

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rokok

Kebiasaan menghisap tembakau telah dikenal sejak lama di muka bumi ini. Kaum Indian di Amerika Utara sejak dulu dikenal menggunakan pipa perdamaian, hanya saja mereka menghisap pipa hanya pada kesempatan khusus, bukan dilakukan setiap hari seperti orang biasa merokok sekarang ini. Kebiasaan menghisap tembakau ini kemudian terus berkembang luas, khususnya setelah berkembangnya industri modern rokok di awal abad ini. Pada akhir dekade 1980-an diperkirakan ada lebih dari satu miliar penduduk dunia yang merokok dan mereka menghabiskan lebih dari lima triliun batang rokok per tahun.¹³

Di Indonesia, kebiasaan merokok diperkirakan mulai banyak dikenal pada awal abad 19.¹⁴ Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) yang diadakan oleh Depkes tahun 1995 menyatakan bahwa jumlah perokok pria adalah sebanyak 68,8 % dan wanita sebanyak 2,6 %. Ditemukan pula bahwa 22,6 % remaja pria berumur 15-19 tahun telah menjadi perokok.¹⁵

Menurut survei yang dilakukan oleh Global Youth Tobacco Survey yang dilakukan di Jakarta, Bekasi dan Medan didapatkan hasil bahwa 34 % murid sekolah usia SMP di Jakarta pernah merokok dan sebanyak 16,6 % saat ini masih merokok. Di Bekasi, didapatkan 33 % murid sekolah usia SMP pernah merokok dan sebanyak

¹³ Aditama, Tjandra Yoga. 1992. *Rokok dan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press). x+86 hlm. Hlm 2.

¹⁴ Ibid, hlm 10.

¹⁵ Suhardi. 1999. Perilaku Merokok di Indonesia menurut Susenas dan SKRT 1995. *Cermin Dunia Kedokteran* No. 125 Tahun 1999 hlm 23-25. Jakarta: PT Temprint.

17,1 % saat ini masih merokok. Demikian halnya di Medan, didapatkan 34,9 % murid sekolah usia SMP pernah merokok dan sebanyak 20,9 % saat ini masih merokok. Dengan demikian, rata-rata jumlah perokok remaja di Indonesia lebih tinggi daripada data di Bhutan, yakni sekitar 20 % dan di India atau Bangladesh angkanya berada di bawah 10 %.¹⁶

Dari tahun ke tahun, jumlah perokok aktif di Indonesia mengalami peningkatan. Prof. Dr. Hadiarto Mangunegoro, Sp.P, menyebutkan bahwa jumlah perokok aktif di Indonesia yang pada tahun 1990-an sekitar 22,5 % naik menjadi 60% dari jumlah penduduk pada tahun 2000.¹⁷ Saat ini Indonesia mencetak rekor sebagai negara dengan jumlah perokok remaja tertinggi di dunia, sekitar 13,2% anak-anak di Indonesia menjadi penghisap rokok.¹⁸ Dari survei yang dilakukan oleh Komnas Perlindungan Anak terhadap 2.384 responden yang tersebar di beberapa kota di Indonesia, sebanyak 3,8% anak-anak berusia 9-13 tahun telah menjadi perokok. Sebelumnya Indonesia menempati posisi keenam jumlah perokok anak tertinggi dengan tingkat usia perokok 13-15 tahun.¹⁹

2.2 Faktor-Faktor yang Menyebabkan Seseorang Merokok

Penelitian dari berbagai negara menunjukkan bahwa faktor yang mendorong untuk mulai merokok amat beragam, baik berupa faktor dari dalam dirinya sendiri (personal), sosio-kultural, dan pengaruh lingkungan. Faktor personal yang paling kuat adalah mencari jati diri. Dalam iklan-iklan, kebiasaan merokok digambarkan

¹⁶ Warouw, Web. *Survei Merokok pada Remaja: Sebanyak 30 Persen Murid SMP Merokok!*
<http://www.sinarharapan.co.id/berita/0601/16/nas04.html> 16 jan 06

¹⁷ <http://www.kompas.com>, 21/7/2005

¹⁸ <http://www.republika.co.id>, 1/6/2006

¹⁹ <http://myaminsetia.blogspot.com/2008/02/bisnis-asap-mengepung-anak-fijar.html>

sebagai lambang kematangan, kedewasaan, popularitas, dan bahkan lambang kecantikan, kehidupan yang seksi serta feminisme. Kebiasaan merokok juga dianggap sebagai penghilang *stress*, menghilangkan kecemasan, dan menenangkan jiwa remajanya yang bergejolak.²⁰

Faktor sosio-kultural yang juga penting dalam memulai kebiasaan merokok adalah pengaruh orang tua dan *peer group* atau teman dalam kelompoknya. Di Amerika Serikat, remaja putri yang orang tuanya perokok lima kali lebih sering menjadi perokok bila dibandingkan dengan yang orang tuanya tidak merokok. Sekitar 75% pengalaman mengisap rokok pertama para remaja biasanya dilakukan bersama teman-temannya. Kalau seorang remaja tidak ikut-ikutan merokok maka ia takut ditolak oleh kelompoknya, diisolasi dan dikesampingkan.²¹

Faktor lainnya yang mempengaruhi seseorang untuk mulai merokok adalah iklan. Kini di berbagai negara Eropa dan Amerika telah banyak dilakukan usaha untuk membatasi iklan rokok, termasuk di majalah khusus para gadis dan remaja. Di Hongkong misalnya, di akhir tahun 1980-an telah diperkenalkan rokok khusus untuk wanita yang menjanjikan emansipasi, kelangsingan dan kecantikan. Suatu ungkapan yang menyesatkan.²²

Faktor lainnya adalah kemudahan mendapatkan rokok, baik dari sudut harganya yang relatif murah maupun ketersediaannya dimana-mana. Sekarang ini rokok bisa didapat dengan harga yang sangat murah bahkan ada yang bisa dibeli per batang seharga Rp 500,- dan dijual bebas di pinggir jalan.

²⁰ Aditama, Tjandra Yoga. 1992. *Rokok dan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press). x+86 hlm. Hlm 56.

²¹ Ibid, hlm 57

²² Ibid, Hlm 58.

Lingkungan bebas rokok juga berperan dalam kebiasaan merokok. Anak-anak yang biasa tinggal di lingkungan yang tidak merokok biasanya memang menjadi tidak tahan terhadap bau asap rokok yang akan mencemari pakaian dan rambutnya.²³

2.3 Kandungan Rokok

Rokok pada dasarnya merupakan pabrik bahan kimia. Sekali satu batang rokok dibakar maka ia akan mengeluarkan sekitar 4000 bahan kimia seperti *nikotin, gas karbon monoksida, nitrogen oksida, hydrogen cyanide, ammonia, acrolein, acetilen, benzaldehyde, urethane, benzene, methanol, coumarin, 4-ethylcatechol, ortocresol, perylene*, dll. Secara umum bahan-bahan ini dapat dibagi menjadi dua golongan besar yaitu komponen gas dan komponen padat atau partikel.²⁴

Bahan utama rokok terdiri dari tiga zat, yaitu nikotin, tar, dan karbon monoksida (CO). Bila kita berada dalam ruangan berasap rokok cukup lama, maka ketiga zat beracun tersebut akan masuk ke paru-paru kita.²⁵

Tembakau berisi zat nikotin yang sangat adiktif (membuat orang ketagihan).²⁶ Nikotin merupakan salah satu jenis obat perangsang yang dapat merusak jantung dan sirkulasi darah dengan adanya penyempitan pembuluh darah, peningkatan denyut jantung, pengerasan pembuluh darah, dan penggumpalan darah. Akibat yang paling buruk dari nikotin adalah membuat pemakainya kecanduan.²⁷

Tar mengandung bahan kimia beracun yang mengakibatkan kerusakan sel paru-paru dan menyebabkan kanker. Partikel tar dalam asap rokok akan mengendap

²³ Ibid, hlm 59.

²⁴ Ibid, hlm 22-23.

²⁵ Depkes. 2006. *Panduan Promosi Perilaku Tidak Merokok*. Jakarta: Depkes. Vii+35 hlm. Hlm 1

²⁶ <http://www.sman1bekasi.sch.id/>

²⁷ Depkes. 2006. *Panduan Promosi Perilaku Tidak Merokok*. Jakarta: Depkes. Vii+35 hlm, hlm 1.

dalam lendir yang berada dalam waktu lama di saluran napas. Rangsangan terus menerus (kronis) dari tar terhadap dinding saluran pernapasan akan mengubah bentuk sel paru-paru – dimulai dengan pra kanker yang lambat laun menjadi kanker paru-paru .²⁸

Karbon monoksida merupakan gas beracun yang dapat mengakibatkan berkurangnya kemampuan darah membawa oksigen. Gas CO yang dihisap menurunkan kapasitas sel darah merah untuk mengangkut oksigen, sehingga sel-sel tubuh akan mati. Di tubuh perokok, tempat untuk oksigen diduduki oleh CO, karena kemampuan darah 200 kali lebih besar untuk mengikat CO ketimbang oksigen. Akibatnya otak, jantung dan organ-organ vital tubuh lainnya akan kekurangan oksigen.²⁹

2.4 Bahaya Rokok Terhadap Kesehatan

Dari segi kesehatan telah banyak artikel ilmiah yang membahas tentang dampak yang ditimbulkan akibat merokok seperti kanker paru-paru, kanker mulut, penyakit jantung, penyakit saluran pernapasan kronik, gangguan kehamilan dan janin, katarak, kanker servik, kerusakan ginjal dan periodontitis .³⁰

Hasil penelitian CDC, yang diterbitkan di Morbidity and Mortality Weekly Report, melihat bahwa kematian yang terkait dengan merokok, berkurangnya harapan hidup dan biaya ekonomi dan menemukan bahwa merokok merupakan

²⁸ Ibid, Hlm 2

²⁹ Depkes. 2006. *Panduan Promosi Perilaku Tidak Merokok*. Jakarta: Depkes. Vii+35 hlm. Hlm 2.

³⁰ Ibid, hlm 3

penyebab utama dari kematian yang seharusnya dapat dicegah di Amerika Serikat tersebut.³¹

Tidak hanya rokoknya yang merugikan kesehatan, tapi juga asapnya. Asap rokok bukan saja memberikan dampak buruk bagi perokok, tapi juga bagi orang lain di sekitar perokok yang ikut menghisap asap rokok tersebut. Perokok pasif dewasa mempunyai risiko lebih tinggi untuk terkena paenyakit kardiovaskuler, kanker paru dan penyakit paru lainnya. Suatu penelitian di Finlandia menunjukkan bahwa orang dewasa yang terpapar asap rokok berpeluang menderita asma dua kali lipat dibandingkan orang yang tidak terpapar. Perokok pasif bayi dan anak-anak mempunyai risiko lebih tinggi untuk terena infeksi telinga dan sindroma kematian bayi mendadak (*SID/ Sudden Infant Death Syndrome*).³²

Merokok juga merugikan di sektor ekonomi. Di Amerika, biaya yang dikeluarkan perokok untuk merokok sebesar US\$3,393 per orang per tahun. Jumlah itu jauh dari biaya yang dikeluarkan untuk kesehatan yang hanya sebesar US\$7-18 dan produktivitas yang hilang untuk setiap bungkus rokok yang terjual. Pada tahun 1999, sebanyak US\$22 milyar bungkus rokok telah terjual. Berdasarkan laporan tahunan biaya ekonomi pada 1998, sebanyak US\$81,9 milyar produktivitas hilang karena kematian dan US\$75,5 milyar habis untuk biaya kesehatan, jadi totalnya lebih dari US\$150 milyar. Jumlah tersebut lebih besar dari yang diperkirakan yaitu US\$53 milyar dan US\$43 milyar. Penelitian di Amerika menemukan bahwa pemerintah menerima pendapatan sekitar US\$ 16 milyar per tahun dari perusahaan tembakau untuk pajak tembakau dan pembayaran penyelesaian secara hukum, sedangkan

³¹ www.QuitSmokingSupport.com

³² Depkes. 2006. *Panduan Promosi Perilaku Tidak Merokok*. Jakarta: Depkes. vii+35 hlm. Hlm 3

alokasi untuk pencegahan tembakau dan program penghentiannya sebanyak US\$ 861 milyar pada tahun 2002. Dari hal tersebut dapat dilihat bahwa ternyata uang yang didapat dari pajak rokok tidak sebanding dengan yang harus dikeluarkan untuk memeranginya.³³

2.5 Keinginan Berhenti Merokok

Dengan makin meluasnya informasi tentang pengaruh buruk merokok bagi kesehatan, maka tidak sedikit orang yang berusaha berhenti merokok. Laporan WHO menyebutkan dalam dua dekade terakhir di Kanada, lebih dari lima juta orang telah berhenti merokok, di Inggris sekitar 10 juta orang dalam jangka waktu 10-15 tahun terakhir, dan di Amerika Serikat mencapai 40 juta orang.³⁴

Seringkali tidak mudah bagi seorang perokok apalagi perokok berat untuk dapat menghentikan kebiasaannya ini. Laporan Badan Internasional Penanggulangan Kanker (*International Union Against Cancer*) menunjukkan bahwa setidaknya dua pertiga perokok pernah berusaha untuk berhenti merokok tapi gagal dan merokok kembali. Ada dua alasan orang tidak mudah berhenti merokok. Pertama adalah akibat ketergantungan atau adiksi pada nikotin yang ada dalam asap rokok, kedua karena faktor psikologis yang merasakan adanya kehilangan tertentu kalau berhenti merokok.³⁵

³³ www.QuitSmokingSupport.com

³⁴ Aditama, Tjandra Yoga. 1992. *Rokok dan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press). x+86 hlm. Hlm 61.

³⁵ *Ibid*, Hlm 61-62.

2.6 Kebijakan Pemerintah Terhadap Rokok

2.6.1 Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)

Indonesia merupakan salah satu penggagas dan pembahas draft FCTC yang kini telah menjadi hukum internasional, akan tetapi hingga saat ini pemerintah Indonesia belum menandatangani FCTC ini. Padahal sudah ada 192 negara anggota WHO yang menundukkan diri dalam kerangka Konvensi Pengendalian Dampak Tembakau (*Framework Convention on Tobacco Control/FCTC*) ini dan berkomitmen untuk menjalankan segala cara untuk mengurangi konsumsi rokok di negara mereka.³⁶

2.6.2 Peraturan Pemerintah (PP) No 81/1999 Tentang Penanggulangan Masalah Merokok Bagi Kesehatan.

PP ini memerintahkan agar kandungan tar/nikotin pada rokok dibatasi, maksimum 20 mg untuk tar dan 1,5 mg untuk nikotin. PP ini juga melarang total iklan rokok (total ban) di media massa elektronik. Tetapi daya patuk PP ini hanya seumur jagung Presiden Gus Dur via PP No 32/2000 dan Presiden Megawati via PP No 19/2003, telah menggergaji 'taring' PP No 81/1999.³⁷

2.6.3 Peraturan Daerah (Perda) No 2/2005 pasal 13

Dalam peraturan daerah yang telah disahkan tahun 2005 ini terdapat larangan merokok di tempat umum serta kewajiban pengelola gedung menyediakan ruang khusus merokok bagi perokok. Undang-Undang tentang rokok yang ada saat ini bukan bermaksud untuk melarang seseorang merokok, tetapi membatasi agar masyarakat tidak mudah mengonsumsi rokok dan merokok di sembarang tempat. Isi

³⁶ Abadi, Tulus. 2008. *Ayo 'Menyembah' Industri Rokok*. Media Indonesia 17 Januari 2008

³⁷ Ibid

materi Undang-Undang antirokok antara lain pengaturan cukai dan harga rokok yang mahal untuk membatasi penduduk merokok, pelarangan seluruh iklan rokok, pelarangan merokok di kawasan umum serta pencantuman isi kandungan produk rokok dan peringatan bahaya merokok bagi kesehatan.³⁸

2.7 Media Massa

Media massa tampaknya bukan hanya menjadi pilar kekuatan keempat (*the fourth power*) dalam suatu negara, tetapi ia juga bisa menjadi lokomotif perubahan yang penting. Fenomena ini kian mendapatkan legitimasi, terutama pasca revolusi teknologi komunikasi dan informasi. Dalam kurun waktu yang terbilang cepat, media massa telah mengubah pola kehidupan masyarakat secara signifikan. Bahkan ditengarai media massa mempunyai kemampuan mengubah pengetahuan, sikap, dan praktik kehidupan masyarakat. Pada media massa elektronik seperti televisi, penonton seolah disihir untuk setia duduk berjam-jam mengikuti setiap tayangan acara yang ditransmisikan secara massal dari satu sumber yang sesungguhnya telah di-*setting* untuk tujuan tertentu.³⁹

Begitupun dalam media cetak, pembaca disugahi berbagai informasi yang sudah jadi dan sarat interpretasi. Tak pelak jika masyarakat atau pemerintah memiliki rasa ketakutan terhadap efek magnitudo yang ditimbulkan oleh penetrasi media

³⁸ Republika, 2003. *RI Setuju Ratifikasi Konvensi Kontrol Tembakau*. Available at www.republika.co.id.

³⁹ Hendratno, Jenniwal M. 2005. *Penggunaan Media di Kalangan Remaja*. *Jurnal Thesis September-Desember 2005*. Depok: Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia. Hlm 159-160

massa ini. Meski diakui tidak sedikit pula dari mereka yang diuntungkan oleh perubahan ini.⁴⁰

2.8 Fungsi Media Bagi Remaja

Ada beberapa fungsi media yang sangat berperan untuk remaja, yaitu:⁴¹

- a. Hiburan (*entertainment*). Seperti halnya orang dewasa, remaja menggunakan media sebagai sarana hiburan untuk mengisi waktu luangnya.
- b. Informasi (*information*). Remaja menggunakan media untuk mendapatkan informasi terutama mengenai topik yang umumnya tidak dibicarakan dengan orang dewasa, termasuk dengan orang tua mereka seperti topik seksualitas.
- c. Sensasi (*sensation*). Dibandingkan orang dewasa, remaja memiliki kecenderungan mencari sensasi lebih tinggi. Hal ini bisa diperoleh dari stimulasi yang intens dan baru dari media.
- d. Fungsi koping. Remaja menggunakan media untuk mengurangi kecemasan dan ketidakbahagiaan. Dua cara koping yang paling terkenal adalah 'mendengarkan musik' dan 'menonton teve'.
- e. *Gender-Role Modeling*. Media menampilkan peran pria dan wanita. Citra ini dapat mempengaruhi sikap dan perilaku remaja.
- f. *Youth culture identification*. Penggunaan media membuat remaja merasa 'connected' dengan jaringan mitra bestari yang lebih besar dan kebudayaan yang disatukan oleh tipe-tipe nilai dan minat yang disampaikan oleh *adolescent-oriented* media.

⁴⁰ Ibid

⁴¹ Santrock, John W. 2001. *Adolensence*. Eight Edition. New York: MacGrow Hill International. Dikutip dari Jurnal *Thesis* Jenniwal M. Hendratno FISIP UI. 2005. hlm 160-161.

2.9 Iklan

Iklan merupakan media promosi yang sangat ampuh dalam membentuk opini publik, dalam hal ini pencitraan terhadap produk rokok. Karena hal itulah para pengusaha rokok rela menghabiskan dana sekitar 2 miliar dollar Amerika per tahun untuk keperluan iklan. Mengingat ampuhnya media iklan ini, dan mengingat besarnya biaya yang dikeluarkan maka upaya penanggulangan merokok di suatu negara harus melibatkan penanganan terhadap iklan ini. Iklan yang menyesatkan seperti menghubungkan rokok dengan kejantanan, dunia glamor, olahraga, dan sebagainya perlu dikendalikan.⁴²

Para ahli dari kantor WHO Eropa menyatakan bahwa iklan rokok dapat merangsang seseorang untuk mulai merokok, dapat menghambat perokok yang ingin berhenti merokok atau mengurangi rokoknya, dapat merangsang perokok untuk merokok lebih banyak lagi, dan memotivasi perokok untuk memilih merek-merek tertentu. Iklan-iklan rokok juga berpengaruh pada anak-anak. Karena besarnya pengaruh iklan rokok ini maka berbagai organisasi kesehatan di dunia telah mengusulkan pembatasan iklan rokok.⁴³

2.10 Remaja

Remaja adalah suatu masa ketika (1) individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual, (2) individu mengalami perkembangan psikologis dan pola

⁴² Aditama, Tjandra Yoga. 1992. *Rokok dan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press). x+86 hlm. Hlm 76-77

⁴³ Ibid. Hlm 77.

identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa, (3) terjadi peralihan dari kebergantungan sosial-ekonomi ke arah yang relatif lebih mandiri.⁴⁴

Sementara itu menurut Sarlito⁴⁵ kategori remaja lebih mengacu landasan usia yang berkisar antara 11-24 tahun dan belum menikah. Definisi itu dilandasi oleh pertimbangan-pertimbangan berikut:

- a. Usia 11 tahun adalah usia dimana pada umumnya tanda-tanda seksual sekunder mulai tampak,
- b. Usia 11 tahun sudah dianggap akil baligh sehingga tidak diperlakukan sebagai anak-anak lagi,
- c. Pada usia itu mulai ada tanda-tanda penyempurnaan perkembangan jiwa seperti tercapainya identitas diri (*ego identity*), tercapainya fase genital perkembangan psikoseksual dan tercapainya puncak perkembangan kognitif maupun moral,
- d. Batas usia 24 tahun merupakan batas untuk menuju tahap dewasa,
- e. Definisi remaja khusus untuk mereka yang belum menikah, karena bagi masyarakat kita seorang yang sudah menikah pada usia berapapun dianggap dan diperlakukan sebagai orang dewasa.

2.11 Teori Perilaku

Skinner (1938) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu perilaku tertutup dan perilaku terbuka. Respons seseorang terhadap stimulus dalam perilaku

⁴⁴ WHO dalam Sarlito Wirawan W. 1994. *Psikologi Remaja*. Edisi Pertama. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. Dikutip dari Jurnal *Thesis* Jenniwal M. Hendratno FISIP UI. 2005. hlm 163.

⁴⁵ Sarlito Wirawan W. 1994. *Psikologi Remaja*. Edisi Pertama. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. Dikutip dari Jurnal *Thesis* Jenniwal M. Hendratno FISIP UI. 2005. hlm 163-164.

tertutup masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Sedangkan respons seseorang terhadap stimulus dalam perilaku terbuka sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.⁴⁶

Jika kesehatan akan diperbaiki dengan membantu individu mengubah gaya hidupnya, maka kegiatan yang dilakukan bukan hanya ditujukan terhadap individu tersebut namun juga terhadap kondisi sosial dan kondisi kehidupan yang membuat individu mempertahankan pola perilakunya tersebut. Berdasarkan pemikiran tersebut, Lawrence Green mengusulkan perencanaan pendidikan kesehatan melalui *Precede framework* (kerangka kerja Precede). Precede merupakan akronim *Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Ecosystem Diagnosis and Evaluation*. Dalam *Precede framework*, berisi dua kegiatan yaitu diagnosis dan evaluasi ekosistem. Evaluasi ekosistem merupakan *assessment* yang hasilnya dipergunakan untuk mendiagnosis ekosistem. Diagnosis ekosistem berisi kegiatan penilaian kualitas hidup melalui penilaian umum terhadap masalah-masalah sosial. Kemudian dilakukan identifikasi masalah-masalah kesehatan yang tampaknya berpengaruh terhadap masalah sosial ini. Selanjutnya diidentifikasi perilaku-perilaku khusus yang tampaknya berkaitan dengan masalah kesehatan tersebut dilanjutkan dengan melokalisasi perilaku (diagnosis perilaku). Langkah selanjutnya adalah menegakkan diagnosis edukasional yaitu menentukan faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), pemungkin (*enabling factors*) dan penguat (*reinforcing*

⁴⁶ Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta. X + 210 hlm. Hlm 114-115.

factors) yang berpotensi mempengaruhi perilaku kesehatan yang telah diidentifikasi tersebut.⁴⁷ Ketiga faktor tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1). Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factor*)⁴⁸

Faktor-faktor ini mencakup, pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai dan persepsi masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Dalam arti umum, dapat dikatakan bahwa faktor predisposisi merupakan preferensi pribadi yang dibawa seseorang yang dibawa ke dalam suatu kelompok belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat, dalam setiap kasus faktor ini mempunyai pengaruh. Faktor-faktor ini terutama yang positif akan mempermudah terwujudnya perilaku baru maka sering disebut faktor yang memudahkan.

2). Faktor-faktor pemungkin (*Enabling factors*)⁴⁹

Faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya: air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, tersedianya makanan yang bergizi, dan sebagainya. Faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan berbagai sumber daya seperti biaya, jarak, ketersediaan transportasi, dan sebagainya. Fasilitas ini pada hakikatnya

⁴⁷ <http://ferryefendi.blogspot.com/2007/11/posisi-pendidikan-kesehatan-dalam.html> 27 maret 2008 09.21 am

⁴⁸ Green, Lawrence W., Marshal W. Kreuter., Sigrid G. Deeds., Key B. Patridge. 1980. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik edisi terjemahan oleh Soekidjo Notoatmodjo dkk.* Jakarta: FKM UI. Xxii + 427 hlm. Hlm 116-128

⁴⁹ Ibid, hlm 128-130

mendukung untuk atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut faktor pendukung, atau faktor pemungkin.

3). Faktor-faktor penguat (*Reinforcing factors*)⁵⁰

Faktor penguat adalah faktor-faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan, keluarga dan teman-teman. Termasuk juga di sini undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintahan daerah yang terkait dengan kesehatan. Untuk berperilaku sehat, masyarakat kadang-kadang bukan hanya perlu pengetahuan dan sikap positif serta dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan perilaku contoh (acuan) dari para tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas, lebih-lebih para petugas kesehatan. Disamping itu undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut.

2.12 Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.⁵¹ Penelitian

⁵⁰ Green, Lawrence W., Marshal W. Kreuter., Sigrid G. Deeds., Key B. Patridge. 1980. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik edisi terjemahan oleh Zulazmi Mandy, Zarfiel Tafal, Sudarti Kresno*. Jakarta: FKM UI. xxii + 432 hlm

⁵¹ Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta. X + 210 hlm. Hlm 121

Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu⁵²:

1. *Awareness* (kesadaran), subjek tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, subjek mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation*, subjek mulai menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
4. *Trial*, subjek mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.⁵³

2.13 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.⁵⁴ Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau

⁵² Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta. X + 210 hlm. Hlm 121

⁵³ Ibid, Hlm 124

⁵⁴ ibid, Hlm 124-125

pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden.⁵⁵

2.14 Penelitian Tentang Rokok

Dari penelitian yang dilakukan oleh Kandi Santi Aji⁵⁶ dan Ana Hikmah Andayani⁵⁷ pada sejumlah siswa SLTP Negeri di Depok dan Bekasi, didapat hasil bahwa 16% dari responden di Depok dan 48% di Bekasi merupakan perokok.⁵⁸

Ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku merokok siswa SLTPN di Depok, ditunjukkan dari 30,2% responden laki-laki merupakan perokok, sedangkan responden perempuan yang merokok 1,5%. Sikap siswa yang negatif tidak berarti tidak berperilaku merokok, justru siswa yang mempunyai sikap negatif mempunyai kecenderungan 4,59 kali lebih besar untuk menjadi perokok bila dibandingkan dengan siswa yang bersikap positif. Pengetahuan yang kurang baik tentang bahaya rokok pun membuat siswa mempunyai kecenderungan menjadi perokok 2,6 kali lebih besar dibanding dengan siswa yang mempunyai pengetahuan baik.⁵⁹ Lingkungan sekitar ternyata juga berhubungan dengan perilaku merokok

⁵⁵ Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta. X + 210 hlm. Hlm 127.

⁵⁶ Aji, Kandi Santi. 2003. *Gambaran Perilaku Merokok dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya pada Pelajar SLTPN di Depok Tahun 2002*. Depok: FKM UI. Xii + 77 hlm.

⁵⁷ Andayani, Ana Hikmah. 2003. *Aplikasi Kerangka Green dalam Memahami Perilaku Merokok pada Pelajar Kelas 3 SLTPN 4 Cikarang Utara Bekasi*. Viii + 91 hlm.

⁵⁸ Aji, Kandi Santi. 2003. *Gambaran Perilaku Merokok dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya pada Pelajar SLTPN di Depok Tahun 2002*. Depok: FKM UI. Xii + 77 hlm. Hlm

⁵⁹ Ibid, hlm

siswa SLTPN 4 Cikarang Utara Bekasi, ditunjukkan dari hasil penelitian bahwa 58% siswa memiliki orang tua dan teman yang merokok.⁶⁰



⁶⁰ Andayani, Ana Hikmah. 2003. Aplikasi Kerangka Green dalam Memahami Perilaku Merokok pada Pelajar Kelas 3 SLTPN 4 Cikarang Utara Bekasi. Viii + 91 hlm.

BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Teori

Hal yang penting dalam perilaku kesehatan adalah masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari pendidikan atau penyuluhan kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya.⁶¹ Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor baik internal maupun eksternal.⁶²

Namun demikian para ahli telah membuat beberapa teori untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan antara lain teori Lawrence Green. Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavioral causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavioral causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu:

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.

⁶¹ Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta. Hlm 183

⁶² Ibid, hlm 177

- c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.⁶³

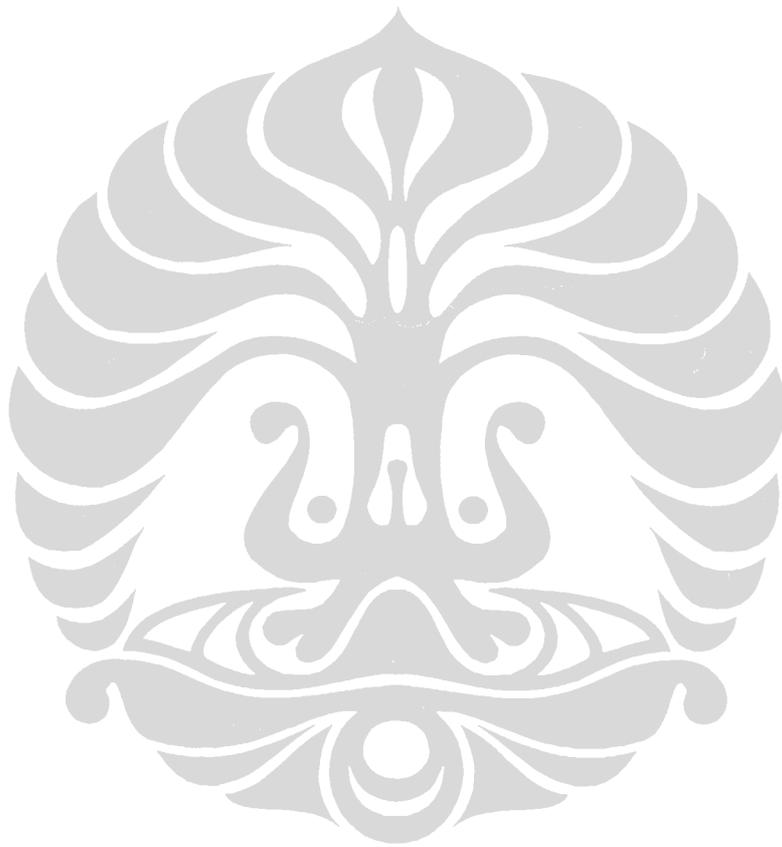
3.2 Kerangka Konsep

Konsep yang digunakan oleh penulis untuk menjelaskan hubungan dari faktor-faktor perilaku merokok pada siswa SLTP di Bekasi adalah konsep Precede Green. Tiap-tiap perilaku kesehatan dapat dilihat sebagai fungsi dari pengaruh kolektif dari faktor predisposisi, pemungkin dan penguat. Gagasan penyebab kolektif ini penting sebab perilaku merupakan suatu fenomena bersegi majemuk. Setiap rencana untuk mengubah perilaku harus memperhitungkan tidak hanya satu, melainkan sejumlah faktor yang berpengaruh. Penggunaan utama model ini adalah karena memungkinkan untuk memisah-misahkan penentu perubahan perilaku yang paling memberi tanggapan atas pendidikan kesehatan ke dalam kategori yang menguntungkan untuk perencanaan.⁶⁴

⁶³ Ibid, hlm 178

⁶⁴ Green, Lawrence W., Marshal W. Kreuter., Sigrid G. Deeds., Key B. Patridge. 1980. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnostik edisi terjemahan oleh Zulazmi Mamdy, Zarfiel Tafal, Sudarti Kresno*. Jakarta: FKM UI. xxii + 432 hlm Hlm 118.

merokok atau tidaknya siswa SLTP di Bekasi menjadi variabel dependen yaitu variabel yang terikat kepada ketiga faktor diatas.



3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1.	Perilaku merokok/tidak merokok pada siswa SLTP di Bekasi	Perilaku merokok/tidak merokok yang dilakukan oleh siswa SLTP di Bekasi	Survei	Angket	1= merokok 0= tidak merokok	Nominal
2.	Pengetahuan	Pengetahuan siswa SLTP di Bekasi tentang rokok dan akibat yang dapat ditimbulkan karena mengkonsumsinya. Nilai diberikan berdasarkan jawaban yang diberikan responden dalam menjawab pertanyaan nomor C24 - C35 pada kuesioner. Nilai diberikan berdasarkan tingkat pengetahuan responden. Pernah mendengar (C24 dan C29) nilai = 1 Mengetahui (C`25, C30, C34 dan C35) = 2 Mengerti (C26) = 3 Memahami (C27, C28, C31, C32 dan C33) = 4.	Survei	Angket	1= tinggi 0= rendah	Nominal
3.	Sikap	Sikap siswa SLTP di Bekasi terhadap rokok dan perokok di sekitarnya Pertanyaan (+): Sangat setuju = 5 Sangat tidak setuju = 1 Pertanyaan (-): Sangat setuju = 1 Sangat tidak setuju = 5	Survei	Angket	1= positif 0= negatif	Nominal
4.	Jenis kelamin	Suatu ciri biologis yang membedakan manusia, terdiri dari laki-laki dan perempuan	Survei	Angket	1= laki-laki 2= perempuan	Nominal
5.	Ketersediaan rokok	Tersedia/tidaknya rokok di lingkungan sekitar siswa	Survei	Angket	Ketersediaan rokok di lingkungan sekitar 1= tersedia 0= tidak	Nominal
6.	Keterjangkauan	Kemampuan siswa SLTP di Bekasi untuk dapat mengakses rokok (dalam hal uang saku)	Survei	Angket	1= Rp1000- Rp5000 per hari 2= Rp6000-Rp10000 per hari 3= Rp 11000-Rp15000 per hari 4= >Rp16000	Ordinal
7.	Keluarga	Perilaku merokok anggota keluarga yang tinggal serumah dengan siswa SLTP di Bekasi	Survei	Angket	Perilaku 1= ada anggota keluarga yang merokok 0= tidak ada anggota keluarga yang merokok	Nominal
8.	Teman sebaya	Perilaku merokok teman sebaya/kelompok bermain yang akrab	Survei	Angket	Perilaku 1= ada teman yang merokok 0= tidak ada teman yang merokok	Nominal

9.	Guru	Perilaku merokok guru/tenaga pengajar di SLTP di Bekasi dan tindakan terhadap siswa yang merokok	Survei	Angket	Perilaku 1= ada guru yang merokok di sekolah 0= tidak ada guru yang merokok di sekolah	Nominal
10.	Paparan iklan rokok	Pemajanan dengan alat komunikasi massa televisi yang bermuatan iklan rokok yang dibaca, dilihat dan didengar oleh responden.	Survei	Angket	1= terpapar 0= tidak terpapar	Ordinal
11	Usia	Usia responden saat penelitian berlangsung. Usia responden dihitung dari tahun kelahiran sampai tahun penelitian berlangsung. Jawaban dikategorikan dalam >13 tahun ≤13 tahun			1= >13 tahun 0= ≤13 tahun	Nominal

3.4 Hipotesis

1. Ada hubungan antara faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, jenis kelamin) dengan perilaku merokok pada siswa SLTP di Bekasi tahun 2008.
2. Ada hubungan antara faktor pemungkin (ketersediaan rokok di lingkungan sekitar, keterjangkauan siswa terhadap rokok) dengan perilaku merokok pada siswa SLTP di Bekasi tahun 2008.
3. Ada hubungan antara faktor penguat (keluarga, teman sebaya, guru, iklan rokok di media massa) dengan perilaku merokok pada siswa SLTP di Bekasi tahun 2008.