan surveyor PIS-PK di lapangan, wawancara dilakukan juga kepada dua informan pemangku kebijakan PIS-PK di Dinas Kesehatan yaitu kepala bagian kesehatan Masyarakat merupakan penanggung jawab utama program dan pemegang program.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menggambarkan tentang pelaksanaan program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang dilakukan dengan survei keluarga sehat pada setiap penduduk. Hal ini dilakukan dengan mengeksplorasi pengalaman pelaksanaan PIS- PK selama ini dari pelaksana program di lapangan maupun pemangku kebijakan dari tataran atas (Dinas Kesehatan). Dari pengalaman ini diharapkan mampu mengevaluasi program secara sistem (mulai dari *input-proses-output-outcome*).

Penelitian ini menjelaskan tentang pelaksanaan program melalui pendekatan sistem yaitu mengetahui input yang telah dipersiapkan dan dilaksanakan, proses pelaksanaan program di lapangan, output yang dihasilkan secara nyata, dan keluaran program yang bisa dimanfaatkan di masa mendatang. Semua ini akan dijelaskan lebih lanjut dengan tema yang telah disimpulkan oleh peneliti.

Terdapat enam tema yang berhasil didapatkan oleh peneliti dalam penelitian ini, yaitu:
Surveyor sebenarnya : “seharusnya kalo dari pelatihan kemarin ya langsung dari puskesmas sendiri”

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dilakukan dengan survei keluarga sehat ke setiap anggota keluarga. Berdasarkan dua informan yang telah mendapat informasi dari pelatihan PIS-PK menyatakan bahwa *Surveyor* dalam program ini dilakukan sendiri oleh petugas kesehatan yang ada di setiap Puskesmas, sebagaimana kutipan wawancara berikut ini:

“Gini mbak, informasi dari pelatihan kemarin seharusnya langsung dari petugas puskesmas sendiri (yang survei) (S1)”

Hal ini diperkuat oleh pernyataan dari tataran pembuat kebijakan sebagai berikut:

“Jadi kalau secara ideal kita membicarakan PIS-PK ini, seharusnya dilakukan oleh petugas”

Berdasarkan hasil di atas menggambarkan bahwa petugas kesehatan Puskesmas merupakan *surveyor* yang seharusnya turun ke lapangan, karena sejatinya mereka yang dilatih dan yang lebih memahami pelaksanaan PIS-PK dengan semestinya. Hasil yang kurang valid dan capaian masyarakat yang disurvei belum mencapai target yang ditetapkan pada survei yang dilakukan oleh pihak, hal ini

telah membuat semua petugas kesehatan mengambil peran terhadap tugas pengambilan data PIS-PK di lapangan untuk menyempurnakan data yang dihasilkan. Namun, kondisi seperti ini secara tidak langsung menjadikan mereka memiliki tugas tambahan di samping tugas pokok yang harus mereka kerjakan dengan baik juga.

Berdasarkan modul pelatihan keluarga sehat menyebutkan bahwa Puskesmas bertanggung jawab atas satu wilayah administrasi pemerintahan, yakni kecamatan atau bagian dari kecamatan, setiap kecamatan harus minimal terdapat satu puskesmas, dalam membangun dan menentukan wilayah kerja Puskesmas, faktor wilayah, kondisi geografi, dan kepadatan/ jumlah penduduk menjadi dasar pertimbangan. Pada modul ini disebutkan juga peran pembina keluarga sebagai pengambil data sampai pelaksana evaluasi dan intervensi di lapangan pada program ini.

Makna Poin dalam e-Kinerja: “*poin itu ya kinerjanya yang berhubungan dengan uang*”

Aturan remunerasi telah membuat kebijakan bagi semua pegawai pemerintahan (ASN) dilarang menerima honor diluar gaji dan tunjangan mereka setiap bulannya. Oleh karena itu, kinerja tambahan berupa survei keluarga sehat sebagai pelaksanaan PIS-PK bagi karyawan ASN tidak mendapatkan honor tambahan apapun, sedangkan bagi karyawan non-ASN saat ini mendapatkan honor tambahan berupa uang transport dari pihak Puskesmas. Sebagaimana kutipan wawancara di bawah ini:

“Bagi ASN tidak mendapatkan honor tambahan karena sudah remunerasi. Jadi, ASN rapat, melakukan kegiatan apapun tidak boleh mendapatkan uang transport yang dapat adalah karyawan Non-ASN”.

Menurut salah satu informan menyebutkan bahwa sumber dana transport para Non-ASN diambilkan dari DAK (Dana Alokasi Khusus) di Puskesmas yang dialokasikan khusus untuk pendataan PIS-PK yang diberikan setelah kegiatan survei berakhir kepada surveyor. Namun, pada pengadaan alat-alat teknis yang mampu mendukung kegiatan survei di lapangan seperti keplek, ATK (Alat Tulis Kantor) dilakukan sendiri oleh Puskesmas dengan mengatur dana sedemikian rupa agar pengadaan ini bisa terwujud karena terlihat peran Dinas Kesehatan selama ini hanya melakukan pengadaan buku survei (berisi tentang berbagai kuesioner) yang memang memerlukan dana cukup besar untuk keperluan tersebut. Namun, bagi Puskesmas pengadaan ini bukan dianggap beban karena minimnya dana yang dikeluarkan. DAK juga mengalokasikan dana pada kegiatan intervensi ke lapangan, monitoring dan Evaluasi keluarga sehat yang harus dilakukan. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat dukungan dana dengan alokasi tertentu pada pelaksanaan PIS-PK. Namun, hal ini dianggap telah cukup bagi tataran pembuat kebijakan untuk kelancaran pelaksanaan PIS-PK selama ini.

Standar Pelaksanaan : “*SOP pelaksanaannya tidak ada karena kita sudah masuk dalam pelatihan*”

Kebijakan tertulis dalam setiap kegiatan sangat diperlukan dalam penguat kebijakan dan memiliki peran mengikat bagi yang melaksanakan. Adanya SOP (*Standart operating procedure*) atau bahkan SK (Surat Keputusan) penetapan peran setiap individu dalam sebuah kegiatan sangatlah mendukung keberhasilan suatu kegiatan.

Sebagian besar informan menyatakan bahwa sebenarnya dalam program ini belum ada standar operasional di lapangan secara tertulis. Selamaini standar yang dipakai hanya berdasarkan panduan/ pedoman yang didapat dari pelatihan, sebagaimana kutipan wawancara di bawah ini:

“Untuk SOP pelaksanaannya tidak ada. Karena kita sudah masuk dalam pelatihan dan kita laksanakan, kita terjun ke lapangan... itu sebagai dasarnya dan dari situ pedomannya.”

Menurut salah satu informan standar yang ada hanya tentang pembentukan tim pengawas di masing-masing wilayah Puskesmas yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan berupa surat keputusan dan hal ini diperkuat dengan pernyataan salah satu informan lainnya yang menyatakan bahwa pernah membaca surat keputusan bagipara pengawas kewilayahan Puskesmas.

Penting dalam pembuatan kebijakan tertulis seperti SOP dalam setiap kegiatan menjadikan pelaksanaan kegiatan di lapangan akan lebih terarah dan terkontrol sesuai standar yang ada, dan terdapat kesamaan pelaksanaan dari setiap surveyor.

Satu Persepsi DO: “*ketika kita tidak paham dengan itu hasilnya pasti berbeda*”

Definisi Operasional (DO) merupakan salah satu inti dalam pengambilan data yang harus dipahami dengan benar karena sebagai pedoman teknisnya. Dalam penelitian ini informan menyatakan

bahwa terjadi kurang pemahaman *surveyor* terhadap DO yang berakibat pada kualitas data yang dihasilkan, sebagaimana kutipan di bawah ini:

“Jadi kalau menurut saya banyak kesulitan ketika memang belum maksimal dilatih dan melaksanakan. Karena ketika kita mencantumkan kata ‘ya’ dan ‘tidak’ (jawaban dalam kuesioner). ketika kita tidak paham dengan itu, hasilnya pasti berbeda.”

Permasalahan lain muncul juga pada DO (Definisi Operasional) yang dipahami dalam PIS-PK dan DO yang dipakai pada program Puskesmas selama ini juga sedikit berbeda, berdasarkan kutipan wawancara di bawah ini:

“Kalau dari program promosi kesehatan..terdapat survei PHBS dengan 10 indikator. Indikator merokok di PHBS tidak merokok di dalam rumah masih dikategorikan sehat. Tapi kalau di PIS-PK ini tidak... merokok, entah itu didalam rumah, diluar rumah, yang penting merokok itu sudah dikategorikan tidak sehat”

Semua kondisi ini pasti akan berpengaruh pada proses pengolahan data yang dilakukan secara online dan offline yang memiliki mengacu pada Definisi Operasional yang telah dibuat oleh pusat. Menurut informasi dari para informan, laporan online merupakan laporan langsung ke pusat (kemenkes) melalui website khusus yang dibuat oleh pusat berdasarkan pada DO (Definisi Operasional) yang telah dibuat, sedangkan laporan offline merupakan *backup* atau pegangan Puskesmas untuk menjadi pegangan dalam membuat kebijakan selanjutnya.

Gambaran manusia super: “Pagi sudah pelayanan, siang survei ternyata orangnyatidak ada”

Pelaksanaan survei PIS-PK pertama kali dilaksanakan oleh pihak, Namun telah memberikan hasil yang kurang akurat dan belum 100% tersurvei, Sehingga petugas Puskesmas turun tangan untuk survei kembali.

Dalam menghadapi masalah ini Kepala Puskesmas membuat kebijakan untuk menurunkan semua karyawan baik medis maupun non-medis yang ada di Puskesmas untuk survei ke masyarakat, karena mengingat jumlah sasaran yang disurvei masih lumayan banyak. Maka Puskesmas membuat kebijakan melibatkan semua karyawan dengan membuat tim yang terdiri dari tenaga medis dan non-medis, sebagaimana kutipan berikut:

“...karena jumlahnya ada banyak, kalau hanya tenaga kesehatan saja kasihan. Makanya kita bagi per tim, 1 tim terdiri dari tenaga kesehatan satunya non tenaga kesehatan. Yang non tenaga kesehatan, seperti bagian loket itu yang kebagian mencatat, sedangkan bidan, perawat, dokter itu bagian mengukur tensi.”

Pada teknis pelaksanaan survei, karyawan Puskesmas telah dibagi menjadi berbagai tim per wilayah dan diberi kebebasan waktu pengambilan data sesuai kesepakatan masing-masing tim. Walaupun seperti itu awal mula survei PIS-PK oleh petugas terdapat penolakan dari mereka karena waktu pelaksanaan yang sangat menyita waktu di luar jam kerja mereka, namun karena tuntutan sebagai Puskesmas percontohan, maka dengan rela hati mereka bersedia turun semua, sebagaimana kutipan wawancara berikut:

“Karena melaksanakan surveinya tidak hari kerja, mereka awalnya menolak. Tapi apalagi kita ini dituntut sebagai Puskesmas percontohan. Makanya, untuk mengentri data PIS-PK pun harus 100%. Kalau kita tidak terjun semua kita tidak bisa 100% . Jika hanya mengandalkan orang-orang tertentu misalnya, perawat wilayah itu tidak bisa. Akhirnya mereka mengerti terus semua jalan (Karyawan), akhirnya mau.”

Oleh karena itu beberapa informan menyatakan beberapa kondisi yang dirasakan ketika melaksanakan survei PIS-PK, yaitu: Kelebihan Waktu kerja dan kelelahan tenaga; Mereka harus dua kali kerja, yaitu kerja di dalam Puskesmas dan di luar Puskesmas (survei) yang memakai waktu selesai bekerja, malam hari atau bahkan hari libur; Terdapat beberapa kasus penolakan terus menerus dari warga.

Data PIS-PK Kunci perencanaan program: “ini membantu kita dalam perencanaan kegiatan”

Data hasil PIS-PK secara umum bisa dimanfaatkan oleh petugas Puskesmas untuk membuat program selanjutnya, sebagaimana kutipan di bawah ini:

“Kalau saya rasakan secara umum, ini membantu kita dalam perencanaan kegiatan”

Namun permasalahan yang terjadi adalah DO (Definisi Operasional) yang dipahami dan DO yang dipakai pada program Puskesmas selama ini juga sedikit berbeda dengan DO yang dipakai dalam PIS-PK, sehingga data kurang maksimal dapat dimanfaatkan, Jadi pemanfaatan yang bisa dilakukan adalah menyandingkan data yang dimiliki Puskesmas dengan data PIS-PK, sebagaimana kutipan wawancara berikut ini:

“Salah 1 contohnya capaian KB. Ada capaian KB Puskesmas ada capaian KB PIS-PK. Lha itu nanti kita sandingkan. O.. ini yang dari Puskesmas sekian, PIS-PK sekian.”

Pemanfaatan data PIS-PK adalah tujuan terpenting dalam pelaksanaan survei keluarga ini. Dengan kurang akuratnya data yang dihasilkan karena kurang memahami Definisi Operasional (DO) yang ada dan DO yang berbeda membuat para petugas program kurang memaksimalkan data tersebut, karena jika dibandingkan dengan data di lapangan selama ini terdapat perbedaan hasil yang cukup signifikan, misalkan dari cakupan biasa rendah menjadi baik, contoh indikator ‘merokok’ dari cakupannya rendah menjadi tinggi. Hal ini tentunya sangat berpengaruh pada pemanfaatan data selanjutnya.

Berdasarkan hasil penelitian di atas terlihat bahwa terdapat 3 kelemahan tema yang didapatkan oleh peneliti yaitu, 1. Petugas Puskesmas harus menyempurnakan survei yang belum selesai yang dilakukan oleh pihak sehingga hal ini akan menjadi tugas tambahan bagi mereka. 2, Kebijakan tertulis seperti SOP (*standar operating procedure*) belum juga dibuat, hal ini akan memberikan kesulitan dalam menyamakan persepsi tentang standar pelaksanaan survei sebenarnya, sehingga akan terlihat pelaksanaan survei berbasis pribadi yang hanya berbekal pelatihan maupun sosialisasi. Hal ini pastinya akan bekerja sesuai standar mereka sendiri tanpa panduan tertulis. Begitu juga dalam penetapan SK yang belum maksimal, SK yang ada merupakan rincian peran setiap karyawan yang bergabung dalam Tim Keluarga Sehat, Namun terdapat satu tugas yang menurut peneliti sangat fundamental untuk menghasilkan data yang baik yaitu keberadaan tim pengolah data yang belum dicantumkan secara spesifik dalam SK tersebut. Hal ini bertujuan untuk membangun rasa tanggung jawab yang lebih terhadap pekerjaannya, sehingga capaian kinerjanya akan maksimal dan selesai tepat waktu. 3, kelemahan dalam menyamakan persepsi terhadap DO (Definisi Operasional) yang berbeda, baik dalam pemahaman maupun kesamaan standar DO yang ditetapkan PIS-PK dengan DO yang dimiliki oleh beberapa program Puskesmas yang terkait, bahkan belum ada sinkronisasi isi kuesioner berdasarkan DO yang sudah ditetapkan oleh pusat (kementerian kesehatan) khususnya terkait tipe penilaian yang ada. Sehingga hal ini akan berdampak pada kualitas data yang dihasilkan kurang maksimal.

Dalam sebuah penelitian menyebutkan 56,6% tenaga kesehatan menyatakan bahwa tugas tambahan terkadang mengganggu tupoksi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Sedangkan 37,4% menyatakan bahwa tugas tambahan tidak mengganggu tupoksi dan hanya 6% menyebutkan bahwa tugas tambahan mengganggu dalam menjalankan peran sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di Puskesmas walaupun demikian pihak manajemen atas Puskesmas perlu memperhatikan kondisi fisik dan mental dari seluruh karyawan.

KESIMPULAN

Evaluasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang dilakukan secara pendekatan sistem melalui identifikasi input, proses, output, maupun outcome telah menghasilkan beberapa fakta bahwa banyak permasalahan bersumber pada input, yaitu: Tugas tambahan bagi seluruh karyawan Puskesmas baik medis maupun non-medis sebagai surveyor; Belum ada SOP pelaksanaan survei PIS-PK dan belum maksimalnya SK yang dibuat; Persepsi DO (Definisi Operasional) yang belum sama baik dalam pemahaman maupun kesamaan standar DO. Semua permasalahan ini secara tidak langsung akan berpengaruh pada proses pelaksanaan PIS-PK melalui pengambilan data berupa survei keluarga sehat yang akan berpengaruh pada capaian (output) dan pemanfaatan data dikemudian hari (outcome). Oleh karena itu diperlukan penguatan SDM melalui *continuing education* untuk meningkatkan kualitas SDM, penguatan kebijakan baik pusat maupun daerah terutama pada kebijakan tertulis (SOP dan SK) dan meninjau ulang kembali Definisi Operasional pada instrumen penelitian (Kuesioner) untuk menyamakan persepsi dalam mencapai tujuan utama.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik* (Edisi Revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
- Bungin, B. (2003). *Analisis data penelitian kualitatif*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Convelo, G. C., dkk. (2003). *Pengantar metode penelitian*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Dinas Kesehatan dan KB Kota Madiun. (2017). *Keluarga sehat: Profil keluarga sehat di Kota Madiun*.
- Handayani, L., & Ma'ruf, N. (2012). Peran tenaga kesehatan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan Puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 13(1).
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Pedoman umum program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga*. Jakarta: Pusat Analisis Determinan Kementerian Kesehatan.
- Maharani, R., & Budianto, A. (2019). Pengaruh beban kerja terhadap stres kerja dan kinerja perawat rawat inap dalam. *Journal of Management Review*, 3(2).
- Pratowo, A. (2011). *Metode penelitian kualitatif*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Sutopo, H. B. (2002). *Metode penelitian kualitatif: Dasar teori dan terapannya dalam penelitian*. Surakarta: UNS Press.
- World Health Organization. (2017). *Monitoring tobacco use and prevention policies*. Geneva: World Health Organization.