

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Teori-Teori Perilaku

##### 2.1.1. Perilaku

Sarwono (1993) mendefinisikan perilaku sebagai sesuatu yang dilakukan oleh individu satu dengan individu lain dan sesuatu itu bersifat nyata. Menurut Morgan (1986) tidak seperti pikiran atau perasaan, perilaku merupakan sesuatu yang konkrit yang dapat diobservasi, direkam maupun dipelajari. Walgito (1994) mendefinisikan perilaku atau aktivitas ke dalam pengertian yang luas yaitu perilaku yang tampak (*overt behavior*) dan perilaku yang tidak tampak (*innert behavior*), demikian pula aktivitas-aktivitas tersebut disamping aktivitas motoris juga termasuk aktivitas emosional dan kognitif. Chaplin (1999) memberikan pengertian perilaku dalam dua arti. Pertama perilaku dalam arti luas didefinisikan sebagai segala sesuatu yang dialami seseorang. Pengertian yang kedua, perilaku didefinisikan dalam arti sempit yaitu segala sesuatu yang mencakup reaksi yang dapat diamati.

Menurut kamus bahasa Indonesia, perilaku merupakan reaksi seseorang yang muncul dalam gerakan atau sikap (gerakan badan atau ucapan). Skinner (1983), seorang ahli psikologi dalam Soekidjo Notoatmodjo (2005), merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian, perilaku manusia terjadi melalui proses : Stimulus → Organisme → Respons, sehingga teori Skinner ini disebut teori “S-O-R”.

Berdasarkan teori “S-O-R” tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

a. *Perilaku tertutup* (Covert behavior)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk “*unobservable behavior*” atau “*covert behavior*” yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

b. *Perilaku terbuka* (Overt Behavior)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan, atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau “*observable behavior*”.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah segala sesuatu yang dilakukan oleh manusia dalam menanggapi stimulus lingkungan, yang meliputi aktivitas motoris, emosional dan kognitif.

### 2.1.2. Pengetahuan

Soekidjo Notoatmodjo, (2005) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar di bagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu di artikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/ atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen- komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen- komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi- formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma- norma yang berlaku di masyarakat.

### 2.1.3. Sikap

Soekidjo Notoatmodjo (2005) mendefinisikan sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang- tidak senang, setuju- tidak setuju, baik- tidak baik, dan sebagainya).

Menurut Allport (1954) dalam Soekidjo Notoatmodjo (2005) sikap terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek.

Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.

- b. Kehidupan emosional atau valuasi orang terhadap objek.

Artinya, bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.

- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Artinya, sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang- ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

## 2.2. Teori Reasoned Action

Teori *Reasoned Action* (TRA) yang dikembangkan Martin Fishbein dan Icek Ajzen (1975, 1980) berasal dari penelitian sebelumnya, yaitu teori tentang sikap yang kemudian berkembang ke penelitian selanjutnya tentang sikap dan perilaku. Teori ini muncul karena ketidakpuasan terhadap penelitian tradisional tentang sikap dan perilaku, dimana terdapat hubungan yang lemah antara pengukuran sikap dan

pelakuan perilaku volitional. Diturunkan dari setting psikologi sosial. TRA diajukan oleh Ajzen dan Fishbein (1975 & 1980). Komponen dari TRA ada 3 konstruksi umum, 1 keinginan perilaku, 2. sikap, 3. norma subjektif. Menurut TRA sikap perilaku seseorang bergantung kepada sikap seseorang tentang perilaku dan norma subjektif, jika seseorang berkeinginan untuk melakukan perilaku maka kemungkinan seseorang akan melakukannya. Lebih lanjut keinginan seseorang dipandu oleh 2 hal sikap seseorang terhadap perilaku dan norma subjektif. Keinginan perilaku mengukur kekuatan keinginan relatif seseorang untuk melakukan suatu perilaku. Sikap terdiri atas kepercayaan tentang konsekuensi melakukan perilaku dikali valuasinya akan konsekuensi tersebut. Norma subjektif dilihat dari kombinasi ekspektasi, persepsi, dari individual relevan atau grup bersama dengan keinginan untuk memenuhi ekspektasi ini. Dengan kata lain persepsi seseorang kebanyakan orang yang penting baginya bahwa dia harus atau tidak harus melakukan perilaku yang dipertanyakan ( Azjen and Fishbein, 1975).

Definisi sederhananya adalah perilaku sukarela seseorang diprediksikan dari sikapnya kepada perilaku itu dan bagaimana orang akan memandang mereka jika mereka melakukan perilaku tersebut. Sikap seseorang digabungkan dengan norma subjektif membentuk keinginan perilakunya.

Namun Fishbein dan Ajzen mengatakan bahwa sikap dan norma tidak seimbang dalam memprediksi perilaku memang tergantung kepada individual dan situasi, faktor ini mungkin efek yang sangat berbeda atas keinginan perilaku: sehingga pertimbangan tersebut dihubungkan dengan masing-masing faktor ini dalam formula prediktif dari teori ini, contohnya kita mungkin tipe orang yang tidak peduli

apa yang orang lain pikirkan, jika ini kasusnya norma subjektif akan memberi pertimbangan sedikit dalam memprediksi perilaku kita.

Miller, (2005) mendefinisikan 3 komponen dari 3 teori sebagai berikut dan menggunakan contoh pada program latihan baru untuk mengilustrasikan teori tersebut.

- a. Sikap: jumlah dari kepercayaan tentang perilaku tertentu yang dipertimbangkan oleh kepercayaan ini. Kita mungkin percaya bahwa olahraga bagus untuk kesehatan kamu, bahwa olah raga membuat kita terlihat bagus, bahwa olahraga membutuhkan banyak waktu, bahwa olahraga membuat kita tidak nyaman, semua kepercayaan ini bisa dipertimbangkan. Contoh issue kesehatan mungkin lebih penting bagi kita daripada kenyamanan. Sama halnya dengan merokok, mungkin kita percaya bahwa merokok bisa menambah kreatifitas, dapat menyenangkan perasaan, memberikan kenikmatan, menghilangkan rasa cemas. Bahwa rokok berbahaya bagi kesehatan, merokok merugikan orang lain, dengan merokok bisa membuat boros. Contoh issue kesehatan mungkin lebih penting bagi kita dari pada sebuah kenikmatan.
- b. Norma subjektif: melihat kepada pengaruh orang-orang dalam lingkungan sosial seseorang terhadap keinginan perilakunya, kepercayaan orang-orang, mempertimbangkan seberapa pentingnya atribut seseorang kepada setiap pendapat mereka.

- c. Keinginan perilaku: suatu fungsi dari sikap terhadap perilaku dan norma subjektif terhadap perilaku tersebut, yang telah ditemukan untuk memprediksi perilaku sebenarnya.

Sikap kita terhadap olahraga dan merokok dikombinasikan dengan norma subjektif tentang olahraga dan merokok, masing-masing dengan pertimbangannya akan membawa kita kepada keinginan kita apakah mau berolahraga atau tidak, apakah mau merokok atau tidak yang kemudian akan membawa kita kepada perilaku kita sebenarnya.

### **Kegunaan**

TRA telah menerima perhatian yang lumayan dan sebagian besar bisa di justifikasi dalam bidang perilaku konsumen, tidak hanya model muncul untuk memprediksi keinginan dan perilaku konsumen dengan baik. TRA juga menyediakan dasar-dasar sederhana yang relative untuk mengidentifikasi dimana dan bagaimana menarget percobaan perubahan perilaku konsumen. (Sheppard, Hartwick, & Warshaw, 1988).

Hale et al. (2003) Mengatakan TRA telah dites dalam berbagai penelitian di banyak area termasuk diet, menggunakan kondom, mengkonsumsi makanan yang diubah secara genetic, dan membatasi sinar matahari.

### **Formula**

Dalam bentuk sederhana TRA dapat diekpresikan dalam fungsi matematika berikut:

$$BI = (AB)W1 + (SN) W2$$

BI = behavioral intention = keinginan berperilaku

(AB) = sikap seseorang terhadap melakukan perilaku

W = pertimbangan empiris

SN = norma subjektif seseorang yang berkaitan dengan melakukan perilaku

(Source: Hale, 2003)

### **Batasan dan Perluasan**

Sheppard et al, (1988) Setuju dengan teori ini tapi mengecualikan situasi tertentu ketika mereka berkata “ pengukuran BI akan memprediksi performa dari sikap sukarela, kecuali perubahan keinginan sebelum performa atau kecuali pengukuran keinginan tidak sesuai dengan kriteria perilaku dalam soal aksi, target, konteks, timeframe dan atau kekhususan”. Jadi, berdasarkan contoh diatas jika sebelum berolah raga kita mengetahui kita mempunyai kondisi medis, ini mungkin bisa menyebabkan BI.

Sheppard et al, (1988) Mengatakan ada 3 kondisi yang membatasi pada 1) penggunaan sikap dan norma subjektif untuk memprediksi keinginan dan 2) penggunaan keinginan untuk mempredikasi performa perilaku.

1. Tujuan vs perilaku: perbedaan antara keinginan mencapai tujuan (pencapaian besar seperti turun kurang lebih 15 kg) dan sebuah keinginan perilaku (BI) (minum pil diet)
2. Pilihan diantara-alternatif-alternatif : adanya pilihan mungkin secara dramatis mengubah secara alami proses pembentukan keinginan dan peran keinginan dalam pelaksanaan perilaku.
3. Keinginan vs perkiraan: ada waktu yang jelas ketika apa yang diinginkan seseorang untuk dilakukan dan apa yang sebenarnya diharapkan dilakukan oleh seseorang berbeda.

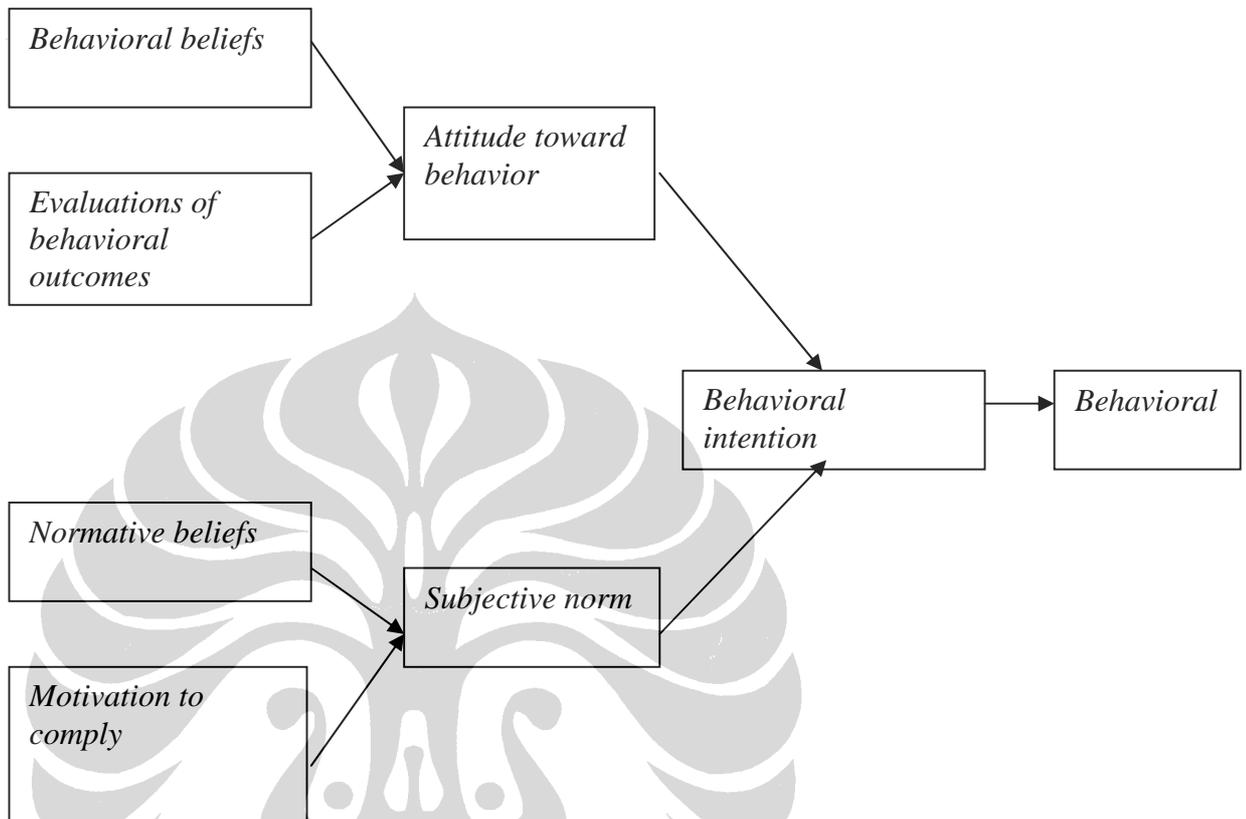
Sheppard et al. (1988) Menganggap bahwa lebih dari setengah penelitian hingga saat ini yang telah menggunakan model tersebut.

Hale et al. (2003) Juga memperhitungkan pengecualian-kecualian tertentu terhadap teori tersebut ketika mereka mengatakan “ tujuan dari TRA adalah untuk menjelaskan perilaku *volitional*. Cakupan penjelasan itu tidak termasuk perilaku yang rentangnya luas seperti spontan, *impulsive*, kebiasaan, hasil *craving*, atau perilaku yang tertulis atau yang tanpa pemikiran. Perilaku-perilaku tersebut tidak termasuk karena perilaku tersebut mungkin tidak sukarela atau perilaku tersebut mungkin tidak berdasarkan keputusan yang sadar dari pelakunya. (Miller, 2005).

Teori tersebut bahkan telah direvisi dan diperluas sendiri menjadi perilaku terencana.”peluasan tersebut mungkin melibatkan penambahan satu prediksi besar, persepsi control perilaku, terhadap model tersebut. Penambahan tersebut dimaksudkan untuk memperhitungkan pada waktu-waktu tertentu ketika orang-orang mempunyai keinginan untuk melakukan perilaku, tapi perilaku sebenarnya tidak terwujud karena mereka kurang kepercayaan atau control dalam perilakunya.

Dalam TRA ini, Ajzen (1980) menyatakan bahwa niat seseorang untuk melakukan suatu perilaku menentukan akan dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tersebut. Lebih lanjut, Ajzen mengemukakan bahwa niat melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu dipengaruhi oleh dua penentu dasar, yang pertama berhubungan dengan sikap (*attitude towards behavior*) dan yang lain berhubungan dengan pengaruh sosial yaitu norma subjektif (*subjective norms*). Dalam upaya mengungkapkan pengaruh sikap dan norma subjektif terhadap niat untuk dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku, Ajzen melengkapi TRA ini dengan keyakinan (*beliefs*). Dikemukakannya bahwa sikap berasal dari keyakinan terhadap perilaku (*behavioral beliefs*), sedangkan Norma subjektif berasal dari keyakinan normatif (*normative beliefs*). Secara skematik TRA

digambarkan seperti skema di Gambar-1.



Gambar-1. Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen, 1980)

### 2.3. Pengertian Perilaku Merokok

Beragam-bagam bentuk perilaku yang dilakukan manusia dalam menanggapi stimulus yang diterimanya, salah satu bentuk perilaku manusia yang dapat diamati adalah perilaku merokok. Merokok telah banyak dilakukan pada zaman Tiongkok kuno dan Romawi, pada saat itu orang sudah menggunakan suatu ramuan yang mengeluarkan asap dan menimbulkan kenikmatan dengan jalan dihisap melalui hidung dan mulut (Danasantoso, 1991). Masa sekarang, perilaku merokok merupakan perilaku yang telah umum dijumpai. Perokok berasal dari berbagai kelas

sosial, status, serta kelompok umur yang berbeda, hal ini mungkin dapat disebabkan karena rokok bisa didapatkan dengan mudah dan dapat diperoleh dimana pun juga. Poerwadarminta, (1995) mendefinisikann merokok sebagai menghisap rokok, sedangkan rokok sendiri adalah gulungan tembakau yang berbalut daun nipah atau kertas.

Merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar ke dalam tubuh dan menghembuskannya kembali keluar (Armstrong, 1990). Danusantoso, (1991) mengatakan bahwa asap rokok selain merugikan diri sendiri juga dapat berakibat bagi orang-orang lain yang berada disekitarnya. Pendapat lain menyatakan bahwa perilaku merokok adalah sesuatu yang dilakukan seseorang berupa membakar dan menghisapnya serta dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya (Levy, 1984).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa perilaku merokok adalah suatu kegiatan atau aktivitas membakar rokok dan kemudian menghisapnya dan menghembuskannya keluar dan dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya.

#### **2.4. Tipe Perilaku Merokok**

Seperti yang diungkapkan oleh Leventhal & Clearly (Komasari & Helmi, 2000) terdapat 4 tahap dalam perilaku merokok sehingga menjadi perokok, yaitu :

1. Tahap *Prepatory*. Seseorang mendapatkan gambaran yang menyenangkan mengenai merokok dengan cara mendengar, melihat atau dari hasil bacaan. Hal-hal ini menimbulkan minat untuk merokok.
2. Tahap *Initiation*. Tahap perintisan merokok yaitu tahap apakah seseorang

akan meneruskan atau tidak terhadap perilaku merokok.

3. Tahap *Becoming a Smoker*. Apabila seseorang telah mengkonsumsi rokok sebanyak empat batang per hari maka mempunyai kecenderungan menjadi perokok.
4. Tahap *Maintenance of Smoking*. Tahap ini merokok sudah menjadi salah satu bagian dari cara pengaturan diri (*self regulating*). Merokok dilakukan untuk memperoleh efek fisiologis yang menyenangkan.

Menurut Smet (1994) ada tiga tipe perokok yang dapat diklasifikasikan menurut banyaknya rokok yang dihisap. Tiga tipe perokok tersebut adalah :

1. Perokok berat yang menghisap lebih dari 15 batang rokok dalam sehari.
2. Perokok sedang yang menghisap 5-14 batang rokok dalam sehari.
3. Perokok ringan yang menghisap 1-4 batang rokok dalam sehari.

Tempat merokok juga mencerminkan pola perilaku merokok. Berdasarkan tempat-tempat dimana seseorang menghisap rokok, maka Mu'tadin (2002) menggolongkan tipe perilaku merokok menjadi :

1. Merokok di tempat-tempat umum / ruang publik
  - a. Kelompok homogen (sama-sama perokok), secara bergerombol mereka menikmati kebiasaannya. Umumnya mereka masih menghargai orang lain, karena itu mereka menempatkan diri di *smoking area*.
  - b. Kelompok yang heterogen (merokok ditengah orang-orang lain yang tidak merokok, anak kecil, orang jompo, orang sakit, dll).
2. Merokok di tempat-tempat yang bersifat pribadi
  - a. Kantor atau di kamar tidur pribadi. Perokok memilih tempat-tempat seperti ini yang sebagai tempat merokok digolongkan kepada individu yang kurang

menjaga kebersihan diri, penuh rasa gelisah yang mencekam.

- b. Toilet. Perokok jenis ini dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi.

Menurut Silvan & Tomkins (Mu'tadin, 2002) ada empat tipe perilaku merokok berdasarkan *Management of affect theory*, ke empat tipe tersebut adalah :

1. Tipe perokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif.

- a. *Pleasure relaxation*, perilaku merokok hanya untuk menambah atau meningkatkan kenikmatan yang sudah didapat, misalnya merokok setelah minum kopi atau makan.
- b. *Simulation to pick them up*. Perilaku merokok hanya dilakukan sekedaranya untuk menyenangkan perasaan.
- c. *Pleasure of handling the cigarette*. Kenikmatan yang diperoleh dari memegang rokok.

2. Perilaku merokok yang dipengaruhi perasaan negatif.

Banyak orang yang merokok untuk mengurangi perasaan negatif dalam dirinya. Misalnya merokok bila marah, cemas, gelisah, rokok dianggap sebagai penyelamat. Mereka menggunakan rokok bila perasaan tidak enak terjadi, sehingga terhindar dari perasaan yang lebih tidak enak.

3. Perilaku merokok yang adiktif.

Perokok yang sudah adiksi, akan menambah dosis rokok yang digunakan setiap saat setelah efek dari rokok yang dihisapnya berkurang.

4. Perilaku merokok yang sudah menjadi kebiasaan.

Mereka menggunakan rokok sama sekali bukan karena untuk mengendalikan perasaan mereka, tetapi karena sudah menjadi kebiasaan.

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa perilaku merokok pada remaja digolongkan kedalam beberapa tipe yang dapat dilihat dari banyaknya rokok yang dihisap, tempat merokok, dan fungsi merokok dalam kehidupan sehari-hari.

## 2.5. Sejarah Merokok

Manusia adalah satu-satunya hewan di dunia yang memilih menghirup asap dari alang-alang yang terbakar ke dalam tubuhnya dan menghembuskannya kembali keluar. Bagaimana dan bilamana ia memperoleh kebiasaan yang aneh itu?

Sesungguhnya merokok mempunyai sejarah yang panjang dan sangat bervariasi. Para arkeolog telah menggali sisa-sisa perlengkapan aneh untuk merokok ini dari zaman Romawi-Yunani. Orang kulit merah Indian telah menggunakan pipa sebagai bagian upacara sejak berabad-abad yang lalu. Pada abad pertengahan, orang-orang di Inggris merokok sejenis ramuan tumbuhan yang dianjurkan dokter mereka untuk mengobati segala macam penyakit. Namun, menghisap tembakau di dunia barat berawal sekitar tahun 1500-an.

Sebelumnya, pada tahun 1492, Christopher Columbus menulis dari kepulauan Bahamas bahwa ia telah melihat seseorang yang mendorong kanonya (sejenis sampan) berlalu lalang diantar pulau-pulau sambil menghisap sejenis ‘daun kering’ yang tampaknya sangat populer di masa itu. Seorang peneliti lain, Amerigo Vespucci, melaporkan telah melihat orang mengunyah tembakau di Venezuela pada akhir abad ke 15. Pada waktu itu, pemakaian tembakau dalam salah satu bentuk hanya dianggap sebagai kebiasaan aneh dari orang “kurang berada” yang tinggal di daerah terpencil. Kebiasaan itu tidak dikenal di negeri Inggris sampai hampir seabad kemudian ketika Sir Walter Raleigh diberi kiriman daun tembakau oleh Sir Francis Drake dari Amerika disertai petunjuk cara pemakaiannya. Pada mulanya, cara-cara

menekan daun kering kedalam pipa, menyulutnya dengan api, dan menghisapnya diantara kepulan asap seharusnya merupakan gagasan yang sangat aneh. Namun, hal itu menjadi populer di Inggris dan selama seratus tahun berikutnya, kebiasaan merokok telah menyebar ke seluruh Eropa.

Anehnya, seorang dokter yang bernama Francisco Hernandez—lah yang dianggap sebagai pembawa pertama tanaman tembakau ke Eropa dari perjalanannya di Meksiko. Selanjutnya, selama abad ke 17, para dokterlah yang terutama mendorong kebiasaan merokok itu. Pada waktu itu, tidak banyak hal baru di dunia kedokteran. Para dokter sedang sibuk mencari gagasan baru dan mereka mulai menganggap ada berbagai macam kekuatan penyembuhan dalam daun tembakau. Seorang dokter di London pada pertengahan tahun 1600-an menulis sebuah buku yang penuh dengan usulan bagus dan aneh tentang cara memakai tembakau sebagai obat. Sebagai contoh, ia menulis bahwa setetes larutan tembakau dapat menyembuhkan sakit gigi, sedangkan dengan merebus dedaunan dan memercikan larutan keatas perut seseorang dapat menghilangkan sakit perut! Selama masa “great plague” pada tahun 1664-1666, murid laki-laki di Eaton dianjurkan merokok pipa tembakau sekali sehari untuk melindunginya dari penyakit.

Ramuan tanaman Culpeper yang menjadi buku panduan bagi dokter di bidang ramuan diterbitkan pada tahun 1653 sekali lagi menunjukkan beberapa dari teori aneh yang dimiliki orang tentang tembakau. Salah satunya “resepnya menyatakan” :

Jika ramuan yang disuling disimpan dalam pupuk kandang yang hangat selama 14 hari, dan sesudahnya digantung dalam sebuah kantung di gudang tempat penyimpanan anggur maka cariran destilasi atau liquor yang dihasilkan sangat baik untuk menyembuhkan kejang, sakit, gout, dan sciatica serta dapat mengurangi rasa

gatal, kudis, luka lambung, dan rasa sakit apapun juga. Selain itu ia juga dapat membunuh kutu rambut di kepala anak-anak.

Hal itu merupakan salah satu dari keterputarbalikan dalam sejarah tentang para dokter yang begitu bersemangat tentang tembakau pada awal mulanya. Namun, merokok juga menjadi populer karena alasan lain. Yaitu, sebagai pertanda kecanggihan dan kejantanan karena dihubungkan dengan kehidupan yang keras dan menarik dari para penjelajah yang pertama-tama menulis tentang tembakau dan mengirim tanaman itu ke rumah. Selain itu juga tembakau menjadi usaha perdagangan yang besar. Pada mulanya, Inggris menguasai sebagian besar perdagangan tembakau di dunia. Dikatakan bahwa dengan meluasnya kebiasaan merokok, orang lebih banyak memperoleh keuntungan dengan berdagang dengan berdagang tembakau daripada berdagang emas dan perak.

Selama beabad-abad kemudian, peperangan mulai mempunyai pengaruh yang besar terhadap bagaimana kebiasaan merokok telah berubah dan penyebarannya dari satu negara ke negara lain. Meskipun para penjajah Spanyol pada mulanya telah mengenal cara menghisap cerutu di Kuba, cerutu tidak masuk ke Inggris sampai sesudah perang Peninsula di tahun 1808–1814 ketika Inggris berperang melawan Perancis di Spanyol. Dan walaupun merokok telah populer di Eropa dan Amerika, hal itu tidak terlihat di Inggris sampai sekitar tahun 1856 ketika prajurit Inggris melihat sekutunya Perancis dan Turki dalam perang Krim merokok “gulungan tembakau kecil” ini.

Pada akhir abad ke 19, rokok dibuat dengan mesin yang dapat menghasilkan ribuan batang dalam setiap menit. Hal ini merupakan pokok penting dalam sejarah

merokok, karena menikmati rokok tidak lagi berarti membawa perlengkapan berat dan besar seperti pipa, penyulut api, kantung besar, dan pembersih pipa. Orang tidak lagi menggulung kertas dengan isi tembakau, dan membawa mesin-mesin mini pembuat “rokok sendiri”. Secara tiba-tiba, rokok sudah dibuat siap dipakai, dibungkus dalam bungkus yang rapi, dan mudah diperjualbelikan seperti permen.

Selama perang dunia kedua, merokok menjadi pemandangan umum dimana-mana. Rokok yang keluar dari mesin-mesin otomatis murah harganya dan sangat disukai para prajurit untuk memanaskan badannya di musim dingin dan mengendurkan ketegangan syaraf mereka dalam menghadapi perang. Sejak saat itu, merokok menjadi bagian hidup sehari-hari sehingga merupakan hal yang wajar saja.

Masalahnya adalah, bahwa merokok menjadi semacam gengsi sebelum orang itu menyadari tentang betapa besar bahaya merokok itu.

## **2.6. Alasan Orang Merokok**

Mungkin anda berfikir dalam hati jika memang bahaya merokok sudah diketahui mengapa orang masih tetap merokok. Ternyata hampir semua perokok dewasa yang kita lihat di sekeliling kita telah mulai sebelum mereka cukup dewasa untuk memahami atau berhati-hati tentang kesehatan mereka. Mereka sudah terbiasa dan sekarang mereka sulit untuk menghentikan kebiasaan tersebut.

Ada beberapa alasan mengapa orang dewasa merokok, (Sue Amstrong, 1992):

1. Mereka benar-benar menikmatinya sewaktu merokok. Mereka bahkan tidak dapat menahan diri meskipun menyadari bahwa kesehatannya dipertaruhkan untuk kesenangan tersebut.

2. Mereka menjadi ketagihan terhadap nikotin dan tanpa nikotin hidupnya terasa hampa.
3. Mereka menjadi terbiasa untuk menghisap rokok agar dapat merasa santai.
4. Tindakan mengambil sebatang menyulutnya dengan pemantik api, memandangi asap, dan memegang sesuatu dalam tangannya telah menjadi bagian dari perilaku sosial mereka dan tanpa itu, mereka akan merasa hampa. Dengan kata lain, meroko telah menjadi suatu kebiasaan.
5. Merokok adalah “penopang” bermasyarakat. Mereka mungkin seorang pemalu yang perlu mengambil tindakan tertentu untuk menutupi perasaan malunya dihadapan orang lain.

Namun hal-hal ini pada umumnya bukanlah alasan mengapa mereka mulai merokok.

### **2.7. Merokok dan kesehatan**

Bahaya merokok bagi kesehatan telah dibicarakan dan diakui secara luas. Penelitian yang dilakukan para ahli memberikan bukti nyata adanya bahaya merokok bagi kesehatan si perokok dan bahkan bagi orang disekitarnya.

Para ahli dari WHO menyatakan bahwa di negara dengan kebiasaan merokok yang telah meluas, maka kebiasaan itu mengakibatkan terjadinya 80%-90% kematian akibat kanker paru-paru di seluruh negara itu, 75% dari kematian akibat bronchitis, 40% kematian akibat kanker kandung kencing dan 25% kematian akibat penyakit jantung iskemik serta 18% kematian akibat pada “stroke”.

Tadinya, data dari Inggris yang dipublikasi di tahun 1970-an menyatakan bahwa kebiasaan merokok akan dapat membunuh lebih awal satu dari empat pria

muda yang merokok. Ternyata, hasil penelitian selama 40 tahun di Inggris yang kemudian dipublikasi luas di awal tahun 1990-an menunjukkan bahwa sekitar separuh (50%) dari para perokok yang mulai sejak usia remaja akan meninggal akibat berbagai penyakit yang berhubungan dengan kebiasaan merokoknya. Penelitian lain oleh yayasan kanker Amerika Serikat menunjukkan ada peningkatan angka kematian sebanyak 70/100.000 penduduk akibat merokok.

Di seluruh dunia, kebiasaan merokok menyebabkan kematian pada 2,5 juta orang setahunnya, artinya satu kematian dalam 13 detik. Di pihak lain data juga menunjukkan bahwa rokok merupakan penyebab dari 50% kebakaran yang terjadi, dan proses pengolahan rokok mengakibatkan penebangan pohon-pohon di hutan agar kayunya dapat dipakai untuk memproses tembakau.

### **2.7.1. Jenis penyakit**

Kebiasaan merokok telah terbukti berhubungan dengan sedikitnya 25 jenis penyakit dari berbagai alat tubuh manusia, seperti kanker paru, bronchitis kronik, emfisema dan berbagai penyakit paru lainnya. Selain itu adalah kanker mulut, tenggorok, pancreas, dan kandung kencing, penyakit pembuluh darah ulkus peptikum dan lain-lain. Satu-satunya penyakit yang menunjukkan asosiasi negatif dengan kebiasaan merokok adalah kematian akibat penyakit parkison.

Laporan WHO juga menyebutkan beberapa penyakit yang berhubungan dengan kebiasaan merokok, yaitu kanker paru, bronchitis kronik, dan emfisema, penyakit jantung iskemik dan penyakit kardiovaskuler lain, ulkus peptikum, kanker mulut/tenggorok/kerongkongan, penyakit pembuluh darah otak, dan gangguan janin dalam kandungan.

Doll dan Hill, dua orang peneliti terkenal dari Inggris membagi hubungan antara penyakit dan kebiasaan merokok sebagai berikut: (a) *yang disebabkan oleh merokok* yaitu kanker paru, kanker kerongkongan, kanker saluran nafas lainnya, bronchitis kronik, emfisema; (b)  *mungkin seluruhnya atau sebagian disebabkan oleh merokok* yaitu penyakit jantung iskemik, aneurisma/pelebaran aorta, kerusakan miokard jantung, trombosis pembuluh darah otak, arteriosclerosis, tuberculosis, pneumonia, ulkus peptikum, hernia dan kanker kandung kemih.

Hammond dan Horn, 2 peneliti Eropa lainnya juga membagi hubungan antara penyakit dan kebiasaan merokok sebagai berikut: (a) *hubungan erat luar biasa* mengakibatkan kanker paru, kanker tenggorok dan ulkus peptikum; (b) *hubungan sangat erat* mengakibatkan pneumonia ulkus duodenum, aneurisma aorta; sedangkan (c) *hubungan erat* dapat menyebabkan penyakit jantung koroner; dan (d) *hubungan sedang* mengakibatkan penyakit pembuluh darah otak.

Dari berbagai penyakit akibat rokok, maka penyakit paru khususnya kanker paru, bronchitis kronik, dan emfisema, penyakit jantung dan gangguan pada janin dalam kandungan merupakan topik-topik yang paling banyak dibahas para ahli dan menarik perhatian masyarakat luas.

Seorang ahli kesehatan dari Inggris telah melakukan penelitian tentang akibat lanjut dari rokok. Dari 1000 orang pemuda yang merokok setidaknya 1 bungkus sehari, maka 1 orang akan meninggal karena dibunuh, 6 orang akan meninggal karena kecelakaan lalu lintas dan 250 orang diantaranya akan meninggal akibat berbagai penyakit yang terjadi karena kebiasaan merokoknya itu. Di Inggris jumlah korban yang meninggal karena berbagai penyakit akibat rokok dalam setahunnya adalah 10 kali lebih banyak daripada jumlah yang meninggal karena kecelakaan lalu

lintas. Dewasa ini setiap tahun diperkirakan sekitar 800.000 penduduk Eropa yang akan meigal akibat rokok. Bila pola merokok di kawasan Eropa tidak berubah maka setidaknya 100 juta dari 850 juta penduduk Eropa sekarang ini akan meninggal karena penyakit akibat rokok dan di tahun 2025 kelak setiap tahun akan ada 2 juta kematian di Eropa akibat rokok. Mending senator Robert Kennedy pernah berkata bahwa “ setiap tahun rokok membunuh orang Amerika lebih banyak daripada yang terbunuh dalam perang dunia pertama, perang Korea dan perang Vietnam digabung menjadi satu. Dalam sepuluh tahun terakhir ini telah membunuh sekitar 3 juta orang Amerika. Angka ini jauh lebih tinggi daripada jumlah orang Amerika yang meninggal akibat berbagai perang yang pernah dialami negara itu, termasuk perang revolusi, perang 1812, perang dunia I dan II, perang Korea dan perang Vietnam. Suatu penelitian lain menunjukkan bahwa di Amerika Serikat ternyata rokok membawa kematian lebih banyak daripada kematian akibat AIDS, kokain, kebakaran, pembunuhan, bunuh diri dan kecelakaan lalu lintas.

Sekitar seperempat dari perokok akan meninggal akibat penyakit yang berhubungan dengan kebiasaan merokok. Analoginya, bila suatu negara dengan jumlah penduduk sekitar 50 juta orang maka, jumlah orang yang meninggal akibat rokok setiap harinya sama banyaknya dengan jumlah penumpang sebuah pesawat *jumbo jet*.

### **2.7.2. Mengapa berbahaya**

Rokok pada dasarnya merupakan pabrik bahan kimia sekali 1 batang rokok dibakar maka ia akan mengeluarkan sekitar 4.000 bahan kimia seperti *nikotin, gas karbonmonoksida, nitrogen oksida, hydrogen cyanide, ammonia, acrolein, acetilen,*

*benzaldehyde, urethane, benzene, methanol, coumarin, 4-ethylcatechol, ortocresol, perylene* dan lain-lain. Secara umum bahan-bahan ini dapat dibagi menjadi 2 golongan besar yaitu *component gas* dan *komponen padat* atau *partikel*, sedangkan komponen padat atau partikel dibagi menjadi *nikotin* dan *tar*.

*Tar* adalah kumpulan dari ratusan atau bahkan ribuan bahan kimia dalam komponen padat asap rokok setelah dikurangi nikoti dan air. *Tar* ini mengandung bahan-bahan karsinogen ( dapat menyebabkan kanker ). Bahan-bahan dalam asap rokok yang dapat menyebabkan kanker dapat dilihat pada tabel 1.1, sedangkan tabel 1.2 menunjukkan bahan-bahan karsinogen pada tembakau yang tidak dibakar, yang kini banyak dipakai untuk dikuyah atau diisap melalui mulut melalui hidung, atau seperti kebiasaan menyusur di negar kita. Sementara itu, *nikotin* adalah suatu bahan adiktif, bahan yang dapat membuat orang menjadi ketagihan dan menimbulkan ketagihan. Daun tembakau mengandung satu sampai 3% nikotin.

Setiap isapan rokok mengandung  $10^{14}$  radikal bebas dan  $10^6$  oksidan, yang semuanya tentu akan masuk terisap kedalam paru.

Jadi bila seseorang membakar kemudian mengisap rokok, maka ia kan sekaligus menghisap bahan-bahan kimia yang disebutkan diatas. Bila rokok dibakar , maka asapnya juga akan berterbangan disekitar si perokok. Asap yang berterbangan itu juga mengandung bahan kimia yang berbahaya, dan bila aap itu diisap oleh orang yang ada di sekitar perokok maka orang itu juga akan mengisap bahan kimia berbahaya ke dalam dirinya, walaupun ia sendiri tidak merokok. Adap rokok yang diisap si perokok disebut dengan “ asap utama” ( *mainstream smoke*) dan asap yang keluar dari ujung rokok yang terbakar yang diisap oleh orang sekitar perokok disebut “asap samping” (*sidestream smoke*).

Bahan-bahan kimia itulah yang kemudian menimbulkan berbagai penyakit. Setiap golongan penyakit berhubungan dengan bahan tertentu. Kanker paru misalnya, dihubungkan dengan kadar tar dalam rokok, penyakit jantung dihubungkan dengan gas karbon monoksida, nikotin, dan lain-lain.

Makin tinggi kadar ahan berbahaya dalam satu batang rokok maka semakin besar kemungkinan seseorang menjadi sakit jika menghisap rokok tersebut. Karena itulah di banyak negara di buat aturan agar pengusaha mencantumkan kadar tar, nikotin dan bahan berbahaya lainnya pada setiap bungkus rokok yang dijual di pasaran. Yang juga jadi masalah bagi kita adalah kenyataan bahwa rokok Indonesia memiliki kadar tar dan nikotin yang lebih tinggi daripada rokok-rokok produksi luar negeri. Karena itu perlu dilakukan upaya terus-menerus untuk menghasilkan rokok dengan kadar tar dan nikotin yang lebih rendah di Indonesia.

**Tabel 1.1 bahan dalam asap rokok yang berhubungan dengan terjadinya kanker, (Tjandra, 1996).**

<b>Bahan yang terbukti berhubungan dengan kanker pada manusia</b>	<b>Bahan yang diduga karsinogen pada manusia</b>
4-aminobiphenyl	Benzo(a)pyrene
Arsenic	Cadmium
Benzene	Dibenz(a,h)anthracene
Chromium	Formaldehyde
Nickel	N-Nitrosodiethylamine
Vinyl chloride	N-Nitrosodimethylamine

Setelah menghisap rokok bertahun-tahun si perokok mungkin menderita sakit. makin lama ia punya kebiasaan merokok maka makin besar kemungkinan mendapat penyakit. Tentu saja ada pengaruh buruk yang segera timbul dari asap rokok, misalnya keluhan perih di mata bila berada di ruangan tertutup yang penuh asap rokok. Penderita asma juga seringkali mengeluh sesak napas dan batuk-batuk bila di sekitarnya ada orang yang menghembuskan asap rokoknya. Tetapi, secara umum, penyakit-penyakit seperti kanker, penyakit jantung dan lain-lain akan diderita setelah mengisap rokok selama 10-20 tahun.

**Tabel 1.2 Bahan-bahan dalam tembakau yang tidak dibakar dan berhubungan dengan kanker (tembakau yang dikuyah), (Tjandra, 1996).**

<b>Bahan yang terbukti berhubungan dengan kanker pada manusia</b>	<b>Bahan yang diduga berhubungan dengan kanker pada manusia</b>
Arsenic	Benzo(a)pyrine
Chromium	Cadmium
Nikel	

### **2.8. Merokok Pasif**

Telah disinggung terdahulu bahwa sebatang rokok yang dibakar akan mengeluarkan asap utama yang akan diisap oleh si perokok sendiri dan juga asap sampingan yang akan keluar ke udara dan terisap oleh orang-orang yang ada di sekitar si perokok. Orang-orang yang tidak merokok tetapi terpaksa mengisap asap rokok ini disebut sebagai “perokok pasif”. Jadi, perokok pasif akan mengisap asap

sampingan (*sidestream amoke*) yang keluar dari ujung batang rokok yang terbakar, selain itu ia juga akan mengisap bagian dari asap utama yang dihembuskan lagi oleh si perokok akif setelah ia menghisapnya.

Asap sampingan ini menjadi sangat penting peranannya bagi kesehatan si perokok pasif karena jumlahnya yang cukup banyak dan kadar bahan berbahayanya yang cukup tinggi. Kenyataan memang menunjukkan bahwa rokok yang terbakar menghasilkan asap sampingan sejumlah dua kali lebih banyak daripada asap utama, karena asap sampingan hampir terus-menerus keluar selama rokok menyala, sementara asap utama baru akan keluar kalau rokok itu dihisap. Dari satu batang rokok yang dinyalakan akan menghasilkan asap sampingan selama sekitar 10 menit, sementara asap utama hanya akan dikeluarkan pada waktu rokok itu diisap dan biasanya hanya kurang dari satu menit. Sangat penting diketahui dan perlu mendapat perhatian adalah kenyataan yang menunjukkan bahwa kadar bahan-bahan berbahaya ternyata lebih tinggi pada asap sampingan daripada asap utama. Kadar aseton pada asap sampingan adalah 2-5 kali lebih tinggi dari pada asap utama. Selanjutnya, kadar asam asetat adalah 1,9-3,9 kali lebih tinggi pada asap sampingan daripada asap utama, kadar hydrogen sianida 4,2-6,4 kali lebih tinggi, kadar toluen 6-8 kali lebih tinggi, kadar anelin 30 kali lebih tinggi, dan kadar nikel bisa sampai 3 kali lebih tinggi. Jadi, walaupun asap sampingan dikeluarkan dulu ke udara bebas sebelum diisap oleh perokok pasif, tetapi karena kadar bahan berbahayanya lebih tinggi daripada asap utama, maka perokok pasif tetap menerima akibat buruk dari kebiasaan merokok disekitarnya.

### **2.8.1. Akibat merokok pasif pada kesehatan**

Uraian di atas jelas menunjukkan bahwa para perokok pasif walaupun tidak merokok tetapi terpaksa mengisap asap rokok yang ada di lingkungan udara sekitarnya, dan bukan tidak mungkin kemudian terpaksa menjadi sakit karena bahan berbahaya dalam rokok.

Berbagai penelitian di beberapa negara telah menunjukkan banyaknya kejadian penyakit akibat merokok pada perokok pasif. Kecenderungan penderita kanker paru –menurut hasil penelitian di Jepang- bahwa para istri perokok mempunyai kemungkinan mengalami kanker dengan perbandingan 20%-55% lebih tinggi dari pada istri bukan perokok. Penelitian di Inggris menemukan bahwa merek yang tidak merokok tetapi terpapar asap rokok dilingkungan kerjanya mengalami gangguan pernafasan yang cukup berat, kira-kira sama dengan gangguan yang didapatkan pada para perokok yang menghabiskan 10 batang rokok perharinya. Di Amerika Serikat perokok pasif menduduki urutan ke tiga dalam penyebab kematian yang sebenarnya dapat dicegah. Menurut catatan setiap tahunnya sekitar 53 ribu orang meninggal akibat berbagai penyakit yang berhubungan dengan asap rokok di udara bebas. Di Swedia beberapa ratus kematian penduduknya dalam satu tahun diperkirakan penyebabnya adalah asap rokok di udara bebas ini, sementara di Selandia Baru hampir 300 orang meninggal setiap tahunnya akibat merokok pasif.

Angka kematian akibat penyakit jantung koroner juga lebih tinggi pada istri para perokok dibandingkan istri bukan perokok. Sekitar 20%-30% kejadian kanker paru pada mereka yang tidak pernah merokok diduga disebabkan oleh merokok pasif. Belakangan ini para ahli juga menemukan hubungan antara penurunan berat bayi yang dilahirkan oleh istri seorang perokok akibat gangguan perkembangan janin

selama dalam kandungan.

Selain istri, anak-anak juga dapat “menjadi” perokok pasif. Penelitian menunjukkan bahwa keluhan pernafasan, batuk pilek dan sebagainya, ternyata 20%-80% lebih sering terjadi pada anak perokok daripada anak bukan perokok. Kemungkinan untuk mendapatkan bronchitis dan infeksi paru lain pada anak yang orangtuanya perokok, juga dua kali lebih sering bila dibandingkan dengan yang orang tuanya bukan perokok. Kebiasaan merokok pada orang tua juga meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi telinga pada anak. Anak-anak yang orang tuanya perokok juga tercatat lebih sering dirawat di rumah sakit karena gangguan pernafasan bila dibandingkan dengan mereka yang orang tuanya tidak merokok.

Belum lagi kalau dibicarakan tentang keluhan mata perih, hidung tersumbat dan berair serta tenggorokan gatal bila di suatu ruang tertutup ada seorang yang merokok, atau penderita asma yang jadi kambuh sesaknya karena di sebelahnya duduk seorang yang aktif merokok. Penderita-penderita alergi juga menjadi lebih sering keluhannya timbul bila di sekitarnya banyak orang yang merokok.

## **2.9. Penanggulangan masalah merokok**

Semua pihak rasanya telah menyadari bahwa kebiasaan merokok membahayakan kesehatan. Yang jadi masalah adalah bagaimana penanggulangan bahaya merokok ini senantiasa jadi perdebatan di berbagai kalangan, masing-masing pihak bicara dari sudut pandangnya dan argumentasinya sendiri. Berdasarkan pengamatan mengenai program penanggulangan masalah merokok di berbagai negara di dunia maka para ahli WHO menganjurkan tiga cara ampuh untuk menanggulangi masalah merokok, yaitu (1) upaya pengorganisasian yang mantap; (2) upaya di

bidang peraturan yang jelas dan tegas; dan (3) upaya pendidikan kesehatan yang luas.

Beberapa negara yang tercatat punya program penanggulangan merokok secara baik adalah Australia, Kanada, Finlandia, Perancis, Norwegia, Swedia, Sudan, Hong Kong, Singapura dan Thailand. Para ahli WHO menganjurkan bahwa langkah penanggulangan perlu dimulai dengan pengumpulan data secara akurat tentang berbagai aspek kebiasaan merokok, kalau mungkin berkala nasional. Data ini dapat berupa pola penyakit dan kematian akibat kebiasaan merokok. Selain itu juga perlu dilakukan survei untuk mengetahui kerugian dari sudut ekonomi seperti berkurangnya masa kerja produktif, peningkatan angka absensi, dana yang dihabiskan untuk menangani berbagai penyakit akibat rokok dan lain-lain. Setelah itu, perlu dibentuk suatu program nasional penanggulangan masalah merokok, mulai di tingkat nasional, yang kemudian ditularkan ke seluruh daerah. Dalam program ini perlu diikuti berbagai pihak terkait, mulai dari kalangan kesehatan, alim ulama, remaja dan pemuda, teknokrat, politisi, ahli ekonomi, ahli lingkungan hidup dan lain-lain. Sendi utama lain penanggulangan masalah merokok adalah penyuluhan secara terus-menerus tentang bahaya merokok. Penyuluhan untuk mengubah perilaku masyarakat ini tentu tidak mudah, perlu kerja keras, tekun dan melibatkan pendekatan-pendekatan sosial masyarakat.

Pengalaman dari banyak negara menunjukkan bahwa program ini baru berhasil bila ditangani oleh suatu badan di tingkat nasional yang mengorganisir dan mengkoordinasikan semua kegiatan penanggulangan bahaya merokok. Badan ini seyogianya terdiri dari pihak kesehatan, pendidikan, penerangan, lingkungan hidup, pemuda, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, dan pihak-pihak lain yang terkait. Badan inilah yang menjadi motor program penanggulangan bahaya merokok.

Sudah barang tentu badan ini harus berwibawa dan punya dasar hukum yang kuat, kalau tidak akan sia-sia belaka jadinya.

Upaya kedua adalah penegakkan aturan secara lugas. Peraturan tentang masalah kebiasaan merokok ini berbeda dari satu negara dengan negara lainnya, ada yang sangat ketat dan ada pula yang sangat longgar atau seadanya saja. Pengamatan WHO juga menunjukkan bahwa di beberapa tempat peraturan-peraturan ini hanya di atas kertas saja dan tidak dilaksanakan dengan baik. Tetapi bagaimanapun juga, WHO mencatat bahwa makin lama makin banyak negara yang merasa perlu membuat berbagai aturan tentang bahaya merokok. Hanya sekitar 19 negara di tahun 1976 kemudian meningkat menjadi lebih dari 65 negara di tahun 1990.

Upaya yang ketiga adalah pendidikan kesehatan. Perubahan perilaku masyarakat tidak dapat diharapkan mudah terjadi hanya dengan membuat peraturan-peraturan saja. Karena itu, upaya ketiga yang dianjurkan para ahli WHO dalam penanggulangan masalah merokok adalah memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat. Aturan-aturan yang sudah dibuat baru akan berhasil bila diikuti dengan program pendidikan kesehatan yang baik. Tujuan utama kegiatan pendidikan kesehatan ini adalah agar masyarakat memahami sebenarnya tentang bahaya merokok ini, agar dapat mengambil sikap yang tepat.

#### **2.10. Desakan WHO mengenai larangan merokok di tempat-tempat umum**

Agensi kesehatan PBB pada hari Selasa mengumumkan rekomendasi kebijakan terkuatnya mengenai pengendalian penggunaan tembakau, mendesak agar seluruh negara melarang merokok di dalam ruangan kerja dan gedung-gedung milik umum. "Buktinya sudah jelas. Tidak ada lagi tingkat keamanan terang bagi perokok

pasif,” seperti dikatakan oleh Dr. Margaret Chan, direktur jendral WHO.

Penggunaan tembakau adalah penyebab paling utama kematian yang bisa dihindarkan, mencapai jumlah 10% dari kematian orang dewasa, menurut WHO. Hal tersebut bertanggung jawab atas 5,4 juta kematian setiap tahunnya, sebuah hitungan yang diperkirakan akan meningkat hingga 8,3 juta pada 2030, menurut agensi.

“Meningkatnya angka bukan perokok juga akan hilang kecuali jika pemerintah mengambil tindakan, seperti disampaikan WHO dalam laporan 50 halamannya itu. Dikatakan pemerintah baik dari negara kaya maupun miskin harus mendeklarasikan seluruh fasilitas dalam ruangan publik terbebas dari rokok, dengan mensahkan UU dan secara aktif melakukan tindakan untuk meyakinkan bahwa “setiap orang berhak menghirup udara segar, bebas dari asap rokok.”

Setidaknya 200.000 pekerja meninggal setiap tahunnya dikarenakan rokok di kantor-kantor dan pabrik-pabrik, menurut ILO. Agensi perlindungan lingkungan AS menghitung bahwa sekitar 3000 kematian dari kanker paru setiap tahunnya diderita oleh orang-orang Amerika yang bukan perokok.

“Hal ini bukanlah tentang membuat malu para perokok. Ini juga bahkan bukan tentang pelarangan merokok” ucap Dr. Armando Peruga, yang memimpin kampanye anti-tembakau WHO. “Ini merupakan tentang keputusan yang diambil oleh masyarakat mengenai dimana boleh merokok dan dimana tidak boleh merokok.”. Ia mencontohkan Irlandia dan Uruguay sebagai pemerintah yang telah sukses menghadapi rokok dengan menciptakan dan melakukan lingkungan bebas rokok. UU yang berhubungan telah terbukti dikenal baik diantara para perokok maupun yang bukan perokok, berdasarkan WHO, yang rekomendasikan kebijakannya memiliki tujuan yang luas bagi 193 anggotanya walaupun tidak secara hukum

mengikat.

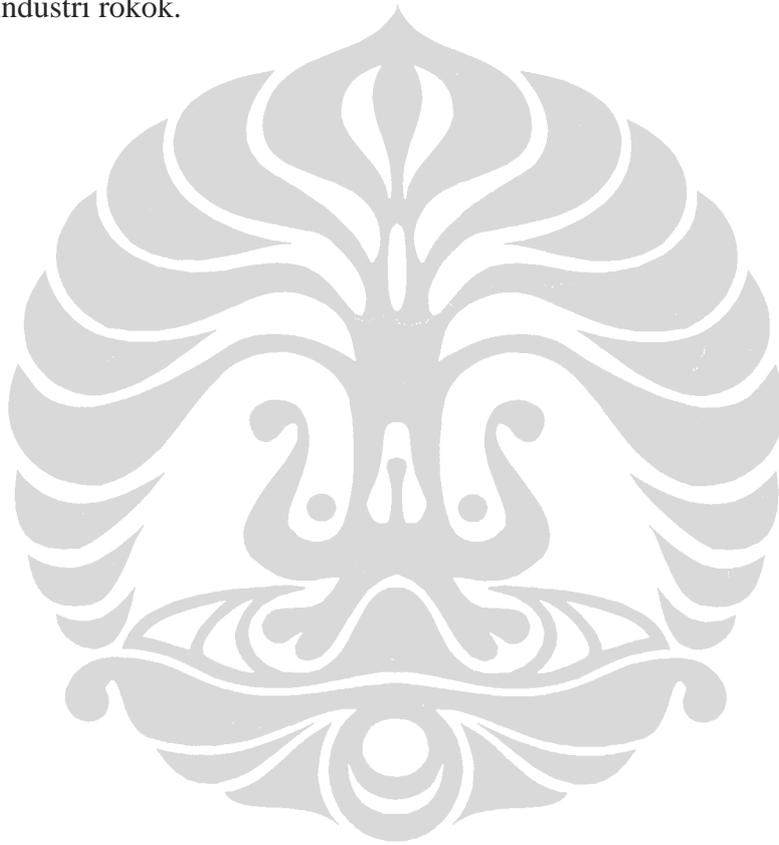
## 2. 11. FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control* ( [www.satudunia.org](http://www.satudunia.org) )

Hingga tahun ini, tahun 2007, Indonesia belum juga menandatangani sebuah dokumen kesehatan dunia yang bernama FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*) atau Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Masalah Tembakau. FCTC adalah suatu perjanjian internasional yang diadopsi oleh 192 negara anggota World Health Assembly (WHA)— yaitu badan tertinggi PBB yang mengatur Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Setelah 40 negara mensahkan FCTC melalui proses domestik mereka, maka FCTC akan berlaku dan mempunyai kekuatan mengikat sebagai hukum internasional. FCTC, adalah perjanjian kesehatan global dan perjanjian pertanggung- jawaban industri tembakau pertama yang akan menyelamatkan berjuta-juta jiwa dan merubah cara industri tembakau beroperasi secara serentak. Mengapa FCTC menjadi isu kritis terhadap kesehatan masyarakat dan pertanggungjawaban perusahaan? Hampir 5 juta orang mati setiap tahun yang disebabkan oleh berbagai penyakit terkait dengan tembakau, jauh lebih besar dibandingkan dengan korban malaria yang hanya memakan korban 3 juta orang pertahunnya di dunia. Wabah penyakit yang terkait dengan tembakau tersebut disebarluaskan oleh korporasi tembakau transnational seperti Philip Morris/Altria, BAT dan JTI. Jika tidak ada penanganan yang serius maka tembakau akan menjadi penyebab kematian tertinggi di dunia pada 2030, dengan 70 persen kematian itu terjadi di Negara-negara berkembang termasuk INDONESIA. Perusahaan tembakau internasional adalah salah satu contoh dari korporasi raksasa yang paling bertanggung jawab atas melambungnya biaya kesehatan dan ancaman kematian masyarakat dunia. FCTC menetapkan sesuatu yang dapat dijadikan teladan penting

untuk peraturan korporasi internasional dan lokal yang mengambil keuntungan atas meningkatnya biaya-biaya kesehatan kita, lingkungan kita dan hak asasi manusia; seperti pada industri-industri riskan lainnya di bidang pertanian, minyak, farmasi, air dan senjata. Mengapa Indonesia Belum Menandatangani FCTC? Saat ini Indonesia sebagai satu-satunya Negara di Asia Tenggara bahkan Asia Pasifik yang belum menandatangani FCTC, padahal sejak awal (selama kurun waktu 2000-2003) Indonesia termasuk negara yang membidani dan menjadi kontributor yang aktif bagi lahirnya dokumen tersebut. ( [www.satudunia.org](http://www.satudunia.org) )

Dalam pertemuan-pertemuan Intergovernmental Negotiating Body (INB) delegasi Indonesia selalu hadir dengan timnya yang kuat dalam 6 kali pertemuan INB tersebut; namun pada detik terakhir, delegasi Indonesia tidak jadi diberangkatkan untuk menandatangani dokumen tersebut. Seharusnya ada pertanggungjawaban public tentang hal tersebut, karena berapa uang rakyat yang sudah dikeluarkan untuk pertemuan-pertemuan tersebut. Alasan yang dikemukakan oleh pemerintah pada waktu itu adalah alasan klasik seperti: tingginya tingkat konsumsi rokok kita, Indonesia termasuk dari lima Negara produsen tembakau terbesar di dunia, cukai dari rokok mencapai 50 trilyun rupiah, dan Indonesia memiliki 2000 perusahaan industri rokok dengan jumlah pekerjanya mencapai ratusan ribu orang. Sehingga perdebatannya justru didikotomikan antara para petani tembakau dan kesehatan masyarakat. Padahal secara faktual, para petani dan buruh pabrik rokok juga adalah korban dari penghisapan keuntungan industri rokok kita dan internasional. Social cost yang diderita anak-anak, remaja, pemuda, kaum perempuan dan warga miskin sangat besar. Belum lagi maraknya kasus narkoba saat ini justru pintu masuknya dari kebiasaan merokok yang akut karena cirri dan modus

operandinya adalah sama yaitu adiksi (kecanduan). Sebagai bangsa saat ini kita seolah-olah bangga; padahal kita sedang dilecehkan oleh raksasa industri rokok. Untuk itulah INDONESIAN TOBACCO CONTROL NETWORK (ITCN) mendesak pemerintah Indonesia untuk segera menandatangani FCTC tersebut demi menyelamatkan generasi mendatang dari wabah penyakit yang disebarluaskan oleh industri rokok.



### BAB 3

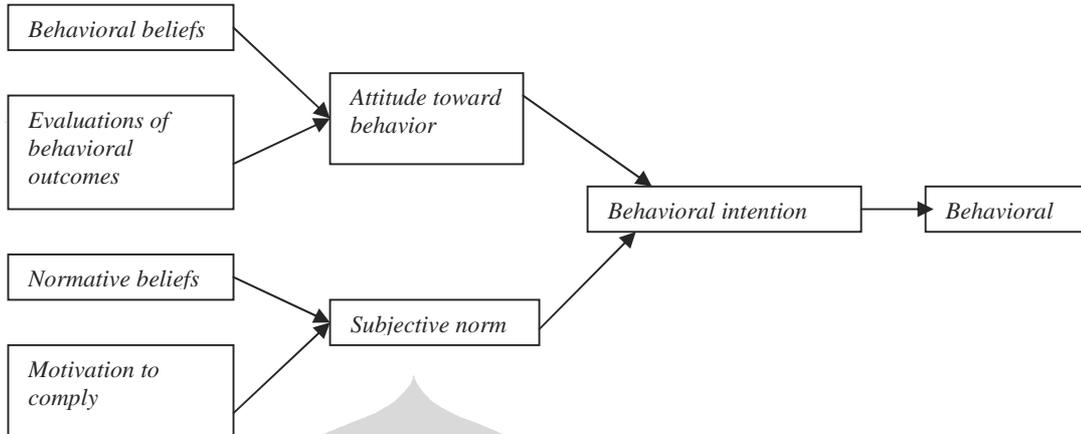
## KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 3.1. Kerangka Teori

#### 3.1.. Teori Reasoned Action

Teori *Reasoned Action* (TRA) yang dikembangkan Martin Fisbein dan Icek Ajzen (1975, 1980) berasal dari penelitian sebelumnya, yaitu teori tentang sikap yang kemudian berkembang ke penelitian selanjutnya tentang sikap dan perilaku. Teori ini muncul karena ketidakpuasan terhadap penelitian tradisional tentang sikap dan perilaku, dimana terdapat hubungan yang lemah antara pengukuran sikap dan pelaksanaan perilaku volitional.

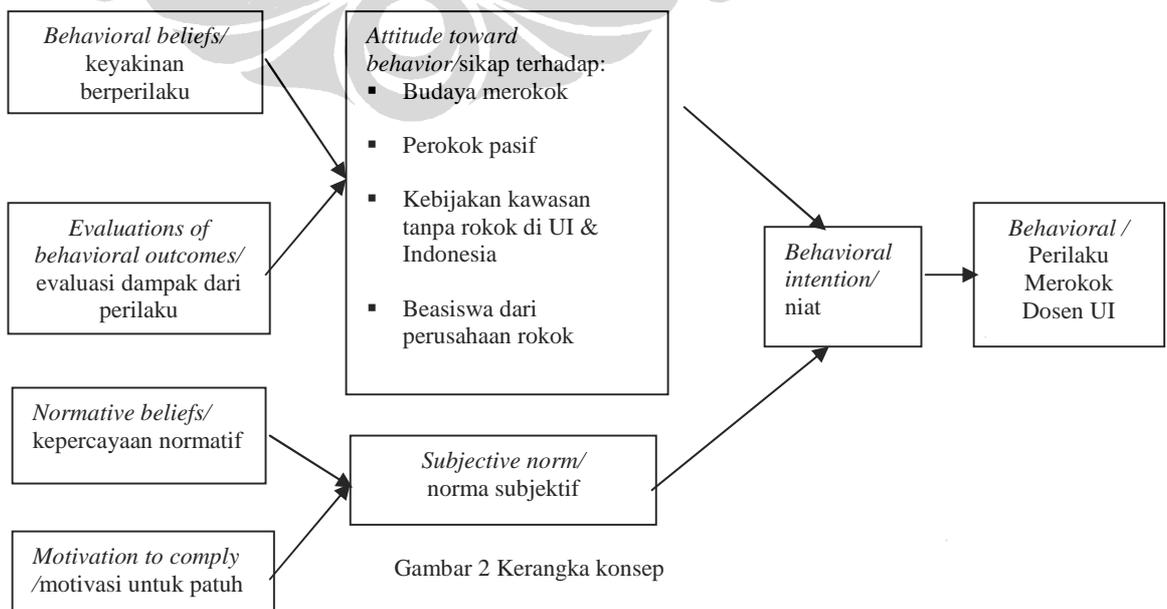
Dalam TRA ini, Fisbein dan Ajzen, (1980) menyatakan bahwa niat seseorang untuk melakukan suatu perilaku menentukan akan dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tersebut. Lebih lanjut, Ajzen mengemukakan bahwa niat melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu dipengaruhi oleh dua penentu dasar, yang pertama berhubungan dengan sikap (*attitude towards behavior*) dan yang lain berhubungan dengan pengaruh sosial yaitu norma subjektif (*subjective norms*). Dalam upaya mengungkapkan pengaruh sikap dan norma subjektif terhadap niat untuk dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku, Ajzen melengkapi TRA ini dengan keyakinan (*beliefs*). Dikemukakannya bahwa sikap berasal dari keyakinan terhadap perilaku (*behavioral beliefs*), sedangkan Norma subjektif berasal dari keyakinan normatif (*normative beliefs*). Secara skematik TRA digambarkan seperti skema di Gambar-1.



Gambar 1. theory of reasoned action, Fisbein dan Ajzen, ( 1980)

### 3.2.KerangkaKonsep

Dari kerangka teori diatas maka peneliti menyederhanakannya kedalam kerangka konsep berikut ini. Dari teori *reasoned action*, peneliti hanya menggunakan *behavioral beliefs* (keyakinan terhadap perilaku), *attitude toward behavior* (sikap) sebagai variabel independen, sebagai variabel antara dan *behavior/ perilaku merokok* sebagai variabel dependen untuk diteliti, berikut ini adalah skema kerangka konsepnya:



Gambar 2 Kerangka konsep

### 3.3. Definisi Operasional .

NO	Variabel	Definisi Operasional	Skala / kategori	Alat ukur
1.	<b>Attitude toward behavior</b>	Pendapat/respon dari responden mengenai: a. Kebiasaan merokok b. Perokok pasif c. Kebijakan kawasan tanpa rokok di UI dan Indonesia d. Beasiswa dari perusahaan rokok		kuesioner
	<b>a. Kebiasaan merokok</b>	Pendapat responden mengenai kebiasaan merokok di Indonesia.	Ordinal 1. Tidak setuju 2. Netral 3. Setuju	(D.01)
	<b>b. Perokok pasif</b>	Pendapat mengenai kepedulian responden terhadap perokok pasif.	Nominal 1. Tidak setuju 2. Netral 3. Setuju	(D.02-D.03)
2	<b>c. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di UI</b>	Pendapat responden mengenai setuju atau tidaknya penerapan sebuah kawasan yang benar-benar bebas dari asap rokok	Ordinal 1. Tidak setuju 2. Netral 3. Setuju	(D.03-D.04, D05-D.14)
	<b>d. Beasiswa dari perusahaan rokok</b>	Pendapat responden mengenai setuju atau tidaknya penerimaan beasiswa dari perusahaan rokok bagi mahasiswa UI.	Ordinal 1. Tidak setuju 2. Netral/sedang 3. Setuju	(D.15)
	<b>e. Behavioral beliefs (keyakinan perilaku)</b>	Keyakinan responden mengenai bahaya rokok.	ordinal 1. Tidak yakin 2. Netral 3. Yakin	kuesioner (B.01-B06)
	<b>b. Evaluation of outcomes behavior (evaluasi dari dampak perilaku)</b>	Evaluasi responden mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perilaku merokok.	ordinal 1. Tidak setuju 2. Netral 3. Setuju	kuesioner (C.01-C.03)
2.	<b>Subjective norm</b>			kuesioner

	<b>a. Normatif bealifes (kepercayaan normatif)</b>	Keyakinan/pendapat responden terhadap hal-hal yang berkaitan dengan sikap/kepercayaan orang lain mengenai perilaku merokok	Ordinal  1. Tidak setuju  2. Netral  3. Setuju	(E.01-E.03)
	<b>b. Motivation To comply</b>	Alasan /motivasi yang menyebabkan reponden merokok/tidak merokok.		Kuesioner
	<b>b.1. Alasan yang menyebabkan responden ingin merokok, dibagi dalam 4 kategori</b>	Alasan yang menyebabkan responden berperilaku merokok 1. Tipe perokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif. a. <i>Pleasure relaxation</i> , perilaku merokok hanya untuk menambah atau meningkatkan kenikmatan yang sudah didapat, misalnya merokok setelah minum kopi atau makan. b. <i>Simulation to pick them up</i> . Perilaku merokok hanya dilakukan sekedarnya untuk menyenangkan perasaan. c. <i>Pleasure of handling the cigarette</i> . Kenikmatan yang diperoleh dari memegang rokok. 2. Perilaku merokok yang dipengaruhi perasaan negatif. orang yang merokok untuk mengurangi perasaan negatif dalam dirinya. Misalnya merokok bila marah, cemas, gelisah, rokok dianggap sebagai penyelamat. Mereka	Nominal  1. Tipe perokok yang dipengaruhi oleh perasaan positif.  2. Perilaku merokok yang dipengaruhi perasaan negatif.  3. perilaku merokok yang adiktif.  4. Perilaku merokok yang sudah menjadi kebiasaan.  5. lain-lain	(H.01-H.06)

		<p>menggunakan rokok bila perasaan tidak enak terjadi, sehingga terhindar dari perasaan yang lebih tidak enak.</p> <p>3. Perilaku merokok yang adiktif. Perokok yang sudah adiksi, akan menambah dosis rokok yang digunakan setiap saat setelah efek dari rokok yang dihisapnya berkurang.</p> <p>4. Perilaku merokok yang sudah menjadi kebiasaan. Mereka menggunakan rokok sama sekali bukan karena untuk mengendalikan perasaan mereka, tetapi karena sudah menjadi kebiasaan.</p>		
	<b>b.2. Alasan responden yang tidak merokok</b>	Alasan responden yang menyebabkan mereka tidak merokok	<p>Nominal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghemat uang</li> <li>2. Menhindari bahaya merokok</li> <li>3. Makruh</li> <li>4. Lain-lain</li> </ol>	(H.07-H.10)
3.	<b>Behavioral Intention</b>	Ada atau tidaknya keinginan/niat responden untuk berperilaku merokok atau tidak merokok.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. adakeinginan/niat, jika jawaban“ya”</li> <li>2. tidak ada keinginan /niat, jika jawaban “tidak”</li> </ol>	Kuesioner (F.01)
4.	<b>Perilaku merokok</b>	<p>Kebiasaan merokok responden, dilihat dari:</p> <p>a. banyaknya rokok yang dihisap. Tiga tipe perokok tersebut adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perokok berat yang menghisap lebih dari 15</li> </ol>	<p>Ordinal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. perokok berat</li> <li>2. perokok sedang</li> <li>3. perokok ringan</li> </ol>	Kuesioner (G.02)

		<p>batang rokok dalam sehari.</p> <p>2. Perokok sedang yang menghisap 5-14 batang rokok dalam sehari.</p> <p>3. Perokok ringan yang menghisap 1-4 batang rokok dalam sehari.</p>		
		<p>b. tempat responden biasa merokok</p> <p>1. Merokok di tempat-tempat umum / ruang publik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelompok homogen (sama-sama perokok), secara bergerombol mereka menikmati kebiasaannya. Umumnya mereka masih menghargai orang lain, karena itu mereka menempatkan diri di <i>smoking area</i>.</li> <li>• Kelompok yang heterogen (merokok ditengah orang-orang lain yang tidak merokok, anak kecil, orang jompo, orang sakit, dll).</li> </ul> <p>2. Merokok di tempat-tempat yang bersifat pribadi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kantor atau di kamar tidur pribadi. Perokok memilih tempat-tempat seperti ini yang sebagai tempat merokok digolongkan kepada individu yang kurang</li> </ul>	<p>Nominal</p> <p>1. tempat publik (homogen)</p> <p>2. tempat publik (heterogen)</p> <p>3. tempat pribadi</p>	<p>(G.03-G.06)</p>

		<p>menjaga kebersihan diri, penuh rasa gelisah yang mencekam.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Toilet. Perokok jenis ini dapat digolongkan sebagai orang yang suka berfantasi</li></ul>		
--	--	--	--	--

