



PENERAPAN MODEL 5A OLEH DOKTER GIGI DALAM KONSELING BERHENTI MEROKOK

Sabrina Intan Zoraya*, Abdillah Adipatria B. Azhar

Fakultas Kedokteran UNIZAR, Universitas Islam Al-Azhar Mataram, Jl. Unizar No.20, Turida, Kec. Sandubaya,
Kota Mataram, Nusa Tenggara Barat. 83232, Indonesia

*sabrinaikm2019@gmail.com

ABSTRAK

Salah satu upaya untuk membantu perokok menghentikan kebiasaan merokok adalah konseling. Konseling berhenti merokok tidak hanya dapat diterapkan oleh dokter tetapi juga oleh dokter gigi. Telaah sistematis ini bertujuan untuk membahas penelitian-penelitian tentang penerapan model 5A oleh dokter gigi dalam konseling berhenti merokok. Pencarian database dilakukan pada Pubmed, ScienceDirect, dan Wiley Online Library dengan rentang waktu penerbitan tahun 2011-2021. Kata kunci yang digunakan adalah "dentist", "ask", "advise", "asses", "assist", "arrange", dan "smoke". Alur inklusi dan eksklusi artikel ditunjukkan dalam bentuk diagram berdasarkan PRISMA. Kualitas metodologis dan risiko bias penelitian dari artikel yang layak ditelaah dinilai berdasarkan *JBICritical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data*. Pencarian database dan pencarian sitasi masing-masing mendapatkan 439 hasil dan 3 hasil. Hasil akhir diperoleh 7 artikel yang layak ditelaah. Ketujuh penelitian selaras mengungkapkan bahwa proporsi dokter gigi yang menerapkan 5A tidak ada yang mencapai 100%. Hal ini dipengaruhi oleh berbagai hambatan seperti "penolakan pasien", "waktu", "tidak ada pelatihan", "kurang pengetahuan", "tidak ada fasilitas pelatihan di tempat praktik", "perujukan", "kurang dukungan organisasi", "kurang percaya diri", "tidak ada kompensasi biaya", dan "kurang tertarik". Hambatan yang dirasakan dokter gigi dalam menerapkan 5A dapat diatasi melalui komunikasi efektif, manajemen waktu yang efisien, dukungan organisasi dalam menyediakan pelatihan konseling berhenti merokok, dan kompensasi biaya. Model 5A belum diterapkan secara komprehensif oleh dokter gigi. Penelitian observasional lebih lanjut dengan sampel yang lebih besar dan penelitian eksperimental tentang penerapan 5A setelah dokter gigi mendapatkan pelatihan perlu dilakukan.

Kata kunci: dokter gigi; merokok; model 5A

APPLICATION OF MODEL 5A BY DENTISTS IN STOP SMOKING COUNSELING

ABSTRACT

*One of the efforts to help smokers stop smoking is counseling. Smoking cessation counseling can not only be applied by doctors but also by dentists. This systematic review aims to discuss studies on the application of the 5A model by dentists in smoking cessation counseling. Database searches were conducted on Pubmed, ScienceDirect, and Wiley Online Library with a publishing period of 2011-2021. The keywords used are "dentist", "ask", "advise", "asses", "assist", "arrange", and "smoke". The flow of inclusion and exclusion of articles is shown in the form of a diagram based on PRISMA. The methodological quality and risk of research bias of articles worthy of review were assessed based on the *JBICritical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data*. Database search and citation search got 439 results and 3 results, respectively. The final results obtained 7 articles that are worth reviewing. The seven harmonized studies revealed that the proportion of dentists who applied 5A did not reach 100%. This is influenced by various obstacles such as "patient refusal", "time", "no training", "lack of knowledge", "no training facilities in practice", "referral", "lack of organizational support", "lack of confidence", "no cost compensation", and "less interested". Barriers perceived by dentists in implementing 5A can be overcome through effective communication, efficient time management, organizational support in providing smoking cessation counseling training, and cost compensation. Model 5A has not been implemented comprehensively by dentists. Further observational studies with larger samples and experimental studies on the application of 5A after dentists have received training need to be carried out.*

Keywords: dentist; model 5A; smoke

PENDAHULUAN

Rokok merupakan produk yang menggunakan bahan baku tembakau. Rokok dapat berupa rokok filter/kretek, cerutu, shisha, dan rokok pipa/cangklong.(P2PTM Kemenkes RI, 2018) Pada tahun 2019, jumlah perokok di dunia telah mencapai 1,1 milyar.(Reitsma et al., 2021) Rokok mengandung nikotin yang merupakan substansi yang dapat menyebabkan adiksi. Adiksi nikotin, disebut juga dengan adiksi tembakau, berdampak pada sistem kardiovaskular, pernapasan, renal, dan reproduksi.(Mishra et al., 2015) Pada rongga mulut, dampak adiksi nikotin meliputi karies gigi, periodontitis, hingga kanker. Adiksi nikotin juga dapat berdampak pada rusaknya kuncup pengecap pada lidah sehingga ambang batas rasa menjadi lebih tinggi. Hal ini akan membuat asupan garam dan gula menjadi lebih tinggi sehingga dapat memicu terjadinya hipertensi dan diabetes mellitus.(Da Ré et al., 2018).

Untuk mencegah dampak-dampak negatif bagi kesehatan, kebiasaan merokok perlu dihentikan. Salah satu upaya untuk membantu perokok menghentikan kebiasaan merokok adalah konseling. Konseling berhenti merokok tidak hanya dapat melibatkan dokter. Dokter gigi juga memiliki andil dalam menghentikan kebiasaan merokok pasien dalam praktik sehari-hari. WHO merekomendasikan model 5A yang juga dapat diterapkan dokter gigi yang terdiri dari *ask, advise, asses, assist, dan arrange*.(WHO, 2014). Peran dokter gigi dalam menghentikan kebiasaan merokok pernah dibahas dalam telaah sebelumnya.(Goel et al., 2020) Akan tetapi, sejauh yang kami ketahui, penerapan model 5A oleh dokter gigi dalam konseling berhenti merokok belum pernah dibahas. Oleh karena itu, telaah sistematis (*systematic review*) ini bertujuan untuk membahas penelitian-penelitian tentang penerapan model 5A oleh dokter gigi dalam konseling berhenti merokok.

METODE

Pertanyaan dalam telaah sistematis ini (*review question*) adalah bagaimana penerapan model 5A oleh dokter gigi dalam konseling berhenti merokok? Pencarian database dilakukan pada Pubmed, ScienceDirect, dan Wiley Online Library dengan rentang waktu penerbitan tahun 2011-2021. Kata kunci yang digunakan adalah '*dentist, ask, advise, asses, assist, arrange, dan smoke*'. Selain pencarian database, dilakukan juga pencarian sitasi. Kriteria kelayakan (*eligibility*) terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi meliputi populasi (*population*) dokter gigi umum dan/atau spesialis, ukuran hasil penelitian (*outcome measure*) proporsi dokter gigi yang menerapkan model 5A, dan desain penelitian (*design*) observasional. Kriteria eksklusi meliputi populasi dokter gigi muda atau terapis gigi dan mulut, desain penelitian eksperimental, dan hasil pencarian berupa buku, telaah, diskusi, dan sebagainya.

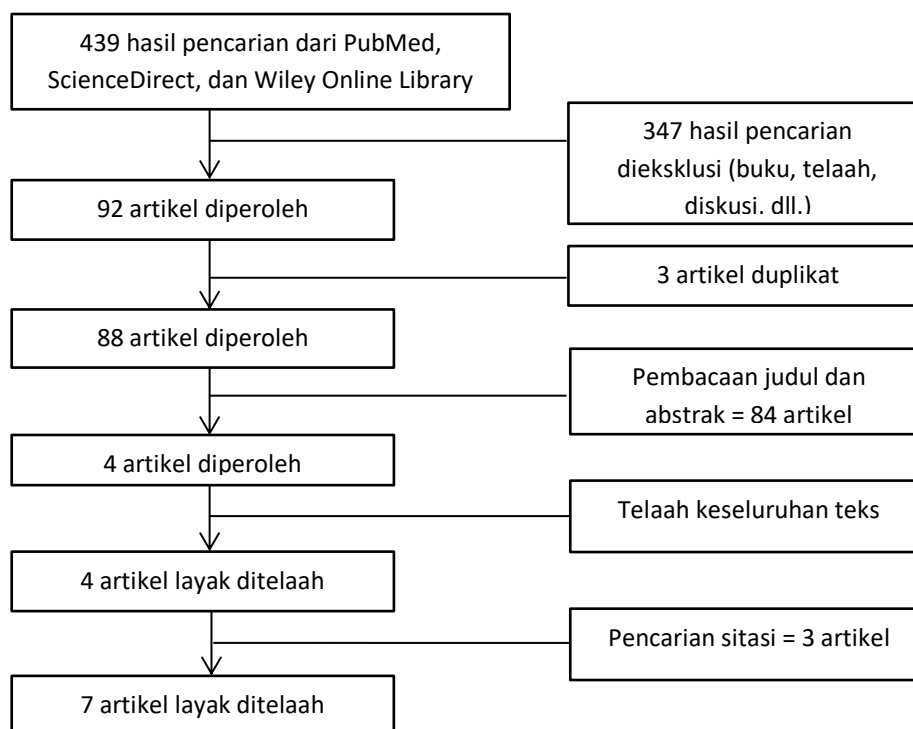
Alur inklusi dan eksklusi artikel ditunjukkan dalam bentuk diagram berdasarkan *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA).(Moher et al., 2009)

Kualitas metodologis dan risiko bias penelitian dari artikel yang layak ditelaah dinilai berdasarkan daftar pertanyaan *Joanna-Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data*.(Munn et al., 2015) Penilaian tersebut dilakukan oleh dua penelaah secara terpisah. Risiko bias dikategorikan tinggi apabila pada daftar pertanyaan jawaban "ya" mencapai $\leq 49\%$; sedang apabila jawaban "ya" mencapai $50\%-69\%$; dan rendah apabila jawaban "ya" mencapai $\geq 70\%$. Isi artikel yang layak ditelaah dirangkum menurut nama peneliti, judul, sampel, desain penelitian, dan hasil penelitian. Sintesis hasil penelitian menggunakan metode sintesis naratif.

HASIL

Pencarian database dan pencarian sitasi masing-masing mendapatkan 439 hasil dan 3 hasil. Hasil akhir diperoleh 7 artikel yang layak ditelaah.

Gambar 1 menunjukkan diagram inklusi dan eksklusi artikel PRISMA. Tabel 1 menunjukkan hasil penilaian terhadap kualitas metodologis dan risiko bias dari ketujuh penelitian berdasarkan *JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data*. Tabel 2 dan Tabel 3 memperlihatkan rangkuman isi artikel mengenai penerapan 5A dan hambatan yang paling sering dirasakan dalam penerapannya.



Gambar 1. Diagram PRISMA

Tabel 1.
 Penilaian Kualitas Metodologis dan Risiko Bias

Peneliti	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	% Ya	Risiko
Amit M. Patel (2011)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	–	88,8	Rendah
Arezoo Ebn Ahmady (2011)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	–	88,8	Rendah
Claudia Succar (2011)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	–	88,8	Rendah
Preeti Prakash (2013)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100	Rendah
Razavi (2015)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100	Rendah
Bangera (2018)	✓	–	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	88,8	Rendah
Chaffee (2020)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100	Rendah

Q1. Was the sample frame appropriate to address the target population? Q2. Were study participants sampled in an appropriate way? Q3. Was the sample size adequate? Q4. Were the study subjects and the setting described in detail? Q5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? Q6. Were valid methods used for the identification of the condition? Q7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? Q8. Was there appropriate statistical analysis? Q9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?

Q = Pertanyaan (Question); ✓ = Ya; – = Tidak; U = Tidak jelas (Unclear); NA = Tidak berlaku (Not

Applicable).

Tabel 2.
 Rangkuman Isi Artikel (Penerapan 5A)

Peneliti	Judul	Sampel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian Penerapan 5A
Amit M. Patel (2011)	A survey of United States periodontists' knowledge, attitudes, and behaviors related to tobacco cessation-interventions	231 dokter gigi spesialis periodonsia	<i>cross-sectional</i>	<i>Ask = 96%</i> <i>Advise = 84%</i> <i>Assess = 74%</i> <i>Assist = 39-66%</i> <i>Arrange = 8-23%</i>
Arezoo Ebn Ahmady (2011)	Dentists' familiarity with tobacco cessation programs in dental settings in Iran	323 dokter gigi	<i>cross-sectional</i>	<i>Ask = 51,2%</i> <i>Advise = 25,9%</i> <i>Assess = 4,4%</i> <i>Assist = 20,1%</i> <i>Arrange = 2,4%</i>
Claudia Succar (2011)	Survey of tobacco control among Florida dentists	1.232 dokter gigi umum dan spesialis	<i>cross-sectional</i>	<i>Ask = 59%</i> <i>Advise = 46%</i> <i>Assess = 32%</i> <i>Assist = 18%</i> <i>Arrange = 2%</i>
Preeti Prakash (2013)	Dentists' attitudes, behaviors, and barriers related to tobacco-use cessation in the dental setting	265 dokter gigi	<i>cross-sectional</i>	<i>Ask = 74%</i> <i>Advise = 78%</i> <i>Assess = 19%</i> <i>Assist = 39%</i> <i>Arrange = 4%</i>
Razavi (2015)	Attitude and practices among dentists and senior dental students in Iran toward tobacco cessation as an effort to prevent oral cancer	139 dokter gigi	<i>cross-sectional</i>	<i>Ask = 69,1%</i> <i>Advise = 64%</i> <i>Assess = 33,8%</i> <i>Assist = 20%</i> <i>Arrange = 4,3%</i>

Bangera (2018)	Tobacco cessation: attitude and practice of dentists in Northern United Arab Emirates	250 dokter gigi	<i>cross-sectional</i>	Ask = 39,6% Advise = 68,4% Assess = 24% Assist = 19,2% Arrange = 18,8%
Chaffee (2020)	Dental professionals' engagement in tobacco, electronic cigarette, and cannabis patient counseling	725 dokter gigi	<i>cross-sectional</i>	Ask = 71,7-73% Advise = 57,4-59,5% Assess = 37,2-40,8% Assist = 9,5-31,4% Arrange = 18,1-39%

Ketujuh penelitian selaras mengungkapkan bahwa penerapan model 5A oleh dokter gigi dalam konseling berhenti merokok belum komprehensif. (Bangera et al., 2018; Chaffee et al., 2020; Ebn Ahmady et al., 2011; Patel et al., 2011; Prakash et al., 2013; Razavi et al., 2015; Succar et al., 2011) Hal ini terlihat dari proporsi dokter gigi yang menerapkan 5A tidak ada yang mencapai 100%. Proporsi tertinggi terdapat pada dokter gigi yang menerapkan *ask*. Secara konsisten, sebagian besar penelitian memperlihatkan bahwa semakin lanjut tahap 5A, semakin rendah pula proporsi tahap tersebut dilakukan oleh dokter gigi. Tahap *ask* merupakan tahap yang lebih sering dilakukan walaupun pada penelitian oleh Arezoo dan Prakash sedikit lebih rendah proporsinya dibandingkan *advise*. (Ebn Ahmady et al., 2011; Prakash et al., 2013) Sementara itu, tahap yang lebih jarang dilakukan adalah *assist* dan *arrange*.

Penerapan model 5A yang belum komprehensif dipengaruhi oleh berbagai hambatan (*perceived barriers*). Keenam penelitian melaporkan hambatan-hambatan yang paling sering dirasakan dokter gigi yaitu “penolakan pasien”, “waktu”, “tidak ada pelatihan”, “perujukan” “tidak ada fasilitas pelatihan di tempat praktik”, “kurang pengetahuan”, dan “kepercayaan diri”. (Chaffee et al., 2020; Ebn Ahmady et al., 2011; Patel et al., 2011; Prakash et al., 2013; Razavi et al., 2015; Succar et al., 2011) “Tidak ada kompensasi biaya” merupakan salah satu hambatan yang paling sering dirasakan dokter gigi di penelitian Prakash dan Chaffee, namun tidak menjadi persoalan bagi dokter gigi di penelitian lain. (Chaffee et al., 2020; Prakash et al., 2013) Begitu juga dengan “kurang dukungan organisasi” dan “kurang tertarik” pada penelitian Ahmady yang tidak dilaporkan sebagai hambatan oleh penelitian lain. (Ebn Ahmady et al., 2011)

PEMBAHASAN

Dokter gigi merupakan tenaga kesehatan yang memiliki peran unik dalam upaya mengentikan kebiasaan merokok. Pasien-pasien perokok yang datang untuk mendapatkan perawatan gigi dan mulut dapat dijangkau oleh dokter gigi. Gangguan-gangguan yang terjadi di rongga mulut pasien perokok dapat langsung diperiksa dan ditunjukkan oleh dokter gigi sehingga dapat meningkatkan perhatian pasien terhadap kebiasaan merokok yang harus dihentikan. (WHO, 2017).

Sangat disayangkan bahwa peran unik dokter gigi dalam upaya menghentikan kebiasaan

merokok tidak diimbangi dengan penerapan model 5A secara komprehensif. Hal ini disebabkan oleh berbagai hambatan yang ditemui dokter gigi dalam menjalankannya. Agar model 5A dapat diterapkan dengan baik, hambatan-hambatan tersebut harus dapat diatasi.

Sebagian besar penelitian yang ditelaah melaporkan bahwa penolakan pasien merupakan hambatan yang paling sering dirasakan dokter gigi. Penolakan pasien terhadap nasihat yang diberikan dokter gigi untuk mengentikan kebiasaan merokok dikhawatirkan akan berdampak terhadap hubungan dokter gigi dan pasien. (Razavi et al., 2015) Patel menduga bahwa penolakan pasien dapat disebabkan oleh asumsi dokter gigi yang tidak tepat mengenai kemauan pasien untuk berhenti merokok. Selain itu, penolakan pasien dapat terjadi akibat kurangnya komunikasi antara dokter gigi dan pasien. (Patel et al., 2011).

Komunikasi efektif antara dokter gigi dan pasien sangat diperlukan agar dokter gigi dapat melaksanakan model 5A dengan lancar. Komunikasi efektif merupakan pertukaran pesan yang dapat saling dimengerti antara tenaga kesehatan dan pasien. (Gao et al., 2009) Dokter gigi hendaknya meningkatkan keterampilan berkomunikasi dengan pasien sehingga komunikasi efektif dapat tercapai. Prinsip-prinsip berkomunikasi dengan pasien antara lain meliputi menghargai pasien dan melibatkan pasien dalam proses pengambilan keputusan. (Korzh & Tsodikova, 2019) Sementara, lama pembicaraan dan interupsi, mendengarkan secara aktif, serta bahasa tubuh adalah faktor-faktor yang dapat memengaruhi komunikasi antara dokter gigi dan pasien. (Matusitz & Spear, 2014).

Lancarnya pelaksanaan model 5A oleh dokter gigi juga tidak terlepas dari manajemen waktu yang efisien. Lima penelitian yang ditelaah melaporkan bahwa waktu adalah salah satu hambatan yang paling sering dirasakan selain penolakan pasien. Succar berpendapat bahwa waktu tidak seharusnya menjadi hambatan karena jumlah waktu yang diperlukan mayoritas dokter gigi dalam memberikan konseling berhenti merokok hanya sebentar (1-4 menit). (Succar et al., 2011) Senada dengan pendapat Succar, WHO menyatakan bahwa dibutuhkan waktu sekitar 3-5 menit untuk menerapkan 5A pada praktek dokter gigi sehari-hari. (WHO, 2013).

Kurang pelatihan, kurang pengetahuan, kurang percaya diri, tidak ada fasilitas pelatihan, perujukan, dan kurang dukungan organisasi merupakan hambatan-hambatan yang saling berhubungan. Dukungan organisasi dalam menyediakan pelatihan konseling berhenti merokok bagi dokter gigi dapat membantu mengatasi hambatan-hambatan tersebut. Melalui pelatihan, pengetahuan dokter gigi akan bertambah, fasilitas pelatihan dapat disediakan, dan dokter gigi tahu ke mana akan merujuk sehingga dokter gigi dapat lebih percaya diri untuk bisa menerapkan 5A dengan baik. Sebaiknya, materi konseling berhenti merokok tidak hanya terdapat pada pelatihan, tetapi juga terdapat dalam kurikulum pendidikan dokter gigi.

Penelitian Prakash dan Chaffee melaporkan bahwa dokter gigi merasa terhambat dalam menerapkan 5A karena tidak ada kompensasi biaya. (Chaffee et al., 2020; Prakash et al., 2013) Meskipun tidak menjadi hambatan bagi dokter gigi di penelitian lainnya, hambatan ini patut menjadi perhatian. Sistem kompensasi biaya bagi dokter gigi seyogianya diatur oleh pembuat kebijakan. (Jannat-Khah et al., 2014) Hal ini dapat memotivasi dokter gigi agar tertarik memberikan konseling berhenti merokok selain memberikan perawatan gigi dan mulut.

Telaah ini memiliki keterbatasan. Beberapa penelitian yang ditelaah memiliki tingkat responsi rendah. Akan tetapi, penelitian-penelitian tersebut secara keseluruhan memiliki risiko bias yang rendah. Hasil penelitian-penelitian tersebut dapat dijadikan cerminan bagi dokter gigi mengenai penerapan 5A serta hambatan yang dapat ditemui dalam menjalankannya.

Perlu diadakan penelitian observasional lebih lanjut dengan sampel yang lebih luas, terutama jika penerapan 5A oleh dokter gigi belum pernah atau masih jarang diteliti, contohnya di

Indonesia. Selain penelitian observasional, diperlukan juga penelitian eksperimental untuk mengamati penerapan 5A setelah dokter gigi menerima pelatihan konseling berhenti merokok.

SIMPULAN

Model 5A belum diterapkan secara komprehensif oleh dokter gigi. Hal ini disebabkan karena dokter gigi memiliki sejumlah hambatan dalam penerapannya. Dukungan organisasi dibutuhkan dalam menyediakan pelatihan konseling berhenti merokok bagi dokter gigi sehingga dokter gigi memiliki pengetahuan, fasilitas pelatihan, serta kepercayaan diri untuk menerapkan 5A pada praktik sehari-hari. Penelitian observasional lebih lanjut dengan sampel yang lebih besar dan penelitian eksperimental tentang penerapan 5A di Indonesia perlu dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bangera, D., Takana, M., & Muttappallymyalil, J. (2018). *Tobacco cessation: attitude and practice of dentists in Northern United Arab Emirates*. 24(5), 419–426.
- Chaffee, B. W., Urata, J., Couch, E. T., & Silverstein, S. (2020). Dental Professionals' Engagement in Tobacco, Electronic Cigarette, and Cannabis Patient Counseling. *JDR Clinical and Translational Research*, 5(2), 133–145. <https://doi.org/10.1177/2380084419861384>
- Da Ré, A. F., Gurgel, L. G., Buffon, G., Moura, W. E. ., Vidor, D. C. G. ., & Maahs, M. A. . (2018). Influence of smoking on smell and taste: sytematic review of literature. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 22, 81–87.
- Ebn Ahmady, A., Khoshnevisan, M. H., Heidari, N., & Lando, H. A. (2011). Dentists' familiarity with tobacco cessation programs in dental settings in Iran. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(4), 271–277. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00262.x>
- Gao, G., Burke, N., Somkin, C. P., & Pasick, R. (2009). Considering culture in physician–patient communication during colorectal cancer screening. *Qualitative Health Research*, 19(6), 778–789.
- Goel, D., Chaudhary, P. K., Khan, A., Patthi, B., Singla, A., Malhi, R., & Gambhir, R. S. (2020). Acquaintance and approach in the direction of tobacco cessation among dental practitioners--A systematic review. *International Journal of Preventive Medicine*, 11(167), 7. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_316_19
- Jannat-Khah, D. P., McNeely, J., Pereyra, M. R., Parish, C., Pollack, H. A., Ostroff, J., Metsch, L., & Shelley, D. R. (2014). Dentists' self-perceived role in offering tobacco cessation services: Results from a nationally representative survey, United States, 2010–2011. *Preventing Chronic Disease*, 11(11), 1–12. <https://doi.org/10.5888/pcd11.140186>
- Korzh, O., & Tsodikova, O. (2019). Improving doctor-patient communication in a primary care setting. *Romanian Journal of Medical Practice*, 14(1), 12–16. <https://doi.org/10.37897/rjmp.2019.1.2>
- Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective doctor-patient communication: An updated examination. *Social Work in Public Health*, 29(3), 252–266. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.776416>

- Mishra, A., Chaturvedi, P., Datta, S., Sinukumar, S., Joshi, P., & Garg, A. (2015). Harmful effects of nicotine. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 36(1), 24–31. <https://doi.org/10.4103/0971-5851.151771>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement*. www.prisma-statement.org
- Munn, Z., Moola, S., Lisy, K., Riitano, D., & Tufanaru, C. (2015). Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and incidence data. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 7. http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Prevalence_Studies.pdf.
- P2PTM Kemenkes RI. (2018). *Apa yang dimaksud dengan Rokok?* Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-paru-obstruktif-kronik-dan-gangguan-imunologi/apa-yang-dimaksud-dengan-rokok>
- Patel, A. M., Blanchard, S. B., Christen, A. G., Bandy, R. W., & Romito, L. M. (2011). A survey of United States periodontists' knowledge, attitudes, and behaviors related to tobacco cessation-interventions. *Journal of Periodontology*, 82(3), 367–376. <https://doi.org/https://doi.org/10.1902/jop.2010.100405>
- Prakash, P., Belek, M. G., Grimes, B., Silverstein, S., Meckstroth, R., Heckman, B., Weintraub, J. A., Gansky, S. A., & Walsh, M. M. (2013). Dentists' attitudes, behaviors, and barriers related to tobacco-use cessation in the dental setting. *Journal of Public Health Dentistry*, 73(2), 94–102. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00347.x>
- Razavi, S. M., Zolfaghari, B., Doost, M. E., & Tahani, B. (2015). Attitude and practices among dentists and senior dental students in Iran toward tobacco cessation as an effort to prevent oral cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(1), 333–338. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.1.333>
- Reitsma, M. B., Kendrick, P. J., Ababneh, E., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., Abdoli, A., Abedi, A., Abhilash, E. S., Abila, D. B., Aboyans, V., Abu-Rmeileh, N. M., Adebayo, O. M., Advani, S. M., Aghaali, M., Ahinkorah, B. O., Ahmad, S., Ahmadi, K., Ahmed, H., Aji, B., ... Zuniga, Y. H. (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)
- Succar, C. T., Hardigan, P. C., Fleisher, J. M., & Godel, J. H. (2011). Survey of tobacco control among Florida dentists. *Journal of Community Health*, 36(2), 211–218. <https://doi.org/10.1007/s10900-010-9299-5>
- WHO. (2013). *WHO Capacity Building for Tobacco Control Training Package 4: Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care*. World Health Organization.

- WHO. (2014). *Toolkit for delivering the 5A 's and 5R 's brief tobacco interventions in primary care*. World Health Organization.
- WHO. (2017). *WHO monograph on tobacco cessation and oral health integration*. World Health Organization.
http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/monograph-tb-cessation-oral-health/en/%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255692/1/9789241512671-eng.pdf?ua=1
- Widiyanto, A., Murti, B., & Soemanto, R. B. (2018). Multilevel analysis on the Socio-Cultural, lifestyle factors, and school environment on the risk of overweight in adolescents, Karanganyar district, central Java. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 3(1), 94-104.
- Widiyanto, A. (2017). Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kesembuhan Pasien Tuberkulosis Paru BTA Positif di Puskesmas Delanggu Kabupaten Klaten. *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(1), 7-12.

