



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
MEROKOK PADA MAHASISWA KEPERAWATAN DI WILAYAH
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN**

TESIS

Taufik Hidayat

1006748942

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
MEROKOK PADA MAHASISWA KEPERAWATAN DI WILAYAH
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan

**Taufik Hidayat
1006748942**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Taufik Hidayat

NPM : 1006748942

Tandatangan : 

Tanggal : Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Taufik Hidayat
NPM : 1006748942
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan

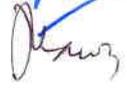
Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN.  (.....)

Pembimbing : Sigit Mulyono, S.Kp., MN.  (.....)

Penguji : Etty Rekawati, S.Kp., MKM.  (.....)

Penguji : dr. Trisna Setiawan, M.Kes.  (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN., selaku pembimbing I Tesis yang telah meluangkan waktu membimbing penulis dengan sabar dan teliti memberikan masukan dan motivasi dalam penyelesaian proposal tesis ini.
4. Sigit Mulyono, S.Kp., MN., selaku pembimbing II Tesis yang telah membimbing penulis dengan sangat sabar dan teliti telah memberikan masukan dan motivasi dalam penyelesaian proposal tesis ini.
5. Ety Rekawati, S.Kp., MKN selaku penguji I yang telah memberikan masukan konstruktif bagi kesempurnaan tesis ini.
6. dr. Trisna Setiawan, M.Kes selaku penguji II yang telah memberikan masukan konstruktif bagi kesempurnaan tesis ini.
7. Seluruh Responden pada Institusi Pendidikan Tinggi Keperawatan Program Diploma III Keperawatan di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
8. Sirajudin Noor, S.Kp., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Intan Martapura yang telah memberikan memotivasi dan izin pelaksanaan penelitian ini.

9. Seluruh Direktur dan Staf Stikes, Akper, dan Poltekkes di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan yang telah memberikan bantuan izin pelaksanaan penelitian ini.
10. Ibunda tercinta Hj. Siti Bulkis, Bapak dan Ibu Mertua; Bapak Katibin dan Ibu Sukati atas dukungan moril, materiil, dan do'a.
11. Isteriku tercinta Dhian Ririn Lestari, S.Kep., Ns dan putri kecilku Siti Sarah Aliya, sebagai sumber inspirasi, motivasi, dan munajatnya yang selalu mengiringi perjuangan ini.
12. Adik dan kakak tercinta yang telah memberikan motivasi dan bantuan selama masa kuliah.
13. Teman-teman sejawat khususnya perawat komunitas FIK UI Angkatan Ganjil 2010 yang senantiasa saling membantu dan memotivasi selama penyusunan tesis ini.

Semoga semua kebaikan dan amal budi baik mendapat balasan terbaik dari Allah Subhanahu wata'ala dan semoga tesis ini bermanfaat bagi pelayanan dan pendidikan keperawatan.

Depok, 12 Juli 2012

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Taufik Hidayat
NPM : 1006748942
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Juli 2012

Yang menyatakan



(Taufik Hidayat)

ABSTRAK

Nama : Taufik Hidayat
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok
Pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Provinsi Kalimantan
Selatan

Perilaku merokok mahasiswa keperawatan menjadi isu penting bagi pelaksanaan peran dan fungsi tenaga kesehatan di masa datang. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok mahasiswa keperawatan di Provinsi Kalimantan Selatan. Penelitian ini menggunakan desain cross sectional, dengan 252 responden diperoleh secara *stratified random sampling*. Hasil menunjukkan terdapatnya hubungan bermakna antara pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, stres, pengaruh orang tua, saudara, dan teman sebaya, pengetahuan bahaya rokok, sikap, dan iklan rokok dengan perilaku merokok ($\alpha < 0.05$). Sikap merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi perilaku merokok. Program antisipasi pencegahan perilaku merokok perlu dikembangkan di institusi pendidikan keperawatan.

Kata kunci :

Perilaku merokok, mahasiswa, keperawatan, institusi pendidikan

ABSTRACT

Name : Taufik Hidayat
Study Program: Master of Nursing, Community Health Nursing Specialization,
Faculty of Nursing, Universitas Indonesia
Title : Analisis of Factors Associated With Smoking Behavior In
Nursing students in the area of South Kalimantan Province

Smoking behavior of nursing students becomes issue for future implementation of health personnel's roles and functions. This study aimed to identify factors associated to smoking behavior of nursing students in South Kalimantan. It applied cross-sectional design to 252 respondents. The results indicate the presence of significant relationship between parental education and income, stress, influence of parents, siblings, and peers, knowledge of the dangers of smoking, attitudes, and cigarette ads to smoking behavior ($\alpha < 0.05$). Attitude is the most dominant factor influencing smoking behavior. The prevention anticipation program of smoking in nursing education institutions need to be developed.

Key words:

Smoking behavior, student, nursing, education institution

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
I. Bab I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	14
1.3 Tujuan Penelitian.....	14
1.3.1 Tujuan Umum.....	14
1.3.2 Tujuan Khusus.....	14
1.4 Manfaat Penelitian.....	15
1.4.1 Pelayanan Keperawatan Komunitas.....	15
1.4.2 Institusi Pendidikan Keperawatan.....	16
1.4.3 Penelitian	16
II. Bab II TINJAUAN TEORI.....	17
2.1 Konsep <i>At Risk</i>	17
2.1.1 Kelompok Resiko.....	17
2.1.2 Karakteristik Kelompok Resiko.....	18
2.2 Konsep <i>Vulnerable</i>	24
2.2.1 Pengertian Rentan / <i>Vulnerable</i>	24
2.2.2 Karakteristik Rentan.....	24
2.3 Perilaku Merokok.....	30
2.3.1 Perilaku	30
2.3.2 Kandungan Racun Berbahaya Pada Rokok.....	35
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan.....	40
2.4 Strategi Intervensi Masalah Perilaku Merokok.....	57
2.4.1 Pendidikan Kesehatan.....	57
2.4.2 Proses Kelompok.....	59
2.4.3 Partnership.....	61
2.4.4 Empowerment.....	62
2.5 Level Intervensi Asuhan Keperawatan Komunitas.....	64
2.5.1 Pencegahan Primer (Primary Prevention).....	64
2.5.2 Pencegahan Sekunder (Secondary Prevention).....	66
2.5.3 Pencegahan Tersier (Tertiary Prevention).....	67
2.6 Kerangka Konsep Teori.....	67
2.6.1 Faktor Pemodelifikasi (<i>Modifying Factor</i>).....	68

2.6.2 Model Keyakinan Individu(<i>Individuals Belief</i>).....	68
2.6.3 Isyarat Untuk Bertindak (<i>Cues to Action</i>).....	70
III. Bab III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, dan DEFINISI OPERASIONAL.....	72
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	72
3.2 Hipotesis	73
3.3 Definisi Operasional	74
IV. Bab IV METODE PENELITIAN.....	78
4.1 Rancangan Penelitian.....	78
4.2 Populasi dan Sampel.....	78
4.3 Tempat Penelitian.....	82
4.4 Waktu Penelitian.....	83
4.5 Etika Penelitian.....	83
4.6 Instrumen Penelitian.....	85
4.7 Uji Coba Kuesioner.....	86
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	88
4.9 Pengolahan Data.....	89
4.10 Analisis Data.....	89
V. Bab V HASIL PENELITIAN.....	95
5.1 Univariat	95
5.2 Bivariat	101
5.3 Multivariat	105
VI. Bab VI PEMBAHASAN.....	109
6.1 Univariat	109
6.2 Bivariat	120
6.3 Multivariat	138
6.4 Keterbatasan Penelitian.....	140
6.5 Implikasi Keperawatan.....	142
VII. Bab VII SIMPULAN DAN SARAN.....	145
7.1 Simpulan	145
7.2 Saran	146

Daftar Pustaka

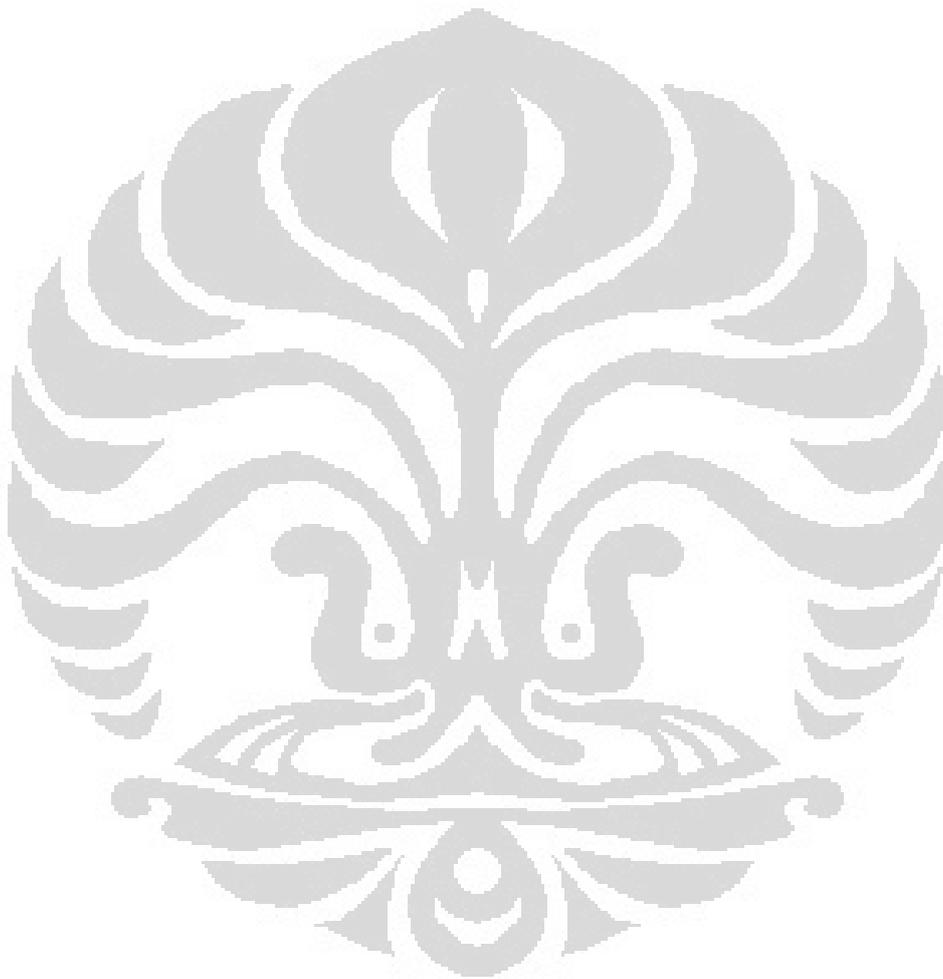
Lampiran

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Resiko Penyakit Yang Berhubungan Dengan Rokok.....	29
Tabel 2.2	Skala Ketergantungan Nikotin Fagerstrom	39
Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian	74
Tabel 4.1	Jumlah Sampel.....	82
Tabel 4.2	Daftar Pertanyaan Kuesioner	86
Tabel 4.3	Analisis Bivariat	91
Tabel 4.4	Analisis Multivariat	94
Tabel 5.1	Umur Responden.....	96
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Orang Tua, Penghasilan Orang Tua	96
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Status Stres, dan Harga Diri	97
Tabel 5.4	Pengaruh Orang Tua, Pengaruh Saudara, Pengaruh Teman Sebayu Responden.....	98
Tabel 5.5	Pengetahuan Tentang Bahaya Rokok Responden.....	99
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Sikap / Keyakinan Responden Terhadap Perilaku Merokok.....	99
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Pengaruh Iklan Rokok Pada Responden	100
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Perilaku Merokok Responden.....	100
Tabel 5.9	Analisis Hubungan Antara Faktor Pemodelifikasi (Pendidikan Orang Tua, Penghasilan Orang Tua, Status Stres, dan Harga Diri) terhadap Perilaku Merokok Mahasiswa Keperawatan....	101
Tabel 5.10	Analisis Bivariat Variabel Umur responden, Pengaruh Orang Tua, Pengaruh Saudara, Pengaruh Teman Sebayu, dan Pengetahuan Tentang Bahaya Rokok Terhadap Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan.....	103
Tabel 5.11	Analisis Bivariat Variabel Sikap / Keyakinan Terhadap Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan.....	104
Tabel 5.12	Analisis Bivariat Iklan Rokok terhadap Perilaku Merokok.....	105
Tabel 5.13	Seleksi Variabel Independen Untuk Pengujian Regresi Logistik Berganda.....	106
Tabel 5.14	Analisis Multivariat Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok.....	107

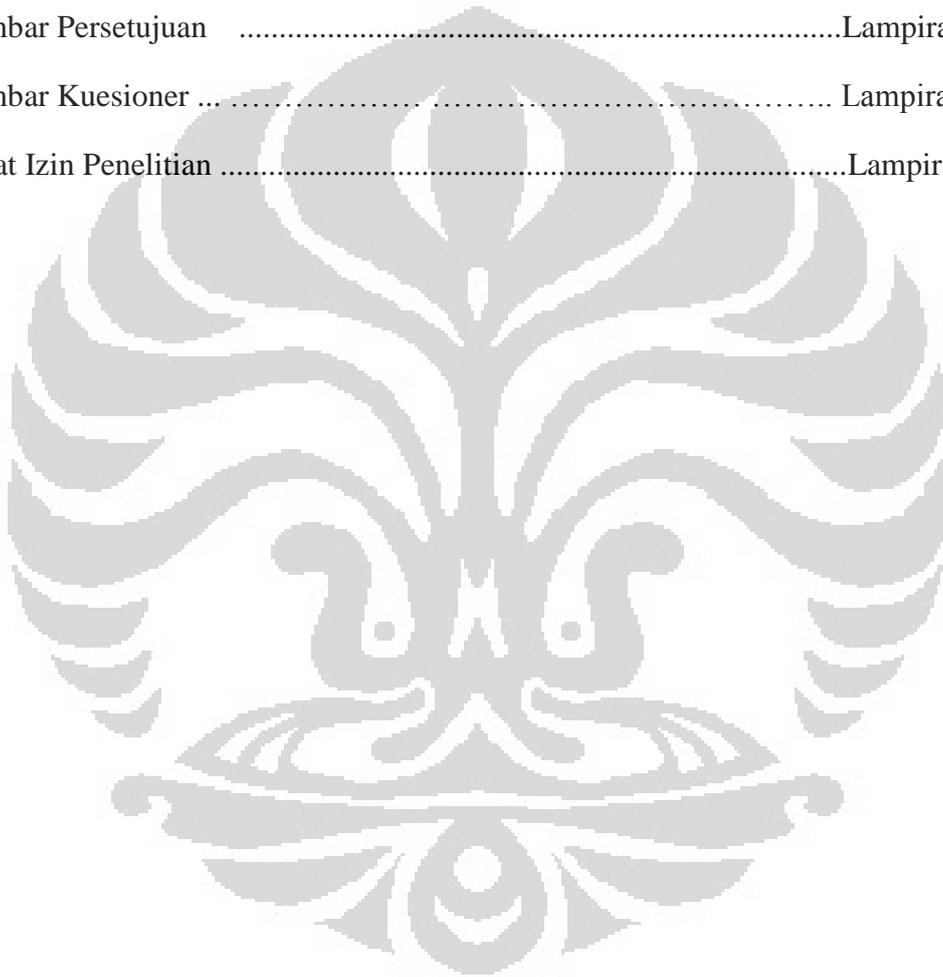
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model Keyakinan Kesehatan / <i>Health Belief Model</i>	41
Gambar 2.2	Kerangka Konsep Teori	71
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	73



DAFTAR LAMPIRAN

Jadwal Pelaksanaan Penelitian	Lampiran 1
Penjelasan Tentang Penelitian	Lampiran 2
Lembar Persetujuan	Lampiran 3
Lembar Kuesioner	Lampiran 4
Surat Izin Penelitian	Lampiran 5



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan latar belakang masalah terkait dengan fenomena yang ada untuk dijadikan ketertarikan penulis dalam penelitian, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Merokok merupakan sebuah fenomena yang luar biasa. Hampir setiap saat di setiap tempat dapat dilihat dengan mudah orang menghisap rokok. Ironisnya, meskipun banyak masyarakat yang mengetahui dampak racun rokok, akan tetapi jumlah perokok setiap hari semakin meningkat.

Bertambahnya jumlah perokok ini tidak terlepas dari peran industri rokok itu sendiri. Perkembangan industri rokok di Indonesia dapat dibilang maju pesat. Tahun 1990 tercatat ada 170 perusahaan rokok di Indonesia dan meningkat menjadi 224 perusahaan pada tahun 2000 (Wibowo, 2003). Modal yang besar, ketersediaan bahan baku yang melimpah, dan pangsa pasar yang luas turut berkontribusi menjadikan industri ini terus berkembang dengan leluasa. Lebih dari 180.000 hektar lahan merupakan penghasil tembakau (Shafey et. al, 2009 ; p. 49). Jumlah tersebut menjadikan Indonesia termasuk dalam negara penghasil tembakau terbanyak di dunia.

Kebijakan pemerintah tentang rokok juga turut mendukung berkembangnya industri rokok di Indonesia. Pemerintah lebih cenderung mengedepankan besarnya bea cukai rokok jika dibandingkan dengan dampak yang terjadi akibat rokok. Pemerintah berpendapat bahwa industri rokok merupakan aspek penting bagi pembangunan negara karena industri rokok merupakan salah satu pemasukan terbesar APBN melalui bea cukainya (*Tobacco Control Support Centre – Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (TCSC-IAKMI), 2005*).

Kebijakan pemerintah terhadap perokok dan penjual rokok itu sendiri sangat longgar (Nawi, Weinehall, & Ohman, 2006), bahkan dapat dikatakan tidak ada. Semua orang, mulai dari anak-anak, remaja, dewasa, sampai lansia; laki-laki atau perempuan bebas merokok. Tidak ada aturan larangan tentang batasan atau kelompok umur yang diperbolehkan atau tidak diperbolehkan merokok. Begitu juga pada penjual rokok. Hampir di setiap tempat orang berjualan rokok. Rokok dapat dibeli oleh semua orang dan dapat dijual satuan/batangan, sehingga dengan uang yang sedikit sudah dapat membeli rokok (www.ino.searo.who.int). Iklim seperti ini tentu semakin memperbanyak jumlah perokok di Indonesia.

Shafey et. al, (2009) melaporkan dalam *Tobacco Atlas* bahwa jumlah perokok di dunia sekarang ini mencapai 1,3 milyar. Sebanyak 1 milyar perokok tersebut adalah laki-laki dan 300 juta adalah perempuan. Sekitar 35 % perokok laki-laki berasal dari negara maju dan 50 % dari negara berkembang. Pada perokok perempuan sekitar 22 % berasal dari negara maju dan 9 % dari negara berkembang. Negara yang paling banyak jumlahnya adalah Cina. Sekitar 60 % dari laki-laki di negara tersebut adalah perokok aktif dan sebesar 37 % dari konsumsi rokok di seluruh dunia berasal dari negara Cina.

Indonesia, dalam hal jumlah perokok menduduki peringkat 3 terbesar di dunia setelah Cina dan India (WHO, 2008). Konsumsi rokok di Indonesia menduduki peringkat 5 terbesar di dunia. Tahun 2005 dilaporkan tidak kurang dari 214 milyar batang rokok dihisap setiap tahunnya dan kemudian meningkat menjadi 240 milyar batang pada tahun 2008. Hanya dalam kurun waktu 3 tahun terjadi peningkatan sebesar 26 milyar batang dan tren ini tampaknya akan terus meningkat pada tahun-tahun mendatang.

Prevalensi perokok penduduk Indonesia sebesar 34,7 % (Riskesdas, 2007). Angka prevalensi ini merupakan prevalensi rata-rata dari semua kelompok umur. Salah satu golongan umur yang memperlihatkan tren yang terus meningkat dari tahun ketahun adalah kelompok umur 20 – 24 tahun. Survei Sosial Ekonomi (Susenas) 2004 dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 melaporkan bahwa pada tahun 1995 prevalensi pada rentang usia tersebut sebesar 20,3 %, pada tahun 2001

menjadi 28,8 %, pada tahun 2004 meningkat 30,6 %, dan pada tahun 2007 meningkat lagi menjadi 32,8 %. Jika dirata-ratakan, maka terjadi peningkatan prevalensi sekitar 1 % pada setiap tahunnya, artinya tren atau kecendrungan jumlah perokok yang terus meningkat dari tahun ke tahun. Dengan asumsi kenaikan 1 % pertahun maka kira-kira pada tahun 2080 penduduk Indonesia pada rentang umur 20 – 24 tahun (dewasa muda) 100 % akan merokok.

Prevalensi perokok laki-laki pada rentang umur 20 – 24 tahun sebesar 42,6 % pada tahun 1995, meningkat menjadi 60,1 % pada tahun 2001, 63,6 % pada tahun 2004, dan 67,6 % pada tahun 2007. Data tersebut menunjukkan tren yang juga terus meningkat. Tercatat dalam kurun waktu 12 tahun terjadi kenaikan sebesar 25 % berarti bahwa kenaikan angka prevalensi merokok sebesar 2 % pertahun. Diperkirakan pada tahun 2050 laki-laki berumur 20 -24 tahun 100 % adalah perokok. Tidak sama halnya dengan perokok perempuan, tren cenderung tidak stabil. Pada tahun 1995 perokok perempuan sebesar 1 %, turun menjadi 0,6 % pada tahun 2001, kemudian meningkat tajam menjadi 4,1 % pada tahun 2004, dan turun kembali menjadi 2,3 % pada tahun 2007.

Perbandingan prevalensi merokok pada usia dewasa awal antara laki-laki dengan perempuan sangat kontras. Rata-rata perilaku merokok laki-laki 50 kali lipat di bandingkan dengan perempuan. Fakta ini dapat dihubungkan dengan pengaruh sosio-budaya pada masyarakat Indonesia. Wulandari (2008) menuliskan Indonesia masih memandang negatif pada perempuan yang berperilaku merokok. Merokok pada sebagian besar wilayah di Indonesia masih merupakan hal yang kurang bermoral dan memalukan, khususnya di daerah pedesaan.

Hasil laporan Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, prevalensi perokok di Kalimantan Selatan mencapai 30,5 % dari 3,6 juta penduduk berarti bahwa sekitar satu juta lebih adalah perokok atau satu dari tiga orang di Kalimantan Selatan adalah perokok. Prevalensi tersebut hampir sama dengan angka prevalensi nasional yaitu sebesar 34,7 %. Dari 30,5 % tersebut, perokok terbesar pada kelompok umur 15-19 tahun, yaitu 41,3 % (Riskesdas, 2007). Rentang usia ini termasuk usia sekolah, dari sekolah tingkat menengah sampai perguruan tinggi.

Data ini diperkuat dengan data usia mulai merokok yaitu urutan pertama 15-19 tahun sebesar 36,8 %, dan 20-24 tahun sebesar 17,5 % pada urutan kedua. Prevalensi merokok dalam rumah bersama anggota keluarga sebesar 85,4 %, melebihi prevalensi nasional yang hanya sebesar 84,4 %. Data ini tentu semakin memperparah gambaran perilaku merokok di wilayah Kalimantan Selatan.

Banyak kajian di masyarakat tentang dampak rokok dan perilaku merokok itu sendiri. Mulai dari dampak terhadap individu, baik langsung maupun pada orang lain, dampak bagi keluarga, masyarakat, dan pemerintah. Dampak langsung terhadap individu / perokok paling mudah dapat dilihat dari segi kesehatan. *The Global Tobacco Epidemic*, WHO (2008) melaporkan 90 % dari kanker paru-paru, mulut dan saluran pernafasan disebabkan oleh rokok. Rokok juga berhubungan dengan penyakit yang menyebabkan kematian tertinggi seperti penyakit jantung iskemik, penyakit kardiovaskuler, infeksi saluran pernafasan bawah, TBC (WHO, 2003).

Individu yang terkena dampak dari merokok pada kelanjutannya akan menimbulkan dampak pada keluarganya. Dampak ekonomi yang harus ditanggung oleh keluarga perokok adalah biaya rutin yang harus dikeluarkan untuk memenuhi kebutuhannya dan biaya sakit akibat merokok. Pada keluarga miskin, beban ekonomi ini dilakukan dengan mengalihkan pengeluaran makanan, pendidikan dan kesehatan untuk membeli rokok. Beban tidak langsung pada keluarga miskin adalah hilangnya produktifitas pencari nafkah utama karena sakit atau kematian dini yang berdampak pada turunnya pendapatan keluarga. Barber dkk (2009) melaporkan di Indonesia pada tahun 2005, rumah tangga dengan perokok menghabiskan 11,5 % pengeluaran rumah tangganya untuk konsumsi tembakau, sementara hanya 11 % digunakan untuk membeli ikan, daging, telur dan susu secara keseluruhan, 2,3 % untuk kesehatan dan 3,2 % untuk pendidikan. Data ini memberikan informasi bahwa pengeluaran untuk membeli rokok menjadi prioritas pengeluaran keluarga perokok dan melebihi kebutuhan makan yang merupakan kebutuhan pokok manusia, apalagi jika dibandingkan dengan kebutuhan pendidikan dan kesehatan.

Rokok juga berdampak pada masyarakat sekitar yaitu dapat mengakibatkan pencemaran lingkungan. Rokok secara ilmiah sangat berpengaruh merusak lingkungan, baik itu pencemaran melalui udara, tanah, dan air. Asap rokok mengandung 4000 bahan kimia berbahaya yang dilepaskan ke udara pada setiap batang rokok sehingga dapat menyebabkan polusi udara (www.health.gov.au). Selain memberi dampak polusi udara, rokok juga memberi dampak polusi terhadap tanah dan air. Berdasarkan penelitian puntung rokok yang dibuang ke tanah hanya dapat diurai sekitar 25 sampai 26 tahun (<http://www.ndessoo.co.cc>).

Pemerintah juga menanggung beban yang tidak sedikit akibat dari dampak rokok ini. Maidin (2011) menyampaikan dalam sebuah orasi ilmiah bahwa kerugian ekonomi akibat rokok tahun 2001 di Indonesia sebesar US \$ 14,94 miliar (akibat kematian, morbiditas), disabilitas dini US \$ 2,73 miliar, ditambah pembelian tembakau US \$ 12,21 miliar. Biaya kesehatan untuk mengobati penyakit yang terkait dengan merokok mencapai Rp 2,9 triliun sampai Rp 11 triliun per tahunnya (Lembaga Demografi FE-UI, 2009). *National Institute of Health Research and Development* (2004) menunjukkan dampak biaya kesehatan akibat konsumsi tembakau sebesar Rp. 127,4 triliun sedangkan penerimaan cukai sebesar Rp. 16 triliun (tahun 2001) sehingga dapat disimpulkan bahwa biaya kesehatan akibat konsumsi tembakau lebih besar (7,5 kali lipat) dari penerimaan cukai rokok. Dengan kata lain masyarakat Indonesia (pemerintah) dirugikan secara kesehatan dan ekonomi.

Usaha pemerintah dalam menekan laju peningkatan jumlah perokok di Indonesia sudah dilakukan. Beberapa kebijakan yang berhubungan dengan larangan merokok telah dikeluarkan. Mulai dari kebijakan tertinggi seperti Undang-undang (UU) sampai dengan Peraturan Daerah (Perda). Undang-Undang Kesehatan No.36 tahun 2009: pasal 113 menyatakan bahwa tembakau merupakan zat adiktif, pasal 115 menyatakan larangan merokok di tempat umum. Peraturan Pemerintah (PP) No. 19 tahun 2003 pasal 22 menyatakan bahwa tempat umum, sarana kesehatan, tempat kerja, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah dan angkutan umum dinyatakan sebagai kawasan tanpa rokok. Perda tentang

kawasan tanpa asap rokok juga telah dikeluarkan di daerah tertentu seperti DKI Jakarta, Banten, Bali, dan Jawa Timur, dan beberapa daerah lainnya.

Organisasi non-pemerintah juga turut berpartisipasi dalam menanggulangi masalah rokok. Rochadi (2004) menggambarkan beberapa organisasi non-pemerintah seperti Lembaga Menanggulangi Masalah Merokok (LM3), Yayasan Jantung Indonesia (YJI), dan Yayasan Kanker Indonesia (YKI) juga aktif melaksanakan program penanggulangan merokok, terutama merokok di kalangan kaum muda. Ketiga organisasi tersebut sangat gencar menginformasikan bahaya rokok dan perilaku merokok, seperti menerbitkan buletin dan buku secara berkala; memberikan penyuluhan; mendukung dan melakukan berbagai penelitian yang berkaitan dengan bahaya rokok dan perilaku merokok; dan mendirikan klinik berhenti merokok diantaranya yang didirikan atas kerjasama antara Yayasan Jantung Indonesia dengan Rumah Sakit Jantung Harapan Kita (www.repository.usu.ac.id).

Beberapa faktor yang dapat dikaitkan dengan prevalensi perokok yang cenderung tidak mengalami penurunan adalah kurangnya ketegasan hukum dan inkonsistensi kebijakan. Bukti kurang tegasnya pemerintah dalam melaksanakan kebijakan dapat dilihat penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Tidak ada eksekusi hukuman bagi perokok padahal mereka telah melanggar undang-undang kesehatan pasal 115 tentang larangan merokok di tempat-tempat tertentu. Inkonsistensi kebijakan tentang rokok juga dapat dilihat dalam implementasi kebijakan KTR di Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta dimana merokok hanya boleh dilakukan dalam ruangan khusus yang telah disediakan. Kebijakan tersebut tidak efektif karena masih banyak masyarakat yang merokok di ruang terbuka walaupun dengan ancaman denda 50 juta rupiah. Kebijakan dirubah menjadi mengharuskan merokok di ruang terbuka.

Salah satu hambatan penegakan hukum diantaranya karena luasnya area yang harus di awasi. Prasetya (2011) menambahkan bahwa hambatan dalam pelaksanaan Perda tentang KTR yaitu : sosialisasi yang kurang maksimal tentang Perda KTR; terhambatannya usaha menyediakan sarana prasarana yang

menunjang terciptanya Kawasan Tanpa Rokok; dan sumber daya yang belum mencukupi. Hambatan ini menyebabkan tidak tercapainya tujuan kebijakan tentang KTR.

Dalam pedoman pengawasan KTR (Kemenkes, 2011) menyatakan bahwa pencapaian program KTR dapat dilihat dari tiga indikator yaitu indikator input, proses, dan output. Salah satu kegiatan yang harus dicapai dalam indikator proses adalah terlaksananya program pemantauan dan evaluasi. Petugas yang bertanggung jawab pada pelaksanaan program tersebut adalah petugas pengawas KTR dan tenaga kesehatan. Menurut Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 pasal 2 ; Undang-undang No. 44 tahun 2009 pasal 12, perawat termasuk tenaga kesehatan.

Perawat memegang posisi sangat penting dalam pengendalian rokok di masyarakat. Perawat, khususnya perawat komunitas berada di garis depan dalam meningkatkan kesehatan komunitas khususnya melalui strategi promosi kesehatan. Ada beberapa alasan yang dapat dilihat mengapa perawat merupakan tenaga paling potensial untuk berperan dalam program tersebut. Pertama, meskipun semua tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam pengendalian rokok/tembakau (WHO, 2009), perawat merupakan konstituen terbesar dari tenaga kesehatan secara kuantitas. Setidaknya ada 17 juta perawat di seluruh dunia (Sarna et al., 2009), karena kelompok profesional terbesar dari petugas kesehatan, mereka adalah yang paling mungkin untuk menghadapi perokok dalam praktek sehari-hari. Kedua, perawat memiliki kontak teratur dan dekat dengan pasien, situasi yang memberi kesempatan terus-menerus untuk tidak hanya mendeteksi pasien menjadi perokok, tetapi juga untuk memberikan tindak lanjut konseling dan dukungan bagi mereka yang mencoba untuk berhenti (Smith, 2010).

Anderson dan Mc Farlane (2006) menyatakan peran perawat komunitas meliputi pencegahan primer (*primary prevention*), pencegahan sekunder (*secondary prevention*), dan pencegahan tersier (*tertiary prevention*). Pencegahan primer lebih diarahkan pada kegiatan promosi kesehatan yaitu perlindungan masyarakat terhadap perilaku merokok. Penyuluhan tentang bahaya rokok pada kelompok

rentan dan berisiko di sekolah adalah salah satu contoh dari kegiatan pencegahan primer. Pencegahan sekunder menekankan pada intervensi skrining dan diagnosis dini, dan terapi terhadap stressor yang mungkin berpengaruh negatif terhadap kesehatan masyarakat. Contoh kegiatan skrining dan diagnosis dini seperti penyebaran kuesioner dan observasi dalam menjangkau insiden perilaku merokok dalam suatu tempat (Allender & Spradley, 2002). Pencegahan tersier berfokus pada restorasi dan rehabilitasi yang bertujuan mengembalikan komunitas pada fungsi kesehatan secara optimum. Perawat komunitas menyediakan tempat layanan berhenti merokok dan konseling untuk mencegah relap.

World Health Organization (WHO) mengeluarkan kode etik baru yang meminta semua profesional kesehatan untuk memimpin dalam hal promosi kesehatan dengan memberikan contoh peran dalam mengurangi perilaku merokok termasuk perilaku merokok di kalangan perawat itu sendiri (WHO, 2003). Hal ini semakin mempertegas bahwa perawat sebagai bagian dari tenaga profesional kesehatan mempunyai tanggung jawab besar terhadap pengendalian rokok di masyarakat.

Penjelasan diatas menyatakan perawat mempunyai peran penting bagi program promosi kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan, khususnya masalah rokok di masyarakat. Peran melaksanakan kegiatan di berbagai tingkat pencegahan seharusnya telah menjadi bagian pekerjaan sehari-hari. Peran ini kemudian menjadi kontradiktif ketika diidentifikasi banyak perawat berperilaku merokok. Penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat oleh Sarna et.al (2010), menunjukkan bahwa perawat mempunyai kebiasaan merokok terbesar yaitu sekitar 31,28 %. Angka ini adalah yang terbesar dibandingkan dengan profesi kesehatan lain seperti dokter umum 2,3 %, dokter gigi 3,01 %, terapis pernafasan 19,28 %, dan apoteker 3,25 %. Beberapa penelitian menggambarkan perawat yang merokok cenderung tidak melakukan kegiatan promosi kesehatan terhadap pasiennya, khususnya tentang bahaya rokok (Smith, 2010). Perawat merasa enggan melakukan intervensi tersebut karena bertentangan dengan nilai dan perilakunya. Mereka juga menyadari bahwa perawat merupakan *role model* bagi pasiennya. Perawat yang merokok dapat menyampaikan pesan yang

membingungkan pada masyarakat, khususnya pada pasien yang ingin berhenti merokok (Biraghi & Tortorano, 2010).

Kebiasaan merokok dikalangan perawat tidak terlepas dari kebiasaan merokok saat di sekolah perawat. Banyak penelitian yang telah dilakukan bahwa perawat yang merokok sudah dimulai pada usia muda sebelum memasuki dunia profesi (Sarna et. al, 2009). *The US Department of Health and Human Services* memperkirakan 90% perokok diperkirakan telah mulai merokok sebelum usia 20 tahun. Backinger et.al (2003) melaporkan hampir 90% dari perokok dewasa menunjukkan bahwa mereka pertama kali mulai merokok sebelum usia 18 tahun, sedangkan perokok yang mencoba berhenti tanpa bantuan, 98 persen di antaranya akan mulai merokok lagi dalam setahun (WHO, 2003). Sebelum memasuki dunia kerja kebanyakan orang dewasa mempunyai kebiasaan merokok. Hal lain yang dapat diasumsikan sehubungan dengan kebiasaan merokok pada usia muda dan berlanjut hingga dewasa juga dapat dilihat dari jumlah perokok yang lebih besar diantara kelompok umur yaitu 18,8 % untuk kelompok umur 15-19 tahun, 32,8 % pada kelompok umur 20-24 tahun, 35,1 % pada kelompok usia 25-29 tahun, dan 35,6 % pada kelompok usia 30-34 tahun (Riskesdas, 2007).

Segmen kaum muda ini memang menjadi target utama bagi kebijakan pemasaran industri rokok, khususnya di Indonesia. Dalam salah satu dokumen dari Philips dan Morris (salah satu produsen rokok terkemuka di dunia) menggambarkan bahwa remaja adalah merupakan target utama bagi produksi rokok karena remaja merupakan pelanggan hari esok. Artinya bahwa remaja atau kaum muda memiliki rentang kehidupan yang cukup panjang sehingga memungkinkan dapat merokok dalam waktu yang relatif panjang.

Sebuah penelitian di Amerika Serikat bertujuan untuk membandingkan angka prevalensi mahasiswa kedokteran dengan keperawatan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa prevalensi mahasiswa keperawatan yang merokok sebesar 13,5 % jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan mahasiswa kedokteran yang hanya 3,3 %. Patelarou et.al (2011) melaporkan hasil survey terhadap mahasiswa keperawatan di negara Yunani yaitu 33% adalah perokok aktif sampai saat ini,

sementara 74% dilaporkan pernah melakukan percobaan merokok. Penelitian yang dilakukan di Universitas Milan Italia oleh Biraghi dan Tortorano tahun 2010 menunjukkan 44 % mahasiswa keperawatan adalah perokok dan 7 % telah berhenti merokok. Survey pada 800 mahasiswa keperawatan di Italia menyatakan 44 % mahasiswa keperawatan (Ford, 2010).

Beberapa penelitian juga telah dilakukan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan perilaku merokok, akan tetapi, walaupun kedua variabel tersebut cenderung berhubungan, perilaku merokok di kalangan mahasiswa keperawatan cenderung tidak menurun. Patelarou et.al (2011) melaporkan 50 % dari mahasiswa yang mempunyai kebiasaan merokok telah mengikuti pelatihan tentang isu-isu terkait tembakau / rokok. Parkar et al., (2003) juga melaporkan tidak ada penurunan jumlah perokok pada mahasiswa di sekolah perawat meskipun selama kuliah telah dimasukkan beberapa mata kuliah tentang rokok.

Perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan memberikan gambaran yang unik berimplikasi langsung pada orang di sekitarnya. Penelitian Patelarou et.al (2011) melaporkan bahwa mahasiswa perokok tersebut telah mempengaruhi anggota keluarganya seperti kakak dan adik dan teman sebayanya untuk merokok. Juga, dilaporkan bahwa kebiasaan menghisap tembakau berhubungan erat dengan perilaku minum alkohol, tindak kekerasan dan depresi pada diri mahasiswa itu sendiri. Jadi perilaku merokok di kalangan mahasiswa keperawatan merupakan hal yang cukup serius karena mereka akan menjadi model peran publik dari tenaga profesional kesehatan dimasa mendatang (Biraghi & Tortorano, 2010).

Individu pada masa kuliah atau sebagai mahasiswa termasuk dalam tahap perkembangan dewasa awal. Masa ini merupakan masa peralihan antara masa remaja akhir dan masuk masa dewasa awal. Rentang usia pada masa ini sekitar 18 – 24 tahun (Wulandari, 2008). Pada masa transisi ini terjadi peralihan sistem nilai yang mempunyai risiko besar. Fase ini biasanya individu mulai meninggalkan rumah secara permanen, baik untuk bekerja atau kuliah (Papalia, Olds, & Feldman, 2008). Individu akan menjalani hidup sendiri tanpa pengawasan orang tua yang selama ini melekat pada dirinya. Pada saat yang bersamaan kemampuan

rasionalisasi dalam menilai atau menanggapi sesuatu hal masih belum begitu matang. Keadaan seperti ini yang kemudian dapat menimbulkan perilaku negatif sebagai bentuk coping yang maladaptif ketika individu mengalami permasalahan tertentu. Perilaku yang dianggap menyenangkan sering menjadi pilihan sebagai bentuk adaptasi dari situasi yang tidak menyenangkan. Lingkungan teman sebaya juga ikut menunjang dalam mempengaruhi ketika mengadopsi sebuah perilaku baru.

Mahasiswa merupakan kelompok berisiko berperilaku merokok maupun terkena dampak rokok. Kelompok risiko (*at risk*) adalah kelompok tertentu atau sub kelompok yang lebih mungkin terkena, atau lebih sensitif terhadap zat / perilaku tertentu daripada populasi umum (Aday & Andersen, 2001). Kelompok risiko biasanya mempunyai tingkat kesehatan relatif normal tetapi tinggal di lingkungan yang banyak terparar suatu zat / perilaku negatif yang melebihi intensitas normal. Artinya bahwa kondisi tidak sehat dapat terjadi melalui banyaknya paparan dari luar individu, tapi tidak didahului individu tersebut dalam keadaan kurang sehat. Banyaknya masyarakat yang merokok dan iklan rokok di media elektronik membuat kelompok mahasiswa akan lebih mudah terpapar perilaku tersebut. Mahasiswa juga lebih sensitif terhadap perilaku yang mereka persepsikan baik, jantan, keren.

Hal yang menjadi konsen agar individu dapat melalui masa transisi ini dengan sukses salah satunya dengan mengidentifikasi masalah-masalah yang umum terjadi pada masa ini. Papalia, Olds, dan Feldman (2008) menyatakan masa dewasa awal sering terlibat dengan masalah-masalah seperti alkohol, obat terlarang, penyakit menular seksual, dan kebiasaan merokok.

Faktor utama yang mempengaruhi kebiasaan merokok secara umum adalah faktor individu, lingkungan, dan sosio-demografi (Tyas & Paderson, 1998 ; Komalasari & Helmi, 2000). Faktor individu sering dihubungkan dengan keadaan psikologis seseorang (Upton & Thirlaway, 2010). Faktor ini meliputi sikap, pengetahuan, dan keyakinan terhadap rokok, dan suasana emosional seperti stres. Faktor lingkungan berhubungan erat dengan *modelling*, artinya bahwa individu

cenderung untuk memodelkan atau menuruti model yang ada di lingkungan yang menjadi perhatiannya. Model ini meliputi orang tua, saudara, teman sebaya, dan iklan rokok. Faktor sosio-demografi dapat dilihat dari umur, jenis kelamin, pendidikan dan penghasilan orang tua, dan suku.

Perilaku merokok pada masa dewasa awal jika dibandingkan dengan remaja memperlihatkan faktor yang agak berbeda. Wulandari (2008) melaporkan bahwa faktor yang berhubungan erat dengan perilaku merokok pada dewasa awal adalah toleransi terhadap nikotin dan pengaturan suasana hati. Perasaan yang menyenangkan akibat dari merokok merupakan bukti bahwa individu sudah toleran terhadap nikotin. Timbulnya stres juga menjadi bagian dari suasana hati yang tidak menyenangkan yang cenderung membuat individu dewasa awal menggunakan zat-zat adiktif untuk mengatasi stres yang dihadapinya. Stres yang dialami dapat timbul dari keluarga, sekolah, pertemanan, pekerjaan, dan lingkungan. Faktor teman sebaya, orang tua dan saudara (kakak dan adik) juga masih berpengaruh pada masa dewasa awal ini (Biraghi & Tortorano, 2010). Keinginan untuk menjaga berat badan atau takut obesitas juga berhubungan dengan perilaku merokok pada usia dewasa awal.

Studi pendahuluan yang dilakukan terhadap 150 mahasiswa laki-laki di sebuah Akademi Keperawatan memperlihatkan hasil bahwa 57 % adalah perokok dan pernah merokok sedangkan 43 % tidak perokok. Wawancara dengan beberapa dosen juga mengungkapkan bahwa hampir 60 % dari mahasiswa laki-laki merokok di luar jam pembelajaran. Hasil observasi menunjukkan mahasiswa merokok di warung di luar kampus dan di dalam kos.

Peraturan kampus telah cukup tegas melarang mahasiswa merokok di area kampus dan saat jam belajar, akan tetapi perilaku ini jadi tidak terkontrol ketika mahasiswa berada di luar kampus dan di luar jam pelajaran. Kegiatan khusus promosi kesehatan tentang bahaya rokok sangat jarang dilakukan di area kampus. Materi tentang rokok biasanya telah terintegrasi dalam sub pokok bahasan beberapa mata kuliah seperti mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah (KMB).

Pengembangan program promosi kesehatan berbasis model teori yang tepat dan kuat sangat diperlukan menanggulangi dan memprediksi faktor yang berpengaruh terhadap perilaku merokok. Salah satu model teori yang tepat yaitu “Model Keyakinan Kesehatan” (*Health Belief Models (HBM)*). Teori ini menjelaskan ada enam variabel kunci ketika individu akan bertindak melawan penyakit atau perilaku yang dapat mengakibatkan penyakit yaitu kerentanan, keseriusan, ancaman yang dirasakan dari perilaku merokok dan manfaat, hambatan bila menghentikan perilaku merokok, serta keyakinan diri untuk bertindak merokok. Beberapa variabel kunci pada HBM tersebut menggambarkan bahwa model ini berusaha memprediksi secara rinci variabel mana yang paling berpengaruh ketika individu melakukan tindakan tertentu sehingga pada kelanjutannya akan lebih menentukan tindakan yang mana yang lebih intensif dilakukan supaya individu melakukan tindakan.

Berbeda dengan beberapa penelitian terdahulu yang juga bertujuan untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok, kebanyakan hanya mengidentifikasi variabel yang dianggap berhubungan secara bebas, bukan didasarkan pada konstruk teori yang secara spesifik mengurai variabel secara terperinci. Model ini sudah banyak digunakan dan telah teruji diberbagai area pencegahan serta merupakan alat yang efektif secara sistematis untuk menganalisis perilaku kesehatan personal (Friedman, Bowden, & Jones, 2002).

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok di kalangan mahasiswa, khususnya mahasiswa keperawatan yang nantinya diharapkan sebagai agen perubahan dalam mengatasi berbagai macam masalah kesehatan. Desain penelitian menggunakan *deskriptif analitik* dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*). Desain deskriptif analitik dapat memberikan informasi yang luas terhadap faktor yang diperkirakan berkontribusi terhadap kejadian perilaku merokok dan juga dapat melakukan analisis terhadap hubungan kedua variabel serta dapat melihat faktor mana yang paling dominan mempengaruhi kejadian perilaku merokok di kalangan mahasiswa keperawatan. Dengan demikian desain ini memiliki fasilitas seperti apa yang diharapkan dalam tujuan penelitian.

1.2 Rumusan Masalah

Perilaku merokok merupakan perilaku yang bertentangan dengan kesehatan. Jika ditinjau dari berbagai segi, merokok sangat merugikan. Dampak yang paling merugikan ketika mengenai orang lain yang justru tidak pernah melakukan perilaku tersebut. Telah banyak penelitian mengenai bahaya dan dampak perilaku merokok baik dari segi kesehatan, sosial ekonomi maupun politik / kebijakan.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengetahui prevalensi merokok mahasiswa perawat dibandingkan dengan bukan mahasiswa perawat pada kelompok umur yang sama. Hasilnya lebih dari 30 % mahasiswa perawat mempunyai kebiasaan merokok (Patelarou et.al. 2011). Penelitian lain juga dilakukan untuk mengetahui prevalensi merokok pada mahasiswa perawat dibandingkan dengan mahasiswa lain dalam bidang kesehatan dan hasilnya juga menunjukkan bahwa mahasiswa perawat mempunyai prevalensi paling tinggi diantara mahasiswa kedokteran, farmasi, dan terapis pernafasan, walaupun mahasiswa tersebut mengikuti pelatihan tentang rokok dan mengikuti mata kuliah yang berkaitan tentang rokok.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi berbagai faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan. Pertanyaan penelitian ini adalah : apakah faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok dan faktor paling dominan mempengaruhi perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuinya berbagai faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan

1.3.2 Tujuan Khusus

Diketahui :

1.3.2.1 Perilaku merokok (perokok dan bukan perokok) mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.

- 1.3.2.2 Faktor pemodifikasi (umur, pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh teman sebaya, stres, harga diri, pengetahuan) pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.
- 1.3.2.3 Faktor sikap / keyakinan individu (kerentanan, keseriusan, ancaman, manfaat, hambatan, dan efikasi diri merokok) pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.
- 1.3.2.4 Faktor isyarat untuk bertindak (Iklan rokok) pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.
- 1.3.2.5 Hubungan faktor pemodifikasi (umur, pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh teman sebaya, stres, harga diri, pengetahuan) dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.
- 1.3.2.6 Hubungan faktor keyakinan individu (kerentanan, keseriusan, ancaman, manfaat, hambatan, dan efikasi diri merokok) dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.
- 1.3.2.7 Hubungan faktor isyarat untuk bertindak (iklan rokok) dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.
- 1.3.2.8 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan keperawatan komunitas

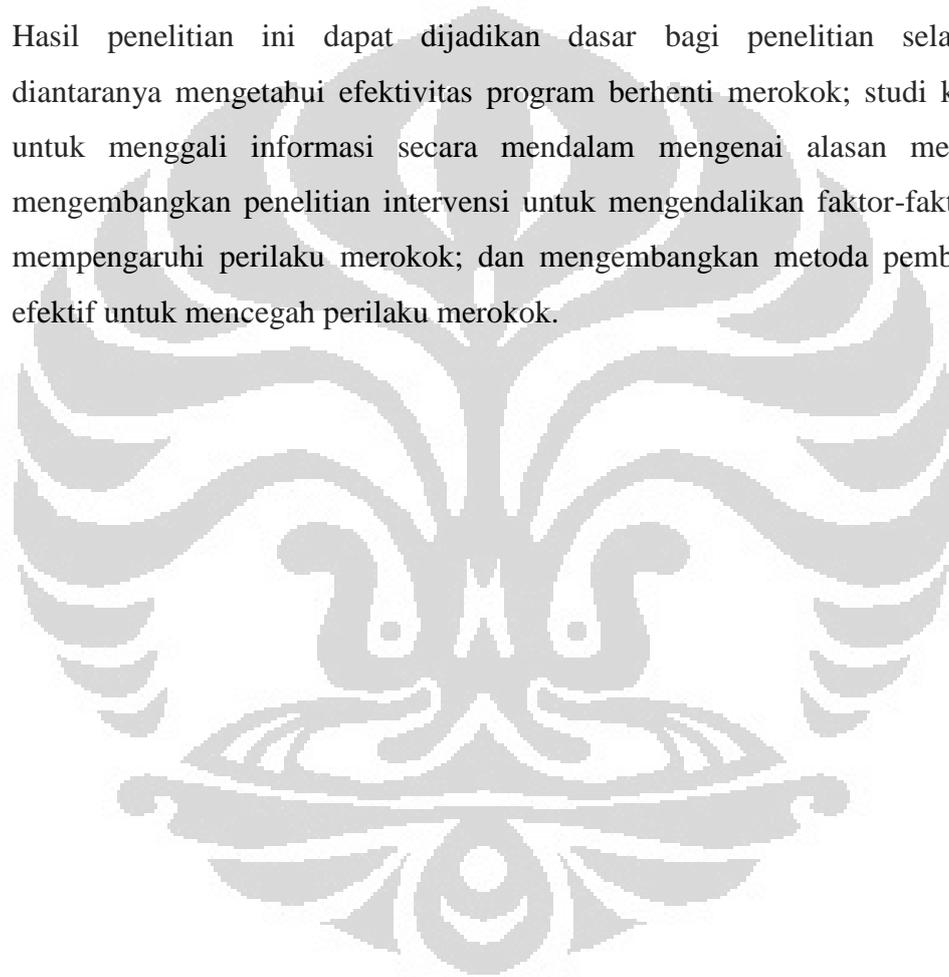
Hasil penelitian ini memberikan informasi penting karena dapat diketahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku merokok sehingga dapat dijadikan dasar bagi pembuatan program pencegahan perilaku merokok secara efektif dan efisien dan penyediaan layanan berhenti merokok atau klinik berhenti merokok serta program pendidikan dan latihan bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat tentang intervensi berhenti merokok. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan dasar kebijakan manajemen sumber daya manusia pada tenaga kesehatan, khususnya dalam hal perekrutan tenaga keperawatan yang baru.

1.4.2 Institusi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah kajian keilmuan, khususnya dalam mata ajar keperawatan komunitas dan promosi kesehatan. Secara khusus juga dapat memberikan informasi tentang prevalensi perokok pada mahasiswa keperawatan yang pada kelanjutannya dapat dijadikan dasar kebijakan dalam sistem seleksi mahasiswa baru.

1.4.3 Penelitian

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi penelitian selanjutnya, diantaranya mengetahui efektivitas program berhenti merokok; studi kualitatif untuk menggali informasi secara mendalam mengenai alasan merokok ; mengembangkan penelitian intervensi untuk mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok; dan mengembangkan metoda pembelajaran efektif untuk mencegah perilaku merokok.



BAB II

TINJAUAN TEORI

Bab ini akan menguraikan berbagai teori dan konsep yang berkaitan dengan faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan, yang terdiri dari: konsep mahasiswa sebagai kelompok risiko, *Health Belief Model* sebagai teori yang akan memprediksi faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok, strategi intervensi, dan peran perawat komunitas.

2.1 Konsep *At Risk*

2.1.1 Kelompok Risiko

Risiko dapat berarti suatu kondisi yang secara potensial berbahaya dan dapat memicu terjadinya penyakit atau kerugian (Kemenkes, 2011). Risiko juga dapat diartikan ancaman kerusakan, cedera, kerugian, dan kejadian negatif lainnya yang disebabkan kerentanan eksternal maupun internal yang dapat dinetralisir melalui antisipasi. Kelompok risiko adalah kelompok tertentu atau sub kelompok yang lebih mungkin terkena, atau lebih sensitif terhadap zat / perilaku tertentu daripada populasi umum (Aday, 2001). Ini berarti bahwa sebuah kelompok dikatakan lebih berisiko dari kelompok lain jika paparan atau kejadian suatu zat lebih banyak dibandingkan dengan kelompok lain.

Pengertian tersebut menjelaskan kelompok risiko dapat terjadi pada kelompok manapun di masyarakat. Bahkan kelompok yang dulunya dianggap tidak berisiko dapat berubah menjadi berisiko ketika terjadi perubahan kondisi lingkungan sekitarnya. Contoh fenomena ini adalah kelompok remaja yang sebih sering tinggal dalam rumah. Dulu dipersepsikan remaja yang suka tinggal di rumah, jarang keluar atau jalan-jalan bersama teman sebaya adalah remaja yang baik. Sering di rumah, bahkan hanya tinggal dalam kamar membuat orang tua senang. Orang tua mengira bahwa anaknya belajar. Persepsi seperti ini tidak berlaku lagi pada jaman sekarang ketika internet dapat diakses dimana saja, sehingga kelompok ini kemudian menjadi kelompok berisiko yang disebabkan perubahan lingkungan.

2.1.2 Karakteristik Kelompok Risiko

Kelompok risiko mempunyai karakteristik tertentu yang membedakan dengan kelompok non risiko. Beberapa ciri dapat dilihat dari katagori kelompok risiko. Katagori yang berhubungan dengan kondisi risiko terhadap perubahan status kesehatan adalah risiko biologik; risiko lingkungan termasuk psikologik, sosial ekonomi dan kejadian hidup; risiko perilaku termasuk didalamnya risiko gaya hidup (Stanhope & Lancaster, 2004).

2.1.2.1 Risiko Biologi (*Biological Risk*)

Risiko biologi dapat diartikan risiko yang berhubungan dengan makhluk hidup. Dalam rentang yang luas dapat berarti bakteri, virus, hewan, bahkan dari dalam individu tersebut seperti keadaan fisiologis tubuh atau genetik. Penyakit-penyakit yang diturunkan melalui genetik seperti penyakit lupus dapat saja timbul pada masa ini. Bahkan dikatakan, pada studi akhir-akhir ini genetika dapat berpengaruh pada perilaku manusia (Jarvis, 2002).

Adanya pengaruh genetika terhadap perilaku individu memberikan penjelasan bahwa perilaku yang selama ini banyak dibahas pada bidang psikologi ternyata juga dapat dipengaruhi bidang biologi. Hal ini dapat menjawab pertanyaan mengapa individu lebih suka perilaku tertentu padahal banyak individu lain justru membencinya. Contoh lain dari perilaku genetika ini adalah kecerdasan individu. Kecerdasan individu cenderung berbeda dengan individu lain. Ia (kecerdasan) mempunyai variasi rentang yang luas yang biasanya disimpulkan dalam bentuk IQ. Hanya sedikit individu yang mempunyai IQ diatas normal atau disebut jenius. Sekuat apapun kita belajar untuk dapat memahami sebuah materi belajar tentu tetap akan sulit menandingi individu jenius. Tidak ada lingkungan yang dapat membentuk orang untuk jadi jenius. Juga dicontohkan bagaimana seorang individu bersifat lebih tempramental dibanding orang lain. Pertanyaan-pertanyaan seperti inilah kemudian menstimulus para ahli untuk meneliti tentang hubungan gen terhadap perilaku manusia.

Studi tentang genetika perilaku menyatakan ada dua hal penting yang mempengaruhi perbedaan perilaku tiap individu yaitu gen dan lingkungan.

Pemetaan gen pada manusia ditentukan lewat biologi sehingga faktor ini disebut faktor bawaan sedangkan lingkungan pada dasarnya lebih dikendalikan orang lain dan disebut faktor bentukan. Jarvis (2002) menjelaskan sekitar 99,9 % gen manusia adalah sama, hanya 0,1 % gen yang bertanggung jawab terhadap variasi perilaku diantara manusia / individu. Walaupun persentasinya relatif kecil, itu sudah cukup dapat menjelaskan atas perbedaan-perbedaan mendasar di antara individu.

Sebagai sebuah kelompok di masyarakat yang dipengaruhi genetik dan lingkungan, kelompok mahasiswa juga tidak luput dari kecenderungan mengalami beberapa risiko penyakit dan perilaku yang dapat menimbulkan penyakit dan cedera / injuri. Penyakit yang bersifat kecenderungan diturunkan seperti asma, hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung dapat terjadi pada masa muda. Penyakit infeksi juga banyak terjadi pada masa ini akibat pergaulan bebas seperti infeksi saluran kencing, gonorrhoe, dan yang paling berat tentunya penyakit AIDS. Cedera juga dapat terjadi pada mahasiswa akibat dari kebiasaan yang olahraga ekstrim dan kebut-kebutan berkendara (Kemenkes, 2011).

2.1.2.2 Risiko Sosial (*Social Risk*)

Risiko kejadian penyakit dapat disebabkan oleh lingkungan fisik berupa kondisi polusi, suhu lingkungan yang ekstrim panas atau dingin, tidak adekuatnya kondisi perumahan atau pilihan tempat berlindung. Faktor risiko dapat terjadi ketika individu tidak mempunyai pilihan lain saat harus bekerja di luar rumah dengan kondisi pekerjaan yang berisiko untuk kesehatan (McMurray, 2003). Selain lingkungan fisik, lingkungan sosial juga berkontribusi memberikan sejumlah risiko pada perubahan perilaku individu. Lingkungan masyarakat yang menganut budaya tertentu memungkinkan penduduk yang tinggal di wilayah tersebut mengikuti pola perilaku masyarakat.

Persepsi tentang rokok di masyarakat menjadikan pola hubungan dalam bersosialisasi sangat berisiko menularkan perilaku merokok pada mahasiswa. Rokok dianggap sesuatu yang lumrah, bahkan menjadi kebiasaan sebagai sesuatu barang yang harus disediakan setiap kegiatan di masyarakat. Akses untuk

mendapatkan rokok dapat dikatakan hampir tanpa batas sehingga setiap orang dengan mudah mendapatkan rokok dimana saja.

Banyaknya informasi berupa iklan rokok, baik di media cetak maupun elektronik memberikan pesan khusus untuk berperilaku tertentu. Iklan rokok yang sedemikian hebat dan dikemas dengan pesan yang menyesatkan seperti pemakaian model iklan idola yang berkharisma sangat berpotensi mengubah persepsi masyarakat. Partisipasi industri rokok pada sejumlah kegiatan seperti memberikan dana sponsor berbagai kegiatan olah raga dan seni untuk kaum muda, menciptakan lapangan pekerjaan, pemberian beasiswa pada pelajar dan mahasiswa, dan partisipasi pada sejumlah kegiatan sosial lainnya memberikan informasi bahwa perusahaan rokok mempunyai kontribusi besar pada masyarakat. Pesan-pesan ini kemudian membentuk persepsi bahwa dengan membeli produknya berarti telah ikut berpartisipasi pada pembangunan bangsa.

2.1.2.3 Risiko Ekonomi (*Economic Risk*)

Risiko ekonomi merupakan hubungan antara sumber keuangan dan kebutuhan. Memiliki sumber finansial yang adekuat berarti mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan akses yang berhubungan dengan kesehatan seperti tempat tinggal yang layak, pakaian, makanan, pendidikan, perawatan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Negara miskin dan berkembang, kemiskinan dan perilaku merokok mempunyai korelasi yang signifikan. WHO melaporkan jumlah perokok lebih banyak pada keluarga berpendapatan rendah dibandingkan dengan pendapatan tinggi (WHO, 2008). Rokok menjadi prioritas pada keluarga dengan pendapatan rendah menyebabkan kondisi ekonomi semakin buruk, pada akhirnya meningkatkan angka kemiskinan.

Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) (2008) mengatakan, berdasar data Survei Sosial Ekonomi Nasional 2005-2006, sekitar 78,8 persen kepala keluarga rumah tangga miskin perkotaan adalah perokok. Pengeluaran keluarga miskin tersebut untuk rokok per minggu 22 %, lebih tinggi dari pengeluaran untuk membeli beras sebesar 19 %. Kelompok pendapatan terendah membelanjakan 12

% pengeluaran bulanannya untuk membeli rokok, padahal kelompok berpendapatan tertinggi hanya membelanjakan 9,25 % (Kompas.com).

Kebutuhan untuk membeli rokok setiap hari, disaat kebutuhan lain semakin banyak dan meningkat menjadikan mahasiswa berisiko terjadi masalah keuangan. Pengeluaran mencakup biaya kuliah yang tinggi termasuk keperluan penunjang kuliah, biaya hidup seperti kebutuhan sandang dan pangan, biaya perumahan / kos / tempat tinggal, dan biaya transportasi dan rekreasi, serta biaya tidak terduga lainnya. Disaat bersamaan, semakin usia anak menginjak dewasa maka produktivitas keluarga cenderung semakin menurun atau stagnan karena usia kepala keluarga semakin tua. Potensi untuk terus meningkatkan pendapatan keluarga biasanya terhambat ketika anak sudah menginjak masa kuliah, apalagi jumlah anak yang kuliah lebih dari satu orang.

2.1.2.4 Risiko Kejadian Hidup (*Life Event Risk*)

Seiring dengan bertambahnya umur, banyak peristiwa yang terjadi dalam hidup. Peristiwa menyenangkan cenderung tidak menimbulkan masalah, sebaliknya peristiwa tidak menyenangkan termasuk trauma fisik dan psikologis dapat memberikan dampak negatif bagi mahasiswa. Kejadian masa lalu yang tidak menyenangkan turut berkontribusi membentuk pola kepribadian individu (Jarvis, 2010).

Tahap perkembangan kelompok mahasiswa termasuk dalam tahap transisi dari remaja akhir ke tahap dewasa awal. Tahap ini mempunyai rentang umur antara 18 – 25 tahun (Santrock, 2011). Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa transisi dapat menimbulkan stres. Masa transisi merupakan situasi akan mempengaruhi dan menyebabkan beberapa perubahan seperti perubahan perilaku, jadwal, pola komunikasi, harus membuat keputusan baru, pemulihan peran, pembelajaran keterampilan baru dan perubahan dalam menggunakan sumber-sumber yang baru (Stanhope & Lancaster, 2004).

Secara umum perubahan tersebut meliputi perubahan fisik, kognitif, dan psikososial (Santrock, 2011). Perubahan fisik pada tahap ini ditandai dengan kematangan pertumbuhan fisik. Tahap ini dikatakan adalah tahap puncak

perkembangan fisik yaitu usia sekitar 18 – 25 tahun. Puncak perkembangan fisik menjadikan mahasiswa berada dalam status kesehatan paling optimal, kekuatan, energi, dan daya tahan. Disisi lain, perkembangan kognitif pada masa transisi ini relatif masih belum terlalu matang sehingga menimbulkan kecenderungan terjadinya perilaku mencoba sesuatu hal baru. Santrock (2011) menjelaskan bahwa pada masa transisi ditandai dengan eksperimen dan eksplorasi.

Pergi dari sekolah menengah atas ke perguruan tinggi merupakan aspek penting dari transisi ke masa dewasa (Bowman, 2010). Pada perguruan tinggi, mahasiswa akan berkembang, dapat menghabiskan lebih banyak waktu dengan teman sebaya, memiliki lebih banyak kesempatan untuk mengeksplorasi gaya hidup dan nilai-nilai, dan menikmati kebebasan yang lebih besar dari pemantauan orangtua. Namun, di perguruan tinggi mahasiswa dituntut tanggung jawab dan kemandirian yang lebih besar dalam mencapai tujuan pendidikan dan harapan orang tua. Pada keadaan seperti sering menimbulkan stres tersendiri bagi mahasiswa yang berhubungan dengan kapasitas diri dalam memenuhi tuntutan dan harapan orang tua dan diri sendiri.

Survei terbaru yang dilakukan oleh *American College Health Association* pada tahun 2008 melaporkan lebih dari 90.000 siswa pada 177 kampus mengungkapkan bahwa hal perasaan putus asa, merasa kewalahan dengan semua harus mereka lakukan, merasa lelah mental, sedih, dan depresi. Pola coping yang diterapkan sering maladaptif yang berujung pada perilaku negatif dan destruktif seperti merokok, konsumsi alkohol dan obat terlarang (Santrock, 2011).

2.1.2.5 Risiko Gaya Hidup (*Life Style Risk*)

Gaya hidup adalah istilah untuk menggambarkan cara seseorang menjalani kehidupan (Papalia, Olds, & Fieldman, 2010). Gaya hidup juga dapat diartikan satu set perilaku yang mewakili individu, secara kolektif digunakan untuk menjalani hidup. Sebuah gaya hidup merupakan karakteristik perilaku dalam waktu dan tempat tertentu, termasuk hubungan sosial, konsumsi makanan dan minuman, hiburan, dan berpakaian. Perilaku dan praktek dalam gaya hidup adalah campuran kebiasaan, cara-cara konvensional dalam melakukan sesuatu. Gaya

hidup biasanya juga mencerminkan sikap individu, nilai-nilai atau pandangan. Oleh karena itu, gaya hidup adalah sarana untuk menempa suatu kesadaran diri.

Sebuah studi longitudinal menunjukkan bahwa kebiasaan kesehatan yang paling buruk muncul selama masa remaja meningkat di masa dewasa (Harris et al., 2006 dalam Santrock, 2011). Tidak beraktivitas, diet, obesitas, penyalahgunaan zat, perawatan kesehatan reproduksi, dan akses perawatan kesehatan muncul memburuk di masa dewasa. Dilaporkan, ketika mereka berusia 12 sampai 18 tahun, hanya 5 % melaporkan tidak ada berolahraga mingguan, tetapi meningkat ketika umur 19 - 26 tahun, 46 % dilaporkan tidak berolahraga selama seminggu.

Pada tahap awal dewasa, beberapa individu berhenti berpikir tentang bagaimana gaya hidup pribadi akan mempengaruhi kesehatan. Sebagai seorang mahasiswa, banyak dari mereka mengembangkan pola tidak makan sarapan, tidak makan makanan dengan diet berimbang, dan mengandalkan makanan ringan sebagai sumber makanan utama pada siang hari, makan berlebihan sehingga melebihi berat badan normal untuk usia tersebut, merokok berlebihan, minum berlebihan, gagal berolahraga, dan hanya beberapa jam tidur di malam hari (Cousineau, Goldstein, & Franco, 2005). Gaya hidup demikian dapat menimbulkan kesehatan yang buruk, yang berimbas pada kepuasan hidup.

Masa muda yang penuh hasrat dan keinginan memberi nuansa berbeda ketika harus disalurkan dalam kegiatan negatif. Kebutuhan aktualisasi diri sebagai kebutuhan utama masa muda (Maslow, 1978 dalam Jarvis, 2010) mengharuskan mahasiswa menyalurkan dengan berbagai cara. Tidak jarang mahasiswa menggunakan cara-cara negatif dan destruktif. Contohnya merokok, menggunakan obat terlarang, dan kebut-kebutan.

Perilaku merokok merupakan salah satu risiko yang paling besar dapat terjadi pada mahasiswa. Penggunaan tembakau / rokok telah meluas di kalangan mahasiswa dalam tahap dewasa awal (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Upton dan Thirlaway (2010) melaporkan prevalensi perokok paling tinggi di dunia berada pada kelompok umur 20 – 24 tahun sekitar 32 %. WHO melaporkan,

pada abad 20 ini rokok membunuh 100 juta orang diseluruh dunia dan selama abad 21 rokok membunuh 1 milyar orang (WHO, 2008).

2.2 Konsep *Vulnerable*

Sebuah kelompok / *aggregate* di dalam populasi dapat masuk dalam kategori risiko atau rentan terhadap sesuatu penyakit atau kerugian. Untuk dapat mengidentifikasi hal tersebut dapat dilihat dari kriteria kelompok rentan / *vulnerable*.

2.2.1 Pengertian Rentan / *Vulnerable*

Fitzpatrick (2007) menjelaskan dalam area perawatan, label rentan ditujukan untuk populasi adalah kelompok orang berpotensi menderita kesenjangan kesehatan. Kelompok *vulnerable* / rentan adalah kelompok yang mempunyai risiko kekurangan atau gangguan psikologis, fisik, dan sosial seperti ibu dan bayi berisiko tinggi, sakit kronis, dan penyandang cacat (Aday, 2001). Populasi rentan juga dapat diartikan kelompok sosial yang mengalami peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas, sekunder untuk faktor-faktor seperti status sosial ekonomi rendah dan kurangnya sumber daya lingkungan. Perempuan, anak-anak, etnis minoritas, pria gay dan lesbian, imigran, tunawisma, orang didiagnosis dengan manusia *Human Immunodefisiensi Virus* (HIV), ketergantungan obat / narkoba, dan lansia dianggap sebagai masyarakat yang rentan (Flaskerud & Winslow, 1998 dalam Fitzpatrick, 2007; Hanson, 2001).

Biasanya populasi tersebut adalah mereka yang mengalami kekurangan ketersediaan sumber daya, peningkatan risiko masalah kesehatan, dan dengan demikian, status kesehatan yang terganggu menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Diskriminasi ras, etnis dan kemiskinan adalah faktor utama yang menyebabkan kesenjangan kesehatan. Kelompok yang mendapat stigma atau terpinggirkan di masyarakat, misalnya individu yang mempunyai penyakit kronis dan menular serta narapidana dan mantan pasien gangguan jiwa juga termasuk dalam populasi rentan.

2.2.2 Karakteristik Rentan

Penjelasan di atas memberikan pengertian bahwa untuk mengidentifikasi kelompok rentan / *vulnerable* setidaknya dapat ditinjau dari dua hal yaitu

karakteristik individu dalam populasi dan lingkungan eksternal populasi. Setiap individu dapat menjadi *vulnerable* sebagai akibat dari keadaan hidup atau respon terhadap penyakit atau suatu peristiwa. *Vulnerable* ditentukan oleh karakteristik individu dan tempat dimana mereka tinggal dan berinteraksi dengan lingkungan (Shi & Steven, 2005). Karakteristik individu dapat ditinjau dari segi tahap perkembangan dan status kesehatan. Shevrin, Islam, dan Rey (2009) menyatakan bahwa kelompok rentan yang berhubungan dengan tahap perkembangan individu adalah *agregate* anak, remaja, wanita dewasa, dan lansia. Kelompok / *agregate* tersebut dianggap sebagai populasi rentan dalam siklus kehidupan manusia sehingga memerlukan perhatian khusus dalam upaya meningkatkan derajat kesehatannya. Karakteristik kelompok rentan dalam konteks status kesehatan individu berhubungan dengan gangguan fisik, psikologi, dan sosial yaitu kelompok masyarakat minoritas, orang cacat, penderita penyakit kronis, penderita AIDS, bekas narapidana, keluarga dengan penghasilan rendah / miskin, dan mantan pasien gangguan jiwa (Anderson & Mc Farlane, 2010).

Karakteristik lain dapat dilihat dari indikator lingkungan eksternal tempat tinggal. Swanson dan Nies (1997) menjelaskan kondisi rentan adalah suatu kondisi terpaparnya atau tidak terlindunginya individu dari lingkungan yang mengakibatkan terganggunya kesehatan. Lingkungan tersebut dapat berupa fisik, psikis, sosial, dan ekonomi. Lingkungan fisik dapat berupa lingkungan kotor dan padat, endemis, dan polusi udara. Secara psikis yaitu lingkungan yang tidak aman atau rawan kejahatan, kehidupan masyarakat yang kumuh, kurangnya terpapar dengan informasi kesehatan, daerah konflik / perang, dan lokalisasi WTS. Lingkungan sosial dan ekonomi masyarakat yang tergolong berpenghasilan rendah, menyebabkan masyarakat lebih mementingkan terpenuhinya kebutuhan pokok dibandingkan akses informasi dan perilaku sehat. Selain itu, lingkungan masyarakat dengan budaya tertentu seperti kebiasaan minum arak, judi, termasuk penyediaan rokok.

Shi dan Steven (2005) menambahkan ada lima alasan kelompok rentan menjadi fokus perhatian, yaitu kelompok rentan mempunyai kebutuhan yang lebih besar, prevalensinya selalu meningkat, kelompok rentan menyebabkan masalah sosial di

masyarakat, kerentanan berkaitan erat dengan kesehatan dan sumber daya, dan adanya penekanan dalam kesetaraan dalam pembangunan kesehatan. Perilaku kesehatan kelompok ini sangat berisiko, karena keterlibatannya dengan kegiatan kesehatan sangat minim. Keterlibatan yang sedikit dengan kegiatan kesehatan menyebabkan kurangnya menerima informasi, sehingga perilaku kesehatannya akan semakin memburuk.

Meskipun kelompok mahasiswa telah memasuki masa dewasa awal, akan tetapi tetap terjadi perilaku mencoba bagi sesuatu hal yang baru. Bagi mahasiswa yang belum merokok, tetap ada godaan untuk mencoba merokok. Allender dan Spradley (2004) menyatakan kelompok dewasa awal, ketika mereka sudah berada di perguruan tinggi, banyak yang tergoda bereksperimen menggunakan alkohol, merokok, dan obat terlarang.

Efek rokok terhadap kesehatan tidak dapat dilihat dalam waktu yang singkat. Diperlukan waktu sekitar 25 tahun dari usia mulai merokok sampai timbulnya gejala penyakit yang ditimbulkan racun rokok (Sarna & Bialous, 2009). Panjangnya waktu efek rokok ini membuat kelompok mahasiswa perokok bukan merupakan individu yang rentan terkena penyakit, akan tetapi termasuk kelompok risiko (Hanson, 2001). Kelompok ini juga menerima paparan asap rokok tiap hari dengan intensitas tinggi meskipun efeknya tidak dirasakan dalam waktu dekat.

Indikator lain yang dapat menjelaskan bahwa kelompok mahasiswa perokok bukan merupakan kelompok rentan yaitu bahwa kelompok ini termasuk dalam tahap perkembangan dewasa awal dimana pada masa ini seperti yang telah dijelaskan mengalami puncak kebugaran dan daya tahan terhadap stimulus eksternal. Shevrin, Islam, dan Rey (2009) juga menyatakan bahwa kelompok kelompok laki-laki dewasa tidak termasuk kelompok rentan. Selain itu, kondisi lingkungan tempat tinggal / kos mahasiswa, khususnya mahasiswa keperawatan di wilayah Kalimantan Selatan tidak kumuh dan padat. Banyak ruang yang masih longgar karena kondisi perumahan di daerah tersebut bukan perumahan padat.

Kondisi perkotaan di wilayah Kalimantan Selatan juga hampir tidak terdapat kawasan pabrik di dalam kota sehingga tingkat polusi asap pabrik relatif rendah

dan ditambah dengan ruang terbuka hijau dan banyaknya pepohonan menjadikan udara masih terasa segar. Tingkat kepadatan penduduk yang masih rendah juga menjadikan daerah ini tetap terasa aman dari kejahatan. Hal ini ditunjang dengan pola kehidupan bermasyarakat yang masih bersifat kekeluargaan.

Meskipun kelompok mahasiswa berada dalam kelompok risiko, tidak berarti aman terhadap pengaruh lingkungan yang dapat menimbulkan pola perilaku negatif sebagai respon dari pengaruh tersebut. Risiko ini kemudian bertambah ketika perilaku merokok di masyarakat merupakan perilaku yang dianggap biasa.

Dampak yang ditimbulkan perilaku merokok terhadap masyarakat sekitar dapat bervariasi sesuai dengan tinggi rendahnya intensitas perilaku merokok tersebut. Pada jumlah besar, asap rokok dapat menyebabkan polusi udara, terutama di dalam rumah dan berbahaya bagi ibu hamil dan menyusui, bayi, dan balita sebagai perokok pasif karena setiap asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok saat merokok, 75 % dihisap oleh orang lain, hanya 25 % yang dihisap oleh perokok itu sendiri. Perilaku merokok ini juga dapat ditularkan pada orang lain. Telah banyak penelitian yang menyebutkan adanya hubungan yang signifikan antara perilaku merokok pengaruhnya pada teman sebaya, setidaknya dapat dilihat pada penelitian Tyas dan Pederson (1998), Komalasari dan Helmi (2000), Sem dan Basu (2000), Wulandari (2007), dan Patelarou et.al (2011).

Dampak pengiring lain yang sangat mengkhawatirkan adalah keberadaan perilaku merokok bisa menjadi pintu masuk pertama (*first step*) terhadap perilaku negatif lainnya, seperti: minum alkohol, penyalahgunaan obat-obatan terlarang atau narkoba, perilaku agresif dan destruktif. Kombinasi perilaku negatif antara merokok dan minum alkohol dibenarkan oleh Smet (1994) dalam Efendi (2005) berdasarkan hasil penelitiannya di kota Semarang dan sekitarnya, bahwa perilaku merokok ternyata memiliki korelasi positif dengan kebiasaan minum alkohol di kalangan remaja. Ini berarti perilaku merokok selain dapat ditularkan (mempengaruhi orang lain untuk merokok) juga dapat meluas pada perilaku negatif lainnya. Roberts (2010) melaporkan terdapat pola hubungan yang erat antara merokok, minum alkohol, depresi, dan agresi pada mahasiswa di perguruan

tinggi. Perilaku negatif seperti ini termasuk agresi dapat saja meluas dan akan menimbulkan kerugian tidak hanya di kalangan kelompok mahasiswa tetapi juga pada masyarakat sekitar.

Pada skala yang lebih besar, jika di suatu wilayah banyak masyarakat yang merokok akan menimbulkan implikasi ekstrim pada pola perilaku penduduknya. Perubahan opini tentang rokok dapat saja terjadi akibat dari banyaknya perilaku tersebut diadopsi. Studi yang dilakukan Nawi, Weinehall, dan Ohman (2006) menggambarkan keyakinan dan norma perokok telah berakar dalam kehidupan laki-laki Indonesia. Tembakau yang telah diperkenalkan di Indonesia pada Abad ke-16 dan saat ini diterima secara umum pada aktivitas dan kebutuhan sosial. Merokok mempunyai makna tertentu dalam budaya kehidupan transisi, seperti acara sunat anak laki-laki di daerah pedesaan. Dalam masyarakat tradisional Indonesia, ditawarkan rokok selama upacara sunat sebagai tanda seorang pria muda telah masuk usia dewasa. Ini adalah tindakan simbolis yang juga berfungsi memperkenalkan merokok sebagai perilaku normatif laki-laki dewasa. Ini membuktikan bahwa rokok sudah menjadi bagian dari budaya. Proses kulturisasi ini tidak lepas kaitannya dengan kegiatan propaganda secara terus-menerus sampai saat ini. Contohnya iklan rokok.

Propaganda rokok di Indonesia telah berkembang lebih hebat dari sekedar iklan rokok yaitu terbitnya buku-buku ilmiah mengenai kesehatan tanpa berhenti merokok. Sebuah buku yang ditulis oleh Suryo Sukendro (2007) tentang filosofi rokok menjelaskan bahwa untuk menjadi sehat tidak harus berhenti merokok bahkan dalam buku tersebut secara tegas dituliskan “ *tidak ada alasan untuk meninggalkan sebuah barang yang sudah menjadi kebutuhan hidup (rokok) hanya lantaran pemikiran yang dangkal perihal pola hidup sehat*”.

Dampak perilaku merokok terhadap kesehatan dapat menimbulkan risiko timbulnya penyakit tidak menular (PTM). Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI (2011) melaporkan, PTM diperkirakan sebagai penyebab 58 juta kematian pada tahun 2005. Sebanyak 80 % kematian tersebut terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah akibat penyakit jantung dan pembuluh darah (30 %),

penyakit pernafasan kronik dan penyakit kronik lainnya (16 %), kanker (13 %), cedera (9 %), dan diabetes (2 %). PTM seperti kardiovaskuler, stroke, kanker, diabetes mellitus, penyakit paru kronis obstruktif dan cedera (*physical injury*) terutama di negara berkembang telah mengalami peningkatan kejadian dengan cepat dan berdampak pula pada peningkatan angka kematian dan kecacatan.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007) menunjukkan penyebab kematian telah terjadi pergeseran dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Berdasarkan laporan riset tersebut penyebab kematian terbesar untuk umur lebih dari 5 tahun adalah stroke, baik di perkotaan maupun pedesaan. Penyakit menular menyumbang 28,1 % kematian, sedangkan PTM sebesar 59,5 %. Kemenkes (2011) menyebutkan faktor risiko PTM antara lain kurang aktivitas fisik, diet tidak sehat dan tidak seimbang, merokok, konsumsi alkohol, obesitas, hiperglikemi, hipertensi, hiperkolesterol, dan perilaku yang berkaitan dengan kecelakaan dan cedera, misalnya perilaku berlalu lintas yang tidak benar.

Efek rokok terhadap risiko yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1
Risiko Penyakit Yang Berhubungan Dengan Rokok

Sistem	Penyakit
Kardiovaskuler	Aneurisme Angina (risiko 20 kali) Penyakit Beurger Penyakit arteri koronari Infact Miocardial (risiko 2-3 kali) Penyakit pembuluh periper Stroke (risiko 2 - 4 kali)
Muskuloskeletal	Nyeri tulang belakang (Back Pain) Cedera ligamen, otot, tendon Nyeri leher Osteoporosis Osteoarthritis Arthritis rematik Fraktur
Visual	Katarak (risiko 2 kali) Optik neuropati (risiko 16 kali) Nystagmus

Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> Disfungsi ereksi Ompotensi (risiko 2 kali) Penurunan kesuburan pada wanita Komplikasi pada kehamilan (rubtur membran, plasenta previa atau abrasi, abortus, BBLR, penurunan fungsi paru pada bayi)
Pencernaan	<ul style="list-style-type: none"> Penyakit gusi Ulkus doudenum Polip kolon Penyakit Crohn Diabetes Mellitus Ulkus lambung Kehilangan gigi
Pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> COPD
Kanker	<ul style="list-style-type: none"> Paru-paru (90 % berhubungan dengan rokok) Mulut dan tenggorokan (90 % berhubungan) Breast (meningkatkan risiko 60 %) Pankreas (risiko 2 kali) Ousopagus Lambung Hati Kandung Kemih Ginjal Servik Saluran perkemihan Kanker mieloid
Penyakit lainnya	<ul style="list-style-type: none"> Depresi Psoriasis (risiko 2 kali) Kehilangan pendengaran Sindrom kematian mendadak pada bayi (SIDS) Eksaserbasi Asma Rinitis kronik Diabetes retinopati Penyakit Grave Neuritis optik Batuk, bersin, nafas pendek Inflienza, pnemonia, meriang

Sumber : Upton & Thirlaway (2010), Promoting healthy behaviour ; diterjemahkan oleh penulis.

2.3 Perilaku Merokok

2.3.1 Perilaku

Perilaku jika dilihat dari berbagai sudut pandang keilmuan mempunyai batasan yang luas. Bidang keilmuan seperti sosiologi, antropologi, dan psikologi mengklaim bahwa perilaku berada dalam ranah keilmuan mereka. Barangkali

semua itu benar, artinya perilaku memang berada dalam ketiga ranah keilmuan tersebut. Notoatmodjo (2010) menyatakan ilmu perilaku dibentuk dan dikembangkan dari 3 cabang ilmu yaitu sosiologi, antropologi, dan psikologi. Dari ketiga ranah keilmuan tersebut, psikologi yang paling gencar membahas dan meneliti tentang perilaku, khususnya perilaku manusia, bahkan dalam pengertian populer dikatakan psikologi adalah ilmu tentang pikiran dan perilaku (Jarvis, 2002).

Para ilmuwan psikologi umumnya sependapat bahwa pokok persoalan psikologi adalah perilaku, namun tetap terjadi perbedaan yang besar dalam mendefinisikan perilaku tersebut. Dalam pengertian paling luas, perilaku dapat dikatakan segala sesuatu yang dilakukan atau dialami seseorang. Ide-ide, impian-impian, berbicara, melompat, menggerakkan sesuatu, semuanya itu adalah perilaku. Skinner mendefinisikan perilaku sebagai sesuatu yang dapat diamati sebagai respon dari stimulus, dengan kata lain, perilaku adalah respon (reaksi, tanggapan, jawaban, balasan) yang dilakukan oleh suatu organisme (Jarvis, 2002). Sedangkan menurut pengertian yang lebih sempit, perilaku merupakan manifestasi kehidupan psikis (Walgito, 2010).

Perilaku juga dapat berarti tanggapan atau reaksi individu thd rangsangan atau lingkungan (Rakhmat, 2007). Lingkungan dan individu merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan. Setiap rangsangan dari lingkungan pasti akan berdampak pada individu. Rangsangan tersebut disebut stimulus. Stimulus ini akan ditangkap / diterima oleh sebuah alat penerima pada manusia yang disebut panca indera. Melalui panca indera inilah semua stimulus secara kolektif ditangkap dan dikumpulkan dan akan masuk ke dalam otak sebagai sebuah alat prosesor. Hasil akhir proses tersebut adalah sebuah kesimpulan yang disebut persepsi.

Perilaku pada manusia dapat dikategorikan menjadi dua (Walgito, 2010) :

1. Perilaku refleksif

Perilaku refleksif merupakan perilaku yang terjadi dari reaksi spontan terhadap suatu stimulus. Misalnya reaksi kedip mata, gerak lutut bila kena pukulan palu,

menarik tangan jika terkena api, bersin jika benda asing masuk ke saluran pernafasan. Reaksi ini terjadi dengan sendirinya dan secara otomatis. Perilaku refleksif berespons langsung begitu menerima stimulus. Stimulus yang diterima oleh panca indera berjalan tidak melalui jalur pusat kesadaran di otak, akan tetapi melalui mekanisme reflek yaitu jalur afektor.

2. Perilaku non-refleksif

Perilaku non-afektif adalah perilaku yang disadari atau dikendalikan. Stimulus yang diterima oleh reseptor kemudian diteruskan ke dalam otak sebagai pusat pengolah informasi sehingga timbul persepsi yang kemudian menimbulkan respons melalui syaraf afektor. Proses yang terjadi dalam otak ini disebut proses psikologi. Perilaku atas dasar psikologis inilah yang disebut perilaku psikologis. Perilaku menjadi fokus perhatian, dapat dipelajari mengapa manusia berperilaku seperti itu adalah perilaku non-refleksif.

Menurut aliran behaviourisme, perilaku merupakan hasil dari belajar dan dilakukan secara spontan terhadap suatu situasi, bukan respon otomatis (Jarvis, 2002). Perilaku non-refleksif merupakan perilaku hasil interaksi / belajar melalui observasi pada lingkungan sekitar. Hal ini sesuai dengan pernyataan skinner, bahwa belajar dari lingkungan menjadi pengaruh yang utama terhadap perilaku manusia (Jarvis, 2002).

Perilaku manusia tidak dapat lepas dari keadaan individu dan lingkungan dimana individu berada. Perilaku manusia didorong oleh motif tertentu sehingga manusia berperilaku. Teori-teori ini juga dapat lebih memperjelas mengapa seorang individu berperilaku yaitu (Walgito, 2010) :

1. Teori insting

Teori ini dikemukakan oleh Mc.Dougall, seorang psikolog sosial. Teori ini menjelaskan perilaku disebabkan karena insting. *Insting* merupakan perilaku *innate*, perilaku bawaan dimana *insting* ini dapat berubah seiring dengan penambahan pengalaman dari individu. Jadi, perilaku tertentu, seperti perilaku merokok memang sudah terdapat pada individu tertentu. Hanya saja apakah perilaku ini benar-benar terjadi pada waktu yang akan datang lebih dipengaruhi

oleh interaksi dengan pengalaman hidupnya. Jika individu mengalami banyak pengalaman yang menyenangkan dengan rokok, maka kemungkinan besar individu tersebut akan merokok.

2. Teori dorongan (*drive theory*)

Teori ini menekankan bahwa perilaku manusia didasarkan atas dorongan atau motif tertentu. Dorongan ini berkaitan dengan kebutuhan manusia. Bila organisme itu mempunyai kebutuhan dan ingin memenuhi kebutuhannya, maka akan terjadi ketegangan dalam diri organisme itu. Bila organisme berperilaku dan dapat memenuhi kebutuhannya, maka akan terjadi penurunan atau reduksi dari dorongan-dorongan tersebut. Hergenhahn (1976) merupakan salah satu penganut teori ini. Jika dikaitkan dengan terjadinya perilaku merokok, didahului oleh adanya kebutuhan individu untuk merokok. Kebutuhan tersebut dapat berupa kebutuhan psikologis dan aktualisasi diri. Tekanan teman sebaya atau keinginan untuk masuk sebagai anggota kelompok tertentu membuat individu akan berusaha melakukan aktivitas sesuai dengan tuntutan kelompok merupakan salah satu contoh kebutuhan psikologis. Contoh kebutuhan aktualisasi diri adalah jika dinilai bahwa merokok merupakan pria yang keren, gagah maka individu cenderung akan merokok.

3. Teori insentif (*incentive theory*)

Teori ini dikembangkan atas dasar teori Skinner (1938). Teori ini bertitik tolak pada pendapat bahwa perilaku organisme disebabkan karena adanya insentif. Insentif akan mendorong organisme berbuat atau berperilaku. Insentif ini dapat disebut *reinforcement* yang dapat bersifat positif dan negatif. *Reinforcement* positif adalah berkaitan dengan sesuatu yang menyenangkan seperti hadiah, sedangkan *reinforcement* negatif adalah sesuatu yang tidak menyenangkan seperti hukuman. Ini berarti bahwa perilaku timbul karena adanya insentif positif. Jadi, jika individu berperilaku negatif seperti merokok, maka pasti ada insentif atau keuntungan yang dirasakan. Teori ini kemudian juga dikembangkan menjadi salah satu variabel kunci dalam Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model*) yaitu *perceived benefits* pada variabel *individuals belief*.

4. Teori atribusi

Teori ini dikemukakan oleh Fritz Heider (1977) yang juga salah satu penganut psikologi sosial. Teori atribusi menjelaskan tentang sebab-sebab perilaku manusia. Apakah perilaku tersebut disebabkan oleh disposisi internal (misalnya motif dan sikap), atau oleh keadaan eksternal. Pada dasarnya perilaku manusia itu mendapat atribusi internal, tetapi juga atribusi eksternal. Atribusi dapat diartikan pelengkap atau elemen dan setiap individu mempunyai seperangkat atribut sehingga individu disebut sebagai individu unik, berbeda dengan individu lain. Penilaian atribut ini sering melibatkan unsur subyektif atau persepsi individu, sehingga atribut pada sebuah obyek dapat dinilai berbeda pada tiap individu yang menilainya. Jika dipersepsikan rokok merupakan atribut laki-laki dewasa atau seseorang dapat disebut sebagai laki-laki dewasa ketika ia merokok, maka individu yang mempunyai penilaian tersebut cenderung akan berperilaku merokok supaya ia dinilai bukan seorang yang banci atau belum dewasa.

5. Teori kognitif

Teori ini berasal dari aliran psikologi kognitif yang dikemukakan Piaget (1927). Teori ini berpandangan bahwa manusia akan berperilaku sesuai dengan penilaian individu tentang manfaat dari perilaku tersebut. Semakin besar manfaat suatu perilaku, maka semakin besar kemungkinan perilaku itu diulang. Dengan kemampuan memilih berarti faktor berfikir berperan dalam menentukan pilihannya. Ini berarti bahwa faktor individu yang paling menentukan terhadap pola perilaku, bukan lingkungan. Hal ini sesuai dengan paradigma kesehatan yang baru yaitu kesehatan seseorang ditentukan oleh individu itu sendiri, bukan lingkungan dan ketersediaan pelayanan kesehatan.

Merujuk pada pengertian perilaku, secara sederhana perilaku merokok adalah suatu kegiatan menghisap asap tembakau yang telah dibakar ujungnya. Merokok menurut Sitepoe (2000) adalah membakar tembakau yang kemudian diisap asapnya, baik menggunakan rokok maupun menggunakan pipa. *Tobacco smoking is the act of burning dried or cured leaves of the tobacco plant and inhaling the smoke* (Shafey, et al., 2009).

2.3.2.1 Kandungan racun berbahaya pada rokok.

Rokok menyebabkan kerugian kesehatan yang sangat besar. WHO (2008) melaporkan rokok berkontribusi pada timbulnya penyakit yang menyebabkan kematian terbesar di dunia yaitu penyakit jantung iskemik, penyakit kardiovaskuler, infeksi saluran pernafasan bawah, penyakit obstruksi paru menahun, TBC, dan kanker trakea, bronkus, dan paru.

Indonesia menempati urutan ke-7 terbesar dalam jumlah kematian yang disebabkan oleh kanker yakni sebanyak 188.100 orang. Kematian yang disebabkan oleh penyakit sistem pembuluh darah di Indonesia berjumlah 468.700 orang atau menempati urutan ke-6 terbesar dari seluruh negara-negara kelompok WHO. Kematian yang disebabkan oleh penyakit sistem pernafasan adalah penyakit *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases* (COPD) yakni sebesar 73.100 orang (66,6%) sedangkan Asma sebesar 13.690 orang (13,7%). Kematian akibat penyakit Tuberkulosis sebesar 127.00 orang yang merupakan terbesar ke-3 setelah negara India dan China (Kemenkes, 2011).

Asap rokok mengandung kurang lebih 4000 bahan kimia yang 200 diantaranya beracun dan 43 jenis lainnya dapat menyebabkan kanker bagi tubuh. Beberapa zat yang sangat berbahaya yaitu nikotin, tar dan karbon monoksida (Healey, 2011).

1. Nikotin

Nikotin adalah zat, atau bahan senyawa pirolidin yang terdapat dalam *Nicotiana tabacum*, *Nicotiana rustica* dan spesies lainnya atau sintetisnya yang bersifat adiktif sehingga dapat mengakibatkan ketergantungan. Zat ini bersifat karsinogen, dan mampu memicu kanker paru-paru. Nikotin merangsang hormon adrenalin yang dapat merangsang pelepasan *catecholamine* yang bisa meningkatkan denyut jantung; meningkatkan tekanan darah serta kadar kolesterol dalam darah, yang erat kaitannya dengan terjadinya serangan jantung dan meningkatkan kadar kolesterol dalam darah. Nikotin diterima oleh reseptor asetilkolin-nikotinik yang kemudian membaginya ke jalur imbalan dan jalur adrogenik sehingga perokok akan merasakan nikmat, memicu sistem dopaminergik menyebabkan perokok akan merasa lebih tenang, daya pikir terasa lebih cemerlang, dan mampu menekan

rasa lapar. Sementara di jalur adrenergik, zat ini akan mengaktifkan sistem adrenergik pada bagian otak lokus seruleus yang mengeluarkan serotonin. Meningkatnya serotonin menimbulkan rangsangan rasa senang sekaligus keinginan untuk mencari rokok lagi (Haustein & Groneberg, 2010; CDC, 2010).

2. Tar

Tar adalah senyawa polinuklir hidrokarbon aromatika yang bersifat karsinogenik. Tar mengandung ratusan zat kimiawi yang kebanyakan bersifat karsinogenik. Pada saat rokok dihisap, tar masuk ke dalam rongga mulut sebagai uap padat. Setelah dingin akan menjadi padat dan membentuk endapan berwarna cokelat pada permukaan gigi, saluran pernapasan, dan paru-paru. Pengendapan ini bervariasi antara 3-40 mg per batang rokok, sementara kadar tar dalam rokok berkisar 24-45 mg. Tar dan asap rokok merangsang jalan napas dan tar tersebut tertimbun di saluran napas yang menyebabkan batuk-batuk atau sesak napas (Healey, 2011 ; CDC, 2010).

3. Karbon monoksida

Karbon monoksida (CO) adalah zat yang mengikat hemoglobin dalam darah, membuat darah tidak mampu untuk mengikat oksigen. Zat ini mengusung oksigen dalam darah (eritrosit) dan membentuk karboxihaemoglobin. Seorang perokok akan mempunyai karboxihaemoglobin lebih tinggi dari orang normal, sekitar 4 – 7 kali lipat dari orang normal. Selain itu CO merusak dinding arteri yang pada akhirnya dapat menyebabkan atherosclerosis dan penyakit jantung koroner, CO juga merusak bayi dalam kandungan (Healey, 2011).

Terdapat 4 tahap perilaku merokok sehingga seorang individu benar-benar menjadi perokok (Leventhal & Cleary 1980 dalam Effendi 2005), yaitu:

1. Tahap *Preparation*

Tahap *preparation* dimulai ketika individu mendapat gambaran yang menyenangkan mengenai merokok. Misalnya melihat orang tua, teman, atau masyarakat merokok. Secara tidak langsung dapat melalui pihak ketiga, misalnya mendengar cerita dari orang lain yang bukan perokok, melihat iklan rokok di media cetak dan elektronik. Melalui observasi mulailah terbentuk sikap terhadap

rokok. Sikap yang positif terhadap rokok menyebabkan keinginan mencoba merokok. Banyak penelitian yang menyatakan bahwa sikap merupakan prediktor terbaik dalam membentuk perilaku merokok. Sikap juga sering disebut sebagai dasar orang berperilaku dan bahkan juga sikap merupakan bagian dari perilaku. Effendi (2005) menyatakan secara teoritik prediktor perilaku seseorang merokok dapat bermuara pada norma subyektif dan sikap terhadap perilaku target. Iklan rokok dengan menggunakan tokoh idola sering menjadi target perilaku sehingga menimbulkan sikap ingin mencontoh perilaku sang idola tersebut.

2. Tahap *Initiation*

Tahap *initiation* (inisiasi) merupakan tahap kritis bagi seseorang untuk menjadi seorang perokok. Tahap ini ditandai ketika individu mencoba merokok pertama kali. Eksperimen merokok ini menjadi penting bagi individu untuk mengetahui rasa dari rokok. Mahasiswa yang bereksperimen dengan rokok lebih mungkin untuk menjadi perokok harian di masa depan (Von Ah, 2005). Kesan dari pengalaman pertama kali merokok akan menentukan, apakah perilaku ini dilanjutkan atau dihentikan. Pengalaman menyenangkan ketika merokok menjadikan perilaku tersebut akan diulang dan akhirnya akan diadopsi.

3. Tahap *Becoming a Smoker*

Tahap ini merupakan kelanjutan dari tahap inisiasi. Tahap ini telah terjadi adaptasi terhadap efek awal dari rokok. Individu telah mulai merokok secara teratur. Pengalaman yang kurang menyenangkan pada tahap inisiasi seperti tenggorakan terasa serak, batuk, iritasi tenggorakan dapat diadaptasi oleh tubuh. Toleransi terhadap nikotin sudah terjadi sehingga perilaku ini cenderung tetap diteruskan.

4. Tahap *Maintenance of Smoking*

Pada tahap ini merokok sudah menjadi bagian dari pengaturan diri (*self-regulating*) seseorang dalam berbagai situasi dan kesempatan. Merokok dilakukan untuk memperoleh efek fisiologis yang menyenangkan akibat dari sifat adiktif nikotin. Beberapa efek menyenangkan pada perokok seperti yang dilaporkan Komalasari dan Helmi, (2000), yaitu perasaan nikmat 3,3 %, puas 15,9 %, dan

tenang 12,7 %. Pada tahap ini tingkat kecanduan rokok sudah tinggi sehingga potensi untuk berhenti merokok sangat sulit.

Perilaku merokok mempunyai intensitas yang bervariasi. Mulai dari yang ingin mencoba sampai perokok berat. Penggolongan ini didasarkan pada berat ringannya perilaku merokok tersebut. Bonino, Cattelino, dan Ciairano (2003), membagi perokok dalam lima kategori : (1) Bukan Perokok yaitu tidak pernah merokok, atau merokok hanya satu rokok seumur hidup; (2) Mantan perokok yaitu merokok beberapa kali dalam hidup mereka tetapi belum merokok pada bulan lalu; (3) Seseekali perokok yaitu merokok beberapa kali atau beberapa dalam hidup mereka; (4) Perokok yaitu sedang yaitu merokok biasa dan dalam satu bulan terakhir merokok 1-10 batang sehari (maksimal setengah bungkus) dan (5) Perokok berat yaitu merokok biasa dan pada bulan lalu merokok lebih dari setengah sampai satu bungkus sehari.

Pengkatagorian lebih sederhana dapat dilakukan dengan mengelompokkan katagori diatas menjadi hanya dua katagori. Penyederhanaan katagori ini penting untuk beberapa tujuan, khususnya ketika peneliti akan menghubungkan banyak variabel independen (multi-variabel) dengan satu variabel dependen menggunakan uji statistik multivariat (Dharma, 2011 ; Riyanto, 2012). Wulandari (2008), dalam penelitiannya mengkatagorikan perokok menjadi dua yaitu perokok dan bukan perokok. Katagori perokok adalah orang yang setiap hari merokok dan merokok dalam satu minggu terakhir. Sedangkan bukan perokok meliputi pernah merokok, bekas perokok, tidak merokok. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2011 menuliskan dalam laporan kesehatan dan mengkatagorikan perilaku merokok menjadi empat yaitu:

1. Merokok setiap hari ; jika individu merokok setiap hari, tidak dilihat berapa jumlah rokok setiap hari.
2. Merokok kadang-kadang ; jika individu merokok dan tidak merokok setiap hari tetapi pasti merokok dalam satu bulan.
3. Mantan perokok ; jika individu pernah merokok dan sudah tidak merokok lagi dalam satu tahun terakhir.

4. Bukan perokok ; jika individu tidak pernah merokok sekalipun dalam hidupnya.

Kategori ini kemudian dapat disederhanakan lagi menjadi dua yaitu kategori merokok dan tidak merokok dimana kategori merokok setiap hari dan merokok kadang-kadang masuk dalam kategori merokok, sedangkan mantan perokok dan bukan perokok masuk dalam kategori tidak merokok (Kemenkes RI, 2011). Salah satu tujuan penyederhanaan ini adalah untuk memudahkan proses *skrining* di masyarakat.

Individu yang berperilaku merokok tentu mempunyai tingkat kecanduan / ketergantungan yang bervariasi terhadap rokok. Salah satu alat ukur yang dapat mengkatagorikan tingkat ketergantungan rokok adalah "*Fagerstrom Nicotine Dependence Scale*" (Upton & Thirlaway, 2010). Pembagian berdasarkan skala ini adalah sebagai berikut :

1. Ketergantungan rendah
2. Ketergantungan Sedang
3. Ketergantungan tinggi
4. Ketergantungan sangat tinggi

Pembagian ini didasarkan pada jumlah rokok yang dihisap setiap hari dan waktu pertama kali merokok setelah bangun tidur. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 2.2 :

Tabel 2.2
Skala Ketergantungan Nikotin Fagerstrom

Indikator	Parameter	Skor & Katagori
Jumlah rokok yang dihisap setiap hari :	10 batang atau kurang (0)	<i>Jumlah dari dua indikator</i> = 0 – 1 : Ketergantungan rendah 2 : Ketergantungan sedang 3 : Ketergantungan tinggi 4 – 6 : Ketergantungan sangat tinggi
	11 – 20 batang (1)	
	21 – 30 batang (2)	
	Lebih dari 30 batang (3)	
Waktu pertama kali merokok setelah bangun tidur :	Kurang dari 6 menit (3)	4 – 6 : Ketergantungan sangat tinggi
	6 – 30 menit (2)	
	31 – 60 menit (1)	
	Lebih dari 60 menit (0)	

Sumber : Upton dan Thirlaway, (2010), diterjemahkan oleh peneliti

2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Banyak alasan dan faktor yang berkontribusi sehingga individu terjerat dalam perilaku adiktif merokok. Beberapa penelitian telah dilakukan dengan menggunakan berbagai pendekatan, baik melalui pendekatan biologis, psikologis, dan sosio-demografi. Pendekatan- pendekatan tersebut biasanya dikemas dalam sebuah konstruk teori yang dikembangkan para ahli perilaku dan telah diuji dalam berbagai area di masyarakat.

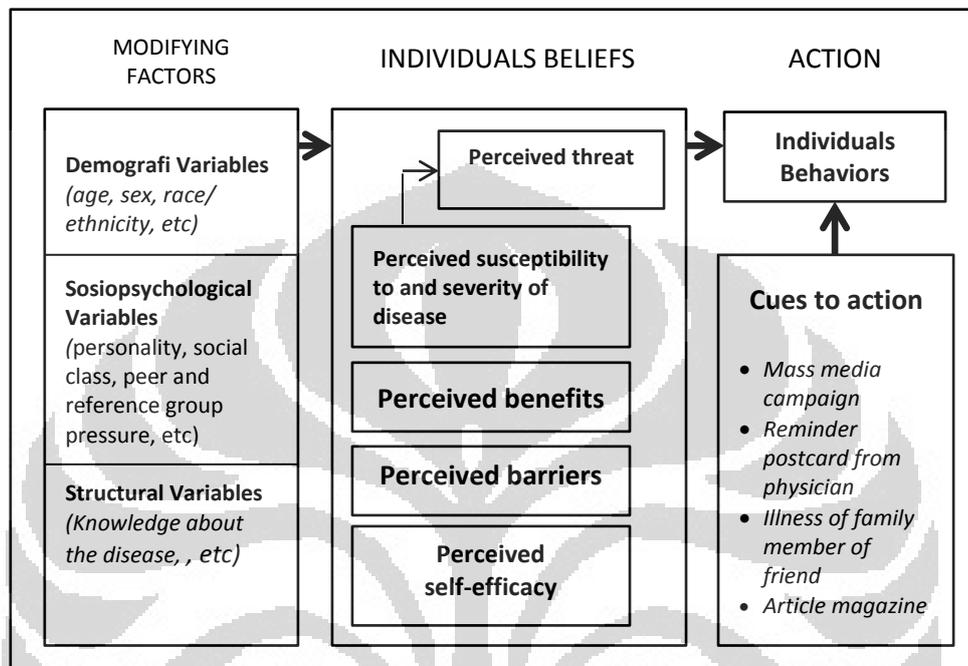
Salah satu model teori yang tepat mengeksplorasi faktor terkait perilaku merokok ini adalah Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model*) / (HBM). Model ini terbentuk dari modifikasi model perilaku sebagai penyempurnaan model terdahulu yang dianggap masih kurang lengkap karena tidak mampu mengidentifikasi kegagalan program pencegahan di negara Amerika Serikat. Model ini banyak digunakan ahli psikologi dan kesehatan masyarakat pada penelitian tentang perilaku kesehatan (Champion & Skinner, 2008).

Model teori HBM dibentuk dari konstruksi teori Lewin yang beraliran *Humanistik* dan teori *Stimulus-Respon* (SR) dari Skinner dan Watson yang beraliran *Behaviorisme*, dimana sesuai dengan ciri aliran humanistik bahwa proses kognitif menjadi kunci individu akan bertindak. Manusia / individu akan bertindak ketika telah melalui proses kognisi dalam otak dalam menilai informasi yang masuk melalui panca indera.

Dalam model teori ini dijelaskan bahwa walaupun paparan stimulus dari lingkungan sekitar begitu kuat, akan tetapi individu lah yang menentukan akan berperilaku seperti apa. Dengan kata lain, lingkungan tidak membuat individu untuk bertindak tapi individu lah yang mempunyai otonomi penuh atas pilihan tindakan yang dilakukannya. Model ini kemudian secara rinci menjelaskan beberapa faktor yang dapat memprediksi individu akan bertindak.

Health Belief Model (HBM) mendeteksi faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan melalui tiga tingkatan yaitu ; (1) faktor pemodifikasi (*modifying factors*); (2) keyakinan individu (*individuals belief*); (3) isyarat untuk

bertindak (*cues to action*). Tiga tingkatan ini merupakan jenjang yang saling berurutan dimana dimulai faktor pemodifikasi yang ada pada individu yang bersangkutan menimbulkan keyakinan pada individu tentang perilaku tertentu lalu kemudian akan menimbulkan suatu perilaku / tindakan.



Gambar 2.1 Health Belief Model Components and Linkages, Sumber : Health Behavior And Health Education; Victoria L. Champion & Celette Sugg Skinner , 2008 (p: 49)

2.3.3.1 Faktor pemodifikasi

Faktor pemodifikasi merupakan faktor *trigger* pertama dalam membentuk perilaku individu. Faktor ini meliputi variabel : (1) demografi seperti : umur, jenis kelamin, etnis/ras; (2) sosio-psikologi seperti : kepribadian, status sosial ekonomi (tingkat pendidikan, penghasilan), *peer reference* (orang tua, saudara, teman sebaya); (3) struktural seperti pengetahuan tentang penyakit.

1. Variabel demografi

Demografis berarti variabel-variabel kependudukan, termasuk distribusi geografis, statistik vital, situasi fisik, dan lain-lain (Chaplin, 2005). Beberapa faktor demografis yang berhubungan dengan perilaku merokok adalah usia, tingkat pendidikan orang tua, dan tingkat sosial ekonomi keluarga.

a. Umur

Umur dalam beberapa penelitian berhubungan dengan perilaku merokok. Lenz (2008) melaporkan penelitiannya terhadap 675 mahasiswa keperawatan, hasilnya didapatkan hubungan antara umur dengan perilaku merokok. Pada beberapa survey juga menggambarkan adanya variasi data perokok pada beberapa kelompok umur. Riskesdas 2007 melaporkan umur perokok dimulai pada umur 10 tahun dan semakin meningkat ketika masa remaja sampai pada puncaknya ketika individu dewasa dan kemudian menurun lagi pada masa lansia. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2004) melaporkan, di Amerika Serikat prevalensi perokok paling tinggi pada masa dewasa dengan umur 18 – 24 tahun sebesar 2,5 % dan turun menjadi 22,7 % pada umur 45 – 64 tahun, dan 9,3 % pada masa lansia.

b. Jenis Kelamin

Perbedaan *gender* mempunyai kecenderungan berperilaku yang berbeda. Laki-laki dianggap cenderung lebih cepat mengadopsi berperilaku kasar dan destruktif, sedangkan perempuan sebaliknya, lebih sabar, hati-hati, tidak mudah terpengaruh. Eksperimen Bandura (1961) terhadap 36 anak laki-laki dan 36 perempuan dalam hal perilaku meniru menunjukkan hasil bahwa anak laki-laki lebih besar kemungkinannya meniru agresi fisik maupun verbal, sedangkan perempuan lebih besar meniru agresi verbal tapi tidak pada perilaku agresi fisik (Jarvis, 2002). Hasil eksperimen ini menjelaskan tetap terjadi perbedaan kecenderungan perilaku antara laki-laki dan perempuan dalam perilaku agresi fisik, tetapi tidak pada agresi non fisik.

Pola perilaku ini juga mempunyai kesamaan terhadap perilaku merokok. Perilaku merokok yang bukan perilaku agresi fisik tidak menimbulkan perbedaan yang berarti antara laki-laki dan perempuan. Penelitian Tyas dan Padersen (1998) menjelaskan bahwa gender tidak berpengaruh terhadap perilaku tersebut.

c. Ras / Etnis

Beberapa penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna diantara ras individu jika dikaitkan dengan perilaku merokok. Tyas dan Padersen (1998)

menjelaskan adanya variasi merokok diantara ras kulit hitam dengan kulit putih. Tingkat merokok pada masyarakat asli Amerika Utara secara konsisten yang tertinggi dari kelompok etnis yang pernah dipelajari. Penelitian ini juga mencatat, bahwa kulit hitam menunjukkan tingkat signifikan inisiasi merokok lebih rendah dibandingkan kulit putih. Alasan untuk perbedaan ini tidak begitu jelas, terutama mengingat banyak variabel terkait dengan merokok, seperti sosial ekonomi rendah, kemiskinan, keluarga disfungsi, dan tingkat pendidikan rendah, cenderung mengelompok di beberapa daerah geografis kulit hitam. Antara orang kulit hitam yang merokok, mekanismenya mungkin berbeda dari orang-orang kulit putih; merokok lebih kearah pemenuhan fungsi sosial bagi remaja putih karena mereka lebih dipengaruhi oleh teman sebaya yang merokok.

Penelitian-penelitian yang dilakukan di Indonesia, khususnya tentang merokok hampir tidak pernah ditemui diikutsertakannya ras dalam variabel demografi. Hal ini dapat dimengerti karena di Indonesia mempunyai variasi sangat sempit dalam hal ras berbeda dengan negara Amerika dan Eropah. Apalagi jika penelitian dilakukan di kota-kota kecil atau daerah, hampir dapat dipastikan tidak ada perbedaan ras pada penduduknya.

2. Variabel Sosio-Psikologi

Faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok yang diidentifikasi oleh HBM pada variabel sosio-psikologi yaitu kepribadian, status sosial ekonomi (pendidikan dan penghasilan orang tua), *peer reference* (orang tua, saudara, teman sebaya). Beberapa penelitian juga mengidentifikasi variabel sosio-psikologi yaitu stres dan harga diri (Tyas & Paderson, 1998; Komalasari & Helmi, 2000; Kassel, Stroud, & Paronis, (2003); Rafeah dkk., 2007; dan Wulandari, 2008).

a. Kepribadian

Kepribadian merupakan topik penting dalam pembahasan psikologi perilaku. Kepribadian dapat diartikan bermacam-macam tergantung aliran psikologi mana yang mendefinisikannya. Honigmann (1953) dalam Gufron dan Risnawita (2011) mengatakan bahwa kepribadian menunjukkan perbuatan-perbuatan (aksi), fikiran, dan perasaan yang khusus bagi seseorang / individu.

Keperawatan memandang manusia sebagai individu unik. Adanya variasi ini menyebabkan kepribadian tiap individu juga unik dan beragam. Setiap orang memiliki perasaan, dapat mengembangkan minatnya dan mempunyai kemampuan untuk berfikir. Akan tetapi, setiap individu berbeda caranya dalam berperasaan, mengembangkan fikiran-fikirannya, dan menentukan perkembangan minat peribadinya (Gufon & Risnawita, 2011).

Secara teoritis, kepribadian yang paling handal sebagai prediktor perilaku merokok adalah kepribadian *extrovert* dan *neuroticism*. Individu dengan kepribadian *extrovert* lebih besar mengambil risiko merokok, lebih impulsif, lebih rentan terhadap perceraian dan perubahan pekerjaan, lebih tertarik pada seks, minum kopi, dan alkohol. Penelitian telah dilakukan tentang bagaimana kepribadian *extrovert* mempunyai kemungkinan lebih besar untuk memulai atau mempertahankan perilaku merokok dan bagaimana kepribadian *introvert* lebih dapat menahan agar individu tetap tidak merokok. Alasan pernyataan ini karena tekanan teman sebaya dan orang tua merupakan pengaruh yang kuat pada perekrutan perilaku merokok pada individu. Kepribadian *extrovert* juga diketahui lebih rentan terhadap pengaruh sosial.

Menurut Mc. Crae dan Costa (2001) dalam Gufon dan Risnawita (2011) tipe kepribadian *extrovert* merupakan dimensi yang menyangkut perilaku individu khususnya yang menyangkut kemampuan dalam menjalin hubungan dengan dunia luarnya. Ciri sikap yang ditampilkan kepribadian ini adalah hangat, ramah, penuh kasih sayang, serta selalu menunjukkan keakraban. Mereka mempunyai tingkat ketertarikan yang tinggi dalam bergaul dan untuk bergabung dalam kelompok-kelompok sosial. Kepribadian ini juga selalu cepat dan tegas dalam mengambil keputusan. Individu dengan kepribadian *extrovert* selalu dipengaruhi oleh dunia luar. Orientasinya selalu tertuju keluar dari fikiran dan perasaan dan tindakannya terutama ditentukan oleh lingkungan, baik lingkungan sosial maupun non-sosial. Sikapnya selalu positif terhadap masyarakat, hatinya terbuka, mudah bergaul, dan hubungannya selalu lancar. Bahaya bagi tipe kepribadian ini adalah jika ikatan

pada dunia luar begitu kuat maka ia akan tenggelam dalam dunia obyektif, kehilangan dirinya atau asing terhadap dunia subyektifnya sendiri.

Kepribadian *neuroticism* disebut juga dengan istilah *negative emotionality*. Tipe kepribadian ini kontradiktif dari hal yang menyangkut kestabilan emosi dan identik dari segala bentuk emosi negatif seperti munculnya perasaan cemas, sedih, tegang, dan gugup. Individu dengan kepribadian *neuroticism reactive* akan menunjukkan sikap yang terlalu khawatir dan sulit sekali bersikap tenang terutama ketika dihadapkan pada stimulus yang dipandang sangat mengkhawatirkan. Individu *reactive* akan menunjukkan perilaku yang mudah marah, putus asa dan pemalu. Ketika individu memiliki dorongan terhadap suatu keinginan, mereka lebih mudah tergoda sehingga sulit sekali mengendalikan suatu keinginan (Gufon & Risnawita, 2011).

Penelitian yang dilakukan Von Ah et al., (2005) terhadap 161 mahasiswa perguruan tinggi dalam menganalisa hubungan kepribadian dengan perilaku merokok memberikan hasil yang berbeda. Hasil penelitian tersebut menyebutkan tidak ada hubungan antara kepribadian *extrovert* dan *neuroticism* dengan perilaku merokok.

b. Harga Diri

Harga diri merupakan aspek penting dalam kepribadian (Gufon & Risnawita, 2011). Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa banyak kesesuaian tingkah laku terhadap ideal dirinya (Stuart, 2007). Harga diri merupakan evaluasi seseorang terhadap dirinya sendiri secara positif atau negatif (Ghufon, 2010). Harga diri adalah salah satu yang sangat menentukan perilaku individu. Individu senantiasa akan berusaha untuk berperilaku sesuai dengan standar yang ditetapkan dirinya atau ideal diri. Keberhasilan individu mencapai perilaku sesuai dengan standar tersebut, maka individu akan menilai dirinya tinggi atau mempunyai harga diri tinggi, begitu juga sebaliknya. Terpenuhinya harga diri akan menimbulkan sikap yang positif bagi dirinya. Individu akan semakin percaya diri dan optimis dalam beraktivitas sehari-hari.

Harga diri sangat mengancam ketika masa pubertas karena pada saat itu harga diri mengalami perubahan. Remaja akhir dituntut untuk menentukan pilihan, posisi peran, dan memutuskan apakah ia mampu meraih sukses dari satu bidang tertentu, apakah ia dapat berpartisipasi atau diterima di berbagai aktivitas sosial (Suliswati, 2010).

Mahasiswa yang berada dalam kelompok sebaya yang berperilaku merokok selalu ingin diakui dan dihormati keberadaannya dalam kelompok tersebut. Ia akan melakukan sesuatu yang membuat bangga kelompok tersebut meskipun perbuatannya bertentangan dengan nilai dan norma masyarakat. Ketika individu / mahasiswa tersebut berada dalam kelompok maka yang berlaku adalah nilai dan norma kelompok. Kelompok perokok tentu mempunyai nilai bahwa merokok merupakan hal yang biasa atau bahkan suatu keharusan. Ketika individu berperilaku merokok ia akan dihargai sehingga harga dirinya menjadi tinggi. Hitchcock, Schubert, dan Thomas, (1999) menyatakan perilaku merokok pada mahasiswa dapat terjadi akibat tekanan dalam rangka memenuhi masalah yang berkaitan dengan harga diri dan gambaran diri. Jadi, dalam rangka memenuhi kebutuhan harga diri, mahasiswa dapat berperilaku merokok.

Branden (1987) dalam Gufron (2010) mengemukakan ciri-ciri orang yang mempunyai harga diri tinggi yaitu : (1) mampu menanggulangi kesengsaraan dan kemalangan hidup, lebih tabah dan ulet, lebih mampu melawan suatu kekalahan, kegagalan, dan kepetusasaan; (2) cenderung lebih berambisi; (3) memiliki kemungkinan untuk lebih kreatif dalam pekerjaan dan sebagai sarana untuk lebih berhasil; (4) memiliki kemungkinan lebih dalam dan besar dalam membina hubungan interpersonal dan tampak lebih gembira dalam menghadapi realitas. Harga diri tinggi juga mempunyai ciri-ciri diantaranya mampu menghargai dan menghormati dirinya sendiri, cenderung tidak menjadi perfect, mengenali keterbatasannya, dan berharap untuk berkembang. Sebaliknya, ciri individu dengan harga diri rendah cenderung menolak dirinya dan cenderung tidak puas (Gufron, 2010).

c. Stres

Suliswati (2005) menjelaskan beberapa definisi stres yaitu suatu kondisi dinamik manakala seseorang dikonfrontasikan dengan suatu peluang, kendala, dan tuntutan yang dikaitkan dengan apa yang sangat diinginkannya dan hasilnya sebagai sesuatu yang tidak pasti dan penting. Stres juga dapat diartikan suatu kondisi yang disebabkan oleh transaksi antara individu dengan lingkungan yang menimbulkan persepsi jarak antara tuntutan yang berasal dari situasi dan sumber daya sistem biologis, psikologis, dan sosial dari seseorang.

Secara lebih sederhana stres dapat diartikan sebagai respon tubuh yang sifatnya non-spesifik terhadap satu tuntutan beban atau stres juga dapat diartikan gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan (Hawari, 2001). Misalnya bagaimana respon tubuh seseorang manakala yang bersangkutan mengalami beban pekerjaan yang berlebihan. Bila ia sanggup mengatasinya maka tidak terjadi gangguan fungsi organ, sebaliknya maka akan terjadi gangguan fungsi organ dan orang tersebut dapat dikatakan mengalami stres.

Stres dapat terjadi pada mahasiswa ketika ia harus meninggalkan rumah untuk melanjutkan studi di tempat lain (Santrock, 2011). Pada saat itu terjadi beberapa perubahan pola yang mengharuskan mahasiswa untuk beradaptasi dengan keadaan yang baru. Perpindahan tempat dan aktivitas baru menimbulkan perubahan tugas dan peran menjadi lebih mandiri. Perubahan tugas dan peran ini menjadi sulit ketika pola asuh yang dulu diterapkan sangat tergantung dengan support keluarga, mahasiswa jadi kurang mandiri. Di saat bersamaan, mahasiswa dituntut untuk melakukan tugas dan peran secara mandiri sehingga timbul stres. Koping yang negatif dalam menghadapi stres membuat mahasiswa melakukan aktivitas negatif, diantaranya merokok.

Banyak didapatkan persepsi yang salah terhadap rokok sehingga menimbulkan sikap yang salah pada mahasiswa. Merokok dianggap dapat memudahkan berkonsentrasi, memperoleh pengalaman yang menyenangkan, relaksasi, dan mengurangi ketegangan atau stres (Aritonang dalam Komalasari & Helmi, 2000).

Sikap ini kemudian menjadi sesuatu yang permanen sehingga mahasiswa cenderung untuk mencoba perilaku merokok. Penelitian terhadap 250 mahasiswa didapatkan 80 orang adalah perokok, 51 % dari jumlah perokok menyatakan alasan merokok karena ingin mengurangi stres (Volkom, 2008). Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa merokok merupakan koping untuk mengurangi ketegangan dan stres.

d. Tingkat pendidikan orang tua

Tingkat pendidikan orang tua berhubungan dengan perilaku merokok (Rafeah, dkk, 2007). Pendidikan orang tua sering dihubungkan dengan kemampuan orang tua dalam menerapkan pola asuh dan memberikan pengertian tentang sesuatu hal pada anaknya. Secara spesifik dijelaskan bahwa anak-anak dari ayah yang mengenyam pendidikan lebih tinggi lebih kecil kemungkinannya untuk merokok dibanding anak-anak dari ayah yang hanya mengenyam pendidikan dasar. Ini berarti bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seorang ayah, semakin jarang anak mereka yang menjadi perokok.

Pada dasarnya, semakin tinggi tingkat pendidikan individu, maka semakin baik pola pikirnya. Pola pikir ini sangat menentukan seberapa jauh individu menganalisa setiap situasi yang dihadapi sehari-hari.

e. Penghasilan orang tua

Penghasilan orang tua, jika dihubungkan dengan perilaku merokok pada beberapa penelitian memberikan informasi yang menarik. Rasionalisasi yang mengatakan bahwa jumlah uang yang banyak lebih memungkinkan individu membeli rokok dengan leluasa tidak terjadi. TCSC-IAKMI (2008) menyampaikan laporannya, perokok lebih banyak pada keluarga dengan penghasilan rendah dan menengah dibandingkan dengan penghasilan tinggi.

Gorin dan Schnoll (2006) menyatakan status ekonomi keluarga berhubungan dengan perilaku merokok. Kelompok negara berpenghasilan tinggi, hubungan status ekonomi keluarga dengan perilaku merokok berbeda dengan negara berpenghasilan rendah. Pola hubungan status ekonomi keluarga dengan perilaku merokok pada negara berpenghasilan tinggi yaitu semakin tinggi status ekonomi

keluarga semakin tinggi angka prevalensi merokok. Akan tetapi pada saat ini jumlah perokok pada golongan penghasil tinggi sudah menurun drastis. Sedangkan pada negara berpenghasilan rendah jumlah perokok lebih banyak pada kelompok keluarga dengan penghasilan rendah. Akibatnya keadaan ekonomi keluarga akan semakin memburuk.

f. Pengaruh orang tua dan saudara

Keluarga merupakan lingkungan yang sangat berpengaruh bagi perkembangan individu. Selain sebagai tempat tinggal yang waktunya relatif panjang, lingkungan ini juga bertanggung-jawab pada transformasi nilai dan norma pada individu sebagai anak. Orang tua yang merupakan pemimpin dalam lingkungan keluarga mempunyai andil besar dalam proses transformasi tersebut. Orang tua sebagai penerus nilai dari keluarga terdahulu, ia juga sebagai bagi pelaksanaan nilai tersebut. Seperti inilah pola transformasi nilai menyebar ke anggota keluarga yang lain secara turun temurun.

Menurut teori terbentuknya perilaku, perilaku dapat ditularkan melalui perilaku *modelling*. Orang tua dan saudara adalah model bagi anggota keluarga lainnya. Semakin sering orang tua dan saudara berperilaku merokok di lingkungan keluarga maka intensitas paparan juga akan semakin kuat menerpa anggota keluarga yang tidak merokok. Hal ini akan lebih berat jika sikap permisif orang tua tidak mengatur perilaku merokok pada anak-anaknya.

Volkom (2008) melaporkan dalam penelitian terhadap mahasiswa perguruan tinggi, terdapat hubungan yang signifikan antara orang tua, saudara kandung, dan teman sebaya terhadap perilaku merokok. Dilaporkan sebesar 17 % ibu mahasiswa yang merokok adalah perokok, 24 % ayah mereka juga perokok, dan 10 % saudara laki-laki dan perempuan perokok. Lebih lanjut penelitian ini menyimpulkan bahwa perilaku merokok orang lain di sekitar merupakan prediksi perilaku merokok bagi individu lainnya. Ini berarti lingkungan keluarga yang memperlihatkan perilaku merokok merupakan stimulus bagi mahasiswa untuk merokok.

g. Pengaruh teman sebaya

Papalia, Olds, dan Fieldman (2010) menjelaskan arti pertemanan jika dipandang dari sudut psikososial pada dewasa awal memiliki kedekatan yang lebih dibandingkan pada tahap remaja. Sering pertemanan berlanjut sampai mereka sama-sama bekerja dan akhirnya sampai tua. Sebagian besar mereka memiliki ketertarikan sama dan melakukan aktivitas tunggal bersama. Seorang dewasa awal yang masih melajang amat tergantung kepada pertemanan untuk memenuhi kebutuhan sosial mereka dibandingkan individu dewasa awal yang telah menikah. Ini berarti menambah kesimpulan bahwa keeratn hubungan pertemanan pada masa ini memang sangat tinggi. Eratnya hubungan ini memungkinkan transformasi nilai diantara kedua belah pihak. Hal-hal yang sebelumnya dianggap tabu bisa jadi akan menjadi hobby atau kesenangan, misalnya perilaku merokok.

Sebuah penelitian di Amerika Serikat melaporkan bahwa 65 % dari jumlah perokok mempunyai teman sebaya merokok, sebesar 42 % merupakan teman dekat / sahabat. Wulandari (2008) menyatakan bahwa pada masa dewasa awal faktor teman sebaya masih menjadi faktor yang signifikan berhubungan dengan perilaku merokok.

3. Variabel struktural

a. Pengetahuan tentang bahaya rokok

Mahasiswa sebagai kelompok transisi remaja akhir menuju dewasa awal mengalami banyak perubahan. Perubahan tersebut meliputi pola aktivitas sehari-hari termasuk pola makan dan istirahat, dan pola berfikir / rasionalisasi (Papalia, Olds, & Fieldman, 2010).

Konsep HBM menjelaskan bahwa pengetahuan tentang penyakit merupakan salah satu faktor pemodifikasi terbentuknya keyakinan individu terhadap perilaku sehat (Friedman, 2003). Pengetahuan merupakan *trigger* bagi terbentuknya sikap dan kemudian akan menimbulkan kecenderungan terjadi perilaku merokok. Beberapa penelitian telah melaporkan adanya hubungan antara pengetahuan terhadap perilaku merokok seperti yang dilaporkan pada penelitian Tyas dan Pederson

(1998), Sen dan Basu (2000), dan Rafeah dkk (2008) yang menyatakan adanya hubungan pengetahuan dengan perilaku merokok.

Sumarna (2009) melaporkan terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan, dengan perilaku merokok pada mahasiswa ekstensi Fakultas Ilmu Sosial Politik (Fisip) Universitas Indonesia. Beberapa laporan penelitian tersebut semakin menguatkan asumsi bahwa terdapat hubungan yang erat antara pengetahuan dengan perilaku merokok.

2.3.4.2 Keyakinan individu

Keyakinan individu erat kaitannya dengan sikap individu terhadap perilaku merokok. Sikap ini timbul akibat adanya *trigger* dari faktor pemodifikasi. Semakin kuat pengaruh faktor pemodifikasi maka semakin kuat sikap akan terbentuk pada individu terhadap perilaku merokok. Beberapa penelitian melaporkan adanya hubungan signifikan antara sikap terhadap perilaku merokok (Tyas & Pederson, 1998 ; Marchildon, 2005 ; Bonas, 2007 ; Wulandari 2008).

Sikap adalah sebuah hasil atau kesimpulan dari sebuah proses kognitif. Sikap individu sering dikatakan akan berkembang mengiringi kematangan kognitif. Sebagian besar proses pematangan sikap melalui analisis kognitif dari pengalaman masa lalu (Papalia, Olds, & Fieldman, 2010). Azwar (2003) menyimpulkan sikap dari beberapa ahli psikologi yaitu suatu bentuk evaluasi atau reaksi dari perasaan. Ini berarti bahwa timbulnya sikap melalui tahap evaluasi dengan menggunakan proses kognitif individu. Sikap seseorang terhadap sesuatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek.

Sikap mempengaruhi perilaku melalui suatu proses pengambilan keputusan yang beralasan dan teliti, dan dampaknya terbatas hanya pada tiga hal yaitu (1) perilaku tidak banyak ditentukan oleh sikap umum tetapi oleh sikap khusus terhadap sesuatu; (2) perilaku dipengaruhi tidak hanya oleh sikap tetapi juga oleh norma-norma subyektif (*subjective norms*) yaitu keyakinan individu mengenai apa yang orang lain inginkan agar diperbuat individu; (3) sikap terhadap suatu perilaku bersama-sama norma subyektif membentuk suatu niat atau intensi untuk

berperilaku tertentu (Azwar, 2003). Hasil penelitian Pattinasarany (2004) terhadap 103 siswa SMU dan SMK di kota Masohi Maluku Tengah melaporkan adanya hubungan yang signifikan antara sikap dengan perilaku merokok (<http://puspasca.ugm.ac.id>).

Dalam teori HBM, sikap merupakan bagian dari faktor keyakinan individu (Champion & Skinner, 2008). Sikap merupakan manifestasi dari beberapa variabel kunci terjadinya tindakan / perilaku. Variabel kunci tersebut yaitu :

1. Persepsi kerentanan terjadinya penyakit (*perceived susceptibility*).

Kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) dapat diartikan bahwa individu akan bertindak jika ia memandang bahwa dirinya rentan terkena penyakit tertentu. Dengan kata lain bahwa suatu tindakan pengobatan atau pencegahan akan terjadi apabila individu dan keluarganya merasakan sangat berisiko atau rentan terhadap suatu penyakit.

Dalam variabel ini mahasiswa akan menilai berdasarkan persepsinya, apakah perilaku merokok dapat mengakibatkan orang menjadi rentan / mudah terkena penyakit. Apabila persepsi mahasiswa berkeyakinan bahwa kesehatan orang yang merokok sama saja atau tidak lebih buruk dari tidak merokok berarti perilaku merokok bukan sebuah perilaku yang rentan menyebabkan penyakit.

2. Keseriusan penyakit yang dirasakan (*perceived seriousness / severity*).

Tindakan individu untuk mencari pengobatan atau pencegahan dari suatu penyakit didorong persepsi keseriusan penyakit tersebut oleh individu. Semakin besar persepsi keseriusan suatu penyakit atau perilaku yang dapat menimbulkan penyakit maka semakin besar individu akan melakukan tindakan pencegahan dan pengobatan.

Dalam variabel ini mahasiswa akan berusaha mengidentifikasi dan merasakan, apakah perilaku merokok merupakan perilaku yang serius yang dapat menyebabkan penyakit / kerugian yang serius pula. Jika merokok dalam keseharian dilihatnya perilaku merokok tidak menimbulkan gejala penyakit yang serius atau kerugian yang serius, bahkan merokok menimbulkan perasaan positif

seperti menghilangkan stres dan meningkatkan harga diri, maka perilaku merokok bukan perilaku yang serius atau membahayakan.

3. Ancaman yang dirasakan (*perceived threat*).

Individu yang merasa berisiko dan rentan terkena penyakit ditambah bahwa penyakit yang akan mengenai individu tersebut merupakan penyakit yang berat dan serius, maka timbullah perasaan terancam bagi individu. Perasaan / persepsi ancaman timbul dari gabungan *perceived susceptibility* dan *perceived seriousness*.

Persepsi ancaman akan dirasakan jika individu merasakan bahwa perilaku merokok menjadi sebuah perilaku yang dapat menimbulkan penyakit dengan mudah dan cepat, dan dianggap sebagai perilaku yang serius menyebabkan penyakit / kerugian serius. Jika mahasiswa menganggap perilaku merokok tidak menimbulkan penurunan kesehatan, tidak menyebabkan penyakit yang serius, atau perokok bahkan dapat menyebabkan hal yang positif, maka persepsi tentang kerentanan dan keseriusan tidak dirasakan sehingga perilaku merokok dianggap bukan merupakan ancaman bagi mahasiswa. Keyakinan seperti ini pada kelanjutannya menimbulkan sikap yang cenderung tidak menghindari rokok.

4. Keuntungan dan hambatan melakukan tindakan (*perceived benefits and barriers*)

Tindakan individu juga dipengaruhi oleh pertimbangan antara manfaat dan hambatan ketika melakukan tindakan tertentu. Tindakan yang akan diambil sebagai manifestasi dari persepsi ancaman penyakit yang akan terjadi pada diri individu tergantung pada manfaat yang dirasakan dan hambatan yang akan terjadi pada saat tindakan dilakukan. Selisih dari dua faktor ini akan menentukan apakah tindakan tersebut akan dilakukan atau tidak dilakukan. Apabila dirasakan manfaat lebih besar dari hambatan yang akan dirasakan (biasanya berbentuk biaya bertindak atau pengeluaran uang ketika melaksanakan tindakan) maka kecenderungan bertindak / berperilaku akan menjadi kenyataan, begitu juga sebaliknya.

Mahasiswa akan menilai tindakan, apakah merokok atau tidak merokok sesuai dengan level rasionalisasi mereka. Penilaian akan keuntungan / manfaat tindakan

merokok akan menjadi konsentrasi. Pertanyaan tentang bagaimana cara melakukan tindakan merokok, akses terhadap informasi, dan respon masyarakat yang akan membantu perilaku tersebut, keuntungan jika melakukan tindakan menjadi salah satu topik pemikiran dalam menilai manfaat tindakan. Pada saat yang bersamaan, mahasiswa juga menilai dan memikirkan tentang hambatan merokok seperti respon negatif dari orang tua, teman, dan lingkungan sekitar; penyediaan uang tambahan untuk membeli rokok, dan sebagainya. Jika manfaat / keuntungan dinilai lebih besar dari hambatan, maka timbul kecenderungan untuk melakukan tindakan menghindari merokok, begitu sebaliknya.

5. Efikasi diri / keyakinan dapat melakukan tindakan (*self-efficacy*)

Self efficacy atau efikasi diri adalah keyakinan diri mampu melakukan suatu tindakan. Efikasi diri merupakan prediktor paling baik terbentuknya sebuah perilaku. Semakin besar efikasi diri maka semakin besar kemungkinan individu melakukan sebuah tindakan. Efikasi diri berasal dari teori belajar sosial (*social learning theory*) atau disebut juga teori kognitif sosial (*social cognitive theory*) yang dikembangkan oleh Bandura tahun 1986. Efikasi diri bukan variabel asli dari HBM tetapi sejak tahun 1988 para ahli psikologi AS memasukkan efikasi diri dalam salah satu variabel penentu tindakan dalam model HBM.

Efikasi diri merupakan cerminan keyakinan dapat melakukan tindakan. Semakin besar efikasi diri, semakin besar kemungkinan tindakan akan dilakukan. Mahasiswa yang mempunyai keyakinan diri yang tinggi akan berperilaku merokok tentu kemungkinan besar diprediksi akan berperilaku merokok. Efikasi diri ini terbentuk juga melalui proses belajar berdasarkan pengalaman masa lalu. Respon masyarakat terhadap perokok merupakan salah satu masukan penting bagi pembentukan efikasi diri individu / mahasiswa. Von Ah et al., (2005) mengidentifikasi adanya hubungan yang signifikan antara efikasi diri untuk merokok dengan perilaku merokok.

2.3.4.3 Isyarat untuk bertindak (*cues to action*)

Variabel ini merupakan variabel dimana individu akan bertindak / berperilaku. Tahap ini terjadi setelah melewati tahap faktor pemodifikasi dan keyakinan

individu. Pada tahap ini individu memerlukan konfirmasi dari tindakan yang dipilih kepada pihak lain / lingkungan eksternal yang dianggap individu mempunyai kapabilitas menilai tindakan. Pihak luar tersebut dapat juga berperan sebagai penguat (*reinforcement*). Contoh lingkungan eksternal yaitu : kampanye / iklan media cetak dan elektronik mengenai rokok menjadi salah satu referensi berperilaku merokok.

1. Iklan Media Massa

Banyak penelitian yang menyebutkan bahwa iklan rokok berkontribusi bagi pembentukan perilaku merokok. Sen dan Basu (2000 ; Bonas 2007) melaporkan adanya hubungan yang signifikan antara iklan rokok dengan perilaku merokok.

Iklan sering disebut sebagai suatu informasi dari suatu produk. Sedangkan produk dapat berbentuk barang atau layanan. Iklan juga dapat dikatakan suatu bentuk metode promosi produk sehingga membuat konsumen tertarik karena menjadi tujuan mengapa iklan itu dibuat. Semakin banyak orang tertarik maka semakin baik iklan itu sendiri, dengan kata lain iklan yang baik harus menjadi perhatian bagi orang lain. Ketertarikan individu terhadap sesuatu obyek pasti diawali dengan adanya perhatian (*attention*) pada obyek tertentu (Rakhmat, 2007). Perhatian adalah suatu proses mental ketika stimulus atau serangkaian stimulus menjadi menonjol dalam kesadaran pada saat stimulus lainnya melemah. Iklan rokok di televisi dengan model idola dan durasi yang panjang menjadikan suatu stimulus agar lebih menonjol dari iklan lainnya sehingga perhatian individu akan menuju ke iklan tersebut.

Iklan rokok di berbagai tempat dan media massa yang saat ini makin merajalela sangat menarik bagi para remaja (Widiyarso, 2008). Menurut López dkk (2004), beberapa penelitian telah menghasilkan temuan adanya hubungan yang cukup signifikan antara keterpaparan terhadap iklan rokok dengan perilaku merokok. Melihat iklan di media massa dan elektronik yang menampilkan gambaran bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau *glamour*, membuat individu seringkali terpicu untuk mengikuti perilaku seperti yang ada dalam iklan tersebut. Iklan rokok terbukti dapat menghambat usaha orang tua melarang anak-anak mereka

untuk tidak merokok dan mempengaruhi perilaku anak-anak muda untuk tetap merokok meskipun orang tua mereka melarangnya.

2. Merokok pada Keluarga dan Teman

Dampak kesakitan yang disebabkan oleh perilaku merokok pada keluarga dan teman dapat menjadi *trigger* individu untuk berperilaku tidak merokok. Misalnya, ayahnya yang diketahui sebagai perokok tiba-tiba terkena serangan jantung koroner sehingga menyebabkan dirawat di ruang ICU rumah sakit, padahal individu tersebut telah mengetahui bahwa penyakit jantung tersebut dapat disebabkan oleh perilaku merokok. Jika individu berada dalam situasi ini dan ia kemudian berhenti merokok atau tidak jadi mencoba untuk merokok, maka kejadian ini merupakan isyarat bagi individu untuk bertindak yaitu tindakan menghindari merokok.

3. Nasehat dari Tenaga Kesehatan

Individu / mahasiswa mungkin sering mendapatkan penyuluhan tentang bahaya rokok oleh petugas kesehatan atau melalui mata ajar tertentu saat kuliah. Pada program konseling yang dijalankan oleh sekolah / kampus mahasiswa dianjurkan untuk berhenti merokok bagi yang merokok atau tidak mencoba merokok bagi mahasiswa yang berisiko merokok. Pada tahap ini mahasiswa biasanya masih mengabaikan pesan tersebut dan tetap merokok. Nampaknya, program tersebut masih belum mampu untuk mengubah perilaku mahasiswa. Akan tetapi jika program tersebut dilakukan secara berkala dan terstruktur, maka kemungkinan perubahan perilaku dapat terjadi.

Di negara-negara maju, banyak terdapat program “peringat” dari tenaga kesehatan sebagai tindak lanjut hasil konseling terhadap individu. Individu sering mendapatkan kiriman kartu pos dari tenaga kesehatan sebagai “*reminder*” terhadap hasil kesepakatan konseling. Kegiatan ini dimaksudkan untuk meningkatkan efek pesan yang disampaikan pada saat konseling. Prinsipnya adalah semakin individu dipaparkan pada sesuatu memungkinkan dapat meningkatkan ketertarikan sehingga menimbulkan perhatian yang lebih besar. Rakhmat (2007) menjelaskan, untuk menarik perhatian seorang individu dapat

diberikan pesan / informasi berulang. Informasi berulang dari petugas kesehatan yaitu seseorang yang dianggap berkompeten di bidang kesehatan dianggap sebuah *trigger* untuk bertindak sesuai pesan yang diharapkan oleh petugas kesehatan tersebut.

2.4 Strategi Intervensi Masalah Perilaku Merokok

2.4.1 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah komponen program kesehatan yang terdiri atas upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat yang merupakan perubahan cara berfikir, bersikap, dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit, dan promosi hidup sehat (Suliha, dkk, 2001). Pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktik kesehatan yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu sehingga dapat menjaga dirinya menjadi lebih sehat dengan menghindari kebiasaan buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan (*Committee President of Health Education*, 1977, dalam Suliha, dkk, 2001).

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tidak dapat diberikan kepada seseorang oleh orang lain, bukan seperangkat prosedur yang harus dilaksanakan atau suatu produk yang harus dicapai, tetapi sesungguhnya merupakan suatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang didalamnya seseorang menerima atau menolak informasi, sikap maupun praktek baru yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat (Notoatmodjo, 2010).

Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yaitu suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya dan tidak hanya mengkaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Notoatmodjo, 2007). Essensi promosi

kesehatan adalah upaya untuk membuat daya sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan sendiri. Untuk itu perlu dilakukan upaya untuk merubah, menumbuh atau mengembangkan perilaku positif, hal ini merupakan bidang garapan utama pendidikan kesehatan (Depkes, 2007).

Tujuan pendidikan kesehatan ialah untuk mengubah perilaku masyarakat yang tidak sehat menjadi sehat. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan anggapan:

1. Bahwa manusia selalu dapat belajar atau berubah, karena manusia selama hidupnya selalu berubah untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan.
2. Bahwa perubahan dapat diinduksikan.

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan di berbagai level pencegahan dalam penanggulangan perilaku merokok. Pada level pencegahan primer, pendidikan kesehatan dapat berbentuk penyuluhan kesehatan atau KIE (komunikasi informasi dan edukasi) baik secara langsung maupun tidak langsung tentang perilaku hidup bersih dan sehat (*health promotion*) dan bahaya rokok dan dampaknya terhadap lingkungan, keluarga, dan individu (*specific protection*). Kegiatan ini dapat dikemas dalam bentuk program penyuluhan terstruktur di sekolah / akademi ditujukan pada populasi mahasiswa yang belum berperilaku merokok. Pada level pencegahan sekunder, pendidikan kesehatan dapat berbentuk demonstrasi teknik komunikasi asertif untuk menolak ajakan merokok yang ditujukan pada populasi mahasiswa yang teridentifikasi mulai mencoba merokok. Pendidikan kesehatan pada level pencegahan tersier dapat dilakukan secara kelompok atau perorangan. Secara kelompok dapat berbentuk KIE pada kelompok perokok yang menjalani masa rehabilitasi dan pada perorangan dapat berbentuk konseling.

Peran perawat komunitas sebagai *educator* memberikan kontribusi penting bagi pelaksanaan pendidikan kesehatan di berbagai area pencegahan. Dua alasan pentingnya peran pendidik dalam mempromosikan kesehatan kelompok mahasiswa. Pertama, mahasiswa dalam keadaan sehat sehingga dapat menyerap dan bertindak atas informasi kesehatan. Dengan demikian, peran pendidik memiliki potensi lebih besar bagi pembentukan sikap penerimaan terhadap

kesehatan dan memberikan hasil lebih tinggi. Kedua, peran pendidik dalam keperawatan komunitas penting karena audiens yang lebih luas dapat dicapai. Dengan penekanan pada populasi dan agregat, upaya pendidikan kesehatan masyarakat secara tepat sasaran dapat mencapai banyak orang (Allender, Rector, & Warner, (2010).

2.4.2 Proses Kelompok

Proses kelompok adalah suatu bentuk intervensi keperawatan komunitas yang dilakukan bersamaan dengan masyarakat melalui pembentukan *peer* atau sosial support berdasar kondisi dan kebutuhan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2004; Hitchcock, Schuber & Thomas, 1999). Perawat komunitas dapat membentuk kelompok baru atau bekerja sama dengan kelompok yang telah ada. Proses kelompok ini ditempuh dengan membentuk kelompok yang memiliki permasalahan dan kepedulian yang sama terhadap suatu permasalahan, misalnya masalah perilaku merokok. Kelompok ini dibentuk dengan harapan adanya kelompok dari-oleh-untuk masyarakat yang memperhatikan masalah kesehatan di wilayahnya sehingga dapat secara mandiri mengatasi masalah yang muncul pada populasi tersebut.

Strategi intervensi dengan proses kelompok dapat memberikan pengaruh yang positif meliputi ; (1) membangun harapan ketika anggota kelompok menyadari bahwa ada orang lain yang telah menghadapi atau berhasil menyelesaikan masalah yang sama; (2) universalitas, dengan menyadari bahwa dirinya tidak sendiri menghadapi masalah yang sama; (3) berbagi informasi; (4) *altruisme* dan saling membantu; (5) koreksi berantai atau berurutan, hubungan yang paralel terjadi dalam kelompok dan dalam keluarga; 6) pengembangan tekhnik sosialisasi; (7) perilaku imitatif dari pemimpin kelompok; (8) *chatarisis*, ketika anggota belajar untuk mengekspresikan perasaan secara tepat; (9) faktor eksistensial ketika anggota kelompok menyadari bahwa hidup kadang tidak adil dan setiap orang harus bertanggung jawab terhadap cara hidup yang telah ditempuh (Yalom, 1983 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Proses kelompok ini juga dapat dilakukan oleh perawat komunitas dengan membangun jejaring sosial dalam membangun kelompok penanggulangan masalah kesehatan, khususnya masalah kesehatan yang berhubungan dengan timbulnya penyakit tidak menular seperti organisasi penyakit kanker, penyakit jantung dan pembuluh darah, paru-paru, diabetes. Perawat komunitas dapat menciptakan jejaring, negosiasi, *lobbying*, dan mendapatkan informasi untuk meningkatkan kesehatan (Nies & McEwen, 2001).

Pembentukan kelompok sebaya (*peer group*) masalah rokok merupakan salah satu bentuk dari proses kelompok. Proses kelompok sebaya ini dapat bersifat pencegahan primer, sekunder dan tersier tergantung tujuan dibentuknya kelompok sebaya tersebut. Individu dalam kelompok sebaya yang tidak merokok termasuk dalam level pencegahan primer, dapat diberikan materi tentang pencegahan merokok dalam kelompok. Individu dalam kelompok sebaya yang merokok dapat diberikan materi teknik berhenti merokok (pencegahan sekunder), sedangkan individu dalam kelompok sebaya untuk mencegah kekambuhan merupakan bentuk proses kelompok dengan level pencegahan tersier.

Peran perawat dalam proses pembentukan kelompok sebaya dapat sebagai manajer. Peran perawat sebagai manajer pada proses terbentuknya kelompok sampai pengelolaan kelompok memastikan agar proses kelompok tetap berjalan dengan aktif. Peran perawat komunitas selanjutnya adalah melakukan fungsi manajemen dalam mengelola kelompok sehingga semuanya berjalan sinergis dan saling mendukung.

Perawat kesehatan masyarakat/komunitas dalam menjalankan peran pengelolaan kelompok bekerja sama dengan berbagai jejaring komunikasi untuk mengatasi perilaku merokok di masyarakat, khususnya di kampus-kampus. Sebagai seorang manajer, perawat bertanggung jawab mulai dari perencanaan dan pengorganisasian untuk memenuhi kebutuhan kelompok, memimpin dan mengarahkan kelompok serta mengendalikan dan mengevaluasi kemajuan kelompok untuk memastikan bahwa tujuan kelompok tercapai (Potter & Perry, 2005).

2.4.3 Partnership

Partnership adalah intervensi keperawatan komunitas dalam bentuk kerjasama dengan pihak terkait untuk membina, mengawasi, dan mencegah permasalahan kesehatan (Ervin, 2002). Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2011) menyebutkan kemitraan merupakan kerjasama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, organisasi-organisasi untuk mencapai derajat kesehatan yang tinggi melalui program kesehatan. *Partnership* atau kemitraan adalah suatu bentuk kerjasama aktif antara perawat komunitas, masyarakat, maupun lintas sektor dan program. Bentuk kegiatannya adalah kolaborasi, negosiasi dan *sharing* dilakukan untuk saling menguntungkan (Hitchcock, Schuber & Thomas, 1999). Jadi dapat diartikan kemitraan adalah hubungan kerja sama antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan (memberikan manfaat) untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip dan peran masing masing.

Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2010) menjelaskan dalam pedoman operasional promosi kesehatan pengendalian penyakit tidak menular (PTM) akibat merokok bahwa program *partnership* / kemitraan yang dapat dilakukan pada tingkat provinsi untuk menanggulangi timbulnya penyakit tidak menular yaitu ; (1) menyusun pemetaan mitra potensial terkait; (2) melakukan kerjasama kemitraan dan program *Corporate Social Responsibility* (CSR). Program ini dalam rangka menggalang kerjasama kemitraan dan program CSR dunia usaha untuk pengendalian PTM akibat perilaku tidak sehat seperti merokok; (3) menyebarluaskan informasi kegiatan pengendalian PTM di seluruh kabupaten/kota. Kegiatan ini bertujuan menyebarluaskan informasi kepada seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tentang kegiatan pencegahan dan pengendalian PTM; (4) pertemuan kemitraan dengan lembaga donor, dunia usaha, media massa, dan kelompok potensial lainnya. Pertemuan ini bertujuan untuk menggalang kemitraan dengan kelompok-kelompok potensial untuk mendukung program pencegahan dan penanggulangan PTM; (5) pertemuan rutin dengan anggota jejaring PTM. Pertemuan ini bertujuan untuk membagi informasi dan rencana kerja bagi anggota jejaring.

Sebelum dilaksanakan program kemitraan penting dilakukan program advokasi. Kemenkes (2011) menyatakan program advokasi pada level provinsi terkait pengendalian perilaku merokok dapat dilakukan advokasi tentang penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR). Advokasi ini dilakukan kepada penentu kebijakan / pimpinan terkait untuk penerapan KTR di tempat umum termasuk institusi pendidikan dan institusi kesehatan.

Peran kolaborator perawat komunitas sangat penting pada proses partnership. Perawatan kesehatan komunitas mengharuskan perawat bekerja dengan banyak orang, termasuk klien, perawat lain, dokter, guru, pendidik kesehatan, pekerja sosial, fisik terapis, ahli gizi, terapis okupasi, psikolog, epidemiologi, biostatistik, pengacara, sekretaris, lingkungan, perencana kota, dan anggota legislatif. Sebagai anggota tim kesehatan, perawat komunitas bekerja bersama-sama dengan orang lain dalam suatu usaha bersama, bekerja sama sebagai mitra. Sukses praktik kesehatan masyarakat tergantung pada multidisiplin kolegialitas dan kepemimpinan (Klinedinst, 2005; Umble et al, 2005 dalam Allender, Rector, & Warner, (2010). Setiap orang dalam tim memiliki kontribusi penting dan unik untuk bertindak sebagai upaya perawatan kesehatan. Peran kolaborator perawat komunitas membutuhkan keterampilan berkomunikasi dalam menafsirkan kontribusi perawat yang unik dalam sebuah tim kerja sehingga terlihat dengan jelas perawat sebagai mitra sejajar diantara profesi lain dalam tim kerja tersebut. Peran kolaborator juga berfungsi sebagai peran konsultan. Contohnya seorang perawat komunitas sekolah memperhatikan peningkatan kejadian perilaku merokok di sekolah / perguruan tinggi lalu melaksanakan program konseling setelah dilakukan perencanaan bersama dengan siswa, orang tua, guru, psikolog sekolah, dan pusat rehabilitasi lokal (Allender, Rector, & Warner, (2010).

2.4.4 Empowerment

Empowering atau pemberdayaan adalah suatu kegiatan keperawatan komunitas dengan melibatkan masyarakat secara aktif untuk menyelesaikan masalah yang ada di komunitas, masyarakat sebagai subjek dalam menyelesaikan masalah (Stanhope & Lancaster, 2004; Hitchcock, Schuber & Thomas, 1999). Gerakan

pemberdayaan masyarakat merupakan upaya menumbuhkan kesadaran, kemauan, kemampuan masyarakat secara mandiri dalam upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

Perawat komunitas yang merupakan bagian dari spesialisasi tenaga perawat termasuk dalam tenaga kesehatan (Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 12; Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 pasal 2) memegang peranan penting dalam upaya meningkatkan peran serta di dalam berbagai level masyarakat, khususnya dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular (PTM) yang diakibatkan oleh perilaku merokok. Kemenkes (2011) menyebutkan salah satu faktor risiko timbulnya PTM adalah perilaku merokok. Ini berarti jika faktor risiko dapat dikendalikan maka upaya pencegahan dan penanggulangan PTM akan menjadi efektif dan efisien.

Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2010) menjelaskan dalam pedoman operasional promosi kesehatan pengendalian penyakit tidak menular (PTM) bahwa program *empowerment* / pemberdayaan masyarakat yang dapat dilakukan pada tingkat provinsi untuk menanggulangi timbulnya penyakit tidak menular yaitu ; (1) mengembangkan dan produksi media kampanye disesuaikan kebutuhan lokal masyarakat, termasuk media tentang rokok. Media kampanye yang diproduksi adalah media yang mudah dimengerti masyarakat awam; (2) kampanye lokal pengendalian faktor risiko PTM melalui media cetak dan elektronik. Kampanye ini dilakukan melalui media seperti radio lokal, media cetak lokal, dan media tradisional; (3) memfasilitasi pengembangan daerah percontohan promosi kesehatan dalam pengendalian PTM akibat perilaku tidak sehat di kabupaten / kota. Kegiatan ini bertujuan memfasilitasi kabupaten / kota untuk pengembangan daerah percontohan promosi kesehatan dalam pencegahan dan penanggulangan PTM; (4) dokumentasi dan sosialisasi daerah percontohan pengendalian PTM. Kegiatan ini dimaksudkan untuk replikasi daerah percontohan ke wilayah lainnya.

Pembentukan *peer educator* tentang penanggulangan perilaku merokok di kampus pada kelompok mahasiswa secara intensif merupakan salah satu bentuk

pemberdayaan. Mahasiswa yang tergabung dalam kelompok ini dapat menjadi pendidik bagi teman-temannya. Dengan demikian, pelaksanaan program penanggulangan masalah perilaku merokok dapat dilakukan oleh mahasiswa itu sendiri. Demikian juga dengan dosen-dosennya. Perawat dapat memberikan pelatihan tentang teknik khusus tentang cara berhenti merokok, dan mendorong untuk membuka tempat konseling di kampus dan dikelola oleh pihak kampus secara mandiri. Dalam hal ini perawat juga dapat berperan sebagai motivator dan konselor.

2.5 Level Intervensi Asuhan Keperawatan Komunitas

Peran perawat komunitas dalam menanggulangi masalah kesehatan termasuk perilaku merokok lebih ditekankan pada tindakan pencegahan. Anderson dan Mc. Farlane (2010) menyebutkan ada tiga level pencegahan sebagai intervensi perawat komunitas yaitu :

2.5.1 Pencegahan Primer (*Primary Prevention*)

Pencegahan primer berarti meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan komunitas serta menurunkan kerentanan komunitas terhadap *stressor*. Pencegahan primer juga berarti segala kegiatan menghindari sebagai bentuk pencegahan terhadap penyakit, ketidakmampuan, dan injuri (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Program promosi kesehatan adalah pencegahan primer karena program ini berfokus pada perlindungan terhadap penyakit secara umum. Promosi kesehatan biasanya tidak spesifik dan diarahkan pada peningkatan kesehatan secara umum dari keseluruhan komunitas, contohnya mengajarkan anak tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Pencegahan primer dapat juga menjadi sangat spesifik seperti penyuluhan kesehatan tentang bahaya berokok dan penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

Mahasiswa yang berada dalam tahap perkembangan dewasa awal sangat penting diberikan program intervensi promosi kesehatan. Allender dan Spradley (2004) menyatakan kelompok usia dewasa awal penting bagi perawat kesehatan masyarakat untuk memberikan informasi mencapai kesehatan, karena keputusan yang dibuat tahap ini formatif mempengaruhi bagaimana klien ini

menjalani sisa hidup mereka. Perawat dapat bertemu dengan mahasiswa di kampus-kampus dan bekerja sama dengan perawat kesehatan perguruan tinggi dan anggota tim kesehatan perguruan tinggi lain.

Kegiatan promosi kesehatan dapat mencakup pemeriksaan fisik reguler, tidak merokok, dan belajar teknik relaksasi. Mahasiswa sering mengorbankan kebutuhan mereka untuk kegiatan rekreasi menyenangkan di saat-saat waktu kuliah. Hal ini dilakukan sebagai salah satu cara memenuhi kebutuhan untuk melepaskan tekanan emosional menghindari frustrasi. Jika pria tidak memiliki hobi atau hiburan favorit, perawat komunitas dapat mendorong mereka untuk mengembangkan sebuah kegemaran (Allender & Spradley, 2004). Perawat komunitas juga dapat mengambil peran dengan mengembangkan kemampuan kreatif seperti kemampuan menulis majalah, komik, dan *skrip* acara televisi yang berhubungan dengan kegiatan promosi menghindari perilaku merokok. Perawat komunitas juga aktif membuka jalur komunikasi efektif antara organisasi masyarakat, khususnya organisasi yang berhubungan dengan perilaku merokok seperti perkumpulan kanker, jantung, dan paru-paru (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Perawat komunitas harus mampu menjadi model perilaku kesehatan, khususnya perilaku menghindari merokok. Model yang membawa mahasiswa mencapai ke level kesehatan sejahtera dengan menghilangkan / mengurangi perilaku yang merugikan kesehatan (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Contoh kegiatan dalam pencegahan primer adalah pelaksanaan program kawasan tanpa asap rokok (KTR). Program ini dapat dilaksanakan di kampus-kampus sebagai bagian dari kawasan yang termasuk dilarang merokok oleh Undang – Undang no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Pelaksanaan program ini sangat strategis dalam konteks pencegahan dan mengurangi mahasiswa untuk merokok dan program ini juga ditunjang oleh aspek legalitas dari pemerintah sehingga sangat memungkinkan untuk direalisasikan. Perawat komunitas dapat berperan sebagai kolaborator, negosiator, dan motivator dalam mendorong pihak kampus dan pemerintah setempat untuk bersama-sama mewujudkan program ini. Perawat

juga merangkul sektor swasta sebagai bagian dari strategi partnership agar semua masyarakat merasa bertanggung jawab dan ikut berpartisipasi mensukseskan program tersebut.

2.5.2 Pencegahan Sekunder (*Secondary Prevention*)

Pencegahan sekunder dilakukan setelah penyakit atau kondisi tertentu muncul walaupun mungkin tidak disertai gejala. Penekanan ditujukan pada skrining, diagnosis dini, dan terapi terhadap stressor yang mungkin dapat berpengaruh negatif terhadap kesehatan masyarakat. Contoh pencegahan sekunder seperti pemeriksaan kadar CO pada mahasiswa dengan memakai alat *check smoke*.

Perawat komunitas dapat mengambil peran melaksanakan kegiatan skrining dan deteksi dini bagi mahasiswa yang berperilaku merokok dengan membuat program pemeriksaan secara berkala pada sebuah institusi perguruan tinggi. Kegiatan pencegahan sekunder ini penting, kaitannya dengan perilaku merokok pada mahasiswa yaitu dengan melaksanakan program identifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku tersebut (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Ketika ditemukan banyak faktor risiko merokok, maka perawat komunitas membuat program intervensi dengan merangkul semua pihak di sekolah / perguruan tinggi.

Pendekatan dengan pihak otoritas sekolah sebagai upaya sosialisasi program dilakukan secara bertahap. Setelah dilaksanakan sosialisasi pada pihak otoritas sekolah, perawat komunitas dapat menjadwalkan pemeriksaan secara berkala yang terintegrasi dengan program layanan kesehatan sekolah / perguruan tinggi (Allender & Spradley, 2004). Penyediaan tempat pelayanan khusus di sebuah perguruan tinggi juga lebih memudahkan mahasiswa untuk melakukan konsultasi. Fokus sasaran pelaksanaan program konsultasi ini pada mahasiswa yang baru mencoba merokok. Perawat dapat mengembangkan program konseling pengembangan diri agar mahasiswa lebih percaya diri untuk tidak merokok, mengajarkan teknik komunikasi asertif sehingga dapat menolak ajakan merokok dengan teknik komunikasi yang baik, mengajarkan dan melatih teknik relaksasi

yang benar sehingga dapat diterapkan pada saat stres kuliah. Perawat bersama dengan dosen mengembangkan program berhenti merokok.

2.5.3 Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*)

Pencegahan tersier mencakup semua kegiatan diambil setelah terjadi penyakit dan menimbulkan trauma bagi tubuh, dapat juga sebagai efek dari program pengobatan (Allender & Spradley, 2004). Pencegahan tersier berfokus pada restorasi dan rehabilitasi. Program pencegahan tersier bertujuan mengembalikan komunitas pada fungsi kesehatan yang optimum. Contoh program pencegahan tersier yaitu menyediakan tempat perawatan dan pemulihan yang adekuat untuk para pecandu rokok, konseling dan program terapi untuk mantan perokok supaya tidak kambuh / *relaps*.

Perawat komunitas dapat mengambil peran menyediakan program rehabilitasi bagi perokok dan mantan perokok di kampus-kampus. Program pendidikan kesehatan bagi mahasiswa yang merokok dan mantan perokok dengan materi cara berhenti merokok dan menjaga kekambuhan perilaku merokok dapat diberikan secara berkala. Program ini juga dapat dimodifikasi dengan kegiatan mahasiswa seperti lomba dikalangan mahasiswa atau saat program pengenalan mahasiswa baru. Selain program yang bersifat di luar gedung, program ini juga dapat dilaksanakan di dalam gedung seperti tempat layanan terapi berhenti merokok dan program konseling.

Penyediaan program seperti ini tentu saja memerlukan kompetensi perawat yang spesifik dalam mengelola kesehatan kelompok di *agregate* khusus. Menyediakan intervensi yang tepat dengan klien ini menjadi lebih kompleks, membutuhkan seorang perawat kesehatan masyarakat terampil dan keterlibatan sumber daya masyarakat (Allender & Spradley, 2004).

2.6 Kerangka Konsep Teori

Pendekatan HBM memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa. Faktor-faktor tersebut adalah (1) faktor

pemodifikasi (*modifying factors*) (2) keyakinan individu (*individual belief*) (3) isyarat untuk bertindak (*cues to action*).

2.6.1 Faktor Pemodifikasi (*Modifying Factors*)

Faktor pemodifikasi yaitu variabel demografi seperti umur; variabel sosio-psikologi seperti pendidikan dan penghasilan orang tua, pengaruh orang tua, saudara, teman sebaya, harga diri, dan stres; variabel struktural seperti pengetahuan tentang bahaya rokok;

2.6.2 Keyakinan Individu (*Individual Beliefs*)

2.6.2.1 *Perceived Suceptibility*

Kerentanan yang dirasakan mahasiswa untuk berperilaku merokok biasanya dipengaruhi oleh pandangan mahasiswa terhadap dirinya dan lingkungan eksternal. Mahasiswa dapat memandang dirinya sebagai seorang mahasiswa sehingga mempunyai rasionalisasi terhadap perilaku yang baik atau yang buruk atau mungkin sebaliknya merasa sebagai seorang mahasiswa yang mudah untuk terpengaruh perilaku merokok, khususnya jika teman-temannya banyak yang merokok. Mahasiswa juga sering mengamati lingkungan sekitar dan akan merasa rentan jika perilaku merokok merupakan perilaku yang diterima di lingkungan, misalnya sering melihat banyaknya masyarakat merokok, teman, orang tua, dan iklan rokok.

2.6.2.2 *Perceived Seriousness / severity*

Mahasiswa akan menilai apakah perilaku merokok atau akibat merokok dapat membahayakan kesehatan atau menimbulkan kerugian yang nyata. Misalnya merokok dapat mengakibatkan penyakit jantung. Kerugian ini kemudian bukan hanya dipandang dari segi kesehatan tapi segi lainnya, misalnya terhadap pekerjaan dan karier dan masalah kecanduan. Tapi mungkin juga mahasiswa menilai merokok merupakan hal yang lazim dilakukan laki-laki.

2.6.2.3 *Perceived Threat*

Mahasiswa akan menganggap merokok merupakan suatu ancaman jika mahasiswa merasakan kerentanan untuk berperilaku merokok dan merasakan perilaku tersebut merupakan hal yang serius dan merugikan. Misalnya mahasiswa telah

berfikir, jika mulai mencoba merokok maka tidak lama lagi saya akan kecanduan rokok, menderita kanker, menderita banyak penyakit, susah mendapat keturunan dan impotensi, umur harapan hidup lebih pendek dari bukan perokok. Fikiran-fikiran semacam ini yang menjadikan mahasiswa menilai merokok.

2.6.2.4 *Perceived Benefits and Barriers*

Mahasiswa juga akan selalu menilai adanya manfaat dan hambatan perilaku merokok. Jika manfaat yang dirasakan lebih besar dari hambatan untuk merokok, maka perilaku merokok akan dilakukan oleh mahasiswa, begitu juga sebaliknya. Manfaat-manfaat tersebut misalnya merokok dapat mengurangi stres, meningkatkan harga diri sebagai laki-laki, mendatangkan inspirasi, membuat rileks dan santai, lebih dihargai oleh teman-teman, sangat nikmat setelah makan, tanda kedewasaan, kelihatan gagah daripada tidak merokok di mata perempuan/cewek, lebih dapat berkonsentrasi, dan memudahkan pergaulan di masyarakat.

Pada saat bersamaan mahasiswa juga menilai hambatan-hambatan yang akan dirasakan ketika merokok. Contohnya adalah ada pihak-pihak yang tidak mendukung, akan mengalami kerugian ekonomi, sebagai calon petugas kesehatan malu untuk merokok, banyak yang tidak suka rokok, takut kecanduan, rasa rokok tidak enak, tenggorokan terasa tidak berlendir, menghabiskan uang jajan, dan dimarahi dosen.

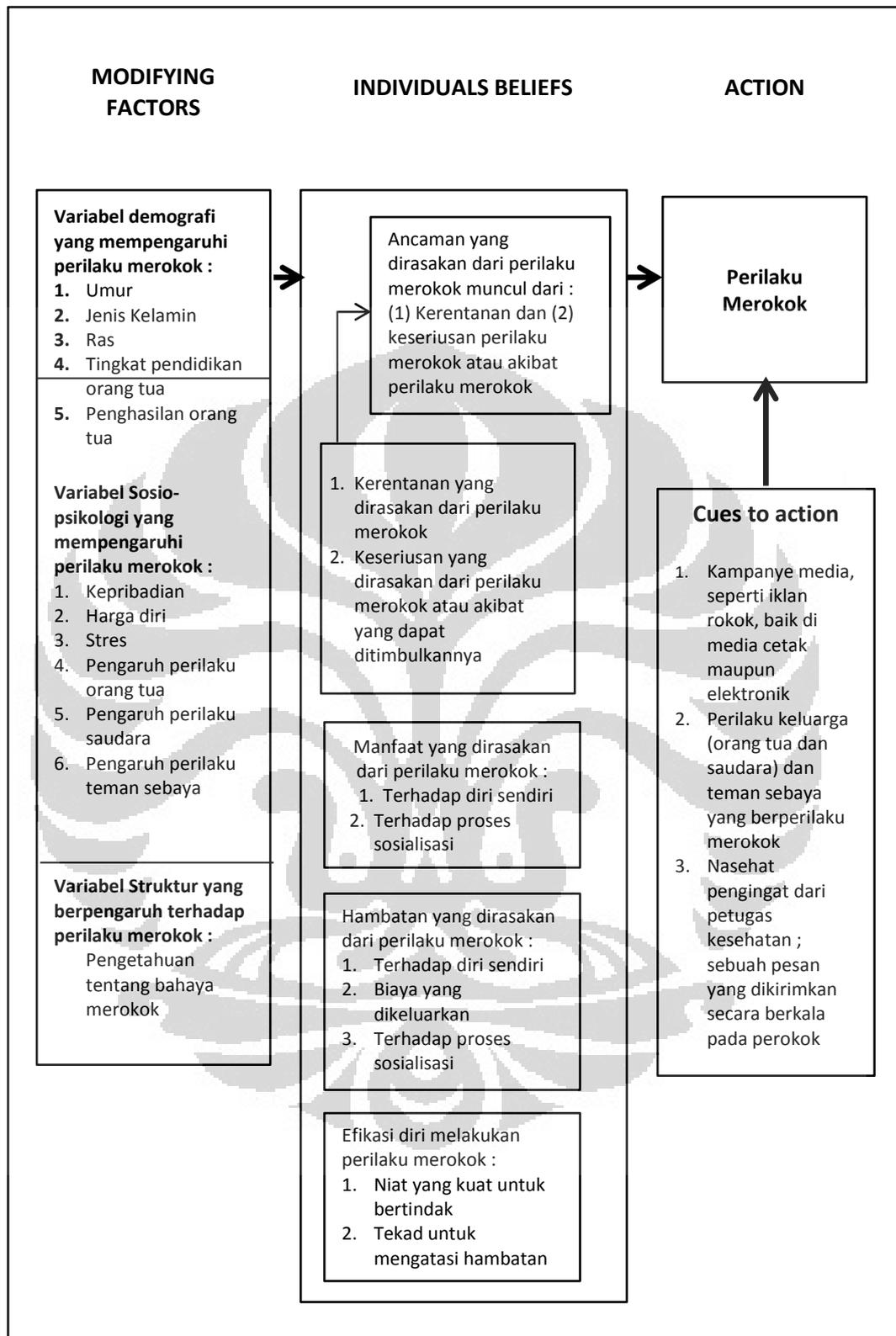
2.6.2.5 *Self Efficacy*

Self efficacy atau efikasi diri merupakan keyakinan diri untuk mampu melakukan tindakan / perilaku merokok. Semakin besar efikasi diri seorang mahasiswa, semakin besar pula kemungkinan akan berperilaku merokok. Efikasi diri juga menggambarkan kekuatan niat mahasiswa untuk melakukan tindakan merokok. Mahasiswa yang mempunyai efikasi diri tinggi untuk merokok akan mempunyai dorongan yang tinggi pula untuk mewujudkan dalam tindakan nyata, meskipun banyak hambatan. Ia yakin dapat mengatasi masalah / hambatan jika memang terdapat hambatan.

2.6.3 Isyarat untuk Bertindak (*Cues to Action*)

Cues to action atau isyarat untuk bertindak dapat diartikan sebagai penguat / *reinforcement* eksternal atau lingkungan untuk segera atau bertindak dapat juga disebut sebagai faktor presipitasi / pencetus. Perasaan rentan dan keseriusan suatu penyakit yang menimbulkan ancaman ditambah dengan penilaian manfaat yang lebih besar dari hambatan bertindak serta efikasi diri yang tinggi tidak serta merta membuat individu bertindak. Diperlukan konfirmasi lebih lanjut dengan pihak lain bahwa tindakan yang akan diambil memang benar. Individu akan mencari konfirmasi kepada pihak yang dianggapnya kompeten atau dipercaya terkait tindakan yang akan diambil. Pihak-pihak tersebut dapat saja dari petugas kesehatan, tokoh idola, keluarga, atau teman sebaya.

Konfirmasi untuk bertindak dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung apabila individu langsung bertatap muka dengan pihak terkait, misalnya petugas kesehatan dan secara tidak langsung yaitu melalui media, baik cetak maupun elektronik. Hal ini menjelaskan mengapa perlu diadakan penyuluhan langsung dan pemasangan iklan di koran dan televisi untuk menyampaikan pesan-pesan promosi kesehatan.



Gambar 2.2 : Kerangka Konsep Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan dipaparkan tentang kerangka konsep yang merupakan hasil dari rangkaian beberapa konsep teori, berkaitan dengan variabel yang akan diteliti, hipotesis yang merupakan jawaban sementara dari variabel yang akan diteliti, dan definisi operasional.

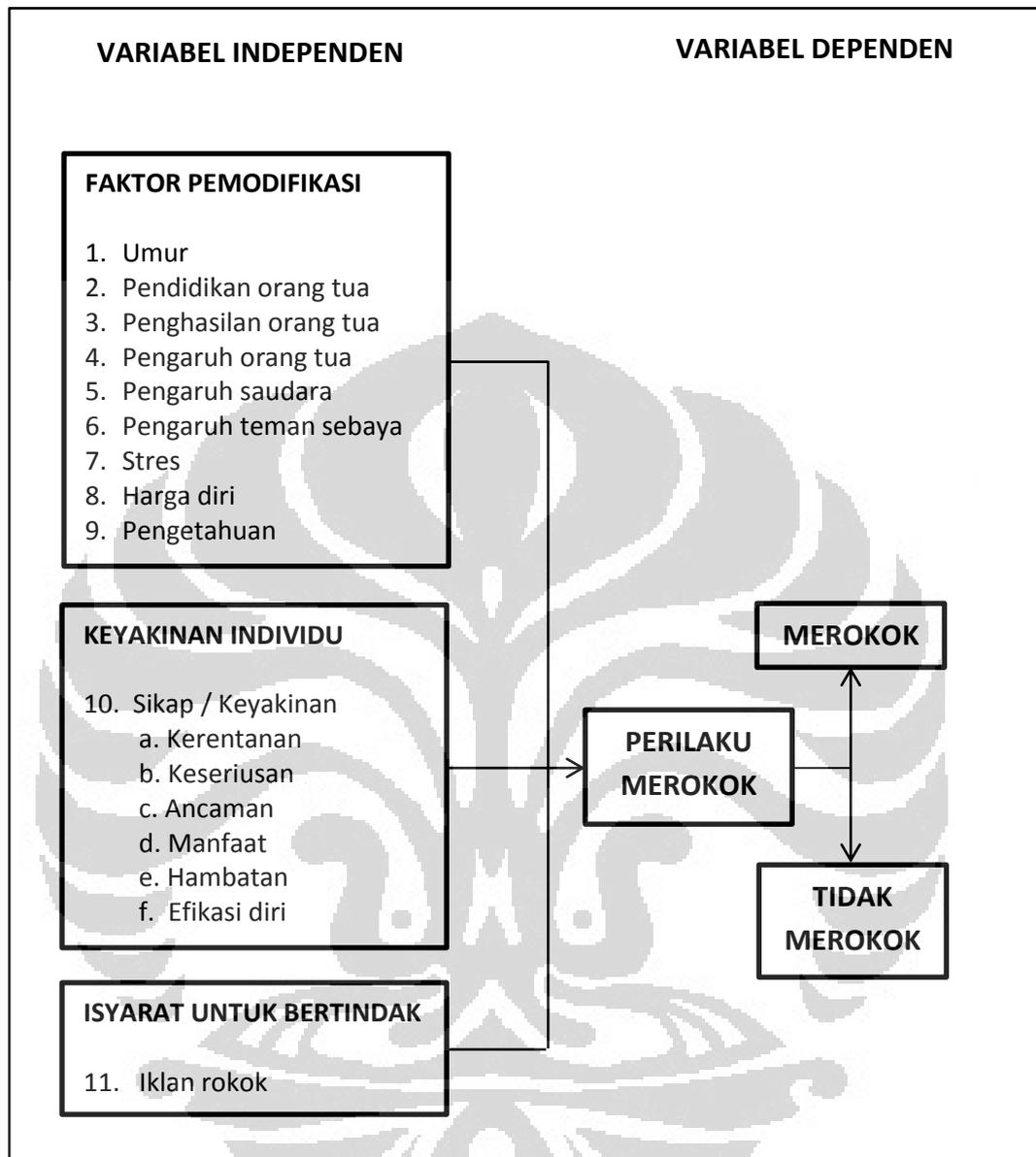
3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini mengacu pada teori Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model*) untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. Faktor-faktor yang diprediksi akan dimasukkan ke dalam kerangka konsep penelitian untuk kemudian diuji dengan uji statistik multivariat.

Dalam teori HBM, perilaku terjadi karena dorongan / stimulus dari faktor keyakinan individu yang ditunjang oleh faktor pemodifikasi dan isyarat untuk bertindak. Tyas dan Pederson (1998) ; Marchildon (2005) ; Bonas (2007) ; melaporkan faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok meliputi yaitu; pengaruh orang tua, saudara, teman sebaya, iklan rokok, harga diri, dan stres. Dalam penelitian tersebut juga ditambahkan faktor sosio-demografi juga berhubungan seperti umur, pendidikan orang tua, dan penghasilan orang tua.

Faktor-faktor tersebut diatas dikelompokkan berdasarkan model keyakinan kesehatan yaitu : (1) faktor pemodifikasi meliputi umur, pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, pengaruh orang tua dan saudara, pengaruh teman sebaya, adanya stres, pemenuhan harga diri, dan pengetahuan tentang bahaya rokok; (2) keyakinan individu meliputi sikap yang terdiri dari kerentanan, keseriusan, dan ancaman yang dirasakan, manfaat dan hambatan untuk berperilaku, keyakinan diri untuk bertindak; (3) isyarat untuk bertindak meliputi stimulus iklan rokok di media cetak maupun elektronik.

Kerangka konsep penelitian dapat dilihat sebagai berikut :



Gambar. 3.1 Kerangka konsep penelitian

3.2 Hipotesis

3.2.2 Hipotesis Alternatif (Ha)

- 3.2.2.1 Ada hubungan antara umur dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.2 Ada hubungan antara tingkat pendidikan orang tua dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan

- 3.2.2.3 Ada hubungan antara penghasilan orang tua dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.4 Ada hubungan antara pengaruh orang tua dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.5 Ada hubungan antara pengaruh saudara orang dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.6 Ada hubungan antara pengaruh teman sebaya dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.7 Ada hubungan antara stres dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.8 Ada hubungan antara harga diri dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.9 Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.10 Ada hubungan antara sikap / keyakinan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan
- 3.2.2.11 Ada hubungan antara iklan rokok dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan

3.3 Definisi operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<i>Variabel Independen</i>				
Umur	Jumlah tahun yang dihitung mulai lahir sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner dengan pertanyaan terbuka / isian.	Mean jika distribusi data normal dan median jika tidak normal. Penelitian ini didapatkan data berdistribusi tidak normal sehingga dipakai median. Median 20 tahun dan	Interval

			standar deviasi 1,152 tahun	
Pendidikan orang tua	Pendidikan formal yang pernah ditempuh oleh kepala keluarga	Kuesioner dengan pertanyaan pilihan	Dikategorikan menjadi 2 (dua) kelompok dengan <i>cut off point</i> wajib belajar 9 tahun sesuai dengan UU No.20 thn 2003 Tentang Pendidikan Nasional, yaitu: 0 : \geq SLTA (lanjutan) 1 : \leq SLTP (dasar)	Ordinal
Penghasilan orang tua	Rata-rata jumlah uang yang diterima keluarga setiap bulan yang diukur melalui upah minimum regional Kalimantan Selatan (UMR)	Kuesioner dengan pertanyaan pilihan	Dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu : Tinggi = 0 (\geq Rp 1.225.000,-) Rendah = 1 (< Rp 1.225.000,-)	Ordinal
Pengaruh orang tua	Keinginan mencontoh perilaku ayah, ibu, wali responden	Kuesioner menggunakan skala Likert: 1. tidak pernah 2. kadangkadang 3. sering 4. selalu	Mean jika distribusi data normal dan median jika tidak normal. Penelitian ini didapatkan data berdistribusi normal sehingga dipakai mean. Mean 7,54 dan standar deviasi 2,547	Interval
Pengaruh saudara	Keinginan mencontoh perilaku adik dan kakak kandung maupun tiri responden	Kuesioner menggunakan skala Likert: 1. tidak pernah 2. kadang-kadang 3. sering 4. selalu	Mean jika distribusi data normal dan median jika tidak normal. Penelitian ini didapatkan data berdistribusi normal sehingga dipakai mean. Mean 5,41 dan standar deviasi 2,160	Interval
Pengaruh teman sebaya	Keinginan mencontoh perilaku teman sekelompok yang sering bersama responden	Kuesioner menggunakan skala Likert: 1. tidak pernah 2. kadang-kadang 3. sering 4. selalu	Mean jika distribusi data normal dan median jika tidak normal. Penelitian ini didapatkan data berdistribusi normal sehingga dipakai mean. Mean 11,30 dan standar deviasi 3,188	Interval
Stres	Perasaan tidak menyenangkan	Kuesioner menggunakan skala	Dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu :	Nominal

	karena kejadian hidup yang dialami dalam 1 tahun terakhir	holmes	. Tidak stres = 0 (jika total skor ≤ 300) . Stres = 1 (jika total skor > 300)	
Harga Diri	Perasaan terhadap diri atas pencapaian diri	Kuesioner menggunakan skala Rosenberg	Dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu : . Harga diri tinggi = 0 . Harga diri rendah = 1	Ordinal
Pengetahuan	Segala pemahaman responden tentang bahaya rokok	Kuesioner menggunakan pertanyaan pilihan ganda	Mean jika distribusi data normal dan median jika tidak normal. Penelitian ini didapatkan data berdistribusi normal sehingga dipakai mean. Mean 4,66 dan standar deviasi 1,288	Interval
Sikap				
Kerentanan yang dirasakan	Keyakinan individu bahwa merokok mudah terkena penyakit	Kuesioner menggunakan skala Likert: 1. sangat setuju 2. setuju 3. tidak setuju 4. sangat tidak setuju	Dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu : Tidak mendukung merokok = 0 Mendukung merokok = 1	Nominal
Keseriusan yang dirasakan	Keyakinan individu bahwa merokok dapat menyebabkan kerugian / penyakit yang berat			
Ancaman yang dirasakan	Keyakinan individu bahwa merokok sangat berbahaya			
Manfaat merokok	Keyakinan individu bahwa merokok mendatangkan keuntungan			
Hambatan merokok	Keyakinan individu bahwa merokok sukar dilakukan dan mengeluarkan biaya yang banyak			
Efikasi diri merokok	Keyakinan individu dapat melakukan tindakan / kegiatan merokok			

Iklan rokok	Semua tulisan dan perkataan yang mengajak merokok melalui media cetak dan elektronik	Kuesioner menggunakan skala Likert: 1. tidak pernah 2. kadang-kadang 3. sering 4. selalu	Dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu : Rendah = 0 Tinggi = 1	Ordinal
-------------	--	--	---	---------

Variabel Dependen

Perilaku Merokok	Status merokok responden berupa pernyataan merokok dan tidak merokok	Kuesioner dengan menggunakan pertanyaan pilihan ganda	Dikategorikan menjadi 2 (dua) yaitu 0 = perilaku tidak merokok (mantan/bekas perokok dan tidak pernah merokok) 1 = perilaku merokok (merokok setiap hari, kadang-kadang merokok)	Nominal
------------------	--	---	--	---------

BAB IV

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan desain penelitian penelitian yang akan dilakukan sesuai dengan tujuan penelitian, menentukan populasi, sampel dan metode sampling, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data, dan rencana analisis data.

4.1 Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*) yaitu penelitian dimana pengambilan data untuk setiap subyeknya dilakukan dalam satu waktu (Dahlan, 2009 ; Polit & Beck, 2012). Tujuan desain ini adalah untuk mengetahui hubungan antar variabel independen dengan dependen diidentifikasi dalam satu satuan waktu (Dharma, 2011).

Penelitian ini dimaksudkan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan, dimana data yang diambil untuk setiap variabelnya hanya sekali waktu melalui instrumen yang telah ditetapkan.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi target adalah unit dimana suatu hasil penelitian akan diterapkan (Dharma, 2011). Populasi juga merupakan keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2001). *The population is all the elements (individuals, objects, or substances) that meet certain criteria for inclusion in a given universe* (Kaplan, 1964 ; Kerlinger & Lee, 2000 in Burn & Grove, 2009). Penjelasan diatas memberikan pengertian populasi adalah seluruh subyek penelitian yang memenuhi kriteria penelitian. Populasi merupakan target penelitian dimana kesimpulan penelitian akan merupakan kesimpulan di populasi.

Target populasi dalam penelitian ini adalah seluruh mahasiswa laki-laki Program Diploma III Keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan dengan estimasi berjumlah 1.026 orang. Populasi ini berasal dari seluruh institusi pendidikan diploma III keperawatan yang terdiri dari 7 Akademi Keperawatan dan Sekolah Tinggi Kesehatan baik negeri maupun swasta.

Mahasiswa akademi keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan mempunyai karakteristik jumlah laki-laki dan perempuan pada tiap kelas yang hampir sebanding yaitu 50 % : 50 % dengan rentang umur berkisar antara 18 – 22 tahun. Namun jika mahasiswa mengalami keterlambatan dalam studinya diberikan tambahan waktu pembelajaran maksimal 4 semester sehingga dapat ditemui mahasiswa yang telah berusia 24 tahun. Beberapa mahasiswa yang memang mulai masuk akademi keperawatan lebih dari umur 18 tahun juga sering ditemukan. Beberapa mahasiswa juga ada yang hamil karena memang peraturan akademi memperbolehkan mahasiswa melakukan pernikahan pada masa kuliah.

4.2.2 Sampel

Sample is a subset of the population that is selected for a particular study (Burns & Grove, 2009). Sedangkan Hastono dan Sabri (2010) menyatakan sampel adalah sebagian dari populasi yang nilai/karakteristiknya diukur dan nantinya dipakai untuk menduga karakteristik populasi. Sampel juga dapat diartikan bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Secara sederhana sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti sesuai karakteristik populasi. Jadi, sampel yang diambil haruslah dapat menjelaskan karakteristik populasi sehingga kesimpulan akhir pada penelitian dapat dikatakan kesimpulan pada populasi.

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari seluruh mahasiswa laki-laki Program Diploma III Keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. Jumlah sampel yang direkomendasikan pada penelitian *multivariat* melalui perhitungan dengan cara “*role of thumb*” (Dharma, 2010). Perhitungan ini didasarkan dengan pengambilan jumlah sampel minimal berdasarkan jumlah seluruh variabel independen. Besar jumlah sampel pada setiap variabel

independen berkisar antara 5 sampai 50 sampel. Jumlah yang disarankan adalah 10 sampel tidak variabel. Hastono (2007) menyarankan 15 sampel tiap variabel independen, sedangkan peneliti menetapkan 20 sampel dengan jumlah variabel independen sebanyak 11 variabel. Perhitungannya sebagai berikut :

Rumus :

$$n = (5...50 \times \text{Jumlah variabel independen})$$

n : jumlah sampel ; jumlah variabel independen = 11 buah

Perhitungannya sehingga : $20 \times 11 = 220$ orang

Untuk menghindari *drop out* pada sampel penelitian dilakukan koreksi jumlah sampel berdasarkan prediksi sample drop out yaitu sebesar 10 %. Formula yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel yaitu :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' : besar sampel setelah dikoreksi

n : jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f : prediksi persentase sampel drop out

Perhitungan besar sampel akhir : $n' = \frac{220}{1 - 0.1} = 245$ orang

4.2.3 Sampling

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara *Stratified random sampling*. Pengambilan sampel dengan cara ini karena area populasi yang berbeda jumlahnya. Sampel yang diambil sebagai responden sesuai dengan tujuan penelitian yaitu mahasiswa akademi keperawatan berjenis kelamin laki-laki. Hal ini karena rasio prevalensi perokok laki-laki dan perempuan sangat jauh berbeda, dimana laki-laki kurang lebih 50 kali lebih besar dari perempuan. Untuk *range* umur 18 – 24 tahun merujuk pada usia remaja akhir memasuki dewasa awal yaitu usia rata-rata mahasiswa.

4.2.3.1 Kriteria inklusi

1. Mahasiswa akademi keperawatan laki-laki
2. Berumur 18 – 24 tahun
3. Bersedia menjadi responden

4.2.3.3 Langkah-langkah pengambilan sampel

Terdapat 8 buah akademi keperawatan dengan 3 tingkatan setiap sekolah (tingkat 1, 2, dan 3). Karena jumlah mahasiswa pada tiap sekolah tidak sama sehingga besaran sampel juga berbeda. Berikut langkah-langkah penentuan dan pengambilan sampel :

1. Menentukan proporsi sampel tiap sekolah.
Penentuan proporsi tiap sekolah dapat dilakukan dengan cara : jumlah populasi (mahasiswa laki-laki) dalam tiap sekolah dibagi dengan total populasi. Hasilnya akan didapatkan proporsi tiap sekolah.
2. Menentukan jumlah sampel tiap sekolah.
Jumlah sampel tiap sekolah didapatkan dengan cara : proporsi tiap sekolah dikalikan dengan total sampel (245 orang). Hasilnya akan didapatkan jumlah sampel tiap sekolah.
3. Menentukan proporsi sampel tiap kelas.
Setelah mendapatkan jumlah sampel tiap sekolah lalu tentukan proporsi sampel tiap kelas pada tiap sekolah. Caranya yaitu jumlah laki-laki tiap kelas dibagi dengan total laki-laki pada sekolah tersebut. Hasilnya didapatkan proporsi sampel tiap kelas.
4. Menentukan jumlah sampel tiap kelas
Hasil proporsi tiap kelas dikalikan dengan jumlah total sampel tiap sekolah sehingga didapatkan jumlah sampel tiap kelas.
5. Menentukan responden secara random yaitu dengan metode lempar mata uang logam untuk menentukan nomer absen mahasiswa.
6. Membagikan instrumen penelitian tiap kelas di tiap sekolah.

Rincian jumlah responden pada masing-masing sekolah pada tabel 4.1 sebagai berikut :

Tabel 4.1
Jumlah Sampel / Responden Berdasarkan Tempat Penelitian
Juni Tahun 2012

No.	Nama Akademi Keperawatan	Populasi (orang)	Realisasi Sampel (orang)
1.	Akper Intan Martapura	285	90
2.	Poltekkes Jurusan Keperawatan Banjarmasin	56	19
3.	Stikes Muhammadiyah Program D III Keperawatan	161	32
4.	Stikes Suaka Insan Program D III Keperawatan	110	22
5.	Akper Pandan Harum Banjarmasin	172	30
6.	Akper Kesdam IV / Mulawarman Banjarmasin	168	31
7.	Akper Murakata Barabai	74	28
	<i>Jumlah</i>	1026	252

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di semua sekolah Akademi Keperawatan Program Diploma III di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan yang berjumlah 7 buah. Penyebaran instrumen penelitian dilakukan pada semua kelas di tiap sekolah. Insititusi tersebut tersebar di 4 kabupaten/kota dari 12 kabupaten/kota di wilayah provinsi Kalimantan Selatan. Status institusi penelitian terbagi 2 yaitu negeri dan swasta. Status institusi pendidikan sebagian besar berstatus swasta, hanya 1 institusi yang berstatus negeri.

Jumlah mahasiswa tiap institusi bervariasi, begitu juga dengan jumlah dosen tetapnya. Jumlah mahasiswa ini berhubungan dengan jumlah kelas pada tiap institusi pendidikan. Rata-rata jumlah kelas pada tiap institusi mempunyai 6 kelas, yang terdiri dari kelas 1, 2, dan 3 yang masing-masing mempunyai 2 kelas.

Sebagian besar (90 %), institusi pendidikan tinggi keperawatan telah mempunyai unit Bimbingan Penyuluhan (BP) sebagai wadah bagi mahasiswa untuk melakukan konsultasi segala permasalahan yang berhubungan dengan kelancaran

kuliah mahasiswa, akan tetapi tidak ditemukan program penyuluhan yang berhubungan secara spesifik dengan program pencegahan perilaku merokok di kalangan mahasiswa. Juga, pemanfaatan BP tersebut masih sangat kurang dan tidak aktif. Program pembimbingan mahasiswa lebih sering dilakukan oleh tiap Pembimbing Akademik (PA), dimana semua mahasiswa mempunyai PA.

4.4 Waktu penelitian

Waktu pengambilan data dilaksanakan mulai dari tanggal 11 Februari - 12 Juli 2012.

4.5 Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak manusia selama dan setelah dilakukan penelitian. Dalam rangka penerapan prinsip ini, peneliti telah melakukan pendekatan kepada responden. Peneliti memperkenalkan diri; menjelaskan maksud, tujuan, dan manfaat penelitian; dan meminta kesediaan untuk menjadi responden penelitian. Peneliti juga berjanji akan menjaga kerahasiaan identitas responden dari publikasi hasil penelitian sehingga dapat memberikan rasa aman. Untuk menjamin rasa aman responden dan peneliti, diberikan lembar persetujuan (*inform consent*) yang ditanda tangani oleh responden sebagai bukti legal persetujuan responden tanpa paksaan dari pihak manapun.

Etika penelitian yang diterapkan pada penelitian ini adalah prinsip manfaat (*beneficence*), menghargai hak asasi manusia (*respect for human dignity*), dan mendapatkan prinsip keadilan (*right to justice*) (Polit & Beck, 2012).

4.5.1 Prinsip manfaat (*beneficence*)

Prinsip *beneficence* mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya pada bagi subyek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (Dharma, 2011). Beberapa hal yang harus diperhatikan pada prinsip ini yaitu (Jaji, 2009) : (1) Bebas dari penderitaan artinya penelitian yang dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden, baik fisik maupun psikis. Mahasiswa dijamin

kerahasiaan identitasnya. (2) Bebas dari eksploitasi yaitu sebagai responden dalam penelitian. Peneliti telah meyakinkan responden bahwa informasi yang telah diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam hal apapun. Mahasiswa diberi kebebasan untuk memberikan informasi terkait dirinya hanya yang ingin dia utarakan saja. (3) Risiko (*benefit ratio*), peneliti mempertimbangkan risiko dan manfaat yang akan berakibat kepada responden. Manfaat yang dapat diperoleh mahasiswa dalam partisipasi penelitian adalah didapatkan data prevalensi merokok dalam tiap satu institusi sehingga dapat dijadikan pedoman untuk pelaksanaan program promosi terkait perilaku merokok. Sedangkan dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun karena responden tidak diberikan perlakuan/tindakan tertentu. Hasil penelitian ini juga telah mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok sehingga dapat menjadi acuan dan informasi untuk pelaksanaan program pencegahan merokok di institusi terkait.

4.5.2 Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect for human dignity*)

Respect for human dignity meliputi: (1) Hak untuk terlibat atau tidak terlibat dalam penelitian (*right to self determination*), peneliti telah menjelaskan kepada responden bahwa ia mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi responden atau tidak, tanpa adanya sanksi apapun. (2) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*), peneliti telah memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada responden. (3) Responden mendapat informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan (Jaji, 2009).

4.5.3 Prinsip keadilan (*right to justice*)

Prinsip keadilan (*right to justice*) terdiri dari: (1) Hak untuk mendapatkan penatalaksanaan yang adil (*right to fair treatment*), peneliti memperlakukan responden secara adil baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian, tanpa adanya diskriminasi. (2) Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*), peneliti menjaga kerahasiaan data responden, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan bersifat rahasia (*confidentiality*).

Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas responden berupa nama diganti dengan inisial. Responden mendapat penjelasan secara lengkap meliputi tujuan, prosedur, ketidaknyamanan yang mungkin terjadi dan dijelaskan bahwa dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun yang akan terjadi, serta semua responden bersedia maka responden menandatangani *informed consent* yang sudah disediakan.

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen / alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Instrumen yang digunakan adalah pertanyaan yang dikembangkan sendiri melalui studi literatur yang berkaitan dengan variabel yang akan diteliti. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden (Arikunto, 2001). Kuesioner tersebut meliputi :

1. Variabel independen faktor pemodifikasi mencakup umur (diukur pertanyaan isian yang hasilnya berupa data numerik), tingkat pendidikan orang tua, penghasilan orang (diukur dengan pertanyaan pilihan yang hasilnya berupa data kategorik), pengaruh orang tua, saudara, dan teman sebaya (diukur dengan skala likert 1-4, yaitu: (1). tidak pernah (*never*); (2). Jarang (*rarely*); (3). Kadangkadang (*sometime*); (4). Selalu (*always*); dan pengetahuan terhadap bahaya rokok diukur dengan pertanyaan benar dan salah. Untuk sub variabel stres digunakan instrumen pengukuran Skala Holmes dan harga diri diukur dengan menggunakan Skala Rosenburg.
2. Variabel keyakinan individu yaitu sikap yang terdiri dari kerentanan yang dirasakan, keseriusan yang dirasakan, ancaman yang dirasakan, manfaat dari tindakan / perilaku, hambatan berperilaku, efikasi diri dapat melakukan tindakan / perilaku diukur dengan skala likert 1-4, yaitu: (1) sangat setuju (*strongly approve*); (2) setuju (*approve*); (3) Tidak setuju (*disapprove*); (4). Sangat tidak setuju (*strongly disapprove*).
3. Variabel isyarat untuk bertindak yaitu iklan rokok yang diukur dengan skala likert 1-4, yaitu: (1). tidak pernah (*never*); (2). Jarang (*rarely*); (3). Kadangkadang (*sometime*); (4). Selalu (*always*).

4. Variabel dependen perilaku merokok (mencakup sub variabel kebiasaan merokok), diukur dengan menggunakan 2 pertanyaan multiple choice. Berikut disajikan daftar pertanyaan pada kuesioner pada tabel 4.2 :

Tabel 4.2
Daftar Pertanyaan / Pernyataan

Variabel	Pernyataan Positif	Pernyataan Negatif
Pengaruh orang tua	1, 3, 4	2
Pengaruh saudara	5, 6, 7, 8	-
Pengaruh teman sebaya	9, 10, 11, 12, 13	-
Harga diri	1, 2, 4, 6, 7, 8	3, 5, 9, 10
Pengetahuan	1, 2, 4, 6	3, 5
Sikap / keyakinan		
Perceived Susceptibility	1, 3, 4, 5, 6, 8,	2, 7, 9
Perceived Severity	12	10, 11, 13
Perceived Threat	14, 15, 16, 17, 18	-
Perceived Benefits	19, 20, 21, 22, 23, 24, ,25, 26, 27, 28,	-
Perceived Barriers	29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37	-
Self Efficacy	38, 39, 40, 41, 42, 43	-
Iklan rokok	1 s/d 10	-
Perilaku Merokok	1, 2	-

4.7 Uji Coba Kuesioner

Uji coba instrumen dilakukan pada responden yang tidak terlibat dalam proses penelitian tetapi memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian. Responden uji instrumen diambil dari populasi yang sama dengan responden penelitian sehingga diasumsikan memiliki karakteristik yang sama (Dharma, 2011).

Proses uji coba kuesioner dilakukan pada populasi penelitian yaitu di institusi Akademi Keperawatan Intan Martapura pada tanggal 14 Mei 2012. Pemilihan tempat ini dimaksudkan agar karakteristik responden uji coba kuesioner tidak jauh berbeda dengan karakteristik responden penelitian. Responden untuk uji coba kuesioner tidak akan diikuti pada penelitian.

4.7.1 Validitas

Validitas menunjukkan ketepatan pengukuran suatu instrumen, artinya suatu instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut mengukur apa yang seharusnya diukur (Dharma, 2011). Secara sederhana validitas yaitu ketepatan alat ukur untuk mengukur variabel.

Dharma (2011) menyatakan uji validitas dapat dilakukan dengan uji validitas rupa (*face validity*), validitas isi (*content validity*), dan validitas konstruk (*construct validity*). Validitas muka adalah validitas yang menunjukkan apakah instrumen dari penelitian dari segi rupanya tampak mengukur apa yang ingin diukur. Validitas muka ditentukan berdasarkan pendapat responden. Validitas isi menunjukkan kemampuan item pertanyaan dapat mewakili unsur konsep yang sedang diteliti. Untuk menilai validitas isi dapat diminta pendapat pakar. Validitas konstruk adalah validitas yang menggambarkan seberapa jauh instrumen memiliki item-item pertanyaan yang dilandasi oleh konstruk tertentu. Salah satu bentuk validitas instrumen yang dapat dihitung menggunakan perhitungan statistik adalah validitas konstruk.

Pada penelitian ini uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji statistik program software komputer. Adapun caranya adalah dengan membandingkan nilai *corrected item – total correlation* pada output program software komputer dengan tetapan nilai minimal yaitu 0,3. Suatu pertanyaan dikatakan valid jika skor masing-masing item pertanyaan lebih dari 0,3 (Hastono, 2007).

4.7.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007; Arikunto, 2001). Uji reliabilitas yang akan digunakan pada alat ukur dalam penelitian adalah *alpha chronbach*. Alat ukur yang berupa kuisioner dikatakan reliabel jika nilai *alpha chronbach* lebih dari 0,6 (Hastono, 2007; Dharma, 2011).

Hasil uji kuesioner didapatkan semua pertanyaan / pernyataan pada kuesioner reliabel dimana nilai *alpha chronbach* lebih dari 0,6. Akan tetapi beberapa pertanyaan / pernyataan tidak valid. Peneliti melakukan *recode* pada kuesioner yang tidak valid tersebut dan hasilnya sebagian valid dan sebagian tetap tidak valid sehingga harus dikeluarkan / dihapus. Adapun pertanyaan / pernyataan yang dikeluarkan yaitu 2 pertanyaan / pernyataan dari variabel pengaruh orang tua dan saudara, 4 pertanyaan dari variabel pengetahuan bahaya rokok, 1 pernyataan sub-variabel kerentanan (*susceptibility*), 2 pernyataan sub-variabel keseriusan (*severity*), 1 pernyataan sub-variabel ancaman (*threat*), 1 pernyataan sub-variabel hambatan (*barrier*), 2 pernyataan sub-variabel efikasi diri (*self efficacy*).

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari dua kegiatan yaitu prosedur pengumpulan data secara administratif dan teknis. Proses ini dilakukan secara berurutan oleh peneliti. Mulai dari prosedur administratif kemudian dilanjutkan prosedur teknis.

Prosedur administratif dimulai dengan penyerahan surat izin pengambilan data penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kepada pihak institusi sekolah. Pihak sekolah juga diberikan penjelasan secara lisan oleh peneliti disamping surat yang telah diberikan. Pihak sekolah diberi waktu untuk memutuskan keikutsertaan dalam penelitian ini. Setelah mendapatkan izin baik secara lisan maupun tertulis, peneliti mulai mengumpulkan data sekunder yang berkenaan dengan data demografi sekolah.

Prosedur pengumpulan data secara teknis dilakukan setelah prosedur administratif untuk mendapatkan data primer penelitian. Peneliti meminta pendampingan dari pihak institusi sekolah yaitu salah satu dosen untuk membantu menyebar kuisisioner pada kelas-kelas yang terpilih, sesuai dengan tehnik sampling yang telah ditetapkan. Dimulai dengan peneliti mendatangi kelas-kelas yang telah ditentukan, calon responden diberikan penjelasan tentang penelitian dan diberi *informed consent* (terlampir) untuk mendapatkan persetujuan. Kemudian peneliti didampingi dosen pendamping menyebarkan kuisisioner dan menunggu sampai

kuisisioner terisi semua oleh responden dan dikembalikan oleh responden. Peneliti menunggu responden sampai selesai menjawab pertanyaan kuisisioner untuk mengantisipasi pertanyaan yang tidak dimengerti responden dan missing data.

4.9 Pengolahan Data

Pengolahan data yang meliputi: *editing, coding, entry data, dan cleaning data*; (1) *editing* merupakan kegiatan meneliti kembali apakah lembaran kuisisioner sudah terisi sesuai dengan petunjuk pengisian kuisisioner. Saat pengumpulan data, setelah kuisisioner dikumpulkan kembali, peneliti langsung memeriksa lembaran kuisisioner dan langsung mengkonfirmasi jika ada jawaban yang kosong sehingga tidak ada jawaban yang kosong / *missing data*; (2) *coding* adalah proses pengkodean data variabel penelitian sesuai dengan definisi operasional. Variabel independen seperti pendidikan orang tua diberi kode 1 untuk pendidikan dasar dan 0 untuk mendidikan lanjutan, penghasilan orang tua diberi kode 1 untuk kurang dari UMR dan 0 untuk lebih dari UMR, stres diberi kode 0 jika tidak stres dan 1 jika stres, harga diri diberi kode 1 jika harga diri rendah dan 0 untuk harga diri tinggi, variabel sikap / keyakinan yaitu 0 untuk sikap tidak mendukung dan 1 sikap mendukung, variabel iklan rokok yaitu 0 untuk pengaruh rendah dan 1 untuk pengaruh tinggi. Untuk sub variabel yang lain semuanya dalam bentuk numerik. Variabel dependen yaitu perilaku merokok akan diberi kode 0 jika berperilaku tidak merokok dan 1 jika berperilaku merokok ; (3) *entry data* yaitu kegiatan memasukan data ke *file* computer. Data hasil editing dan coding kemudian akan di *input* ke *software* berbasis komputer ; (4) *cleaning data* yaitu kegiatan menilai kembali atau memeriksa kembali data yang ada sesuai dengan kriteria. Kegiatan ini bertujuan untuk membersihkan data dari kesalahan. Peneliti memeriksa kembali hasil input data pada software berbasis komputer.

4.10 Analisis Data

Analisis data penelitian adalah kegiatan mengolah data sehingga menjadi sebuah informasi yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan penelitian sesuai tujuan penelitian. Analisis data pada penelitian ini berupa analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis dilakukan berjenjang menggunakan software berbasis komputer .

4.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah mengolah data secara sederhana sehingga didapatkan informasi berupa angka proporsi variabel yang diukur. Hasil analisis univariat akan dipresentasikan dalam bentuk tabular dan narasi.

Variabel independen seperti pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, stres, harga diri, sikap, dan iklan rokok dipresentasi dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan proporsi, sedangkan umur, pengaruh orang tua, saudara, teman sebaya, dan pengetahuan bahaya rokok dipresentasikan dalam bentuk tabular dan mean / median dan standar deviasi. Variabel dependen perilaku merokok dipresentasi dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan proporsi.

4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah mengolah data hasil analisis univariat dengan menghubungkan antara 2 (dua) variabel independen dengan dependen. Hasil analisis ini akan memberikan gambaran hubungan antara dua variabel yang dihubungkan. Sebelum menguji dua hubungan tersebut, peneliti melakukan uji normalitas data numerik pada variabel umur, pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh teman sebaya, dan pengetahuan bahaya rokok. Hasil uji normalitas menunjukkan hanya variabel umur yang tidak berdistribusi normal sehingga untuk pengujian bivariat menggunakan uji beda dua mean non-parametrik atau Mann Whitney. Adapun variabel yang akan dihubungkan dan penggunaan uji statistik dapat dilihat pada tabel 4.3 :

Tabel 4.3
Analisis Bivariat Uji Statistik Antara Dua Variabel

No.	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji statistik
1.	Umur	Perilaku merokok	<i>Mann Whitney</i>
2.	Pendidikan orang tua	Perilaku merokok	<i>Chi square</i>
3.	Penghasilan orang tua	Perilaku merokok	<i>Chi square</i>
4.	Pengaruh orang tua	Perilaku merokok	<i>t test independen</i>
5.	Pengaruh saudara	Perilaku merokok	<i>t test independen</i>
6.	Pengaruh teman sebaya	Perilaku merokok	<i>t test independen</i>
7.	Stres	Perilaku merokok	<i>Chi square</i>
8.	Harga diri	Perilaku merokok	<i>Chi square</i>
9.	Pengetahuan	Perilaku merokok	<i>t test independen</i>
10.	Sikap	Perilaku merokok	<i>Chi square</i>
11.	Iklan rokok	Perilaku merokok	<i>Chi square</i>

Derajat kepercayaan (*confidence interval*) pada penelitian ini sebesar 95 % dengan alpha (α) 5 % atau 0,05. Jika hasil uji statistik (*p value*) kurang dari α (0,05) maka H_a diterima atau dapat dikatakan ada hubungan antara dua variabel tersebut dan begitu juga sebaliknya.

4.10.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah mengolah data hasil analisis bivariat dengan menghubungkan antara semua variabel independen yang berhubungan berdasarkan hasil uji bivariat dengan variabel dependen. Hasil analisis ini akan memberikan gambaran hubungan semua variabel independen dengan variabel dependen. Hasil uji ini juga memberikan informasi variabel independen yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen.

Penelitian ini menggunakan uji statistik regresi logistik berganda karena variabel-variabel yang dianggap berhubungan terdiri dari banyak variabel (11 variabel) dimana variabel dependennya bersifat kateorik dikotom. Alasan lain memakai uji tersebut yaitu sesuai dengan tujuan penelitian, selain untuk mengidentifikasi penelitian ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi faktor paling dominan yang berhubungan dengan perilaku merokok (variabel dependen).

Penelitian ini juga merupakan penelitian pendahuluan bagi penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan perilaku merokok sehingga tiap variabel dianggap penting untuk memprediksi kejadian perilaku merokok (variabel dependen). Merujuk pada alasan diatas, maka uji statistik penelitian ini yaitu menggunakan uji statistik regresi logistik berganda dengan model prediksi.

Peneliti melakukan langkah-langkah uji statistik regresi logistik berganda dengan model prediksi sebagai berikut :

1. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Namun bisa saja $p \text{ value} > 0,25$ tetap diikutkan ke multivariat bila variabel tsb secara substansi penting. Hasil uji tersebut didapatkan variabel umur dan harga diri tidak masuk dalam pengujian multivariat karena mempunyai $p \text{ value} > 0,25$. Variabel yang masuk dalam pengujian multivariat yaitu variabel pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh teman sebaya, stres, pengetahuan bahaya rokok, sikap, dan iklan rokok.
2. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan mempertahankan variabel yang mempunyai $p \text{ value} < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang $p \text{ valuenya} > 0,05$. Pengeluaran variabel tidak serentak semua yang $p \text{ valuenya} > 0,05$, namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai $p \text{ value}$ terbesar. Hasil pengujian pertama didapatkan variabel iklan rokok, stres, dan penghasilan orang tua tidak berhubungan sehingga harus dikeluarkan satu variabel tersebut. Variabel iklan rokok adalah variabel pertama yang dikeluarkan dari pemodelan karena memiliki $p \text{ value}$ terbesar. Lalu dilakukan pengujian kedua dan hasilnya didapatkan variabel stres dan penghasilan orang tua tetap tidak berhubungan sehingga harus dikeluarkan satu variabel lagi yaitu variabel stres karena $p \text{ value}$ lebih besar dari variabel penghasilan orang tua. Sebelum dilakukan pengujian ketiga, peneliti menghitung perubahan nilai Exp (B) pada pengujian pertama dan kedua. Hasil perhitungan tidak didapatkan perubahan nilai Exp (B) pada semua variabel dalam pemodelan lebih dari 10 % sehingga dilakukan pengujian ketiga. Hasil

pengujian ketiga didapatkan variabel penghasilan orang tua tidak berhubungan sehingga variabel tersebut dikeluarkan. Peneliti menghitung kembali perubahan nilai Exp (B) dan hasilnya tidak ada yang melebihi 10 % sehingga dilakukan pengujian keempat. Hasil pengujian keempat didapatkan semua variabel dalam pemodelan (pendidikan orang tua, penguruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh teman sebaya, pengetahuan bahaya rokok, dan sikap) berhubungan sehingga tidak perlu pengeluaran variabel. Sebelum peneliti menyatakan model ini fit, peneliti kembali melakukan penghitungan perubahan nilai Exp (B) dan hasilnya terjadi perubahan lebih dari 10 % nilai Exp (B) pada variabel pendidikan orang tua sehingga variabel penghasilan orang tua harus dimasukkan lagi ke dalam pemodelan. Dengan demikian, peneliti menyatakan bahwa hasil pengujian ketiga adalah pemodelan fit pada uji multivariat dalam penelitian ini.

3. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model. Peneliti memutuskan menguji interaksi antara variabel pengaruh orang tua dengan pengaruh saudara dan variabel sikap dengan pengetahuan bahaya rokok. Hasil uji interaksi tidak didapatkan adanya interaksi antara variabel pengaruh orang tua dengan pengaruh saudara dan variabel sikap dengan pengetahuan bahaya rokok. Dengan demikian pemodelan pada pengujian ketiga merupakan pemodelan akhir uji statistik multivariat.

Variabel yang masuk dalam uji statistik multivariat dapat dilihat pada tabel 4.4 :

Tabel 4.4
 Analisis Multivariat Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada
 Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan
 Juni Tahun 2012

No.	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji statistik
1.	Pendidikan orang tua	Perilaku merokok	<i>Regresi logistik berganda</i>
2.	Penghasilan orang tua		
3.	Pengaruh orang tua		
4.	Pengaruh saudara		
5.	Pengaruh teman sebaya		
6.	Stres		
7.	Pengetahuan		
8.	Sikap / Keyakinan		
9.	Iklan rokok		

Penentuan variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku merokok dilihat dari nilai OR (*Odd Ratio*) pada kolom eksponen B (*Exp B*) output Software berbasis komputer. Semakin besar nilai eksponen B, maka semakin pengaruhnya terhadap perilaku merokok.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan memaparkan hasil penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah provinsi Kalimantan Selatan. Pengambilan data dilaksanakan mulai tanggal 23 Mei sampai dengan 11 Juni 2012 pada 7 buah institusi perguruan tinggi keperawatan program diploma III keperawatan.

5.1 Analisis Univariat

Berikut disajikan data hasil analisis univariat pada penelitian ini yang meliputi faktor pemodifikasi, sikap / keyakinan, isyarat bertindak, dan status merokok pada mahasiswa keperawatan program Diploma III di wilayah provinsi Kalimantan Selatan.

5.1.1 Faktor Pemodifikasi

Faktor pemodifikasi pada HBM merupakan kumpulan beberapa variabel yang mempengaruhi individu melakukan tindakan / perilaku tertentu. Pada penelitian ini faktor pemodifikasi meliputi variabel demografi yaitu umur, pendidikan orang tua, penghasilan orang tua; variabel sosiopsikologi yaitu pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh teman sebaya, status stres, harga diri; variabel struktur yaitu pengetahuan bahaya rokok. Berikut disajikan dalam tabel 5.1 hasil pengumpulan data pada variabel-variabel tersebut.

5.1.1.1 Variabel Demografi

Tabel 5.1
Distribusi Umur Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan Juni Tahun 2012 (n = 252)

Faktor Pemodelifikasi	Median	Standar Deviasi	Min-Maks
Umur	20	1,152	18 – 24

Tabel 5.1 menampilkan umur median responden sebesar 20 tahun dengan standar deviasi sebesar 1,152 tahun. Rentang umur antara 18 – 24 tahun yaitu umur yang paling muda adalah 18 tahun dan paling tua 24 tahun.

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Orang Tua, Penghasilan Orang Tua Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan Juni Tahun 2012 (n = 252)

No.	Faktor Pemodelifikasi	Frekuensi	Persentase
1.	Tingkat Pendidikan Orang Tua		
	Dasar	66	26
	Lanjutan	186	74
	Jumlah	252	100
2.	Penghasilan Orang Tua		
	< Rp. 1.225.000	70	27,7
	≥ Rp. 1.225.000	182	72,3
	Jumlah	252	100

Tabel 5.2 memaparkan sebagian besar (74 %) orang tua mahasiswa mempunyai tingkat pendidikan lanjutan. Perbandingan tingkat pendidikan ini cukup besar yaitu tingkat pendidikan lanjutan hampir 4 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan tingkat pendidikan dasar.

Penghasilan orang tua mahasiswa lebih dari UMR lebih besar dibandingkan dengan kurang dari UMR. Perbandingan yang lebih dari UMR hampir 3 kali lipat dari yang kurang dari UMR.

5.1.1.2 Variabel Sosiopsikologi

Variabel sosiopsikologi terdiri dari stres, harga diri, pengaruh orang tua, saudara, dan teman sebaya.

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Status Stres, dan Harga Diri Mahasiswa Keperawatan
Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan
Juni Tahun 2012 (n = 252)

No.	Faktor Pemodifikasi	Frekuensi	Persentase
1.	Status Stres		
	Tidak stres	197	78,2
	Stres	55	21,8
	Jumlah	252	100
2.	Harga Diri		
	Harga diri rendah	5	2,0
	Harga diri tinggi	247	98,0
	Jumlah	252	100

Tabel 5.3 menampilkan sebanyak 21,8 % mahasiswa menyatakan bahwa dirinya mengalami stres. Persentasi ini masih jauh lebih kecil jika dibandingkan dengan mahasiswa yang tidak mengalami stres. Perbandingan antara mahasiswa yang mengalami stres dengan tidak stres sekitar 1 : 3.

Rata-rata mahasiswa mempunyai harga diri tinggi / normal. Hanya 5 orang atau 2 % yang melaporkan mempunyai harga diri rendah (HDR).

Variabel pengaruh orang tua, pengaruh saudara, dan pengaruh teman sebaya. Tabel 5.4 menyajikan hasil pengumpulan data pada variabel-variabel tersebut.

Tabel 5.4
Distribusi Pengaruh Orang Tua, Pengaruh Saudara, dan Pengaruh Teman Sebaya
Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan
Juni Tahun 2012 (n = 252)

No.	Faktor Pemodifikasi	Mean	Mean / Item	Standar Deviasi	Min-Maks
1.	Pengaruh Orang Tua	7,54	1,885	2,547	4 – 15
2.	Pengaruh Saudara	5,41	1,353	2,160	4 – 14
3.	Pengaruh Teman Sebaya	11,30	2,259	3,188	5 – 20

Pengaruh orang tua pada tabel 5.4 memaparkan mean sebesar 7,54. Ini berarti nilai pengaruh orang tua terhadap perilaku merokok rata-rata sebesar 7,54. Nilai terendah dari pengaruh ini adalah 4 dan yang tertinggi 15. Standar deviasi sebesar 2,547 memperlihatkan bahwa rentang nilai tiap responden cukup besar. Mean per item pertanyaan sebesar 1,885 yang berarti rata-rata responden menjawab pertanyaan antara nilai 1 dan 2 pada skala likert sehingga dapat dikatakan pengaruh orang tua sedikit rendah.

Pengaruh saudara pada tabel 5.4 menampilkan mean sebesar 5,41 dan median 5. Ini berarti bahwa nilai pengaruh saudara terhadap perilaku merokok rata-rata sebesar 5,41. Nilai terendah dari pengaruh ini sebesar 4 dan yang tertinggi 14. Mean per item pertanyaan sebesar 1,353 yang berarti rata-rata responden menjawab pertanyaan antara nilai 1 dan 2 pada skala likert sehingga dapat dikatakan pengaruh saudara cukup rendah.

Variabel pengaruh teman sebaya dapat dilihat pada tabel 5.4 bahwa responden rata-rata sebesar 11,30 dengan median sebesar 11. Ini berarti bahwa nilai pengaruh teman sebaya terhadap perilaku merokok rata-rata sebesar 11,30. Nilai terendah dari pengaruh ini sebesar 4 dan yang tertinggi 14. Standar deviasi umur sebesar 3,188. Mean per item pertanyaan sebesar 2,259 yang berarti rata-rata responden menjawab pertanyaan antara nilai 2 dan 3 pada skala likert yang berarti bahwa pengaruh teman sebaya cukup tinggi.

5.1.1.3 Variabel Struktur

Tabel 5.5
Distribusi Pengetahuan Tentang Bahaya Rokok Mahasiswa Keperawatan
Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan
Juni Tahun 2012 (n = 252)

Faktor Pemodelifikasi	Mean	Mean/Item	Standar Deviasi	Min-Maks
Pengetahuan Bahaya Rokok	4,66	0,777	1,288	0 – 6

Tabel 5.5 dapat diketahui rata-rata pengetahuan responden terhadap bahaya rokok sebesar 4,66. Nilai minimal dan maksimal dengan rentang 0 – 6, Standar deviasi sebesar 1,228. Mean per item pertanyaan sebesar 0,777 yang berarti rata-rata responden menjawab pertanyaan antara nilai 0 dan 1 dimana nilai maksimal per item pertanyaan 1 dan minimal 0 sehingga dapat dikatakan pengetahuan bahaya rokok responden tinggi.

5.2.2 Sikap / keyakinan

Sikap / keyakinan pada model HBM ditampilkan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Sikap / Keyakinan Terhadap Perilaku Merokok Mahasiswa
Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan
Juni Tahun 2012 (n = 252)

Sikap / Keyakinan	Frekuensi	Persentase
Sikap		
a. Tidak mendukung merokok	137	54,4
b. Mendukung merokok	115	45,6
Jumlah	252	100

Tabel 5.6 menampilkan sikap tidak mendukung (45,6 %) terhadap perilaku merokok masih sedikit lebih besar dibandingkan sikap yang mendukung (54,4).

5.2.3 Isyarat Bertindak

Tabel 5.7 menampilkan distribusi pengaruh iklan rokok pada responden.

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Pengaruh Iklan Rokok Mahasiswa Keperawatan
Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan
Juni Tahun 2012 (n = 252)

Isyarat Bertindak	Frekuensi	Persentase
Pengaruh Iklan Rokok		
a. Rendah	137	54,3
b. Tinggi	115	45,7
Jumlah	252	100

Tabel tersebut menampilkan pengaruh rendah iklan rokok (54,3%) masih lebih besar dari pengaruh tinggi (45,7 %).

5.2.4 Perilaku Merokok

Perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan merupakan variabel dependen pada penelitian ini. Sebaran responden berperilaku merokok akan dipaparkan pada tabel 5.8 :

Tabel. 5.8
Distribusi Frekuensi Perilaku Merokok Mahasiswa Keperawatan
Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan
Juni Tahun 2012 (n = 252)

Perilaku Merokok	Frekuensi	Persentase
Perilaku Merokok		
a. Tidak Merokok	140	55,6
b. Merokok	112	44,4
Jumlah	252	100

Tabel tersebut menampilkan nilai presentase cukup besar perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. Sebesar 44,4 % mahasiswa menyatakan dirinya perokok dan 55,6 % tidak merokok atau mantan

perokok. Perbandingan antara mahasiswa yang merokok dan tidak merokok hampir sama.

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Faktor Pemodifikasi

Tabel 5.9 akan memaparkan hasil uji statistik bivariat antara variabel independen pendidikan orang tua, penghasilan orang tua, status stres mahasiswa, dan harga diri dengan perilaku merokok.

Tabel 5.9
Analisis Hubungan Antara Faktor Pemodifikasi (Pendidikan Orang Tua, Penghasilan Orang Tua, Status Stres, dan Harga Diri) terhadap Perilaku Merokok Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan Juni Tahun 2012 (n = 252)

Faktor Pemodifikasi	Perilaku Merokok				Total		X ²	OR (95%CI)	p value
	Tidak Merokok		Merokok		n	%			
	n	%	n	%					
Pendidikan Orang Tua									
a. Lanjutan	92	36,6	94	37,3	186	73,9	9,757	0,367	0,002*
b. Dasar	48	19	18	7,1	66	26,1			
Jumlah	140	55,6	112	44,4	252	100			
Penghasilan Orang Tua									
a. ≥ Rp.1.225.000	93	37	89	35,3	182	72,3	4,641	0,511	0,031*
b. <Rp. 1.225.000	47	18,6	23	9,1	70	27,7			
Jumlah	140	55,6	112	44,4	252	100			
Status Stres									
a. Tidak stres	117	42,4	80	35,8	197	78,2	4,689	2,035	0,030*
b. Stres	23	13,2	32	8,6	55	21,8			
Jumlah	140	55,6	112	44,4	252	100			
Harga Diri									
a. Harga Diri Tinggi	138	54,8	109	43,2	147	98,0	0,064	1,899	0,658
b. Harga Diri Rendah	2	0,8	3	1,2	5	2,0			
Jumlah	140	55,6	112	44,4	252	100			

Keterangan : p value bertanda * : ada hubungan

Tabel tersebut diatas memaparkan hasil uji statistik pada variabel pendidikan orang tua menunjukkan p value 0,002 (< dari $\alpha = 0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan orang tua dengan perilaku merokok

pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,367 yang berarti tingkat pendidikan orang tua mahasiswa dengan tingkat pendidikan dasar mempunyai peluang sebesar 0,367 kali anaknya / mahasiswa berperilaku merokok dibandingkan dengan orang tua mahasiswa yang berpendidikan lanjutan atau dapat dikatakan pendidikan orang tua dasar merupakan faktor penghambat perilaku merokok.

Hasil uji statistik variabel penghasilan orang tua menunjukkan p value 0,031 ($<$ dari $\alpha = 0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara penghasilan orang tua dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,511 yang berarti penghasilan orang tua mahasiswa $<$ UMR mempunyai peluang sebesar 0,511 kali anaknya / mahasiswa berperilaku merokok dibandingkan dengan orang tua mahasiswa yang berpenghasilan \geq UMR atau dapat dikatakan penghasilan orang tua $<$ UMR merupakan faktor penghambat perilaku merokok.

Tabel 5.9 memaparkan hasil uji statistik variabel stres menunjukkan p value 0,030 ($<$ dari $\alpha = 0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara stres dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 2,035 yang berarti mahasiswa yang stres mempunyai peluang / risiko sebesar 2,035 kali berperilaku merokok dibandingkan dengan mahasiswa yang tidak stres.

Tabel 5.9 memaparkan hasil uji statistik variabel harga diri menunjukkan hasil p value 0,658 ($>$ dari $\alpha = 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara harga diri dengan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.

Tabel 5.10 menyajikan hasil analisis bivariat variabel umur, pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh teman sebaya, dan pengetahuan tentang bahaya rokok dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan pada di bawah ini

Tabel. 5.10
 Analisis Bivariat Variabel Umur responden, Pengaruh Orang Tua, Pengaruh Saudara, Pengaruh Teman Sebaya, dan Pengetahuan Tentang Bahaya Rokok Terhadap Perilaku Merokok Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan Juni Tahun 2012 (n = 252)
Group Statistics

No.	Faktor Pemodifikasi	Mean	Standar Deviasi	n	p value
1.	Umur				
	a. Tidak merokok	19,84	1,185	140	0,959
	b. Merokok	19,80	1,114	112	
2.	Pengaruh Orang Tua				
	a. Tidak merokok	7,15	2,304	140	0,008*
	b. Merokok	8,03	2,756	112	
3.	Pengaruh Saudara				
	a. Tidak merokok	4,99	1,703	140	0,001*
	b. Merokok	5,94	2,534	112	
4.	Pengaruh Teman Sebaya				
	a. Tidak merokok	10,40	2,761	140	0,000*
	b. Merokok	12,42	3,568	112	
5.	Pengetahuan Bahaya Rokok				
	a. Tidak merokok	4,84	1,136	140	0,020*
	b. Merokok	4,45	1,432	112	

Hasil analisis bivariat dinyatakan dalam tabel 5.10 bahwa p value pada variabel umur sebesar 0,959. Nilai ini $>$ dari α sebesar 0,05 sehingga H_0 gagal ditolak yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan selatan.

Hasil analisis bivariat dinyatakan dalam tabel 5.10 bahwa p value pada variabel pengaruh orang tua sebesar 0,008. Nilai ini $<$ α sebesar 0,05 sehingga H_a diterima yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengaruh orang tua responden dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan selatan.

Hasil analisis bivariat dinyatakan dalam tabel 5.10 bahwa p value pada variabel pengaruh saudara sebesar 0,001. Nilai ini $<$ α sebesar 0,05 sehingga H_a diterima

yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengaruh saudara dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan selatan.

Hasil analisis bivariat dinyatakan dalam tabel 5.10 bahwa p value pada variabel pengaruh teman sebaya sebesar 0,000. Nilai ini $< \alpha$ sebesar 0,05 sehingga H_a diterima yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengaruh teman sebaya dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan selatan.

Hasil analisis bivariat dinyatakan dalam tabel 5.10 bahwa p value pada variabel pengetahuan bahaya rokok sebesar 0,020. Nilai ini $< \alpha$ sebesar 0,05 sehingga H_a diterima yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan bahaya rokok dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan selatan.

5.3.2 Sikap / Keyakinan

Tabel 5.11 menyajikan hasil analisis bivariat variabel sikap / keyakinan berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan pada halaman berikut :

Tabel. 5.11
Analisis Bivariat Variabel Sikap / Keyakinan Terhadap Perilaku Merokok
Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan
Bulan Juni Tahun 2012 (n = 252)

Sikap / Keyakinan	Perilaku Merokok				Total		X ²	OR (95%CI)	p value
	Tidak Merokok		Merokok		n	%			
	n	%	n	%					
Sikap									
a. Tidak mendukung merokok	101	40,1	36	14,2	137	54,3	38,53	5,467 1,476 – 5,031	0,000*
b. Mendukung merokok	39	15,5	76	30,2	115	45,7			
Jumlah	140	55,5	112	44,4	252	100			

Tabel 5.11 menampilkan hasil analisis bivariat antara sikap dengan perilaku merokok. Hasil uji statistik menyatakan p value sebesar 0,000 berarti $<$ dari α

(0,05) sehingga H_a diterima yang berarti terdapat hubungan signifikan antara sikap dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan. OR sebesar 5,467 berarti sikap yang mendukung perilaku merokok mempunyai risiko 5,467 kali berperilaku merokok dibandingkan dengan mahasiswa yang mempunyai sikap tidak mendukung perilaku merokok.

5.3.3 Isyarat Bertindak

Iklan rokok merupakan variabel dari isyarat untuk bertindak pada perilaku merokok. Berikut dipaparkan hasil analisis bivariat pada tabel 5.12 di bawah ini :

Tabel. 5.12
Analisis Bivariat Iklan Rokok terhadap Perilaku Merokok Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan Juni Tahun 2012 (n = 252)

Isyarat Bertindak	Perilaku Merokok				Total		X ²	OR (95%CI)	p value
	Tidak Merokok		Merokok		n	%			
	n	%	n	%					
Iklan Rokok									
a. Rendah	86	34,2	51	20,2	137	54,4	5,710	1,905	0,017*
b. Tinggi	54	21,4	61	24,2	115	45,6		1,151-3,153	
Jumlah	140	55,6	112	44,4	252	100			

Keterangan : p value bertanda * : ada hubungan

Tabel 5.12 memperlihatkan hasil uji statistik yang menunjukkan hasil p value 0,017 (< dari $\alpha = 0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan iklan rokok dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 1,905 yang berarti iklan rokok dengan kategori tinggi mempunyai kemungkinan / risiko sebesar 1,905 kali mempengaruhi mahasiswa berperilaku merokok dibandingkan dengan iklan rokok yang rendah.

5.4 Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini menggunakan uji regresi logistik berganda. Analisis ini adalah salah satu pendekatan yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah

variabel dependen kategorik yang bersifat dikotom / *binary*. Penelitian ini menggunakan model prediksi dimana semua variabel prediktor dimasukkan sekaligus secara bersamaan dalam pengujian statistik.

Langkah-langkah uji statistik multivariat pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Seleksi variabel independen

Seleksi dilakukan dengan uji statistik bivariat yaitu menguji tiap variabel independen dengan variabel dependen (perilaku merokok). Tujuan uji ini untuk menetapkan variabel kandidat untuk masuk dalam pengujian multivariat. Tetapan nilai seleksi ini adalah 0,25. Jika hasil uji bivariat mempunyai nilai $p \leq 0,25$ maka variabel tersebut diputuskan sebagai kandidat masuk dalam pemodelan uji multivariat.

Tabel 5.13
Seleksi Variabel Independen Untuk Pengujian
Regresi Logistik Berganda

No.	Variabel Independen	P value	Kandidat
1.	Umur	0,959	Tidak memenuhi syarat
2.	Pendidikan Orang Tua	0,002*	Memenuhi syarat
3.	Penghasilan Orang Tua	0,031*	Memenuhi syarat
4.	Pengaruh Orang Tua	0,008*	Memenuhi syarat
5.	Pengaruh Saudara	0,001*	Memenuhi syarat
6.	Pengaruh Teman Sabaya	0,000*	Memenuhi syarat
7.	Status Stres	0,030*	Memenuhi syarat
8.	Harga Diri	0,658	Tidak memenuhi syarat
9.	Pengetahuan Bahaya Rokok	0,020*	Memenuhi syarat
10.	Sikap	0,000*	Memenuhi syarat
11.	Iklan Rokok	0,017*	Memenuhi syarat

Hasil seleksi ini menyatakan variabel umur dan harga diri tidak memenuhi persyaratan (kandidat) untuk masuk dalam pemodelan uji multivariat. Masing-masing variabel tersebut mempunyai p value 0,959 dan 0,658.

2. Uji statistik multivariat

Uji statistik dilakukan dengan uji multivariat dan hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.14

Tabel 5.14
Analisis Multivariat Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan DI Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan Juni Tahun 2012

Variabel	B	Wald	p value	Exp (B)	95% CI EXP(B)	
					Min	Maks
Pendidikan Orang Tua	-0,933	5,648	0,017	0,393	1,178	5,487
Penghasilan Orang Tua	-0,688	3,066	0,080	0,503	0,921	4,298
Pengaruh Orang Tua	0,158	6,084	0,014	1,171	1,033	1,328
Pengaruh Saudara	0,189	5,970	0,015	1,208	1,038	1,407
Pengaruh Teman Sabaya	0,181	12,800	0,000	1,199	1,085	1,324
Pengetahuan Bahaya Rokok	-0,428	11,153	0,001	0,652	0,507	0,838
Sikap	1,615	25,661	0,000	5,029	2,692	9,395
Konstan	-4,472	19,528	0,000	0,011		

3. Uji Interaksi antar variabel independen

Uji interaksi telah dilakukan pada variabel yang menjadi kandidat yaitu variabel pendidikan orang tua, penghasilan orang, pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh teman sebaya, status stres, pengetahuan bahaya merokok, sikap / keyakinan, dan iklan rokok. Pengujian dilakukan terhadap variabel yang dianggap berhubungan oleh peneliti yaitu variabel pengaruh orang tua dengan pengaruh saudara dan variabel pengetahuan bahaya rokok dengan sikap / keyakinan. Hasilnya tidak ada variabel yang saling berinteraksi.

4. Interpretasi hasil pengujian

Tabel 5.14 menampilkan interpretasi hasil pengujian. Hasil pengujian akhir pada analisis multivariat dapat disimpulkan yaitu variabel yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa adalah faktor pendidikan orang tua, pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh, teman sebaya, pengetahuan tentang bahaya rokok, dan sikap terhadap perilaku merokok. Faktor yang paling dominan mempengaruhi perilaku merokok adalah faktor sikap yang mempunyai nilai

$\exp(B)$ sebesar 5,029. Dengan demikian maka faktor sikap adalah prediktor paling besar mempengaruhi perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.

Persamaan model regresi logistik berganda :

$$\begin{aligned} \text{Merokok} : & -4,472 + 1,616 \text{ sikap} - 0,933 \text{ pendidikan orang tua} + 0,158 \\ & \text{pengaruh orang tua} + 0,189 \text{ pengaruh saudara} + 0,181 \\ & \text{pengaruh teman sebaya} - 0,428 \text{ pengetahuan bahaya rokok} \end{aligned}$$

Dari persamaan model regresi maka dimasukkan dalam rumus fungsi regresi logistik di bawah ini :

$$f(x) = \frac{1}{1 + e^{-\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots}}$$

$$f(\text{merokok}) = \frac{1}{1 + e^{-(-4,472 + 1,616 * 1 - 0,933 * 0 + 0,158 * 0 + 0,189 * 0 + 0,181 * 0 - 0,428 * 0)}}$$

$$f(\text{merokok}) = \frac{1}{1 + e^{(2,856)}}$$

$$f(\text{merokok}) = \frac{1}{18,39182033} = 0,054 \text{ atau } 5,4 \%$$

Jadi mahasiswa yang mempunyai sikap mendukung terhadap perilaku merokok mempunyai risiko berperilaku merokok sebesar 5,4 % setelah dilakukan kontrol terhadap variabel pendidikan orang tua, pengaruh orang tua, saudara, teman sebaya, dan pengetahuan bahaya merokok.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas tentang hasil penelitian yang mencakup hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, serta faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku merokok. Bab ini juga membahas tentang keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian pada pelayanan dan penelitian keperawatan.

6.1 Univariat

6.1.1 Faktor Pemodelifikasi

6.1.1.1 Umur

Hasil penelitian menemukan bahwa umur responden rata-rata sebesar 19,82 tahun. Jika dilihat dari umur rata-rata tersebut atau dapat dikatakan rentang umur 19 – 20 tahun, umur tersebut adalah umur seorang mahasiswa yang sedang menempuh kuliah pada tahun ke-2 ke bawah atau mahasiswa yang sedang berada pada tingkat 2 ke bawah. Tendensi umur yang menjurus ke arah populasi mahasiswa pada tingkat 1 dan 2 memang tidak dapat dihindari atau tidak dapat dikatakan ada kekeliruan saat pengambilan sampel. Hal ini disebabkan karena pada tiap sekolah jumlah kelas pada tiap tingkat tidak sama, dimana kelas pada tingkat 3 lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah kelas pada tingkat 1 dan 2.

Jika dilihat persentase jumlah penduduk berumur antara 15 – 19 tahun dan 20 – 24 tahun di wilayah provinsi Kalimantan Selatan antara laki-laki dan perempuan mempunyai perbandingan sekitar 51 % : 49 % (www.bps.go.id). Persentase laki-laki dilaporkan sedikit lebih banyak dari perempuan. Kelompok umur ini mempunyai persentase 9,11 % dan 8,85 % dari seluruh kelompok umur mulai dari 0 tahun sampai umur 95 tahun keatas. Persentase ini termasuk cukup tinggi jika dibandingkan dengan persentase rata-rata tiap kelompok umur sebesar yang hanya sebesar 5 %.

Penelitian terhadap mahasiswa keperawatan di Minnesota juga mendapatkan hasil sebaran umur responden terbanyak adalah kelompok umur 18 – 25 tahun sebesar

82,2 % (Lenz ,2008). Penelitian ini juga membagi umur responden mulai dari umur 18 tahun. Ada kesamaan karakteristik umur mahasiswa di Kalimantan Selatan dengan di kota Minnesota. *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2004) melaporkan, di Amerika Serikat prevalensi perokok paling tinggi pada masa dewasa dengan umur 18 – 24 tahun sebesar 25 % dan turun menjadi 22,7 % pada umur 45 – 64 tahun, dan 9,3 % pada masa lansia. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2007 juga melaporkan sebaran beberapa kelompok umur yang berperilaku merokok yaitu umur 10 – 14 tahun 2 %, 15 – 19 tahun 18,8 % , dan 20 – 24 tahun 32,8 %. Jika dilihat pada tiap kelompok umur tersebut maka terlihat adanya variasi yang signifikan nilai persentasi merokok.

Sebaran umur diatas termasuk dalam tahap perkembangan dewasa awal. Setiap tahap perkembangan dapat membentuk pola perilaku yang berbeda. Tahap dewasa awal yang merupakan tahap transisi dari remaja menuju dewasa awal tentu perilaku masa remaja masih dianut oleh individu. Meskipun kelompok mahasiswa telah memasuki masa dewasa awal, akan tetapi tetap terjadi perilaku mencoba bagi sesuatu hal yang baru. Pola perilaku berisiko terhadap kesehatan sering menjadi bagian dalam rangka pemenuhan kebutuhan aktualisasi. Perilaku berisiko tersebut dapat berupa peningkatan pemakaian rokok, alkohol, dan obat-obat terlarang (Kaakinen, et.al, 2010). Hal ini ditegaskan Allender dan Spradley (2004) menyatakan kelompok dewasa awal, ketika mereka sudah berada di perguruan tinggi, banyak yang tergoda bereksperimen menggunakan alkohol, merokok, dan obat terlarang.

Promosi kesehatan penting dilakukan pada kelompok umur tersebut disebabkan banyaknya risiko yang dapat terjadi akibat pola interaksi yang tidak terkontrol. Allender dan Spradley (2004) menyatakan kelompok usia dewasa awal penting bagi perawat kesehatan masyarakat untuk memberikan informasi mencapai kesehatan, karena keputusan yang dibuat tahap ini formatif mempengaruhi bagaimana klien ini menjalani sisa hidup mereka.

6.1.1.2 Pendidikan Orang Tua

Sebagian besar (74 %) orang tua mahasiswa mempunyai tingkat pendidikan lanjutan. Tingkat pendidikan lanjutan mulai dari sekolah menengah atas (SMA). Tingkat pendidikan dinyatakan tinggi karena telah melewati pendidikan sembilan tahun. Pengetahuan keluarga sangat berpengaruh terhadap pemahaman dan keterampilan dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga. Pendidikan merupakan status sosial yang sangat berhubungan dengan status kesehatan, karena pendidikan penting untuk membentuk pengetahuan dan pola perilaku (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Tingkat pendidikan orang tua ini juga dapat dilihat dari pola pikir yang maju dibuktikan ia berusaha menyekolahkan anaknya sampai ke perguruan tinggi. Keputusan ini tentu didasarkan pada pola pikir yang baik pada orang tua tersebut.

Rata-rata tingkat pendidikan penduduk Indonesia masih berada di kisaran yang sangat rendah, yaitu baru tingkat pertama SMP (edukasi.kompas.com, 2010). Laporan BPS (2010) menyatakan tingkat pendidikan lanjutan penduduk Kalimantan Selatan yang berumur antara 40 – 64 tahun sebesar 5,65 % (www.bps.go.id). Jika dibandingkan dengan persentase pendidikan lanjutan pada orang tua mahasiswa yang sebesar 74 %, maka tingkat pendidikan orang tua mahasiswa keperawatan jauh lebih besar.

Pendidikan sangatlah penting tidak hanya untuk memahami dan menyadari hal tersebut saja. Namun pendidikan juga sangat penting untuk melangkah menuju prospek ke depannya, seperti misalnya dalam masalah mata pencaharian, terutama dalam pencarian pekerjaan bagi masyarakat. Pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi pekerjaan, semakin tinggi pendidikan maka semakin besar kesempatan dalam mendapatkan pekerjaan layak.

Tingginya tingkat pendidikan orang tua menjadi dua sisi yang saling berlawanan ditinjau dari konteks pengaruh pada mahasiswa. Orang dengan mempunyai rasionalisasi dan pola pikir yang maju sehingga cenderung menghindari perilaku negatif, khususnya perilaku merusak kesehatan. Pada saat yang bersamaan, tingginya pendidikan berpeluang mendapat pekerjaan penting, sehingga

mempunyai kesibukan lebih sampai mengurangi perhatian terhadap anaknya / mahasiswa. Pola asuh dan kontrol yang lemah akibat kesibukan menjadi peluang mahasiswa untuk mencari kesenangan sendiri. Perilaku negatif mungkin menjadi salah satu bagian dari kesenangan mahasiswa.

6.1.1.3 Penghasilan Orang Tua

Tingkat penghasilan sering kali berkorelasi positif dengan tingkat pendidikan. Semakin tinggi pendidikan individu maka semakin terbuka peluang untuk menjadi seorang profesional dengan penghargaan yang cukup tinggi (Tarigan, 2006). Lebih lanjut dijelaskan, pendidikan tidak hanya bermanfaat untuk meningkatkan pendapatan melainkan juga memperbaiki kepribadian anak dan mendukung terciptanya kerukunan dalam kehidupan ber-masyarakat sehingga akan menciptakan nilai tambah ekonomi keluarga. Hasil penelitian ini melaporkan penghasilan orang tua mahasiswa lebih dari UMR (72,3 %) lebih besar dibandingkan dengan kurang dari UMR (27,7 %). Perbandingan ini mempunyai rentang yang cukup besar. Hampir 3 kali lebih banyak dari penghasilan yang kurang dari UMR.

Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) Provinsi Kalimantan Selatan (2012), rata-rata penghasilan keluarga perbulan penduduk Kalimantan Selatan yang hanya 250 ribu rupiah (www.tkpkd.org). Jika dibandingkan penghasilan orang tua mahasiswa, jumlah ini jelas sangat kecil. Tingginya penghasilan keluarga mahasiswa menjadi *support* orang tua dapat menyekolahkan anaknya hingga di bangku kuliah.

Papalia, Olds, dan Feldman (2008) menjelaskan keterkaitan antara status sosioekonomi dengan kesehatan. Orang-orang yang berpendapatan lebih tinggi mendapatkan pelayanan kesehatan lebih tinggi dan usia lebih panjang dibandingkan yang berpenghasilan lebih rendah. Golongan ini mendapatkan pola diet bergizi dan layanan kesehatan preventif serta penanganan medis yang baik.

Pada sisi lain, mahasiswa dengan orang tua berpenghasilan tinggi sering menjadi faktor terjadinya penyalahgunaan *support* yang diberikan orang tua. Uang saku yang banyak memungkinkan mahasiswa dapat leluasa memenuhi kebutuhan hidup

secara layak. Gaya hidup boros sering dilakukan akibat dari kelebihan finansial. Gaya hidup inilah yang kemudian menjadi faktor risiko mahasiswa melakukan perilaku negatif.

6.1.1.4 Pengaruh Orang Tua, Saudara, dan Teman Sebaya

Pengaruh orang tua memperlihatkan mean sebesar 7,54, saudara 5,41 dan teman sebaya sebesar 11,30. Jika dibandingkan diantara ketiga mean ini, teman sebaya mempunyai kesan potensi berpengaruh paling besar terhadap perilaku merokok. Mahasiswa sebagai individu dalam tahap transisi masa remaja menuju dewasa awal mempunyai kecenderungan lebih banyak berinteraksi dengan teman sebaya. Teman sebaya dianggap bagian dari kehidupan sosialisasi yang membawa makna tersendiri. Pada, keadaan ini, mahasiswa sering lebih mengutamakan nilai dari teman sebaya dibandingkan orang tua atau saudara.

Temuan ini dikuatkan penelitian Biraghi dan Tortorano (2009) terhadap mahasiswa keperawatan di negara Italia yang melibatkan 820 responden. Sedikitnya ditemukan mahasiswa keperawatan yang berperilaku merokok 75 % mempunyai orang tua perokok, 47 % saudara laki-laki atau perempuan merokok, dan 87 % teman sebaya merokok. Penelitian tersebut juga memiliki kesamaan karakteristik umur responden yaitu mempunyai median 21 tahun. Jika dilihat dari perbandingan persentase antara orang tua, saudara, dan teman sebaya, maka teman sebaya memiliki persentase terbesar.

Saat individu memasuki masa remaja sampai dewasa awal, terjadi perubahan nilai-nilai. Perubahan ini berhubungan dengan banyaknya waktu yang ia habiskan untuk bersosialisasi. Keinginan kuat untuk mengadakan interaksi sosial dalam upaya mendapatkan kepercayaan dari lingkungan (Shevrin, Islam, & Rey, 2009), di lain pihak ia mulai memikirkan kehidupan secara mandiri, terlepas dari pengawasan orang tua. Akibat dari proses sosialisasi yang buruk mahasiswa sering terkena dampak negatif lingkungan pergaulan. Teman sebaya menjadi tolak ukur bagaimana mahasiswa bersikap dan berperilaku.

Pada sisi lain, mahasiswa juga tidak terlepas dari lingkungan keluarga. Walaupun pada tahap ini mahasiswa sering berkumpul dengan teman sebaya, keluarga tetap

menjadi sesuatu yang penting bagi individu (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Nilai yang sudah terbentuk dalam lingkungan keluarga tetap melekat meskipun nilai-nilai baru dari teman sebaya masuk dalam jiwa mahasiswa. Orang tua tetap menjadi panutan bagi perilaku normatif mahasiswa. Apalagi jika paparan perilaku orang tua tersebut telah lama seiring dengan perkembangan mahasiswa dalam keluarga, maka pola panutan tersebut tetap kuat. Hal ini juga ditunjang dengan situasi mahasiswa yang masih belum mandiri, tergantung dengan orang tua, khususnya ketergantungan ekonomi untuk memenuhi kebutuhan kuliah. Hal juga ditegaskan Santrock (2011) bahwa masa dewasa awal adalah masa dimana ketergantungan pada masa dewasa biasanya berlanjut. Ketergantungan ini mungkin pada orangtua, lembaga pendidikan yang memberikan beasiswa sebagian atau sepenuh atau pada pemerintah karena mereka memperoleh pinjaman untuk membiayai pendidikan mereka.

6.1.1.5 Status Stres dan Harga Diri

Sebanyak 21,8 % mahasiswa menyatakan bahwa dirinya mengalami stres. Persentasi ini masih jauh lebih kecil jika dibandingkan dengan mahasiswa yang tidak mengalami stres. Perbandingan antara mahasiswa yang mengalami stres dengan tidak stres sekitar 1 : 3.

Kuliah pada bidang keperawatan biasanya sering mendapatkan keluhan stres. Jadwal kuliah yang padat dengan perubahan kurikulum yang mendasar dari sebelumnya menjadi kurikulum berbasis kompetensi (KBK). Hampir semua Akper di wilayah provinsi Kalimantan Selatan sekarang mulai menerapkan secara bertahap kurikulum tersebut. Tuntutan kurikulum tersebut dengan persyaratan rasio dosen-mahasiswa menjadikan kelompok-kelompok dalam satu kelas sehingga jam pelajaran bertambah lama. Mahasiswa diwajibkan menguasai skill-skill tertentu sehingga praktik di laboratorium juga bertambah banyak. Dengan tuntutan rata-rata 22 SKS setiap semester menjadikan waktu mahasiswa sangat padat, bahkan sering memotong waktu liburan semester untuk di pakai kuliah.

Keadaan yang membuat stres seperti ini dapat saja berdampak pada harga diri mahasiswa. Rata-rata mahasiswa mempunyai harga diri tinggi / normal. Hanya 5

orang atau 2 % yang melaporkan mempunyai harga diri rendah (HDR). Walaupun persentase mahasiswa yang mempunyai HDR sangat kecil, akan tetapi seharusnya tidak ada mahasiswa yang mempunyai HDR karena dapat menjurus pada gangguan kejiwaan.

Harga diri diperoleh melalui proses pengalaman yang terus menerus terjadi dalam diri seseorang dan terbentuk berdasarkan pada pandangan orang lain terhadap dirinya dan bagaimana individu sendiri mempersepsikan pengalaman hidupnya. Harga diri yang tinggi akan membangkitkan rasa percaya diri, ingin tahu, mandiri, percaya pada ide-idenya, menyukai tantangan-tantangan baru dan memprakarsai aktifitas yang baru dengan penuh percaya diri, mendeskripsikan dirinya secara positif dan bangga pada hasil kerjanya, cepat menyesuaikan diri dengan baik, tidak mudah frustrasi, gigih dalam mencapai suatu tujuan, dan dapat menerima kritikan. Seseorang yang harga dirinya rendah akan menggambarkan dirinya secara negatif, tidak percaya pada ide-idenya sendiri, kurang percaya diri, kurang bangga pada hasil kerjanya, kelihatan tertekan, duduk memisahkan diri dari anak yang lain, menarik diri, cepat putus asa pada saat frustrasi, dan kurang dewasa dalam menanggapi stress (Papalia, Olds & Fieldman, 2008). Kapasitas yang tidak memadai pada mahasiswa yang mengalami harga diri rendah dalam menanggapi stres akhirnya dapat membawa mahasiswa pada perilaku negatif sebagai bagian dari koping destruktif dipilihnya.

6.1.1.6 Pengetahuan Bahaya Rokok

Rata-rata pengetahuan responden terhadap bahaya rokok sebesar 4,66 dengan median sebesar 5. Nilai minimal dan maksimal dengan rentang 0 – 6. Nilai mean dan median yang mendekati nilai maksimal menunjukkan nilai pengetahuan yang relatif bagus. Standar deviasi sebesar 1,228 memperlihatkan bahwa rentang nilai tiap responden cukup kecil.

Tidak mengherankan jika rata-rata pengetahuan mahasiswa tentang bahaya merokok cukup tinggi. Hal ini merupakan bagian dari kewajiban akan peran mahasiswa kesehatan. Biasanya materi rokok juga disampaikan pada acara Program Pengenalan Kampus (PPK) waktu baru masuk kuliah. Di tambah lagi

dengan keterpaparan informasi yang tidak terbatas dan luas. Sebagian institusi telah menyediakan area *Hot Spot* dalam area kampusnya, dimana memungkinkan mahasiswa dapat mengakses informasi secara tidak terbatas. Fasilitas ini tentu sangat menunjang bagi pencarian informasi tersebut, khususnya tentang kesehatan.

Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Pengetahuan bagian dari perilaku tersebut (Bloom, 1956). Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Notoatmodjo, 2010).

6.1.2 Sikap / Keyakinan

Temuan penelitian ini melaporkan sikap mendukung (45,6 %) terhadap perilaku merokok lebih sedikit dari sikap yang tidak mendukung perilaku merokok (54,4 %). Persentase ini dapat dikatakan hampir berimbang. Jika di dibandingkan dengan prevalensi merokok, hasil ini tidak jauh berbeda. Kesan adanya kesamaan antara sikap yang mendukung perilaku merokok dengan prevalensi merokok dapat dilihat dari persentase kedua variabel tersebut yaitu 45,6 % dengan 44,4 %.

Variabel sikap merupakan variabel komposit (gabungan) dari *susceptibility, severity, threat, benefit, barrier, dan self efficacy*. Nilai ini relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan beberapa elemen yang mendasarinya. Untuk sub-variabel sikap yang paling tinggi nilai mean adalah *barrier* / hambatan sebesar 3,212. Ini berarti sebagian besar responden merasa banyak menemui hambatan ketika ia akan merokok atau hambatan untuk merokok lebih besar dari manfaat merokok, kerentanan berperilaku merokok, keseriusan bahaya yang dapat ditimbulkan akibat merokok, ancaman kesehatan akibat merokok, dan keyakinan diri untuk melakukan tindakan / perilaku merokok. Walaupun sub-variabel hambatan mempunyai nilai paling besar, secara umum, nilai tiap sub-variabel tidak mempunyai perbedaan yang mencolok atau relatif hampir sama.

La Pierre dalam Azwar (2003) memberikan definisi sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri

dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan. Sikap juga sering dikatakan sebuah perilaku tersembunyi (*covert behavior*) (Notoatmodjo, 2010) sehingga sikap mempunyai pengaruh langsung terhadap perilaku. Pengaruh langsung sikap terhadap perilaku lebih berupa predisposisi perilaku yang akan direalisasikan secara aktual hanya apabila kondisi dan situasi memungkinkan.

6.1.3 Isyarat Bertindak

Pengaruh iklan rokok rendah (54,3 %) relatif lebih besar dibandingkan dengan pengaruh iklan rokok tinggi (45,7 %) tetapi secara umum perbedaan antara tersebut tidak mempunyai perbedaan yang signifikan. Selisih perbandingan antara pengaruh iklan rendah dengan tinggi hanya sebesar 8,6 %. Kesan dari nilai ini adalah bahwa tidak ada perbedaan dalam hal perilaku merokok mahasiswa yang terpapar iklan rendah dan tinggi. Jika dikomparasi angka nilai pengaruh tinggi iklan rokok (45,7 %), nilai ini tidak jauh berbeda dengan angka prevalensi merokok mahasiswa (44,4 %). Dapat dimungkinkan semua mahasiswa yang masuk dalam pengaruh iklan tinggi semuanya perokok. Penelitian Komnas Perlindungan Anak tahun 2007 didapatkan sekitar 91,7 % remaja berusia 13-15 tahun mulai merokok akibat pengaruh iklan.

Penayangan iklan rokok di berbagai media massa terus mengalami peningkatan. Sebelum tahun 1990, Indonesia telah melarang semua iklan rokok melalui televisi. Sejak larangan terhadap iklan di TV dicabut pada tahun 1990, hampir tidak ada pembatasan untuk mengiklankan tembakau di Indonesia. Dalam peraturan yang ada sekarang (PP 19/2003) hanya iklan pada siang hari yang dilarang yaitu dari jam 05.00 pagi sampai 21.30. Meskipun peraturan itu tergolong longgar namun ditemukan terjadi banyak pelanggaran oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM), Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia, Komisi Penyiaran Indonesia (KPI) dan Komnas Perlindungan Anak (KPA) (Komnas Anak, 2008).

Badan Pengawas Obat dan Makanan sebagai lembaga yang turut serta mengawasi penayangan iklan rokok menilai pelanggaran-pelanggaran industri rokok yang melakukan periklanannya tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku. Rincian

pelanggaran tersebut yaitu 53,93% dari 1780 iklan rokok media cetak, 68,26 % dari 9230 iklan rokok media elektronik, 44,92 % dari 3239 iklan rokok media luar ruang. (Laporan BPOM, 2006). Pelanggaran–pelanggaran penyiaran ini sangat berpotensi untuk bertambah lagi pada tahun-tahun mendatang. Sampai hari ini belum pernah adanya sanksi bagi produsen rokok dan media massa yang melanggar sistem penyiaran tersebut.

6.1.4 Perilaku Merokok

Sebesar 44,4 % mahasiswa menyatakan dirinya perokok. Angka ini dapat dijadikan angka prevalensi regional. Walaupun mahasiswa yang merokok relatif lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak merokok, namun presentasi tersebut masih cukup besar jika dibandingkan dengan prevalensi perokok di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 30,5 % dan prevalensi nasional 34 % (Risksedas, 2007). Ini dapat diartikan bahwa mahasiswa keperawatan lebih banyak merokok dibandingkan dengan masyarakat umum di wilayah Kalimantan Selatan. Ini merupakan sesuatu hal yang luar biasa.

Durmaz dan Ustun (2005) melaporkan penelitian terhadap 4.165 mahasiswa keperawatan pada 11 institusi pendidikan tinggi keperawatan di Turki. Temuan studi ini didapatkan 29,2 % prevalensi merokok. Prevalensi ini masih lebih kecil dibandingkan dengan prevalensi mahasiswa keperawatan di provinsi Kalimantan Selatan. Jika dilihat dari tipe negara, karakteristiknya tidak jauh berbeda dengan negara Indonesia, sehingga prevalensi merokok di Indonesia, khususnya pada kalangan mahasiswa keperawatan di Kalimantan Selatan.

Angka prevalensi penelitian ini akan semakin ekstrim jika dibandingkan dengan negara Senegal yang mempunyai angka prevalensi hanya sebesar 15 % perokok laki-laki mahasiswa keperawatan (*Global Health Professions Student Survey (GHPSS)*, 2007). Padahal jika dilihat dari karakteristik negara tersebut, masih lebih maju negara Indonesia. Beberapa laporan WHO menyatakan bahwa prevalensi merokok negara miskin lebih besar dibandingkan dengan negara berkembang atau maju. Perbedaan yang sangat signifikan ini lebih kontras lagi

jika dibandingkan dengan negara Uganda yang hanya sebesar 3,3 % mahasiswa keperawatan yang merokok.

Prevalensi merokok yang tinggi pada kalangan mahasiswa keperawatan di Provinsi Kalimantan Selatan tidak terlepas dari kontribusi pemerintah dan masyarakat. Kebijakan yang longgar dari pemerintah menjadikan rokok bisa dibeli dimana, kapan, dan oleh siapa saja. Tidak ada pembatasan bagi kelompok umur tertentu untuk membeli rokok dan penayangan iklan rokok, khususnya di media cetak. Peneliti menemukan hampir semua lapangan olahraga Basket pada setiap kabupaten bertuliskan iklan rokok.

Dalam tradisi kebudayaan masyarakat di Kalimantan Selatan, rokok merupakan salah satu atribut bagi kaum laki-laki dan menjadi perlengkapan dalam setiap acara hajatan, khususnya acara perkawinan. Rokok hampir dapat dikatakan wajib harus disediakan bagi panitia acara hajatan tersebut. Sering terjadi proses ajakan merokok pada situasi ini dimana sering terlihat beberapa individu menawarkan rokok kepada individu lain yang belum / tidak merokok atau pada anak remaja.

Karakteristik mahasiswa di Kalimantan Selatan termasuk mahasiswa yang mudah diajak oleh teman sebaya. Temuan data penelitian menyebutkan mayoritas responden (98,8 %) menyatakan mempunyai teman perokok. Pada item pernyataan “teman mengajak merokok” juga banyak ditemukan yaitu selalu 12,7 %, sering 30,6 %, kadang-kadang 41,3 %, hanya 15,4 % yang menyatakan tidak pernah diajak teman.

Tingginya angka prevalensi merokok semakin menegaskan kelompok mahasiswa adalah kelompok risiko berperilaku merokok. Risiko merokok ini merupakan risiko gaya hidup (*life style risk*). Banyaknya teman sebaya yang merokok sehingga membuat paparan perilaku ini semakin kuat dan akhirnya perilaku merokok merupakan perilaku yang normal pada mahasiswa laki-laki.

6.2 Bivariat

6.2.1 Hubungan antara umur dengan perilaku merokok

Umur dalam perspektif psikologi mempunyai kaitan erat dengan kecenderungan individu berperilaku tertentu. Umur merupakan indikator utama dalam tahap perkembangan pada rentang kehidupan individu (Santrock, 2011). Tiap tahap perkembangan, individu mempunyai kecenderungan mengadopsi pola perilaku tertentu sesuai dengan atensi personal yang juga dipengaruhi oleh kematangan kognitif dan faktor lingkungan. Perilaku merokok yang dipaparkan lingkungan keluarga dan pergaulan teman sebaya sangat memungkinkan menjadi stimulan kuat menciptakan atensi personal. Lenz (2008) menyatakan adanya hubungan bermakna antara umur dengan perilaku merokok. Beberapa hasil survey juga melaporkan adanya tendensi pada kelompok umur tertentu berperilaku merokok, khususnya pada kaum muda.

Hasil penelitian ini menyatakan tidak ada hubungan antara umur dengan perilaku merokok (p value 0,959). Secara statistik, ini berarti tidak ada tendensi umur tertentu terhadap mahasiswa yang berperilaku merokok atau dapat dikatakan bahwa mahasiswa yang berperilaku merokok tersebar merata pada tiap variasi umur responden. Fenomena ini terjadi jika prevalensi merokok di kalangan mahasiswa, khususnya mahasiswa keperawatan cukup tinggi. Sebesar 44,4 % ditemukan prevalensi merokok pada mahasiswa keperawatan. Bahkan jika di komparasi dengan prevalensi merokok pada penduduk provinsi Kalimantan Selatan (34 %), prevalensi ini jauh lebih besar.

Alasan lain mengapa umur tidak berhubungan dengan perilaku merokok dapat dilihat dari kecilnya rentang umur pada penelitian ini. Seperti yang telah dituliskan dalam bab metode penelitian, rentang / *range* umur yang diinginkan adalah 18 – 24 tahun. Kecilnya rentang ini menyebabkan kecilnya variasi umur pada responden atau dapat dikatakan sebaran umur responden homogen sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya tendensi mahasiswa yang berperilaku merokok pada kelompok umur tertentu.

Jika dibandingkan dengan penelitian Lenz (2008) yang menyatakan adanya hubungan umur dengan perilaku merokok, terdapat perbedaan karakteristik, dimana penelitian tersebut mempunyai rentang umur yang sangat lebar mulai dari 18 tahun sampai 46 tahun dan dikategorikan dalam 5 kelompok umur. Umur pada penelitian hanya mencakup satu kelompok umur yaitu hanya pada umur dewasa awal. Hal ini jika ditinjau dari sudut tumbuh kembang individu, maka mempunyai kecenderungan perilaku yang tidak jauh berbeda. Atau dapat dikatakan kelompok umur tersebut adalah homogen.

6.2.2 Hubungan antara pendidikan orang tua dengan perilaku merokok

Temuan lain pada penelitian ini adanya hubungan yang signifikan antara pendidikan orang tua dengan perilaku merokok (p value 0,002). Hasil ini sejalan dengan penelitian Rafeah, dkk (2007) yang menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan orang tua dengan perilaku merokok. Brown, Palmersheim, dan Glysch (2008) juga menegaskan adanya hubungan tersebut.

Tingkat pendidikan formal dapat dikaitkan dengan kemampuan kognitif individu. Kemampuan kognitif ini akan membentuk pola pikir yang merupakan kemampuan melakukan rasionalisasi ketika menghadapi keadaan tertentu dalam kehidupan. Kemampuan kognitif ini dapat berkembang menurut umur atau melalui pendidikan yang selalu menstimulasi individu untuk senantiasa mengembangkan kemampuan berfikir sistematis. Tingkat kognitif pada orang paruh baya, seperti orang tua yang mempunyai anak dewasa awal sedang berada dalam kondisi puncak (Papalia, Olds, & Fieldman, 2010). Kemampuan berfikir rasional ini memungkinkan individu lebih mengutamakan hal positif, terutama dalam menerapkan pola asuh terhadap anak-anaknya. Data hasil tabulasi penelitian ini menegaskan bahwa orang tua responden yang memberi penjelasan tentang bahaya rokok sebesar 36,1 % mengaku sering memberikan penjelasan. Angka presentasi ini adalah nilai terbesar dari jawaban lain (selalu 16,7 %, kadang-kadang 30,2 %, dan tidak pernah 17,1 %).

Soteriades dan Difranza (2003) melaporkan penelitian di Massachusetts terhadap 1308 remaja bahwa adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan

orang tua dengan status merokok orang tua (ayah dan ibu) dimana semakin rendah tingkat pendidikan orang tua maka semakin besar risiko orang tua tersebut untuk merokok. Perilaku orang tua yang merokok ini pada kelanjutannya menjadi stimulan mahasiswa untuk merokok.

Temuan menarik dilaporkan pada penelitian ini, nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,367 yang berarti pendidikan orang tua mahasiswa tingkat dasar mempunyai peluang sebesar 0,367 kali anaknya / mahasiswa berperilaku merokok dibandingkan dengan orang tua mahasiswa yang berpendidikan lanjutan. Nilai OR yang kurang dari satu dapat diartikan tingkat pendidikan dasar pada orang tua mahasiswa menghambat perilaku merokok dibandingkan dengan tingkat pendidikan lanjutan. Dapat juga diartikan, orang tua berpendidikan tinggi mempunyai kecenderungan lebih besar anaknya berperilaku merokok dibandingkan dengan orang tua berpendidikan rendah.

Bagi mahasiswa perokok yang sudah masuk dalam tahap kecanduan rokok, rasionalisasi tidak begitu berarti, nasehat orang tua mungkin tidak begitu berpengaruh pada pembentukan sikap terhadap perilaku merokok. Sukendro (2007) menyatakan sebagai seorang perokok tidak harus berhenti merokok untuk menjaga badan tetap sehat, hanya perlu pengaturan. Ungkapan seperti ini menandakan informasi tentang rokok bagi para pecandu rokok sudah tidak begitu dihiraukan mahasiswa. Penelitian Kestila, et.al (2006) yang bertujuan ingin melihat pengaruh pendidikan orang tua terhadap perilaku merokok harian pada dewasa awal menyatakan adanya hubungan negatif yang kuat. Bagi perokok harian dewasa awal, pendidikan orang yang tinggi lebih berisiko untuk merokok pada anaknya dibandingkan dengan dengan pendidikan rendah.

Jika dikomparasi dengan penelitian ini, maka terdapat kesamaan dengan penelitian Kestila et.al (2006) yaitu jenis responden. Responden sama-sama berada dalam tahap perkembangan dewasa awal. Rata-rata sebaran umur responden sebesar 20 tahun. Hal ini berbeda dengan penelitian Soteriades dan Difranza (2003) yang memfokuskan pada responden remaja.

Karakteristik keluarga di Kalimantan Selatan, pendidikan orang rendah cenderung lebih kooperatif dalam melakukan sesuatu. Misalnya jika diundang dalam penyuluhan kesehatan maka lebih banyak hadir dari golongan mereka. Ini menandakan tingkat partisipatif golongan tersebut lebih tinggi. Selain itu, golongan ini lebih mudah menerima informasi ketika petugas kesehatan memberikan penjelasan tentang kesehatan. Mereka terlihat lebih antusias menerima petugas dan memperhatikan saat kegiatan dilakukan termasuk saat kunjungan rumah.

6.2.3 Hubungan antara penghasilan orang tua dengan perilaku merokok

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara penghasilan orang tua dengan perilaku merokok pada mahasiswa (p value 0,031). Sejalan dengan penelitian Gorin dan Schnoll (2006) yang menyatakan status ekonomi keluarga berhubungan dengan perilaku merokok.

Teori tentang lingkaran kemiskinan akibat merokok pada negara miskin dan berkembang yang menyatakan perokok lebih banyak dilakukan oleh keluarga miskin. Seperti yang telah dilaporkan oleh TCSC-IAKMI (2008) perokok lebih banyak pada keluarga dengan penghasilan rendah dan menengah dibandingkan dengan penghasilan tinggi. Blow, Leicester, dan Windmeijer (2005) pada sebuah penelitian di Inggris melaporkan bahwa peningkatan status ekonomi keluarga tidak berkorelasi dengan perilaku merokok di kalangan anak muda.

Richardson (2001) melaporkan hasil studi yang dilakukan di negara Inggris bahwa perilaku merokok cenderung dilakukan pada keluarga dengan pendapatan rendah. Hal ini disebabkan oleh karena pengaruh orang tua, lingkungan sosial; ketidakamanan ekonomi; isolasi dan stres, gangguan kesehatan psikologis dan fisik, kurangnya optimisme dan harga diri. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa kemungkinan menjadi perokok secara signifikan meningkat tidak hanya bagi keluarga yang mempunyai penghasilan rendah, tetapi juga untuk mereka yang tinggal di kontrakan, keterbatasan akomodasi, tidak punya alat transportasi, pengangguran, dan lingkungan padat. Lingkungan yang buruk menjadi sumber, norma masyarakat yang kuat tentang perilaku merokok, dan kesempatan terbatas

untuk istirahat dan rekreasi menstimulasi individu untuk merokok sebagai salah satu cara adaptasi kontra produktif.

Seperti yang telah disebutkan terdahulu, kebutuhan akan rekreasi pada keluarga berpendapatan rendah juga berkontribusi pada adopsi perilaku merokok secara permanen. Ketika mahasiswa memiliki uang relatif sedikit, maka 10 batang rokok adalah kenikmatan murah dalam jangka pendek dan dengan mudah dapat dilihat sebagai pilihan rasional dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam jangka panjang, rokok sangat mahal dari segi ekonomi dan kesehatan yang kemudian akan berujung pada memburuknya ketahanan ekonomi keluarga.

Beberapa bukti juga dipaparkan dalam penelitian di negara Skotlandia, Remaja dan dewasa awal dari keluarga berpenghasilan rendah sangat mungkin untuk terpengaruh untuk merokok. Pola kehidupan keras dipenuhi sumber-sumber stres dari setiap penjuru kehidupan membuat tekanan psikologis berkepanjangan. Ajakan merokok dapat dianggap sebagai ajakan yang sangat persuasif dan sulit untuk ditolak sehingga merokok sudah menjadi sebuah perilaku normatif di kalangan mereka. Pada orang dewasa, merokok telah terbukti mengikuti pola gradien sosial ekonomi, dan lebih terkonsentrasi dari latar belakang sosial ekonomi rendah.

Temuan pada penelitian ini menyatakan rasionalisasi terbalik akibat hubungan tersebut. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 0,511 yang berarti penghasilan orang tua mahasiswa kurang dari UMR mempunyai peluang sebesar 0,511 kali anaknya / mahasiswa berperilaku merokok dibandingkan dengan orang tua mahasiswa yang berpenghasilan lebih dari UMR. Artinya penghasilan orang tua $<$ UMR menghambat perilaku merokok dibandingkan dengan $>$ UMR. Dapat juga dikatakan memiliki banyak uang membuat risiko lebih besar mahasiswa untuk berperilaku merokok daripada yang mempunyai uang sedikit / terbatas.

Rasionalisasi sederhana dapat menjadi alasan kejadian ini. Semakin besar penghasilan orang tua semakin besar pula kemungkinan mahasiswa mendapat uang saku lebih banyak. Mempunyai uang banyak tentu pengeluaran untuk membeli rokok tidak begitu difikirkan. Mahasiswa lebih leluasa mengeluarkan

uang, bahkan pada hal yang tidak begitu penting sekalipun. Kadang juga ditemui adanya perilaku merokok pada kalangan sosial ekonomi tinggi, seringkali tidak diungkapkan ketika dilakukan survei tentang perilaku merokok. Hasil penelitian Edoka (2011), hubungan antara pendapatan orang tua dan kurangnya pelaporan perilaku merokok mempunyai korelasi positif, yang berarti bahwa dengan meningkatnya pendapatan rumah tangga, kemungkinan kurangnya partisipasi pelaporan perilaku merokok terjadi peningkatan. Probabilitas tidak melaporkan perilaku merokok ini akan meningkat sekitar 12 % ketika tinggal di rumah milik orang tua mereka. Alasan ini mungkin masuk akal mengingat remaja yang tinggal di rumah di mana merokok tidak diizinkan. Perilaku merokok sering dianggap perilaku sangat negatif bagi norma keluarga dengan tingkat sosial ekonomi tinggi.

Bagi mahasiswa dengan orang tua berpenghasilan rendah, kuliah merupakan kesempatan luar biasa yang tidak boleh disia-siakan. Kesadaran akan kesempatan yang tidak banyak dimiliki oleh orang lain, khususnya bagi keluarga yang berpenghasilan pas-pasan membuat mereka konsentrasi untuk tetap kuliah dan dapat menyelesaikannya dengan tepat waktu. Penghematan, sebagai bagian dari strategi utama untuk tetap kuliah merupakan bagian terpenting dari strategi mereka. Pengeluaran pada hal yang dianggap pemborosan termasuk membeli rokok termasuk kegiatan yang harus dihindari mereka. Hal ini karena uang, biaya kuliah adalah elemen terpenting bagi keberlangsungan kuliah itu sendiri. Strategi ini lebih intensif lagi dilakukan karena biaya kuliah di institusi keperawatan lebih tinggi 2 sampai 4 kali lipat dibandingkan dengan bidang keilmuan lain.

6.2.4 Hubungan antara pengaruh orang tua dengan perilaku merokok

Hasil analisis bivariat didapatkan p value pada variabel pengaruh orang tua sebesar 0,008. Nilai ini $< \alpha$ sebesar 0,05 sehingga H_0 ditolak atau H_a diterima yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengaruh orang tua responden dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan selatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Volkom (2008); Biraghi dan Tortorano (2009) yang menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara orang tua, saudara kandung, dan teman sebaya terhadap perilaku merokok.

Penelitian yang dilakukan Rodríguez, et.al, (2011) juga menyatakan adanya hubungan antara status merokok orang tua dengan perilaku merokok pada anaknya. Anak yang tinggal dengan orang tua perokok mempunyai kemungkinan 15 % lebih tinggi dibandingkan dengan yang tinggal dengan orang tua bukan perokok.

Orang tua adalah panutan bagi kaum muda dan merupakan sumber utama dari sosialisasi primer. Pengaruh mereka sangat penting, terutama pada fase pematangan rasionalisasi anak. Edoka (2011) memaparkan, survei menunjukkan bahwa anak hampir tiga kali lebih mungkin menjadi perokok jika kedua orang tua mereka merokok dibandingkan dengan orang tua tidak perokok yaitu 16% berbanding 6%. Survei ini juga melaporkan penurunan yang signifikan jumlah anak yang merokok ketika model peran orang tua menjadi berkurang, misalnya orang tua memberi nasehat untuk tidak merokok atau berhenti merokok.

Temuan pada penelitian ini juga melaporkan lebih dari separuh (51,2 %) responden melaporkan orang tua mereka merokok. Kondisi ini kian mempertegas adanya hubungan positif antara perilaku merokok orang tua dengan anak (mahasiswa). Meskipun juga dilaporkan frekuensi yang cukup besar (selalu 16,7 %, sering 36,1 %) orang tua memberi penjelasan kepada mahasiswa tentang bahaya rokok, prevalensi merokok tetap tinggi. Ini berarti perbuatan lebih menjadi panutan / model dari nasehat atau kata-kata.

6.2.5 Hubungan antara pengaruh saudara dengan perilaku merokok

Saudara merupakan bagian dari keluarga. Jika keluarga dipandang sebagai sebuah sistem berarti semua anggota keluarga saling mempengaruhi secara langsung (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Proses saling mempengaruhi ini terjadi karena pola interaksi dalam setiap anggota keluarga sangat intensif. Pada proses tersebut terjadi transformasi nilai yang tidak dapat dihindari. Semakin intensif pola interaksi tersebut, semakin besar dan cepat kemungkinan terjadi transformasi nilai. Walaupun, pada saat bersamaan juga terjadi proses filtrasi adopsi suatu nilai seperti perilaku negatif merokok tetap saja risiko tersebut besar. Bahkan kalau perilaku merokok tersebut dilakukan secara terus menerus ditunjang dengan

kesamaan perilaku dari orang-orang tua, maka nilai dari perilaku tersebut menjadi kabur dan dapat menjadi perilaku yang normatif dalam keluarga tersebut. Pada situasi seperti ini perilaku merokok dianggap sebagai perilaku biasa dan tidak ada larangan bagi anggota keluarga untuk merokok.

Kehidupan berkeluarga di wilayah provinsi Kalimantan Selatan masih banyak menganut unsur tradisional. Tidak seperti kehidupan di kota-kota besar, proses interaksi dan komunikasi antar anggota keluarga masih sangat intensif. Dapat dikatakan setiap anggota keluarga bertemu setiap hari, saling bercerita dan bertukar informasi, juga kegiatan makan bersama. Hirarki dalam keluarga masih dipatuhi secara sadar, misalnya orang tua merupakan figur pertama yang mesti dipatuhi, dilanjutkan dengan anak tertua, dan begitu seterusnya.

Hasil penelitian menyatakan adanya hubungan signifikan antara pengaruh saudara dengan perilaku merokok pada mahasiswa. Jika dikomparasi dengan konsep keluarga, tentu mempunyai hubungan linear. Penelitian Volkom (2008); Biraghi dan Tortorano (2009) juga menegaskan adanya hubungan itu. Maziak dan Mzayek (2000) melaporkan penelitian terhadap pelajar Sekolah Menengah Atas di Syria memperkuat asumsi tersebut. Penelitian ini bahkan melaporkan pengaruh saudara yang merokok merupakan prediktor bagi terjadinya perilaku merokok di kalangan pelajar dengan OR sebesar 2,17. Nilai OR ini lebih besar dari pengaruh orang tua yang hanya sebesar 1,6 %. Pengaruh saudara terhadap perilaku merokok terjadinya pada tahap awal proses perilaku merokok individu dibandingkan dengan tahap adopsi atau tahap-tahap selanjutnya. Proses pengenalan ini ketika saudara yang berperilaku merokok membawa rokok dan merokok dalam rumah.

6.2.6 Hubungan antara pengaruh teman sebaya dengan perilaku merokok

Hubungan pertemanan diantara mahasiswa sering menjadi sangat erat. Papalia, Olds, dan Fieldman (2010) menjelaskan arti pertemanan jika dipandang dari sudut psikososial pada dewasa awal memiliki kedekatan yang lebih dibandingkan pada tahap remaja. Keeratan hubungan ini bertambah erat ketika mereka merasa sebagai seorang individu yang kuliah meninggalkan rumah, jauh dari orang tua. Mahasiswa, sebagai bagian dari makhluk sosial yang pasti memerlukan support

sistem dalam memenuhi kebutuhan hidup memandang pertemanan sebagai sebuah cara untuk memenuhi kebutuhan itu. Segala permasalahan sering diceritakan pada teman, bahkan ketika bersinggungan dengan hal sensitifpun mahasiswa sering mempercayakan pada teman sebaya. Teman sebaya dianggap mempunyai alur pemikiran yang sama dengan mahasiswa sehingga biasanya solusi yang ditawarkan juga sejalan dengan selera mahasiswa tersebut. Bahkan ketika perilaku merokok sebagai suatu solusi yang ditawarkan untuk menyelesaikan permasalahan mahasiswa, maka sering kali menjadi pilihan utama dalam proses pengambilan keputusan. Mahasiswa tidak begitu mengamati apa yang ditawarkan tetapi siapa yang menawarkan.

Hasil analisis bivariat menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara pengaruh teman sebaya dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan selatan. Wulandari (2008); Biraghi dan Tortorano (2009) menegaskan hubungan ini. Pada penelitiannya terhadap responden dewasa awal yang berumur 18 – 24 tahun didapatkan hubungan teman sebaya dengan mahasiswa. Mahasiswa pada tahap perkembangan dewasa awal tidak mengalami pengurangan kadar keterkaitan dengan teman sebaya. Teman sebaya dianggap sebagai seorang individu yang turut membantu dalam menutupi kekurangannya. Aktivitas sehari-hari sering dilakukan bersama sebagai bagian dari pemenuhan proses sosialisasi yang terus berlanjut. Bertukar pikiran, khususnya dalam hal mencari pasangan hidup menjadi bagian permanen dalam hubungan pertemanan.

Maziak dan Mzayek (2000) menuliskan dalam jurnal penelitian Epidemiologi Erofah tentang perilaku merokok bahwa pengaruh teman sebaya mempengaruhi perilaku merokok pada tahap adopsi dan *maintenance*. Tahap ini merupakan tahap lanjut sebuah perilaku merokok. Teman sebaya menjadi *supplier* terbanyak rokok terhadap individu. Teman sebaya juga yang pertama laki memperkenalkan dan menawarkan rokok pada individu. Brown, Palmersheim, dan Glysch (2008) juga menyatakan adanya hubungan tersebut. Teman sebaya menjadi faktor kuat dalam mempengaruhi perilaku merokok. Rafeah, dkk (2007) menyatakan dalam laporan penelitiannya bahwa teman sebaya mempunyai odds ratio (OR) sebesar 11,33, orang tua sebesar 2,04 terhadap perilaku merokok. Hal ini membuktikan bahwa

teman sebaya yang merokok lebih besar menimbulkan risiko merokok pada mahasiswa dibandingkan dengan orang tua yang merokok, meskipun keduanya sama-sama menimbulkan risiko.

Temuan data penelitian menyebutkan mayoritas responden (98,8 %) menyatakan mempunyai teman perokok. Besarnya persentase ini menjadi sangat mungkin setiap berkumpul dengan teman pasti ada yang merokok. Pada item pernyataan “teman mengajak merokok” juga banyak ditemukan yaitu selalu 12,7 %, sering 30,6 %, kadang-kadang 41,3 %. Hanya sebesar 15,5 % mahasiswa menyatakan teman tidak pernah mengajak merokok.

Proses adopsi perilaku merokok pada mahasiswa ini bukan saja oleh karena pengaruh secara suka rela, akan tetapi juga melalui unsur keterpaksaan. Mahasiswa yang ingin diterima dalam pergaulan suatu kelompok sering terpaksa mengikuti norma yang berlaku pada kelompok tersebut, tidak peduli norma tersebut berlawanan dengan norma yang sedang dianutnya. Keinginan untuk ikut bergabung dalam kerangka sosialisasi menyebabkan ia harus menurunkan standar norma yang diyakininya. Sebanyak 5,6 % mahasiswa mengaku selalu diejek bila tidak merokok oleh temannya, 16,7 % sering, dan 34,9 % kadang-kadang. Mahasiswa juga melaporkan bahwa merokok merupakan perilaku anak yang gaul, keren, dan laki-laki tulen sebesar 69,4 %, dan hanya 30,6 % yang tidak setuju.

6.2.7 Hubungan antara status stres dengan perilaku merokok

Stres dapat diartikan sebagai respon tubuh yang sifatnya non-spesifik terhadap satu tuntutan beban (Hawari, 2001). Stres juga dapat diartikan gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan. Stres tidak dapat dihindari oleh individu. Stres sering diidentikkan dengan perasaan sedih, marah, kecewa dan perasaan afektif negatif lainnya, bahkan dalam keadaan senang dan bahagiapun stres dapat terjadi.

Hasil uji statistik menunjukkan hasil p value 0,030 ($<$ dari $\alpha = 0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara stres dengan perilaku merokok. Sejalan dengan penelitian Wulandari (2008) menyatakan adanya hubungan tersebut. Stres pada dewasa awal ini terjadi berhubungan dengan pekerjaan atau kuliah. Masalah

lain yang dapat dihubungkan dengan stres seperti masalah pertemanan, asmara, konflik dengan orang tua.

Pada mahasiswa, stres erat kaitannya dengan kuliah. Santrock (2011) menyatakan tahap transisi sekolah menuju kuliah menimbulkan stres bagi individu. Beban kuliah yang berat membuat tekanan psikologis dan dapat menetap sampai waktu yang relatif lama. Perubahan pola kehidupan sehari-hari seperti perubahan pola makan, tidur, bertemu keluarga, hiburan adalah dampak dari kuliah. Dalam situasi demikian perlu adanya mekanisme koping sebagai bagian dari proses adaptasi individu / mahasiswa. Koping yang bersifat negatif / destruktif dapat saja dipilih mahasiswa sebagai media pemenuhan adaptasi.

Merokok sering dipakai alasan untuk menghilangkan stres. Ada perasaan santai dan rileks ketika mahasiswa menghisap rokok. Rasionalisasi secara fisiologis hal demikian dapat dibenarkan. Nikotin dalam asap rokok yang dihisap menyebabkan otak mengeluarkan zat-zat kimia yang disebut neurotransmitter. Beberapa jenis neurotransmitter, seperti Beta-endorfin dan norepineprine dapat membuat perasaan nyaman, rileks, tapi hanya bertahan dalam jangka waktu pendek. Zat ini dapat meningkatkan mood sementara, tetapi zat ini kemudian dapat mengakibatkan kecanduan (Tobacco Research and Intervention Program, USA, 2000).

Penerapan kurikulum berbasis kompetensi (KBK) juga menjadi salah satu sebab mahasiswa stres. Dampak dari program ini mengakibatkan jam kuliah bertambah banyak, bahkan sampai malam. Bukan hanya penambahan jam kuliah dan praktik saja yang membuat mahasiswa mengeluh, tapi bertambahnya ujian praktik dalam rangka memenuhi kebutuhannya tersebut juga dirasakan mahasiswa sebagai salah satu penyebab stres.

Temuan lain pada penelitian ini melaporkan bahwa perilaku merokok lebih banyak dilakukan pada mahasiswa yang mengalami stres (35,8 %) dibandingkan dengan mahasiswa yang menyatakan tidak stres (8,6 %). Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 2,035 berarti mahasiswa yang stres mempunyai kemungkinan / risiko

sebesar 2,035 kali berperilaku merokok dibandingkan dengan mahasiswa yang tidak stres.

6.2.8 Hubungan antara harga diri dengan perilaku merokok

Salah satu kebutuhan psikologis pada masa mahasiswa adalah aktualisasi diri. Kebutuhan akan aktualisasi diri ini berkembang pada masa remaja dan dewasa awal. Keinginan pengakuan akan eksistensi diri mendorong kebutuhan aktualisasi ini semakin besar. Pada saat bersamaan, kemampuan rasionalisasi terhadap cara dan bentuk penyaluran aktualisasi tersebut masih belum tertalu matang. Desakan lingkungan eksternal untuk segera mengaktualisasikan diri yang semakin hari semakin kuat membuat mahasiswa mengekspresikannya dalam bentuk beragam kegiatan, bahkan dengan kegiatan negatif seperti merokok.

Merokok ditinjau dalam konteks kebudayaan tradisional Indonesia salah satunya adalah tanda kedewasaan (Nawi, Weinehall, & Ohman, 2006). Adanya perasaan bangga dan menjadi dewasa ketika merokok dilakukan pada pergaulan sehari-hari. Sebaliknya, jika seorang laki-laki tidak merokok maka akan ada perasaan malu. Merokok terbukti, dalam beberapa penelitian mempunyai korelasi dengan peningkatan harga diri kaum muda (Van Loon, dkk, 2005).

Temuan yang bertolak belakang terjadi dalam penelitian ini. Hasil uji statistik menunjukkan hasil p value 0,658 ($>$ dari $\alpha = 0,05$) sehingga tidak ada hubungan yang signifikan antara harga diri dengan dengan perilaku merokok. Rodríguez (2011) dalam penelitian yang bertujuan memprediksi perilaku merokok di negara Spanyol menemukan bahwa tidak ada hubungan antara harga diri dengan perilaku merokok.

Beberapa penelitian yang lalu melaporkan adanya hubungan antara harga diri dengan perilaku merokok. Dari data diatas, nampaknya hal itu tidak berlaku pada penelitian ini. Ini berarti bahwa perilaku merokok tidak dipandang sebagai sarana untuk meningkatkan harga diri lagi. Jika alasan dulu merokok untuk peningkatan harga diri berarti perilaku merokok adalah sebuah perilaku yang dilakukan atas dasar kesadaran tetapi masih ada unsur keterpaksaan yaitu masih ada tujuan utama lain. Merokok hanya sebagai sarana mewujudkan tujuan lain tersebut yaitu

peningkatan harga diri. Akan tetapi jika dilihat dari data diatas bahwa sebaran mahasiswa yang mempunyai harga diri tinggi yang merokok mempunyai persentase hampir sama dengan yang tidak merokok. Ini menandakan bahwa merokok bukan lagi dilakukan sebagai sarana untuk mencapai tujuan tertentu, akan tetapi sebuah perilaku yang disadari sepenuhnya, bahkan merupakan sebuah kebutuhan. Hal ini berkorelasi dengan tingginya angka prevalensi yang mencapai 44,4 %.

Alasan mengapa harga diri tidak berhubungan kemungkinan karena sebaran sampel yang tidak bertendensi pada salah satu kriteria status merokok. Mahasiswa yang mempunyai harga diri tinggi yang mempunyai kebiasaan merokok (54,8 %) relatif tidak jauh berbeda dengan tidak merokok (45,3 %). Begitu juga pada mahasiswa yang mempunyai harga diri rendah mempunyai kebiasaan merokok (0,8 %) relatif sama dengan tidak merokok (1,2 %). Asumsi ini ditunjang dengan pernyataan responden bahwa “merokok dapat meningkatkan harga diri sebagai laki-laki” yang menjawab *setuju* hanya sebesar 33,3 %, jauh lebih kecil dibandingkan dengan yang *tidak setuju* sebesar 66,6 %. Pernyataan ini memberikan informasi bahwa mahasiswa tidak memandang merokok sebagai sebuah perilaku yang berimplikasi langsung terhadap harga diri individu.

Penggunaan kuesioner tentang harga diri menggunakan skala Rosenberg yang merupakan kuesioner baku juga dapat menjadi faktor tidak maksimalnya menggali data responden terhadap perilaku merokok. Sebagian besar pernyataan kuesioner ini mengukur harga diri secara umum, tidak spesifik kearah perilaku merokok sehingga masih perlu modifikasi untuk digunakan pada kasus eksplorasi perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.

6.2.9 Hubungan antara pengetahuan bahaya rokok dengan perilaku merokok

Pengetahuan menurut Bloom (1956) merupakan bagian dari perilaku. Pengetahuan dapat dikatakan pembentuk perilaku. Pengetahuan terbentuk sebagai hasil dari penginderaan (Notoatmodjo, 2010). Pengalaman yang meliputi seluruh rentang kehidupan individu ditangkap panca indera sebagai reseptor manusia.

Pengalaman tersebut akan disimpan pada otak manusia dalam sistem memori, sampai disimpan di bawah sadar. Pengalaman yang masuk sebagai hasil dari penginderaan ini akan dinilai berdasarkan pengalaman sebelumnya. Setiap adanya pengalaman yang sama masuk kedalam sistem memori maka akan mempengaruhi pengetahuan individu, sehingga pengetahuan dapat berkembang seiring dengan bertambahnya pengalaman sebagai hasil observasi terhadap lingkungan eksternal (Jarvis, 2001).

Perilaku merokok yang ditangkap panca indera merupakan bagian dari pengalaman individu. Pertama kali mengenal rokok dari pihak ketiga (orang lain, media massa, dll) menciptakan pengetahuan awal terhadap rokok tersebut. Seiring dengan paparan selanjutnya sebagai informasi maka akan menambah struktur pengetahuan individu.

Adanya hubungan antara pengetahuan bahaya rokok dengan perilaku merokok pada penelitian ini (p value 0,020) sejalan dengan Rafeah, dkk (2007); Klink, et al, (2011); melaporkan penelitian terhadap tenaga kesehatan di komunitas adanya hubungan tersebut. Keputusan ini didasarkan akan semakin banyaknya penelitian klinis efek rokok yang menyebabkan penyakit tertentu. Beberapa penelitian kohort melaporkan adanya kontribusi langsung terhadap penyakit seperti kanker pada saluran pernafasan dan jantung. Semakin banyaknya penelitian tersebut semakin memperkuat kepercayaan akan dampak perilaku tersebut. Alamsyah (2009) semakin menegaskan hubungan pengetahuan bahaya rokok terhadap perilaku merokok pada penelitian terhadap remaja di Kota Medan.

Merokok, pada kalangan mahasiswa juga berpotensi menimbulkan kerugian ekonomi. Hasil jawaban responden pada pernyataan “jika saya merokok, saya akan mengalami kerugian ekonomi” sebesar 51,2 % menyatakan sangat setuju, 39,3 % setuju, 7,9 % tidak setuju, dan 1,6 % sangat tidak setuju. Kerugian merokok jika ditinjau dari sudut ekonomi terbukti menakutkan bagi mahasiswa. Sebagai individu yang masih tergantung pada orang tua, khususnya yang berhubungan dengan ekonomi (uang saku), rasionalisasi ini lebih menakutkan jika

dibandingkan dengan sisi gangguan kesehatan karena implikasi ini langsung dapat dirasakan mahasiswa atau mempunyai dampak dalam waktu relatif singkat.

Ketakutan akan kerugian ekonomi sangat erat kaitannya dengan kecanduan merokok. Kerugian ekonomi ini akan semakin dirasakan jika sudah mengalami kecanduan merokok. Semakin tinggi tingkat kecanduan merokok semakin besar uang yang dikeluarkan untuk membeli rokok yang berarti semakin besar tingkat kerugian ekonomi. Asumsi ini didukung oleh pernyataan responden “jika mencoba merokok, saya takut kecanduan”. Sebesar 41,7 % responden menyatakan sangat setuju, 38,9 % setuju, 15,5 % tidak setuju, dan 4 % sangat tidak setuju. Jadi, dapat disimpulkan mahasiswa lebih memperhatikan dampak kerugian langsung dibandingkan tidak langsung.

6.2.10 Hubungan antara sikap dengan perilaku merokok

Menurut model HBM, sikap / keyakinan merupakan prediktor utama terhadap timbulnya perilaku individu. Dalam skema model tersebut, sikap ini berhubungan langsung dengan variabel *action* / tindakan. Kedekatan hubungan ini memberi pengertian bahwa jika ingin seorang individu berperilaku tertentu, maka langkah pertamanya bagaimana mengkondisikan variabel sikap ini agar cenderung melakukan perilaku tertentu tersebut. Jika sikap / keyakinan ini sudah cenderung kearah perilaku yang diinginkan maka sangat besar kemungkinan individu akan berperilaku sesuai dengan sikap yang diyakininya. Hasil uji statistik menyatakan adanya hubungan signifikan antara sikap dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan (p value 0,000).

Pengujian antara sikap terhadap perilaku merokok ini juga telah dilakukan dan mempunyai kerelasi positif. Volkom (2008) melaporkan studi terhadap 250 mahasiswa perguruan tinggi di Amerika Serikat menguatkan asumsi tersebut. Hasil temuan pada menegaskan bahwa sikap merupakan prediktor kuat bagi terbentuknya perilaku merokok dikalangan mahasiswa perguruan tinggi. Lenz (2008) juga melaporkan terhadap hasil penelitian terhadap 675 mahasiswa keperawatan program diploma di Minnesota yang menyatakan adanya hubungan tersebut. Penelitian menggunakan menggunakan *framework* model HBM dengan

melibatkan 11 institusi pendidikan tinggi keperawatan program diploma yang terdiri dari 7 institusi swasta dan 44 negeri.

Azwar (2003) menjelaskan sikap berisi kepercayaan / keyakinan tentang suatu hal / obyek. Keyakinan ini berasal dari hasil obsevasi lingkungan individu yang masuk melalui *reseptor* manusia yaitu panca indera. Berdasarkan apa yang dirasakan melalui panca indera tersebut kemudian terbentuk suatu ide / gagasan mengenai sifat atau karakteristik umum terhadap obyek atau kejadian. Sekali keyakinan itu terbentuk, maka akan menjadi pengetahuan seseorang/ individu mengenai apa yang diharapkan dari obyek tertentu. Dengan demikian, interaksi kita dengan pengalaman di masa datang serta prediksi mengenai pengalaman tersebut akan lebih mempunyai arti dan keteraturan. Tanpa adanya sesuatu yang dipercayai, maka fenomena dunia di sekitar kita pasti menjadi sesuatu yang terlalu kompleks untuk dihayati dan difahami yang pada akhirnya akan sulit ditafsirkan artinya. Keyakinanlah yang menyederhanakan dan mengatur apa yang individu lihat dan temui dalam dalam kehidupan sehari-hari.

Sikap permisif terhadap perilaku merokok sangat memungkinkan individu berperilaku merokok. Sikap permisif ini berarti secara langsung telah menyetujui untuk berperilaku merokok. Azwar (2003), sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada obyek tersebut. Dengan demikian, jika sikap mahasiswa mendukung terhadap perilaku merokok, maka kemungkinan besar mahasiswa tersebut akan merokok.

Hasil tabulasi jawaban responden dengan pertanyaan “Perokok dan bukan perokok mempunyai kemungkinan yang sama terkena penyakit jantung” mendapatkan hasil dengan jawaban setuju sebesar 56 % (setuju 39,1 %, sangat setuju 16,3 %) dan tidak setuju 44 % (tidak setuju 32,5 %, sangat tidak setuju 16,3 %). Jawaban setuju lebih banyak dibandingkan tidak setuju menunjukkan bahwa merokok bukan merupakan perilaku yang berbahaya atau dapat dikatakan perokok dan bukan perokok tidak mempunyai perbedaan. Situasi ini membuat kecenderungan responden mempunyai sikap permisif terhadap perilaku merokok.

Pada tabel silang 5.11 variabel sikap didapatkan 14,2 % tidak mendukung merokok akan tetapi mereka adalah perokok. Hal ini disebabkan karena sikap bukan satu-satunya penyebab mahasiswa merokok. Azwar (2003) menyatakan seorang individu yang mempunyai tendensi sikap pada sebuah obyek tidak serta merta ia akan berperilaku kearah tendensi sikap tersebut karena aktualisasi perilaku disebabkan banyak faktor.

6.2.11 Hubungan antara iklan rokok dengan perilaku merokok

Informasi merupakan hal yang sangat berharga dalam kehidupan sebuah negara pada era millenium sekarang ini. Negara-negara di muka bumi ini tidak lagi terpisah meski dibatasi area yang sangat luas. Kejadian di salah satu negara dapat dengan mudah diketahui dalam waktu singkat oleh negara lain seluruh penjuru dunia. Sistem informasilah yang membuat situasi seperti itu.

Informasi dapat saja ditinjau dari segala aspek. Mulai ekonomi, sosial, politik, dan budaya, bahkan ideologi. Ide-ide, fikiran-fikiran, dan doktrin dapat disalurkan melalui media yang luas sesuai dengan tujuannya. Kemudahan akses informasi juga turut semakin berkembangnya sistem ini. Penyaluran informasi yang melibatkan massa yang banyak dengan lingkup daerah yang luas dapat disebut dengan komunikasi massa. Rakhmat (2007) komunikasi massa adalah pesan yang dikomunikasikan melalui media massa pada sejumlah besar orang.

Iklan merupakan salah satu contoh komunikasi massa. Jika ditinjau dari segi tujuan, maka iklan lebih banyak menyangkut bidang ekonomi. Akan tetapi bagi bagi sebagian orang, khususnya ilmuwan perilaku, iklan mempunyai arti berbeda. Iklan dipandang tidak dipandang dalam kapasitas tujuan tetapi bagaimana cara kerja atau efek iklan dapat mempengaruhi individu secara luas. Penayangan iklan diberbagai media, tidak dapat dipungkiri bertujuan untuk mempengaruhi individu secara psikologis, sehingga hubungannya tidak terlepas dengan pembentukan sikap dan perilaku. Rakhmat (2007) menyatakan kampanye media massa terbukti mempunyai mempunyai efek yang penting terhadap sikap dan perilaku.

Hasil uji statistik menunjukkan hasil p value 0,017 ($<$ dari $\alpha = 0,05$) yang berarti terdapat hubungan yang signifikan iklan rokok dengan perilaku merokok pada

mahasiswa keperawatan. Hasil penelitian tentang iklan rokok oleh Komnas Anak (2008) Perilaku remaja untuk merokok tidak lepas dari peran lingkungan sekitarnya dan media massa yang digunakan oleh industri rokok dalam memasarkan dan mengajak audiens agar mengkonsumsi rokok dengan berbagai macam trik periklanan. Prekuensi penayangan iklan diberbagai media sangat banyak dan sering. Laporan BPOM, (2006) frekuensi penayangan iklan rokok sebanyak 14.249 yang terdiri dari 1780 di media cetak, 9230 media elektronik, dan 3239 media luar ruang. Iklan rokok cenderung mengalami peningkatan dari tahun ketahun. Kondisi ini memungkinkan terjadinya intervensi produk rokok kepada remaja sebagai objek/sasaran korban dan menjadi investasi kelangsungan bagi industri rokok melalui candu yang ada pada zat adiktif yang terkandung pada rokok.

Sebanyak 28,6 % responden melaporkan selalu melihat iklan rokok di TV 58,3 % sering, 12,7 % kadang-kadang, dan hanya 0,4 % tidak pernah. Jumlah persentase ini tentu sangat kontras dibandingkan dengan yang tidak pernah melihat. Seringnya terpapar dengan iklan rokok menjadi faktor yang kuat bagi terjadinya perilaku merokok. Rakhmat (2007) menjelaskan timbulnya perhatian / atensi pada individu salah satu karena tingginya intensitas / frekuensi individu terpapar suatu obyek. Perhatian ini kemudian akan menimbulkan ketertarikan terhadap obyek tersebut. Hal ini diperkuat dengan pernyataan responden bahwa frekuensi penayangan iklan rokok di media cetak dan elektronik lebih sering dibandingkan iklan produk lain. Sebanyak 19,8 % menjawab selalu, 35,3 % sering, 36,9 kadang-kadang, dan hanya 7,9 % tidak pernah. Responden juga menyatakan bahwa baliho, spanduk besar, dan foster tentang iklan rokok terdapat di pinggiran jalan, sebanyak 44,7 % menjawab selalu, 44,7 % sering, 13,9 % kadang-kadang, dan 2,8 % tidak pernah melihat.

Iklan rokok memang didesain pada segmen kaum muda sebagai sasaran utama. Penelitian Komnas Perlindungan Anak (2007) didapatkan sekitar 91,7 % remaja berusia 13-15 tahun mulai merokok akibat pengaruh iklan. Beberapa produsen rokok besar juga menyatakan bahwa kaum muda sebagai konsumen masa depan yang sangat potensial. Secara statistik, rentang umur kaum muda relatif masih

lama sehingga iklan rokok sedemikian rupa berupaya selalu mengajak merokok. Data penelitian ini kian mengaskan hal tersebut. Sebanyak 19,4 % responden selalu bahwa iklan rokok menyuruh kaum muda untuk merokok, 31 % sering, 29 % kadang-kadang, dan 20 % tidak menyuruh untuk merokok. Jumlah persentase ini mengindikasikan sebagian besar responden berpendapat iklan rokok mangajak dirinya untuk merokok.

Tabel 5.12 menampilkan sebanyak 20,2 % responden berada dalam pengaruh iklan yang rendah akan tetapi mereka berperilaku merokok. Hal ini dapat disebabkan faktor lain seperti pendidikan orang tua. Pada tabel silang antara pengaruh iklan rendah terhadap tingkat pendidikan didapatkan hasil sebagian besar (73 %) responden dalam kategori pengaruh iklan rendah mempunyai orang tua dengan tingkat pendidikan lanjutan. Hal ini sejalan dengan penjelasan terdahulu bahwa orang tua dengan tingkat pendidikan lanjutan lebih berisiko anaknya merokok.

6.3 Multivariat

Interpretasi pada pengujian akhir pada analisis multivariat dapat disimpulkan yaitu variabel yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa adalah faktor pendidikan orang tua, pengaruh orang tua, pengaruh saudara, pengaruh, teman sebaya, pengetahuan tentang bahaya rokok, dan sikap terhadap perilaku merokok. Faktor yang paling dominan mempengaruhi perilaku merokok adalah faktor sikap yang mempunyai nilai $\exp(B)$ sebesar 5,029. Dengan demikian maka faktor sikap adalah prediktor paling besar mempengaruhi perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.

Struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku pada diri individu berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya (Azwar, 2003). Bagaimana individu berperilaku tertentu dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana keyakinan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan keyakinan dan perasaan ini membentuk sikap

individual. Karena itu, adalah logis untuk mengatakan bahwa sikap seseorang / individu akan dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku terhadap obyek.

Mahasiswa yang mempunyai sikap mendukung atau setuju dengan perilaku merokok tentu mempunyai kecenderungan untuk melakukan perilaku tersebut. Ekspresi konkrit perilaku merokok pada mahasiswa yang mempunyai sikap setuju merokok bisa saja tidak ditampilkan sekarang tetapi menunggu saat tertentu, seperti bom waktu yang siap meledak. Sikap mendukung perilaku merokok yang telah melekat dalam individu akan terus berkembang sejalan dengan paparan perilaku merokok lingkungan eksternal yang terus menerus. Orang tua, saudara, teman sebaya yang merokok, paparan iklan rokok setiap hari, stres psikologis merupakan variabel yang saling menguatkan untuk meningkatkan keyakinan individu tentang perilaku merokok (Komalasari & Helmi, 2000).

Sikap / keyakinan ditinjau dengan model HBM merupakan prediktor utama timbulnya perilaku individu. Variabel ini berhubungan langsung dengan variabel tindakan / perilaku (Friedman, Bowden & Jones, 2003; Champion & Skinner, 2008). Sikap terjadi karena bentukan dari variabel faktor pemodifikasi seperti pendidikan dan penghasilan orang tua, pengaruh orang tua, saudara, dan teman sebaya, stres, pengetahuan tentang rokok. Variabel-variabel secara terus menerus berkontribusi pada perubahan sikap yang semakin permisif pada perilaku merokok sehingga menimbulkan kecenderungan berperilaku tersebut. Meskipun kecenderungan perilaku itu tidak serta merta menjadi perilaku merokok terealisasi dalam bentuk nyata, karena adanya faktor lain, sikap tetap berpotensi besar bagi terciptanya tindakan / perilaku nyata.

Perilaku nyata yang didasari dengan sikap yang kuat sering kali menjadi perilaku yang permanen dan lestari. Perilaku seperti terjadi tanpa paksaan atau tekanan. Individu biasanya tidak merasa terbebani melakukan perilaku tersebut, bahkan merasa nyaman dan bangga. Pada tahap ini, kritik dan nasehat orang lain biasanya tidak dihiraukan lagi. Individu akan masuk pada periode kecanduan nikotin.

Sun, et al, (2010) melaporkan penelitian terhadap 2.414 mahasiswa di Australia yang berumur 18 – 30 tahun. Penelitian yang menggunakan metode *cross*

sectional ini menyatakan adanya hubungan sikap dengan perilaku merokok. Prevalensi pada perokok pria sebesar 24,9 %. Penelitian ini lebih lanjut melaporkan, dari beberapa variabel yang berhubungan dengan perilaku merokok, seperti umur, jenis kelamin, penghasilan, afektif, status kesehatan jiwa, dan stres, variabel sikap yang mempunyai OR paling besar. Ini berarti sikap merupakan prediktor yang paling kuat / dominan mempengaruhi perilaku merokok.

Peneliti berkesimpulan, secara tidak langsung penelitian juga ingin membuktikan kehandalan model HBM memprediksi sebuah perilaku individu. Temuan penelitian menyatakan variabel sikap / keyakinan merupakan prediktor terkuat bagi terbentuknya perilaku merokok dibandingkan variabel lain sejalan dengan konsep model HBM. Ini membuktikan model HBM cukup akurat dalam memprediksi sebuah perilaku.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan meliputi: keterbatasan dari kuesioner atau instrumen yang digunakan, keterbatasan dari variabel penelitian dan keterbatasan pada proses pengumpulan data.

6.4.1 Instrumen penelitian

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini yang terdiri dari 8 jenis kuesioner. Banyaknya jenis kuesioner disesuaikan dengan variabel yang diteliti. Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan konsep, teori serta hasil penelitian yang berkaitan dengan variabel yang diteliti. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner hanya dilakukan satu kali. Kuesioner hanya dapat digunakan pada populasi dengan karakteristik responden yang sama. Jumlah pertanyaan / pernyataan berjumlah 85 buah juga menjadi pertimbangan dalam penelitian ini.

Kuesioner ini juga mengandung beberapa pernyataan untuk menggali pengaruh saudara terhadap perilaku merokok, akan tetapi beberapa responden melaporkan tidak punya saudara. Responden juga melaporkan punya saudara yang masih kecil dan perempuan. Jadi semua pernyataan akan dijawab pada kolom tidak pernah.

Kuesioner yang digunakan untuk menggali harga diri adalah kuesioner baku dengan menggunakan skala *Rosenberg*. Sebagian besar pernyataan pada kuesioner ini masih secara umum mengukur harga diri individu, tidak secara spesifik pada mahasiswa dengan perilaku merokok. Hal ini menyebabkan penggalan data tentang harga diri dirasa kurang maksimal.

6.4.2 Variabel penelitian

Variabel dependen pada penelitian ini yaitu perilaku merokok digali menggunakan kuesioner. Walaupun pada banyak penelitian juga menggunakan kuesioner, peneliti tetap menganggap ada kemungkinan jawaban kurang jujur responden, meskipun sebelum pelaksanaan pembagian kuesioner, peneliti menjelaskan dan menjamin keamanan dan kerahasiaan data responden. Banyaknya variabel penelitian juga menjadi pertimbangan peneliti berhubungan dengan kedalaman pembahasan penelitian terkait dengan rentang waktu yang cukup singkat.

6.4.3 Keterbatasan Pengumpulan Data

Luasnya lingkup populasi penelitian menjadi salah satu hambatan bagi pengumpulan data penelitian. Perlu waktu yang relatif lama untuk dapat mengumpulkan data responden sesuai keinginan karena rata-rata peneliti datang pada tiap institusi untuk mengambil data lebih dari 2 kali.

Proses pengisian kuesioner dilakukan di dalam ruangan kelas dan di luar kelas. Saat menjawab kuesioner dalam kelas, beberapa responden terlihat berkelompok dan berbicara dengan responden lainnya. Hal ini mungkin juga membuat data tidak maksimal dari fikiran responden. Sama halnya juga dengan responden di luar ruangan, terlihat ada yang berkelompok.

Banyaknya institusi yang menjadi tempat penelitian juga dirasakan menjadi hambatan tersendiri. Hal ini berhubungan dengan proses perizinan yang cukup memakan waktu sehingga peneliti harus menunggu izin dari institusi terkait untuk pengambilan data karena tiap institusi mempunyai kebijakan yang berbeda dalam hal administrasi sesuai dengan kebijakan yang dianut institusi tersebut.

6.5 Implikasi Hasil Penelitian Pada Pelayanan Keperawatan Dan Penelitian

6.5.1 Implikasi Pada Pelayanan Keperawatan

Temuan angka prevalensi yang sangat mengkhawatirkan ini perlu ditindaklanjuti sesegera mungkin. Tingginya angka prevalensi ini akan menimbulkan citra yang kurang baik terhadap profesi perawat. Mahasiswa keperawatan sebagai calon profesional di bidang kesehatan merupakan salah satu role model berperilaku kesehatan bagi masyarakat. Pada kelanjutannya dapat mengakibatkan penurunan kualitas pelayanan keperawatan di masa depan. Langkah-langkah konkrit terukur perlu dilakukan. Untuk itu dapat segera dilakukan :

1. Mensosialisasikan hasil temuan penelitian pada pihak institusi pendidikan, dinas kesehatan kabupaten / kota dan provinsi.
2. Pembentukan kelompok kerja dengan mengundang dosen, khususnya dosen keperawatan komunitas tiap institusi untuk melakukan dengar pendapat menanggapi hasil penelitian. Proses yang merupakan proses kelompok ini akhirnya dapat membentuk kelompok kerja dalam rangka pembuatan rancangan program yang berkaitan penanggulangan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah provinsi Kalimantan Selatan pada tiga level tingkat pencegahan. Pada level pencegahan primer, perawat komunitas memperluas akses informasi pada individu, keluarga dan pihak institusi tentang masalah perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan. Pada level pencegahan sekunder, perawat komunitas melakukan deteksi dini kejadian perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di kampus. Deteksi dapat dilakukan pada awal masuk kuliah maupun setelah masuk kuliah. Pada level pencegahan tersier, perawat komunitas memberikan konseling dan melakukan rehabilitasi bagi mahasiswa dan keluarga tentang perilaku merokok. Kegiatan konseling dapat lebih ditujukan pada masalah stres pada mahasiswa. Sasaran intervensi selain pada individu yang bersangkutan, harus dilakukan pada pihak keluarga (orang tua dan saudara) dan teman sebaya. Hal ini sangat perlu dilakukan mengingat keluarga dan teman sebaya juga berkontribusi mempengaruhi perilaku merokok.
3. Perlu adanya peraturan ketat dengan sanksi yang tegas pada tiap institusi pendidikan tinggi keperawatan.

Pengembangan program intervensi yang terintegrasi, khususnya dengan pihak Puskesmas sebagai penanggung jawab masalah kesehatan pada wilayah tertentu menjadi sangat penting. Pengembangan program harus berfokus pada pelaksanaan program promosi kesehatan yang dapat membentuk sikap anti rokok dengan menggunakan metode tim kesehatan lain dan bersinergis dengan program sektor lain. Program promosi ini juga dapat dikhususkan pada pemberian latihan untuk mengatasi perasaan stres pada mahasiswa. Keluarga dan teman sebaya mahasiswa dapat menjadi salah satu sasaran utama pelaksanaan program promosi kesehatan sehingga perlu juga diterapkan pendekatan asuhan keperawatan keluarga. Untuk itu perlu dilakukan komunikasi intensif dengan pihak puskesmas.

Deteksi dini perilaku merokok perlu dilakukan secara berkala, bahkan dapat menjadi program permanen kampus atau dimasukkan ke dalam kurikulum. Kebijakan seleksi mahasiswa baru juga dapat dikembangkan guna mengurangi masalah perilaku merokok secara langsung. Pengembangan program berhenti merokok dalam rangka pelaksanaan pencegahan tersier sebagai sarana penanganan langsung dapat berimplikasi pada penurunan prevalensi merokok. Penurunan angka prevalensi merokok juga akan berdampak meningkatnya kepercayaan dan kredibilitas kampanye anti rokok dari profesional kesehatan, khususnya tenaga keperawatan.

Banyaknya responden yang melaporkan terpengaruh melihat iklan rokok dengan paparan yang tinggi akan berdampak pula pada pembentukan sikap setuju atau mendukung perilaku merokok, padahal sikap merupakan faktor paling dominan berhubungan dengan perilaku merokok. Situasi ini akan membentuk lebih banyak lagi sikap mendukung perilaku merokok.

6.5.2 Implikasi Dalam Penelitian Keperawatan

Penelitian yang melibatkan banyak variabel sehingga kuesioner penelitian menjadi banyak pertanyaan berimplikasi pada lamanya waktu responden menjawab semua pertanyaan. Hal ini berpotensi menurunnya tingkat konsentrasi dalam memahami tiap item pertanyaan / pernyataan sehingga membuat jawaban responden tidak maksimal. Pada riset selanjutnya, dapat mengembangkan model

dalam mendeteksi perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan. Metode deteksi perilaku merokok dapat dilakukan dengan observasi langsung pada mahasiswa. Pemakaian alat *smoke check* dapat menjadi alternatif utama dalam menjaring mahasiswa yang merokok.

Luasnya area dan banyaknya institusi yang menjadi lokasi penelitian juga berimplikasi pada lamanya waktu pengambilan data. Peneliti harus menyediakan waktu yang cukup banyak dan menambah frekuensi datang ke lokasi penelitian. Di sisi lain, peneliti terlebih dahulu harus menunggu keluarnya izin penelitian secara resmi dari institusi lokasi penelitian sebelum melakukan proses pengambilan data. Proses menunggu izin penelitian ini juga menambah waktu dalam proses penelitian secara keseluruhan.

Penelitian perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan selanjutnya, diharapkan mempertimbangkan variabel perancu seperti harga diri dan keterpaparan iklan rokok. Fokus penelitian selanjutnya juga memperhatikan prediktor terkuat yaitu variabel sikap / keyakinan, dimana variabel ini terdiri dari beberapa sub-variabel yang penting untuk dilihat sub-variabel yang mana yang paling dominan dalam variabel sikap memprediksi perilaku merokok pada mahasiswa. Sebuah penelitian longitudinal sangat diperlukan untuk melihat hubungan secara lebih jelas dan menilai tingkat efektivitas program penanggulangan masalah rokok di kalangan mahasiswa keperawatan.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dari hasil penelitian, dan saran yang ditujukan intstitusi pelayanan kesehatan dan institusi pendidikan tinggi keperawatan untuk pengembangan keilmuan keperawatan komunitas.

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Prevalensi merokok mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan cukup tinggi.
- 7.1.3 Faktor pemodifikasi seperti umur didapatkan rata-rata 20 tahun, pendidikan orang tua sebagian besar berpendidikan lanjutan, penghasilan orang tua sebagian besar berpenghasilan diatas UMR, status stres terbanyak dengan status tidak stres, mayoritas mahasiswa memiliki harga diri tinggi, pengaruh orang tua dan saudara rata-rata berpengaruh rendah, pengaruh teman sebaya rata-rata berpengaruh tinggi, pengetahuan bahaya rokok rata-rata cukup tinggi.
- 7.1.4 Faktor sikap / keyakinan mahasiswa terbanyak adalah sikap yang tidak mendukung merokok.
- 7.1.5 Faktor isyarat bertindak yaitu iklan rokok terbanyak pada pengaruh iklan rendah.
- 7.1.6 Ada hubungan antara pendidikan orang tua dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.1.7 Ada hubungan antara penghasilan orang tua dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.1.8 Ada hubungan antara pengaruh orang tua dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.1.9 Ada hubungan pengaruh saudara dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.1.10 Ada hubungan pengaruh teman sebaya dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.1.11 Ada hubungan antara stres dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.

- 7.1.12 Ada hubungan antara pengetahuan bahaya merokok dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.1.13 Ada hubungan antara sikap / keyakinan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.1.14 Ada hubungan iklan rokok dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.1.15 Faktor yang paling dominan hubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan adalah sikap / keyakinan.

7.2 Saran

7.2.1 Instansi Pelayanan Kesehatan

7.2.1.1 Dinas Kesehatan

1. Mengeluarkan kebijakan perluasan sasaran kegiatan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) sampai pada kelompok mahasiswa di kampus-kampus, khususnya mahasiswa keperawatan.
2. Kerja sama lintas sektor promosi kesehatan (Promkes) dengan pihak pendidikan tinggi keperawatan dalam pembuatan rancangan program intervensi dan pelaksanaan program, khususnya yang ditujukan pada keluarga dan teman sebaya dan program deteksi dini perilaku merokok menggunakan *smoke check* di kalangan mahasiswa.
3. Mengusulkan pada DPRD untuk menetapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), pembatasan perizinan iklan rokok dan pelaksanaan program Perkesmas.

7.2.1.1 Puskesmas

1. Melakukan pertemuan secara berkala dalam rangka membangun komunikasi dan pengembangan kerja sama pembuatan program intervensi khususnya pada mahasiswa keperawatan di kampus, keluarga, dan masyarakat.
2. Monitoring dan evaluasi secara berkala bersama dalam rangka menilai efektivitas program promosi kesehatan yang telah dilaksanakan.

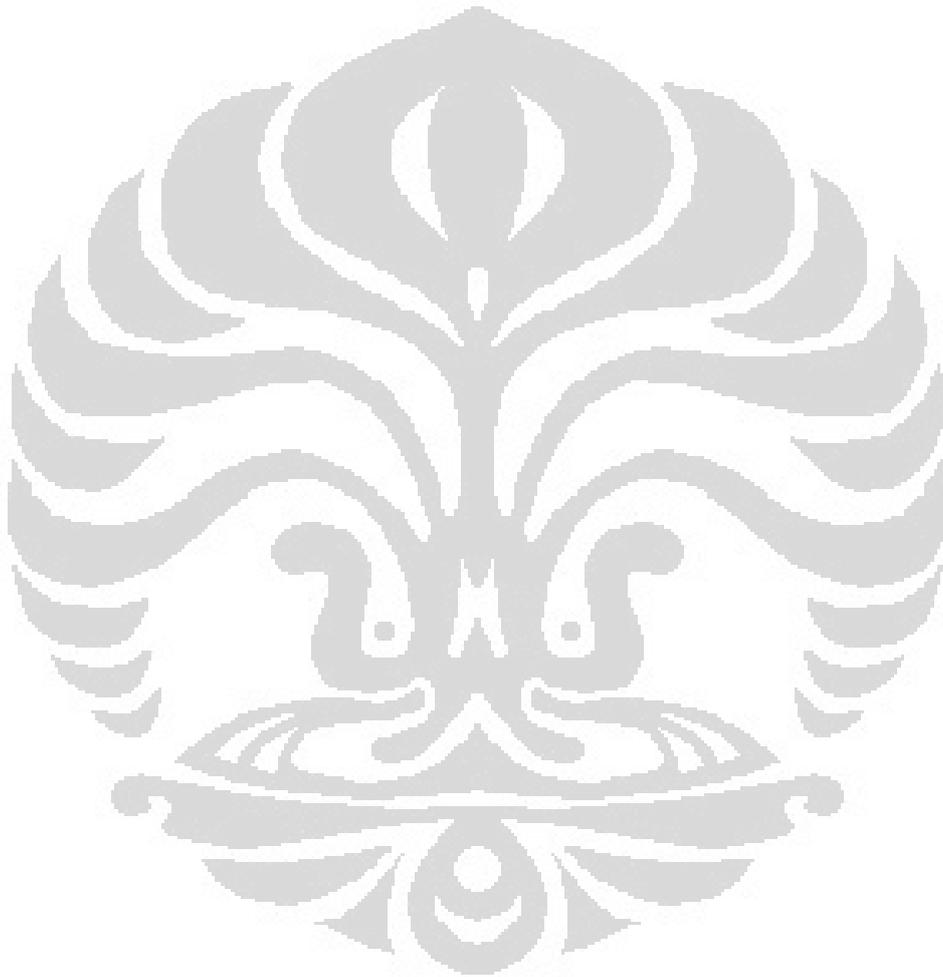
7.2.2 Institusi pendidikan keperawatan

- 7.2.2.1 Perlu dibentuk kelompok kerja bersama antar institusi pendidikan tinggi keperawatan berkaitan masalah perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan.
- 7.2.2.2 Pengembangan program promosi kesehatan di kampus.
- 7.2.2.3 Perlu dipertimbangkan materi tentang pencegahan rokok dimasukkan ke dalam kurikulum mata ajar.
- 7.2.2.4 Perlu dipertimbangkan kebijakan seleksi mahasiswa baru sebagai bagian dari deteksi dini tentang perilaku merokok.
- 7.2.2.5 Perlu dikeluarkan peraturan larangan merokok dengan sanksi tegas bagi mahasiswa yang merokok.

7.2.3 Penelitian keperawatan

- 7.2.3.1 Perlu dikembangkan alat ukur penelitian dengan riset, khususnya alat ukur tentang harga diri dan pengaruh eksternal yang berkaitan dengan perilaku merokok termasuk metode pengambilan data.
- 7.2.3.2 Perlu koordinasi yang intensif dengan lahan penelitian, khususnya berhubungan proses pengumpulan responden dan strategi pengisian kuesioner sebelum dilaksanakan penelitian dalam rangka efisiensi waktu, tenaga, dan biaya.
- 7.2.3.3 Perlu dilaksanakan penelitian selanjutnya khusus pada variabel sikap / keyakinan sebagai prediktor terkuat untuk melihat hubungan elemen (kerentanan, keseriusan, ancaman, manfaat, hambatan, dan efikasi diri) terhadap perilaku merokok dan mencari faktor dominan diantara elemen tersebut.
- 7.2.3.4 Perlu dilakukan penelitian longitudinal dengan menggunakan metode kohort untuk melihat secara lebih jelas faktor risiko merokok terhadap perilaku perokok, khususnya pada mahasiswa keperawatan.
- 7.2.3.5 Perlu dilaksanakan penelitian selanjutnya dengan menggunakan metode kuasi eksperimen untuk menilai efektivitas program berhenti merokok terhadap status perokok, khususnya pada mahasiswa keperawatan.

- 7.2.3.6 Perlu dilaksanakan penelitian selanjutnya menggunakan metode kualitatif untuk mengeksplorasi alasan merokok dan nilai yang dianut bagi mahasiswa keperawatan yang merokok.
- 7.2.3.7 Pada penelitian selanjutnya, calon peneliti perlu mempertimbangkan cakupan luas area penelitian, memahami seluk beluk lokasi, dan mengetahui prosedur administrasi institusi lokasi penelitian, khususnya yang berhubungan dengan pemberian izin penelitian.



DAFTAR PUSTAKA

- Aday, Lu Ann, (2001), *At Risk an America; The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in United States*, Second Edition, San Francisco, California; Jossey Bass Inc., Wiley Company.
- Alamsyah, Rika Mayasari, (2007), *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kebiasaan Merokok Dan Hubungannya Dengan Status Penyakit Periodontal Remaja Di Kota Medan Tahun 2007*, Tesis, USU Repository, Tidak Dipublikasikan.
- Allender, Judith A., Rector, Cherie, & Warner, Kristine D., (2010), *Community Health Nursing Promoting and Protecting The Public's Health, 7th Edition*, Philadelphia ; Lippincott Williams & Wilkins.
- Allender, Judith Ann, & Spradley, Barbara Walton, (2004), *Community Health Nursing : Concept And Practice, 5th Edition*, Philadelphia ; Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, Elizabeth T. & Mc. Farlane, Judith (2010), *Community As Partner : Theory and Practice In Nursing, 3rd*, Philadelphia ; Lippincott Williams & Wilkins.
- Anonimous, (2011), *Kesehatan Buruk, Ekonomi Buruk* (<http://unhas.ac.id>) 23 Feb 2012 jam 11:48
- Anonimous, (2004), *Konsumsi Rokok dan Prevalensi Merokok*, (www.ino.searo.who.int) Diakses Rabu 15 Feb 2012 jam 05.21
- Arikunto, Suharsimi, (2001), *Prosedur Penelitian; Suatu Pendekatan Praktik*, Edisi Revisi V, Jakarta; Rineka Cipta.
- Azwar, Saifudin, (2003), *Sikap Manusia ; Teori dan Pengukurannya*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Backinger, C L et al. (2003), *Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions*, Bethesda, Maryland ; National Cancer Institute.
- Barber, Sarah dkk, (2009), *Ekonomi Tembakau di Indonesia ; Aspek Ekonomi Tembakau di Indonesia*, Depok ; Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

- Biraghi, Emanuela & Tortorano, Anna Maria, (2009), *Tobacco smoking habits among nursing students and the influence of family and peer smoking behaviour*, Journal of Advanced Nursing 66(1), 33–39., Blackwell Publishing Ltd.
- Blake, Holly et.al (2011), *'Do as I say, but not as I do': Are next generation nurses role models for health?*, Perspectives in Public Health, Paper, USA : SAGE Publications.
- Bloom, Benjamin S., (1956), *Taxonomy Of Educational Objectives; The Classification of Educational Goals*, London ; David McKay Company Inc.
- Blow, Laura, Leicester, Andrew and Windmeijer, Frank, (2005), *Parental Income and Children's Smoking Behaviour: Evidence from the British Household Panel Survey*, England : Institute for Fiscal Studies.
- Boily, Karine, Lovato, Chris., Murphy, Caroline, (2006), *Training in Tobacco Cessation Counseling for Medical, Nursing, Dentistry and Pharmacy Students*: Report prepared for the Canadian Public Health Association
- Bonas, Shiela (2006), *Smoking : Psychological and Social Influences*, Coventry, UK. (www.netdoctor.co.uk) diakses tanggal 12 Maret 2012 jam 12.34 wib.
- Bonino S, Cattelino E, Ciairano S, (2003), *Adolescents and Risk ; Behavior, Functions, and Protective Factors*, Bologna – Italy ; Springer, SEPS.
- Brandon, Thomas H. (2000), *Smoking, Stress, & Mood*, the Tobacco Research and Intervention Program at the H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute at the University of South Florida.
- Burns, Nancy & Grove, Susan K., (2009), *The Practice of Nursing Research ; Appraisal Synthesis and Generation of Evidence*, Sixth Edition, St. Louis, Missouri ; Saunders Elsevier.
- Butler, Karen M., (2007), *Tobacco Dependence Treatment Education for Baccalaureate Nursing Students*, Lexington ; University of Kentucky College of Nursing.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2010), *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease ; A Report of the Surgeon General*, U.S. Department Of Health And Human Services Public Health Service, Washington DC; U.S. Government Printing Office.
- Champion, Victoria L. & Skinner Celette Sugg, (2008), *Health Behavior and Health Education; Theory, Research, and Practice*, 4th Edition, San Francisco, CA ; Jossey-Bass Inc.

- Chan, Sophia S.C., (2008), *Building an Integrated Model of Tobacco Control Education in the Nursing Curriculum: Findings of a Students' Survey*, Journal of Nursing Education, Vol. 47.
- Dahlan, M. Sopiudin, (2009), *Penelitian Diagnostik*, Jakarta ; Salemba Medika.
- Depkes, RI, (2007), *Riset Kesehatan Dasar*, Jakarta ; Depkes RI.
- Dharma, Kelana Kusuma, (2011), *Metodologi Penelitian Keperawatan*, Jakarta ; Trans Info Media.
- Durmaz, Aylin and Üstün, Besti, (2005), *Determination of Smoking Habits and Personality Traits Among Nursing Students*, Journal of Nursing Education, Turkey : School of Nursing, Izmir.
- Edoka, Ijeoma Peace (2011), *Parental Income and Smoking Participation in Adolescents: Implications of misclassification error in empirical studies of adolescent smoking participation*, Centre for Health Economics, University of York, UK.
- Effendi, Mohammad, (2005), *Penggunaan Cognitive Behavior Therapy (CBT) untuk Mengendalikan Kebiasaan Merokok di Kalangan Siswa Melalui Peningkatan Perceived Self Efficacy Berhenti Merokok*, Jakarta; Jurnal Pendidikan & Kebudayaan.
- Eileen, Clark, & Terence, McCann, (2008), *The influence of friends on smoking commencement and cessation in undergraduate nursing students: A survey* Contemporary Nurse : a Journal for the Australian Nursing Profession p: 185-93. Australia.
- Fertman, Carl I. & Allensworth, Diane D., (2010), *Health Promotion Programs From Theory to Practice*, San Francisco, Jossey Bass.
- Fitzpatrick, Joyce J., (2007) *Annual Review of Nursing Research; Vulnerable Populations*, volume 25, New York; Springer Publishing Company, LLC.
- Friedman, Marilyn M., Bowden, Vicky R, & Elaine G, Jones, (2003), *Family Nursing ; Research, Theory, & Practice*, Fifth Edition, New Jersey ; Prentice Hall.
- Ghufron, M. Nur & Risnawita, S. Rini, (2010), *Teori-teori Psikologi*, Jogjakarta : Ar-ruzz Media.
- Hanson, Meredith, (2001), *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*, Second Edition, New York : Columbia University Press.

- Harter, Susan & Rienks, Shauna (2001) *APA Publication Guidelines Mini-Manual*, 5th Edition, Denver ; Denver University.
- Hastono, Sutanto Priyo & Sabri, Luknis, (2010) *Statistik Kesehatan*, Jakarta; Raja Grafindo Persada.
- Hastono, Sutanto Priyo, (2007) *Analisis Data Kesehatan*, Depok; FKM-UI.
- Haustein, Knut-Olaf & Groneberg, David, (2010), *Tobacco or Health?*, Second Edition, Berlin ; Springer.
- Hawari, H. Dadang, (2001), *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*, Jakarta : Balai Penertbit FK-UI.
- Healey, Justin, (2010) *Tobacco Smoking*, Australia ; The Spinney Press.
- Hinton, Perry R., Brownlow, Charlotte, McMurray, Isabella & Cozens, Bob, (2004), *SPSS Explained*, USA : Routledge
- Hitchcock, Janice E., Schubert, Phyllis E., & Thomas, Sue A., (1999), *Community Health Nursing; Caring in Action*, USA; Delmar Publishers.
- Hodgetts, Geoffrey, Broers, Teresa and Godwin, Marshall (2004), *Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina*, Bosnia : BioMed Central Ltd.
- Jaji, (2009), *Hubungan Faktor Sosial dan Spiritual dengan Resiko Penyalahgunaan Napza pada Ramaja SMP dan SMA di Kota Palembang*, Tesis, Depok; FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Jarvis, Matt, (2002), *Teori-teori Psikologi; Pendekatan Modern untuk Memahami Perilaku, Perasaan, dan Fikiran Manusia*, Bandung ; Nusa Media.
- Kaakinen, Joanna Rowe, et.al., (2010), *Family Health Care Nursing ; Theory, Practice, and Research*, 4th Edition, Philadelphia : Davis Company.
- Kassel, Jon D. , Stroud, Laura R., & Paronis, Carol A., (2003), *Smoking, Stress, and Negative Affect: Correlation, Causation, and Context Across Stages of Smoking*, Psychological Bulletin, Vol 129(2), 270-304.
([www.http://psycnet.apa.org](http://psycnet.apa.org)) diakses tanggal 1 Maret 2012.
- Kemendikbud, (2003), *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional*, Jakarta : Kemendikbud RI, (www.diknas.go.id), Diakses tanggal 30 Mei 2012 jam 12.34 WIB.
- Kemenkes RI (2011), *Profil Kesehatan Indonesia 2010*, Jakarta, Kemenkes RI.

- Kemenkes RI, (2009), *Undang-undang No. 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan*, Jakarta ; Kemenkes RI. (www.depkes.go.id) diakses tanggal 23 Februari 2012 jam 12:12 wib.
- Kestila, Laura et.al, (2006) *Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood*, *European Journal of Public Health*, Vol. 16, No. 6, p: 617–626, London ; Oxford University Press.
- Klink, Kathleen , et.al., (2011), *Smoking Cessation Knowledge, Attitudes, and Practice Among Community Health Providers in China*, Center for Family and Community Medicine Columbia University, New York :. Columbia University.
- Komalasari, Dian & Helmi, Avin Fadilla, (2000), *Faktor-faktor Penyebab Perilaku Merokok pada Ramaja*, Yogyakarta, Jurnal Penelitian UII & UGM.
- Lawrence S, J Collin, (2004), *Competing With Kreteks: Transnational Tobacco Companies, Globalisation, And Indonesia*, Research Paper, London ; Tobacco Control.
- Lenz, Brenda K. (2009), *Nursing Students' Response to Tobacco Cessation Curricula in Minnesota Baccalaureate Nursing Programs*, *Journal of Nursing Education*, Vol. 48, No. 10.
- Lenz, Brenda K., (2008), *Beliefs, Knowledge, and Self-Efficacy of Nursing Students Regarding Tobacco Cessation*, *American Journal of Preventive Medicine*, USA ; Elsevier Inc.
- Maidin, (2011), *Dampak Ekonomi Rokok*, Orasi Ilmiah, Medan ; USU
- Malekoff, Andrew, (2005), *Group Work With Populations at Risk*, Second Edition, New York ; Oxford University Press.
- Marchildon, Janice G. (2005), *Factors Related To Nurses Smoking Behavior* , Thesis, Texas ; University Health Sciences Center.
- Maziak Wasim, & Mzayek, Fawaz, (2001), *Characterization Of The Smoking Habit Among High School Students In Syria*, Institute of Epidemiology and Social Medicine, University of Muenster, Muenster Germany.
- Molina, Antonio J. (2010), *Sensitivity and specificity of a self-administered questionnaire of tobacco use; including the Fagerström test*, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 47, Issue 2, Pages 181–189.

- Nawi Ng. et al. (2006) *'If I don't smoke, I'm not a real man'—Indonesian teenage boys' views about smoking*, Health Education Research, Advance Access publication, Vol.22 no.6 , Pages 794–804. London : Oxford University Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2010), *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta ; Rineka Cipta
- Palmersheim, Karen A. Brown, Kimberly J. and Glysch, Randall L. (2008) *Factors Associated with Youth Smoking in Wisconsin*, Wisconsin ; Division of Public Health, Wisconsin Department of Health and Family Services.
- Papalia, Diane E., et al., (2008), *Human Development*, 9th Edition, USA; The McGraw Hill Companies.
- Patelarou, Evridiki, et al. (2011), *Nursing education and beliefs towards tobacco cessation and control: a cross-sectional national survey (GHPSS) among nursing students in Greece*, Tobacco Induced Diseases, Greece ; BioMed Central.
- Patkar, Ashwin A., et al., (2003), *A Comparison of Smoking Habits Among Medical and Nursing Students*, USA ; American College of Chest Physicians.
- Place, Jennifer Zak & Stern, Marilyn (2004), *Health Belief Factors and Dispositional Optimism as Predictors of STD and HIV Preventive Behavior*, (www.proquest.com) diakses tanggal 22 Maret 2012 jam 21.30 wib.
- Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano, (2012), *Nursing Research ; Principles and Methods*, Seventh Edition, Philadelphia ; S.B Lippincott.
- Potter, Patricia A., & Ferry, Anne Griffin, (2005), *Buku Ajar Fundamental Keperawatan ; Konsep, Proses, dan Praktik*, Edisi 4, Volume 1, Jakarta ; EGC.
- Pusat Promosi Kesehatan, (2011), *Rencana Operasional Promosi Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular*, Jakarta ; Kemenkes RI.
- Pusat Promosi Kesehatan, (2010), *Pedoman Pengembangan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)*, Jakarta ; Kemenkes RI. (www.depkes.go.id) diakses tanggal 23 Februari 2012 jam 12:15 wib.
- Rafeah, M.Y. et al., (2008), *Factors Influencing Smoking Behaviour Among Male Adolescents in Kuantan District*, KL ; Annal Dentistry, University of Malaya, Vol 15, No. 2.

- Rakhmat, Jalaluddin, (2007), *Psikologi Komunikasi*, Edisi Revisi, Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Riyanto, Agus, (2012), *Penerapan Analisis Multivariat dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta; Nuha Medika.
- Roberts, Susan J. (2010), *Relationships between aggression, depression, and alcohol, tobacco: Implications for healthcare providers in student health*, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22 369–375
- Rochadi, R.Kintoko, (2004), *Berbagai Upaya Penanggulangan Perilaku Merokok Di Indonesia*, Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, Medan ; USU.
- Rodríguez, Olaya García, et.al, (2011), *Psychosocial risk factors for adolescent smoking: A school-based study*, International Journal of Clinical and Health Psychology Vol. 11, N0.1, pp. 23-33, Spanyol : Spain's National Committee for Smoking Prevention.
- Rice, Virginia Hill, (2005), *Monitoring the Tobacco Epidemic With National, Regional, and International Databases and Systematic Reviews: Evidence for Nursing Research and Clinical Decision Making*, New York ; Springer Publishing Company, Inc.
- Richardson, Karen (2001), *Smoking, Low Income and Health Inequalities: Thematic Discussion Document, Report for Action on Smoking and Health and the Health Development Agency*, London.
- Santrock, John W., (2011), *Life – Span Development*, Thirteenth Edition, New York; McGraw-Hill.
- Sarna, Linda, & Bialous, Stella Aguinaga, (2009), *Advancing Nursing Science in Tobacco Control*, Volume Editors Annual Review of Nursing Research, New York ; Springer Publishing Company.
- Sastroasmoro, Sudigdo & Ismael, Sofyan (2011), *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Edisi ke-4, Jakarta; Sagung Seto.
- Satcher, David & Broome, Claire V., (1998), *Factors That Influence Tobacco Use Among Four Racial/Ethnic Minority Groups*, A Report of The Surgeon General, USA, Diane Publishing.
- Schwartz, Robert, (2010), *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario A Special Report by the Ontario Tobacco Research Unit*.
- Sen, Urmi, & Basu, Arindam, (2000), *Factors Influencing Smoking Behavior Among Adolescents*, Asian Pasific Journal of Cancer Prevention, Vol 1.

- Shafey, Omar et al., (2009), *The Tobacco Atlas*, Third Edition, Atlanta, Georgia USA ; The American Cancer Society,
- Sherry Bassi, (2010), *Undergraduate Nursing Students' Perceptions of Service-Learning Through a School-Based Community Project*. Nursing Education Research.
- Shevrin, Chau Trinh, Islam, Nadia Shilpi, & Rey, Mariano Jose, (2009), *Asian American Communities and Health; Context, Research, Policy, and Action*, San Francisco, CA ; John Wiley & Sons, Inc.
- Shi, Leiyu & Stevens, Gregory D., (2005) *Vulnerable Populations In The United States*, San Francisco, CA ; Jossey Bass.
- Soteriades, Elpidoforos S. and DiFranza, Joseph R. (2003), *Parent's Socioeconomic Status, Adolescents' Disposable Income, and Adolescents' Smoking Status in Massachusetts*, American Journal of Public Health, Vol 93, No. 7, Massachusetts : Department of Health and Social Behavior at the Harvard School of Public Health.
- Sitepoe, Mangku, (2000), *Kekhususan Rokok Indonesia*, Jakarta ; Gramedia.
- Smith, Derek R. (2010), *Tobacco control and the nursing profession Nursing and Health Sciences*, Australia ; Blackwell Publishing Asia Pty Ltd.
- Sovann, Sin, (2008), *Analysis of the Role of Health Professionals in Advancing Tobacco Control Policy in Cambodia*, Financial support from Research for International Tobacco Control (RITC) of the International Development Research Centre (IDRC), The Collaborative Funding Program for Southeast Asia Tobacco Control Research.
- Stanhope, Marcia & Lancaster, Jeannette (2004), *Community and Public Health Nursing*, Sixth Edition, Mosby.
- Stuart, Gail W., (2007) *Keperawatan Jiwa*, Buku saku, Jakarta : EGC
- Sucakli, Mustafa Haki, et.al., (2011), *Religious Officials' knowledge, attitude, and behavior towards smoking and the new tobacco law in Kahramanmaras, Turkey* : BioMed Central Ltd.
- Sukendro, Suryo, (2007), *Filosofi Rokok; Sehat Tanpa Barhenti Merokok*, Yogyakarta; Pinus.
- Suliswati, dkk, (2005) *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta : EGC.

- Sumarna, Rini, (2009) *Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Ekstensi Angkatan 2007 di Fisip UI*, Depok ; FKM UI, Skripsi (Tidak dipublikasikan) (<http://lontar.ui.ac.id/opac/themes/libri2>) diakses tanggal 12 Maret 2012 jam 13.03 wib.
- Sun, Jing et.al., (2010), *Smoking in Australian university students and its association with socio-demographic factors, stress, health status, coping strategies, and attitude*, Health Education Vol. 111 No. 2, pp. 117-132, Griffith University, Brisbane, Australia : Emerald Group Publishing Limited.
- Tarigan, Robinson, (2006), *Pengaruh Tingkat Pendidikan Terhadap Tingkat Pendapatan Perbandingan Antara Empat Hasil Penelitian*, Jurnal Wawasan, Volume 11, Nomor 3, Medan : USU Repository.
- TCSC-IAKMI, (2008), *Perlindungan Terhadap Paparan Asap Rokok Orang Lain, Mengapa Perlu ?*, Seri 1, Paket Pengembangan Kawasan Tanpa Asap Rokok, Jakarta ; TCSC-IAKMI. Diakses tanggal 16 Februari 2012 jam 14.50
- TCSC-IAKMI, (2008), *Tanggung Jawab dan Peran Pemerintah terhadap Rokok*, Jakarta ; TCSC-IAKMI. Diakses tanggal 16 Februari 2012 jam 14.50
- Tracey Borland, MSc Robert Schwartz, (2010), *Delivering Tobacco Prevention and Cessation Knowledge through Public Health Networks ; A literature review*, Canada ; The Canadian Public Health Association, Ontario Tobacco Research Unit.
- Tri wibowo, (2003), *Potret Industri Rokok Di Indonesia*, Kajian Ekonomi Dan Keuangan, Vol. 7, No. 2 (www.fiskaldepkeu.go.id) Diakses tanggal 16 Februari 2012 , Jam 14.34.
- Upton, Dominic & Thirlaway, Katie, (2010), *Promoting healthy behaviour : A Practical Guide for Nursing and Healthcare Professionals*, England : Pearson Education Limited.
- Van Loon, Jeanne M., et.al., (2005), *Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation*, European Journal of Public Health, Vol. 15, No. 3, 256–261, London : Oxford University Press
- Volkom, Michele Van, (2008), *Attitude Toward Cigarette Smoking Among Colage Students*, Atalanta, Collage Students Journal.
- Von Ah, Diane, et al., (2005), *Factors Related to Cigarette Smoking Initiation and Use among College Students*, Journal Tobacco Induced Diseases Vol. 3, No. 1:27-40, Birmingham, USA.

Walgito, Bimo, (2010), *Pengantar Psikologi Umum*, cetakan ke-6, Yogyakarta; Andi Offset.

White, Ruth C. (2004), *Health Belief Model ; Condom Use and Jamaican Adolescents, Social and Economic Studies*. (www.proquest.com) diakses tanggal 22 Maret 2012 jam 23.30 wib.

WHO, (2008), *Fresh And Alive, Mpower ; Who Report On The Global Tobacco Epidemic*, , Geneva ; World Health Organization.

WHO, (2004), *The Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*, Fifty-Sixth World Health Assembly

Widiyarso, Joko, (2008) *Iklan Rokok Merajalela, Remaja Perokok Meningkat*. (<http://info.net/news/2008/05/3595>) diakses tanggal 12 November 2011 jam 20.23 wib.

Wong, Grace & Stokes, Gillian, (2011), *Preparing Undergraduate Nurses To Provide Smoking Cessation Advice And Help*, New Zealand, Vol. 27 No. 3

Wulandari, Devi, (2008), *Faktor-faktor yang mempengaruhi Perilaku merokok Dewasa Awal*, Jakarta ; LIPI

<http://nasional.kompas.com/read/2008/07/03/20173213/78.persen.kepala.gakin.pe.rkotaan.umumnya.perokok>. Kamis, 3 Juli 2008 20:17 WIB.

<http://nasional.kompas.com>. Kamis, 21 Juli 2008 20:20 WIB.

<http://www.bps.go.id> Kamis, 21 Juli 12:17 WIB.

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan

Peneliti

Nama : Taufik Hidayat

NPM : 1006748942

Assalamualaikum, Wr. Wb.

Nama saya Taufik Hidayat, mahasiswa Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui tentang faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.

Peneliti mengharapkan adik-adik untuk ikut berpartisipasi menjadi responden pada penelitian ini. Hasil dari penelitian yang dilakukan akan dipakai sebagai bahan acuan atau landasan dalam memberikan asuhan keperawatan pada masyarakat sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan berkualitas.

Mengingat hasil penelitian ini penting bagi kemajuan keilmuan keperawatan, khususnya keperawatan komunitas maka peneliti sangat mengharapkan jawaban yang sejur-jujurnya demi keabsahan data yang diperoleh. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang negatif bagi siapapun. Peneliti akan tetap menjunjung tinggi harkat dan martabat responden, mempertahankan kerahasiaan data yang diperoleh mulai dari proses pengumpulan, pengolahan, sampai penyajian data.

Peneliti mengucapkan terimakasih atas partisipasi dan kesediaannya menjadi responden penelitian.

Martapura , Mei 2012

Peneliti

Taufik Hidayat

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Tandatangan Saudara pada lembar persetujuan ini mempunyai makna bahwa Saudara setuju untuk berpartisipasi pada penelitian ini dan Saudara telah membaca lembar penjelasan penelitian serta memahami isinya.

Setelah membaca penjelasan penelitian, saya mengetahui tujuan dan manfaat dari penelitian yang berjudul Analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok pada mahasiswa keperawatan di wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.

Saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi harkat dan martabat saya sebagai responden. Saya telah memahami bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saya. Dengan ini saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya tanda tangani tanpa ada paksaan dari siapapun dan saya menyatakan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Martapura, Mei 2012

Responden

(.....)

KUESIONER PENELITIAN

JUDUL PENELITIAN : ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU MEROKOK PADA MAHASISWA KEPERAWATAN DI WILAYAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

Nomor Responden :

--	--	--

Petunjuk pengisian : Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang telah disediakan !

A. Data Demografi

Identitas Responden

Kode

1. Umur : tahun
2. Tingkat pendidikan orang tua
 - a. Tidak sekolah b. SD c. SMP/ sederajat d. SMA/ sederajat
 - e. Diploma f. S 1 g. S 2 h. S 3
3. Penghasilan orang tua
 - a. < Rp 1.225.000,-
 - b. ≥ Rp 1.225.000,-

B. Kuesioner B

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Orang tua (bapak atau ibu) saya merokok				
2.	Orang tua saya memberikan penjelasan tentang bahaya rokok				
3.	Orang tua saya merokok dalam rumah				
4.	Saya tertarik untuk merokok ketika melihat Orang tua saya merokok				
5.	Saudara saya (kakak atau adik) merokok				
6.	Saudara saya menawarkan rokok kepada saya				
7.	Sudara saya merokok dalam rumah				
8.	Saya tertarik untuk merokok ketika melihat saudara saya merokok				
9.	Teman saya banyak yang merokok				
10.	Teman saya mengajak merokok				
11.	Teman saya mengejek saya bila tidak merokok				
12.	Saya lebih dihargai oleh teman saya ketika ikut merokok				
13.	Teman mengatakan bahwa merokok adalah orang yang dewasa, keren, gaul, laki-laki tulen				

C. Kuesioner C

Beri tanda silang (x) pada kolom sebelah kanan kejadian-kejadian yang anda alami dalam 1 (satu) tahun terakhir :

Kematian suami / istri	
Kematian keluarga dekat	
Perkawinan	
Kehamilan istri	
Tambah anggota keluarga baru	
Kematian kawan dekat	
Konflik suami / istri	
Menggadaikan rumah	
Perubahan dalam tanggung jawab pekerjaan	
Konflik dengan ifar, mertua, dan menantu	
Perasaan tersinggung atau adanya penyakit	
Rujuk dalam perkawinan	
Perubahan kesehatan seorang anggota keluarga	
Perubahan dalam status / jumlah keuangan	
Perceraian	
Mencegah terjadinya penggadaian / pinjaman	
Prestasi pribadi yang luar biasa	
Istri mulai atau berhenti bekerja	
Kesulitan / masalah dengan dosen atau atasan	
Pindah tempat tinggal	
Perubahan dalam hiburan	
Pinjam uang dengan rumah sebagai jaminan	
Perubahan dalam jumlah pertemuan dengan keluarga	
Pelanggaran ringan	
Perubahan kebiasaan pribadi	
Perubahan jam kuliah	
Berganti sekolah	
Perubahan kegiatan sekolah	
Perubahan kebiasaan tidur	
Perubahan kebiasaan makan	
Berlibur	
Skor Total	

D. Kuesioner D

No.	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.	Saya merasa bahwa saya orang yang berharga, setidaknya sama dengan orang lain.				
2.	Saya merasa bahwa saya memiliki sejumlah kelebihan diri				
3.	Pada umumnya saya cenderung merasa bahwa saya gagal.				
4.	Saya bisa melakukan hal-hal seperti yang dilakukan kebanyakan orang lain.				
5.	Saya merasa tidak punya banyak hal yang bisa dibanggakan.				
6.	Saya melakukan / mengambil sikap positif terhadap diri sendiri.				

7.	Secara keseluruhan, saya puas dengan diri saya sendiri.				
8.	Saya berharap saya bisa lebih menghargai diri saya sendiri.				
9.	Saya adalah orang yang tak berguna				
10.	Terkadang saya pikir saya tidak berguna dalam segala hal.				

E. Kuesioner E

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Asap rokok mengandung lebih dari 4000 bahan kimia berbahaya		
2.	CO (karbon monoksida) merupakan salah satu zat kimia dari asap rokok		
3.	Perokok aktif lebih berbahaya daripada perokok pasif		
4.	Merokok dapat mengakibatkan kanker paru dan mulut		
5.	Kecanduan rokok dapat disembuhkan dengan mudah memakai obat anti candu rokok		
6.	Rokok dapat mengurangi angka harapan hidup		

F. Kuesioner F

No.	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
Perceived susceptibility					
1.	Banyaknya masyarakat merokok membuat saya rentan untuk ikut merokok				
2.	Sebagai seorang mahasiswa, saya sudah mempunyai kematangan berfikir sehingga tidak mudah terpengaruh untuk merokok				
3.	Kelompok mahasiswa mudah untuk terpengaruh mencoba merokok				
4.	Jika saya sering bersama dengan teman yang merokok maka kemungkinan besar saya juga akan merokok				
5.	Jika orang tua atau saudara saya merokok maka saya akan mudah terpengaruh untuk merokok				
6.	Jika saya sering nonton bola di TV dengan sponsor rokok maka saya akan merokok				
7.	Saya merasa bahwa saya tidak akan merokok				
8.	Saat masuk kuliah, jauh dari orang tua membuat saya mudah terpengaruh untuk merokok				
9.	Dengan masuk kuliah di akademi keperawatan akan menjauhkan saya dari perilaku merokok				
Perceived Severity					

10.	Merokok bukan merupakan perilaku yang serius mengganggu kesehatan				
11.	Perokok dan bukan perokok mempunyai kemungkinan yang <i>sama</i> terkena penyakit jantung				
12.	Merokok merupakan hal yang lazim dilakukan laki-laki				
13.	Efek negatif yang dapat ditimbulkan rokok memerlukan waktu yang lama				
Perceived Threat					
14.	Jika saya mulai mencoba merokok maka tidak lama lagi saya akan kecanduan rokok				
15.	Jika saya merokok maka suatu saat saya akan menderita kanker				
16.	Jika saya merokok maka saya akan menderita banyak penyakit				
17.	Jika saya merokok maka saya akan sudah mendapat keturunan dan impotensi				
18.	Jika saya merokok maka umur harapan hidup lebih pendek dari bukan perokok				
Perceived Benefits					
19.	Merokok dapat mengurangi stres				
20.	Merokok dapat meningkatkan harga diri sebagai laki-laki				
21.	Merokok dapat mendatangkan inspirasi				
22.	Merokok membuat rileks dan santai				
23.	Merokok lebih dihargai oleh teman-teman				
24.	Merokok setelah makan sangat nikmat				
25.	Merokok tanda kedewasaan				
26.	Laki-laki yang merokok lebih gagah daripada tidak merokok dimata perempuan/cewek				
27.	Merokok membuat saya lebih dapat berkonsentrasi				
28.	Merokok memudahkan pergaulan di masyarakat				
Perceived Barriers					
29.	Jika saya merokok, saya akan mengalami kerugian ekonomi				
30.	Sebagai calon petugas kesehatan saya malu untuk merokok				
31.	Cewek-cewek banyak yang tidak suka rokok				
32.	Jika mencoba merokok, saya takut kecanduan				
33.	Rasa rokok tidak enak				

34.	Sehabis merokok biasanya tenggorokan terasa berlendir				
35.	Membeli rokok dapat menghabiskan uang saya				
36.	Rokok yang keren bagi anak muda harganya mahal				
37.	Dosen tidak suka apabila saya merokok				
Self Efficacy					
38.	Jika saya sudah ada kemampuan yang kuat untuk merokok pasti saya akan merokok				
39.	Jika ada pihak yang tidak setuju saya akan tetap untuk merokok				
40.	Kalau saya dihadapkan pada situasi yang mengganggu usaha saya untuk merokok, saya akan tetap berusaha dapat menanggulangnya.				
41.	Setiap kendala yang nanti saya temui dalam usaha untuk merokok, saya selalu mempunyai cara pemecahannya.				
42.	Niat saya sudah mentap untuk merokok				
43.	Apapun yang terjadi, saya akan siap merokok				

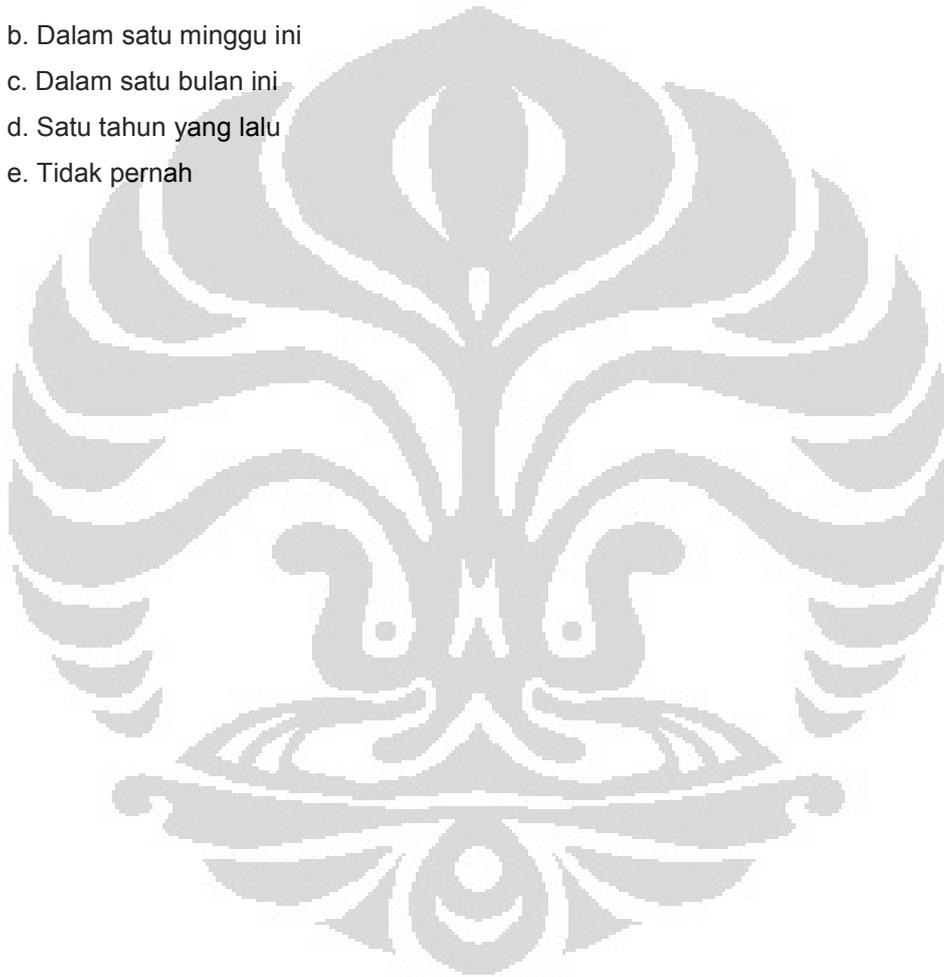
G. Kuesioner G

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saya melihat iklan rokok di di televisi				
2.	Artis idola saya menjadi bintang iklan rokok				
3.	Iklan rokok menarik perhatian saya				
4.	Iklan rokok menyuruh kaum muda untuk merokok				
5.	Kegiatan sosial didanai oleh perusahaan rokok				
6.	Kegiatan olahraga dan seni disponsori oleh perusahaan rokok				
7.	Iklan rokok membuat saya ingin mencoba merokok				
8.	Iklan rokok ada di majalah dan surat kabar				
9.	Frekuensi iklan rokok di media cetak dan elektronik lebih sering dibandingkan iklan produk lain				
10.	Baliho, spanduk besar, dan foster tentang iklan rokok terdapat di pinggiran jalan				

H. Kuesioner H

1. Apakah anda merokok :
 - a. Hampir setiap hari
 - b. Kadang-kadang
 - c. Dulu pernah, tapi dalam satu tahun terakhir tidak pernah merokok
 - d. Tidak pernah

2. Kapan terakhir kali anda merokok :
 - a. Kemaren
 - b. Dalam satu minggu ini
 - c. Dalam satu bulan ini
 - d. Satu tahun yang lalu
 - e. Tidak pernah





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan.

Nama peneliti utama : **Taufik Hidayat**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 Mei 2012

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Analisis faktor..., Taufik Hidayat, FIK UI, 2012

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 2129 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

2 Mei 2012

Yth. Ketua
Stikes Muhammadiyah Banjarmasin
Jl. S. Parman Komp. RS. Islam
Banjarmasin

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

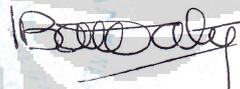
Sdr. Taufik Hidayat
NPM 1006748942

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Stikes Muhammadiyah Banjarmasin.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
4. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 2136 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

2 Mei 2012

Yth. Direktur
Akademi Keperawatan Intan Martapura
Kab. Banjar

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

Sdr. Taufik Hidayat
NPM 1006748942

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Akademi Keperawatan Intan Martapura.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
4. ~Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 2135/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

2 Mei 2012

Yth. Direktur
Akademi Keperawatan Kesdam VI/Mulawarman
Banjarmasin

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

Sdr. Taufik Hidayat
NPM 1006748942

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Akademi Keperawatan Kesdam VI/Mulawarman Banjarmasin.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
4. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 2137 IH2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

2 Mei 2012

Yth. Direktur
Poltekkes Banjarmasin
Jl. H.Mistar Cokrokusumo No.1A
Banjarbaru

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

Sdr. Taufik Hidayat
NPM 1006748942

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Poltekkes Banjarmasin.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
4. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 2134/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

2 Mei 2012

Yth. Ketua
Stikes Suaka Insan
Banjarmasin

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

Sdr. Taufik Hidayat
NPM 1006748942

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Stikes Suaka Insan Banjarmasin.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
4. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 2133 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

2 Mei 2012

Yth. Direktur
Akademi Keperawatan Pandan Harum
Banjarmasin

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

Sdr. Taufik Hidayat
NPM 1006748942

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Akademi Keperawatan Pandan Harum Banjarmasin.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
4. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 2130 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

2 Mei 2012

Yth. Direktur
Akademi Keperawatan Murakata Barabai
Jln. Bhakti No.09
Barabai

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Komunitas atas nama:

Sdr. Taufik Hidayat
NPM 1006748942

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Akademi Keperawatan Murakata Barabai.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
3. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
4. Peringgal



YAYASAN BANJAR INSAN PRESTASI AKADEMI KEPERAWATAN INTAN MARTAPURA



SK. Menteri Pendidikan Nasional RI Nomor 213/D/O/2010
SK. Menteri Hukum dan Ham RI Nomor AHU.4117.AH.01.04 Tahun 2010

Jl. Samadi No. 01 RT.01 RW.01 Kel. Jawa Kec. Martapura Kota Kab. Banjar Kalimantan Selatan 70611 Telp/Fax 0511-4721812
Website : [http:// www.akperintan.ac.id](http://www.akperintan.ac.id) ; email : akperintanybip@gmail.com

Martapura, 09 Juni 2012

Nomor : 420/120.05/YBIP-AKPER/VI/2012
Lampiran : -
Perihal : Izin Melaksanakan Penelitian

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di - Depok

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unuversitas Indonesia No. 2136/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 2 Mei 2012 perihal izin melaksanakan penelitian atas nama :

Nama : Taufik Hidayat
NPM : 1006748942
Judul Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan

Pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan izin untuk melakukan penelitian di Kampus Akper Intan Martapura Kalimantan Selatan.Selama melakukan penelitian yang bersangkutan harus mematuhi segala ketentuan dan peraturan yang berlaku pada institusi kami.

Demikian surat ini disampaikan, atas kerjasama yang baik diucapkan terimakasih.

Direktur,



Sirajudin Noor, S.Kp.,M.Kes.

NIK. 19680321 201010 1 004

Tembusan disampaikan kepadaYth :

1. Ketua Pembina Yayasan Banjar Insan Prestasi di Martapura
2. Ketua PengurusYayasan Banjar Insan Prestasi di Martapura
3. Yang bersangkutan
4. Pertinggal



YAYASAN BANJAR INSAN PRESTASI AKADEMI KEPERAWATAN INTAN MARTAPURA



SK. Menteri Pendidikan Nasional RI Nomor 213/D/O/2010
SK. Menteri Hukum dan Ham RI Nomor AHU.4117.AH.01.04 Tahun 2010

Jl. Samadi No. 01 RT.01 RW.01 Kel. Jawa Kec. Martapura Kota Kab. Banjar Kalimantan Selatan 70611 Telp/Fax 0511-4721812
Website : [http:// www.akperintan.ac.id](http://www.akperintan.ac.id) ; email : akperintanybip@gmail.com

Martapura, Juni 2012

Nomor : 420/ .05/YBIP-AKPER/VI/2012
Lampiran : -
Perihal : Izin Melaksanakan Penelitian

Kepada Yth,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di - Depok

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unuversitas Indonesia No. 2136/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 2 Mei 2012 perihal izin melaksanakan penelitian atas nama :

Nama : Taufik Hidayat
NPM : 1006748942
Judul Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan

Pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan izin untuk melakukan penelitian di Kampus Akper Intan Martapura Kalimantan Selatan.Selama melakukan penelitian yang bersangkutan harus mematuhi segala ketentuan dan peraturan yang berlaku pada institusi kami.

Demikian surat ini disampaikan, atas kerjasama yang baik diucapkan terimakasih.

Direktur,



Sirajudin Noor, S.Kp.,M.Kes.
NIK. 19680321 201010 1 004

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Ketua Pembina Yayasan Banjar Insan Prestasi di Martapura
2. Ketua Pengurus Yayasan Banjar Insan Prestasi di Martapura
3. Yang bersangkutan
4. Pertinggal



KEMENTERIAN KESEHATAN RI POLITEKNIK KESEHATAN BANJARMASIN



Jalan Haji Mistar Cokrokusumo No. 1A Banjarbaru 70714

Telp. (0511) 4773267 - 4780516 - 4781619 Fax (0511) 4772288

e-mail : poltekkes_banjarmasin@yahoo.co.id, kepeg_poltekesbjm@yahoo.co.id

Jurusan Kesling (0511) 4781133 ; Keperawatan (0511) 4772517 ; Kebidanan (0511) 3268018 ;

Gizi (0511) 4368621 ; Kesehatan Gigi (0511) 4772721 ; Analisis Kesehatan (0511) 4772718

26 Juni 2012

Nomor : LB.00.01/I/II/1612/2012
Perihal : Izin Penelitian

Yang terhormat,
Taufik Hidayat
Mahasiswa Program Pendidikan Magister FIK UI
Di
Jakarta

Berdasarkan surat Dekan Program Pendidikan Magister FIK UI Nomor : 2137/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 2 Mei 2012 tentang Permohonan Ijin Penelitian a.n. **Taufik Hidayat, NPM : 1006748942**. Kami mengizinkan penelitian tersebut dilakukan pada Politeknik Kesehatan Banjarmasin, judul Tesis : **"Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan"**, dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan pendataan/ penelitian sesuai dengan permohonan, harus melaporkan diri kepada Pejabat/ Ketua Jurusan yang berwenang setempat dengan menunjukkan Surat Rekomendasi yang diberikan.
2. Tidak dibenarkan melakukan hal-hal yang tidak sesuai dengan judul Tesis.
3. Harus mentaati semua peraturan dan ketentuan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Banjarmasin.
4. Surat Izin Penelitian ini akan dicabut dan ditarik kembali apabila pemegang surat ini terbukti melanggar peraturan dan ketentuan yang berlaku.
5. Surat Izin Penelitian berlaku selama 2 (dua) bulan, 26 Juni s.d 26 Agustus 2012.
6. Apabila Surat Izin Penelitian ini telah habis masa berlakunya sedang pelaksanaan pendataan/ penelitian belum selesai, yang bersangkutan diwajibkan mengajukan permohonan kembali kepada Direktur Politeknik Kesehatan Banjarmasin.
7. Apabila sudah selesai pembuatan laporan Tesis, diwajibkan memberikan 1 (satu) eksemplar ke Politeknik Kesehatan Banjarmasin.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur,



H. Alfian Yusuf, S.KM, S.Pd, M.Kes
NIP. 196701071989021001

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
2. Arsip

Banjarmasin, 30 Mei 2012

Nomor : B / 113 / V / Akper / 2012
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Telah Mengambil Data

Kepada

Yth Dekan Fakultas Ilmu
Keperawatan UI

di

Jakarta

1. Dasar : Surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor : 2135/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 2 Mei 2012 tentang permohonan Ijin Penelitian An. Sdr. Taufik Hidayat NPM. 1006748942.
2. Sehubungan tersebut diatas, kami memberitahukan bahwa sdr. Taufik Hidayat telah melaksanakan pengambilan data yang diperlukan untuk penelitian.
3. Demikian mohon dimaklumi.

Direktur Akper Kesdam VI/MIw



**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
AKADEMI KEPERAWATAN
"KESDAM VI/MULAWARMAN"**

Banjarmasin, 25 Mei 2012

Nomor : B / 106 / Akper / V / 2012
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melaksanakan Penelitian

Kepada

Yth. Dekan Fakultas Ilmu
Keperawatan UI

di

Jakarta

1. Dasar : Surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
No : 2135/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 2 Mei 2012 tentang
Permohonan Ijin Penelitian An. Sdr. Taufik Hidayat NPM. 1006748942.

2. Sehubungan hal tersebut di atas, pada prinsipnya kami tidak
berkeberatan memberikan ijin mengadakan penelitian.

3. Demikian untuk menjadi maklum.

Direktur Akper Kesdam VI/Mlw





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SUAKA INSAN
JALAN H. ZAFRY ZAM-ZAM NO.8 BANJARMASIN
TELPON & FAX (0511) 3361654

Nomor : 026/Pend/STIKES-SI/V/2012
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada:

Yth. Dekan Universitas Indonesia
Fakultas Ilmu Keperawatan
di-

Tempat

Dengan hormat,

Menanggapi surat nomor 2134/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 02 Mei 2012 perihal Izin Penelitian yang akan dilakukan oleh saudara **Taufik Hidayat NPM : 1006748942** dengan ini disampaikan bahwa kami tidak keberatan atas kegiatan tersebut, sejauh mengikuti tata tertib yang berlaku di STIKES Suaka Insan.

- Tidak untuk publikasi umum hanya untuk keperluan akademis
- Berpakaian dan berpenampilan yang sopan

Demikian kami sampaikan, semoga sukses.

Banjarmasin, 31 Mei 2012

Ketua STIKES Suaka Insan
Banjarmasin,



Sr. Anastasia Maratning, SPC, BSN, MAN



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SUAKA INSAN BANJARMASIN
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
Jln. H. Jafri Zam-Zam No. 08 Telp. 361654 Banjarmasin

Nomor : 026A/Pend/STIKES-SI/VI/2012
Lampiran : -
Perihal : Telah Meangambil Data

Kepada Yth :
Dekan Universitas Indonesia
Fakultas Keperawatan
Di-
Depok

Dengan hormat,

Bersamaan ini kami beritahukan bahwa atas nama TAUFIK HIDAYAT,
NPM 1006748942 telah mengambil Data di Stikes Suaka Insan Banjarmasin khusus
untuk Program DIII Keperawatan

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian di ucapkan terimakasih.

Banjarmasin, 12 Mei 2012
A.n Ketua Stikes Suaka Insan,
KETUA LP2M


AULIA RACHMAN, S.Kep



AKADEMI KEPERAWATAN PANDAN HARUM
YAYASAN ABDI KALIMANTAN

Jl. Veteran Km. 5.5 Gg. Gt. Seman RT. 04 No. 58 Telp/Fax.(0511) 3261917/3272229

BANJARMASIN

Nomor : I/215/V/AKPER-PH/2012
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

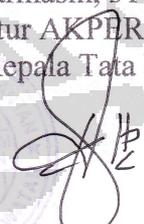
Kepada Yth,
Dekan Universitas Indonesia
Fakultas Keperawatan
di –
Depok

Dengan hormat,

Bersama ini kami beritahukan bahwa atas nama **TAUFIK HIDAYAT NPM 1006748942** telah memperoleh Data di AKPER Pandan Harum Banjarmasin.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Banjarmasin, 31 Mei 2012
A.n. Direktur AKPER Pandan Harum
Kepala Tata Usaha


NETTY HERAWATI, S.AP



AKADEMI KEPERAWATAN PANDAN HARUM
YAYASAN ABDI KALIMANTAN
Jl. Veteran Km. 5.5 Gg. Gt. Seman RT. 04 No. 58 Telp/Fax.(0511) 3261917/3272229
BANJARMASIN

Nomor : I/214/V/AKPER-PH/2012
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth,
Dekan Universitas Indonesia
Fakultas Keperawatan
di –
Depok

Dengan hormat,

Sehubungan dengan Surat dari Universitas Indonesia Fakultas Keperawatan,
Nomor : 2133/H2.F12.D/PDP.04.00/2012, tanggal 2 Mei 2012, Perihal :
Permohon Ijin Penelitian.

Pada prinsipnya kami tidak keberatan dan diberikan ijin untuk melakukan
penelitian di Kampus AKPER Pandan Harum Banjarmasin kepada Saudara
TUFIK HIDAYAT, NPM 1006748942.

Dan Kegiatan tersebut dapat dilaksanakan sesuai dengan waktu yang telah
ditentukan.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatiannya diucapkan
terimakasih.

Banjarmasin, 31 Mei 2012
A.n. Direktur AKPER Pandan Harum
Kepala Tata Usaha



NETTY HERAWATI, S.AP



Nomor : 384/STIK-MB/R.1/V/2012
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Melaksanakan Penelitian**

Banjarmasin, 24 Mei 2012

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di -

Tempat

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Sehubungan dengan surat dari Saudara Nomor : 2129/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 02 Mei 2012, Perihal Permohonan Ijin Penelitian atas nama :

Nama : Taufik Hidayat
N P M : 1006748942
Judul Penelitian : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Merokok Pada Mahasiswa Keperawatan Di Wilayah Propinsi Kalimantan Selatan

Pada prinsipnya kami tidak keberatan dan menyetujui permohonan tersebut dengan catatan selama melakukan Penelitian yang bersangkutan harus mematuhi segala ketentuan dan peraturan yang berlaku pada STIKES Muhammadiyah Banjarmasin.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.



Ketua,

M. Syafwani, SKp, M.Kep, Sp.Jiwa

NIK. 012.012.096

Tembusan Yth.

1. Bagian Komite Skripsi STIKES Muhammadiyah Banjarmasin
2. Yang Bersangkutan (Sdr. Taufik Hidayat)
3. Arsip



DINAS KESEHATAN KABUPATEN HULU SUNGAI TENGAH



**PEMERINTAH KABUPATEN HULU SUNGAI TENGAH
AKADEMI KEPERAWATAN MURAKATA BARABAI**

Alamat : Jl. Surapati No. 73 Telp / Fax. (0517) 41896
Barabai - Hulu sungai Tengah 71312

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800/ 110 /AKM-BRB

Yang bertanda tangan dibawah ini

:
N a m a : **B A H T I A R, SKM**
N I P : 19631229 198812 1 001
Pangkat/Golongan : Penata Muda Tingkat I / III.b
Jabatan : Kasubag Tata Usaha

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

N a m a : **TAUFIK HIDAYAT**
N P M : 1006748942
Judul Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Merokok
Pada Mahasiswa Keperawatan di Wilayah Propinsi Kalimantan
Selatan

Bahwa yang namanya tersebut diatas benar telah melaksanakan penelitian terhadap Mahasiswa Akademi Keperawatan Murakata Barabai pada Mahasiswa tingkat I semester II di Akademi Keperawatan Murakata Barabai Kabupaten Hulu Sungai Tengah Propinsi Kalimantan Selatan

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

D i b u a t : Di Barabai
T a n g g a l : 11 Juni 2012

a.n Direktur Akper Murakata Barabai
Kasubag Tata Usaha,



B A H T I A R, SKM

NIP. 1963129 198812 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN HULU SUNGAI TENGAH
DINAS KESEHATAN KABUPATEN HULU SUNGAI TENGAH
AKADEMI KEPERAWATAN MURAKATA BARABAI

Alamat : Jalan Surapati No. 73 Telpon / Fax (0517) 41896 Barabai
Kabupaten Hulu Sungai Tengah 71312



Barabai, 05 Juni 2012

Nomor : 800/ 109 / AKM -BRB
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Ijin Penelitian di Akademi
Keperawatan Murakata Barabai

Kepada Yth :
Sdr. Taufik Hidayat

Di -
Tempat

Sehubungan dengan Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor. 2130/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 02 Mei 2012 tentang permohonan izin penelitian, dalam rangka mengadakan penelitian Tesis Mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK -UI) di Akademi Keperawatan Murakata Barabai.

Dengan ini disampaikan, bahwa kami memberikan ijin kepada Saudara Taufik Hidayat untuk dapat melaksanakan Penelitian yang dimaksud.

Demikian disampaikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Mengetahui :
a.n. Direktur Akper Murakata Barabai
Kasubag Tata Usaha,



B. ANTIAR, SKM

NIP. 19631229 198812 1 001